Interactie tussen jongeren over mentale zelfzorg

Implementatie en realist evaluatie van een interventie in een jeugdbeweging

Dr. Vercruysse Loes, 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.

Woord vooraf

Beste Lezer,

Deze masterproef is het sluitstuk van mijn opleiding tot huisarts. Het was, naast mijn 24 maanden praktijkstage, een uitdagende en zeer interessante opdracht.

Samen met Dr. Lien Deltour, eveneens huisarts in opleiding, koos ik ervoor om een kwalitatief onderzoek te voeren. We organiseerden interactieve momenten met jongeren van een jeugdbeweging rond mentale gezondheid. Het organiseren van de sessies deden we samen, de diepte interviews en analyse van de resultaten splitsten we tussen ons beide op in functie van twee verschillende onderwerpen met als resultaat twee unieke masterproeven.

Met veel enthousiasme organiseerden we de interactieve sessies en verdiepten we ons in de resultaten. Dat enthousiasme werd aangewakkerd door onze promotor Dr. Peter Decat. De opleidings- en feedbackmomenten waren steeds zeer verhelderend en verliepen op een heel open en persoonlijke manier. Ik wil Dr. Decat hiervoor oprecht bedanken. Ik kon me geen betere promotor wensen!

Daarnaast wil ik natuurlijk Lien bedanken voor de fijne samenwerking. Tijdens het werken aan deze masterproef beleefden we veel plezierige momenten en onze gedachtewisselingen leidden tot meer inzicht en ervoeren we als wederzijdse ondersteuning.

Mijn praktijkopleider, Dr. Riet Van den Bosch, verdient een speciale bedanking. Naast een fantastische opleiding op het vlak van medisch denken en handelen als huisarts, bracht zij mij ook heel veel niet-medische kennis en inzichten bij gedurende de voorbije twee jaar. Dankzij haar voel ik me volledig klaar om binnenkort als huisarts aan de slag te gaan.

Tot slot bedank ik ook alle jongeren die hebben deelgenomen aan onze sessies en mijn familie, vrienden en vriend voor de steun en aanmoediging, negen jaar lang.

1 Abstract

Achtergrond

De veerkracht en de mentale gezondheid van onze jongeren vormen een toenemend gezondheidsprobleem. Preventie en gezondheidspromotie blijven hierin een hoeksteen. De aanpak van deze problematiek binnen de huisartsgeneeskunde is vanuit onze ervaring niet eenduidig. Hierdoor leek het ons interessant om na te gaan hoe preventie vorm kan krijgen. Vanuit theoretische modellen rond gedragsverandering blijkt de mogelijke rol van interactie tussen jongeren over mentale gezondheid. In deze masterproef verfijnen we onze vooropgestelde hypothese: deze impliceert dat interactie leidt tot het reflecteren over eigen ideeën, normen en gedrag en een andere manier van omgaan met stress, emoties en groepsdruk induceert.

Methodologie

Er werden interactieve sessies georganiseerd tussen een tiental jongeren van een jeugdbeweging. Zij werden begeleid door twee huisartsen in opleiding. In totaal vonden er drie interactieve momenten plaats met als onderwerpen *omgaan met stress, groepsdruk* en *verlies*. De sessies werden op gang gebracht met behulp van beeldmateriaal. Er werden nadien kwalitatieve diepte-interviews afgenomen met zes personen (vier deelnemers en één ouder en één huisarts). Via de gebruikte onderzoeksmethode (Realist Evaluation) werd onderzocht wat de mechanismen en onderliggende factoren waren van de interactie en het effect ervan. Er werd gekeken waarom sommige zaken zich juist op die manier voordeden, wat méér is dan louter nagaan of interactie al dan niet werkt.

Resultaten

Door te praten met elkaar over deze onderwerpen reflecteren jongeren over hun eigen ideeën en gedrag. Door het krijgen van nieuwe inzichten door de groepsinteractie (van elkaar en van de begeleiders) én het vinden van herkenning in de groep, stellen ze hun ideeën en coping strategieën bij. Het mechanisme van dit peer effect wordt in de masterproef verder bekeken. Om te praten over gevoelens in groep is vertrouwen in de groep en in de begeleider belangrijk. Met een vriendschapsgroep loopt dit vlot, maar voor sommige onderwerpen lijkt dit juist nefast en lijkt anonimiteit wenselijker. Zichzelf als ervaren beschouwen in praten met anderen is een meerwaarde binnen de interactie en een voordeel voor de ganse groep.

Conclusie

Het organiseren van interactieve momenten kan een rol spelen in preventie en promotie van mentale gezondheid bij jongeren en de begeleiding hiervan kan door geïnteresseerde huisartsen worden opgenomen. In deze masterproef worden verschillende mechanismen rond communicatie, peer effect en interactie over verlies beschreven en verfijnd en kan aldus bijdragen aan het organiseren van interactieve momenten in de toekomst.
Enkele drempels in communicatie en groepssamenstelling kunnen in de toekomst verder onderzocht of uitgewerkt worden; hierbij wordt ook de mogelijke rol van de virtuele wereld aangekaart.

Inhoudstafel

Woord vooraf 5
1 Abstract 7
Inhoudstafel 9
2 Literatuurstudie 11
2.1 Inleiding 11
2.2 Jongeren en mentale gezondheid: community oriented interventies. 12
2.3 Interactie als motor van verandering 13
2.4 Huisarts als operator buiten de praktijk? 15
3 Methodologie 16
3.1 Interventie en verwerking resultaten 16
3.1.1 Rationale : 'Interactie als motor voor verandering' 16
3.1.2 Voorbereiding en doelstellingen 16
3.1.3 Rekrutering van de deelnemers 17
3.1.4 Verloop van de interventie en setting 17
3.1.5 Opstellen van CMO-hypothese en topiclijst 18
3.1.6 Setting en afname van kwalitatieve interviews 18
3.1.7 Verwerking van de kwalitatieve gegevens met behulp van Nvivo 11 19
3.2 Evaluatie van de interventie : realist evaluation 19
4 Resultaten 20
4.1 Codes Nvivo 20
4.2 Overzicht opvallende resultaten volgens CMO 21
4.2.1 Context 21
4.2.2 Mechanisme 23
4.2.3 Outcome 24
5 Discussie 26
5.1 Tekortkomingen van het onderzoek 30
6 Conclusie 31
7 Literatuurlijst 32
8 Bijlages 33
8.1 Goedkeuring Ethisch Comité 33
8.2 Goedgekeurd protocol 36
8.3 Informatiebrief en toestemmingformulier 39

2 Literatuurstudie

2.1 Inleiding

Jongeren tussen 16 en 18 jaar zien de huisarts over het algemeen vrij weinig. Ze consulteren hem/haar 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 van mentale gezondheidszorg en het aansterken van de veerkracht van jongeren lijkt nog te weinig actief ingebouwd in het takenpakket van de huisarts. Hiertegenover staat dat de aanpak van mentale gezondheidsproblemen, en meer bepaald bij jongeren, één van de uitdagingen van de gezondheidszorg is in de toekomst; de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) voorspelt dat mentale gezondheidsproblemen in 2030 in omvang ziektes zoals HIV/AIDS zullen voorbijsteken. [1]

Diezelfde WHO omschrijft voor het eerst in haar 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.” [2] Mentale gezondheid is een spectrum en er zit een brede continuïteit tussen mentale gezondheid en mentale ziekte. Preventie van mentale gezondheidsproblemen wordt ook in het rapport ‘Mental health action 2013-2020’ van de WHO omschreven als de hoeksteen om universele gezondheid te bekomen en gelijkheid hierin. Dit kan door acties te ondernemen die gericht zijn op het individu met het oog op preventie van mentale gezondheidsproblemen. Echter ondanks deze kennis is er een groot verschil tussen de noden en de mogelijkheden/middelen om deze interventies, wereldwijd te organiseren.[3]
Hamilton en Bhatti (1996) opperden 20 jaar geleden al dat voor maximale resultaten gezondheidspromotie en preventie rond mentale gezondheidszorg men veel verder moet gaan dan enkel het individu. Ook familiale, school gebaseerde en maatschappelijke interventies zijn hierbij van belang. [2]

Jongeren in het bijzonder bevinden zich in een kwetsbare ontwikkelingsfase op het vlak van mentale weerbaarheid en veerkracht. Vigez, “Het Vlaams instituut gezond leven”, omschrijft dit als volgt: “Adolescentie is een tijd van grote levensveranderingen in fysieke, emotionele, cognitieve en seksuele ontwikkeling, sociale relaties, en identiteit. Het omvat ook een verschuiving van afhankelijkheid naar onafhankelijkheid en er worden beduidende educatieve eisen gesteld. Deze veranderingen maken het een bijzonder kwetsbare periode waarbij de belangrijkste taken de identiteitsontwikkeling, toenemende autonomie en uitbouwen van contacten met de peergroep zijn.” [5]

De literatuurstudie ter ondersteuning van het onderwerp van deze masterproef werd op twee domeinen uitgevoerd. Enerzijds werd bekeken welke soort interventies met jongeren rond omgaan met stress, praten over intieme gevoelens en mentale gezondheid reeds plaatsvinden, meerbepaald in een community oriented setting.
Hiervoor werd gezocht via Pubmed op volgende MESH termen: ‘health promotion’, ‘mental health’, ‘community intervention’ en 'adolescents'. Daarnaast werd ook gecombineerd met de termen ‘social participation’ met ‘peer group’. Er werd geselecteerd op ‘review’ en op ‘10 years’.

Anderzijds werd dieper ingegaan op '*interactie als motor van verandering*' en waarom dit zo een belangrijk aspect is voor het begrijpen van (gezondheids)gedrag van mensen. Hiervoor werd teruggegrepen naar enkele basisprincipes van de maatschappelijke gezondheidszorg, gedoceerd tijdens de opleiding. En werd bijkomend gezocht via Pubmed op de MESH termen: 'behaviour' 'social health' en 'health determinants'. Er werd ook hier geselecteerd op 'review' en op '10 years'.

Daarnaast werden ook enkele belangrijke naslagwerken geraadpleegd onder andere de doctoraatstudie van mijn promotor Dr. Decat en de masterproef van Gert Van Ooteghem die eveneens over 'interactie als motor voor verandering' gaat.

2.2 Jongeren en mentale gezondheid: community oriented interventies.

Tijdens het literatuuronderzoek valt op dat er onderscheid wordt gemaakt tussen interventies op het politieke niveau [7] en interventies die inwerken op het individu en de gemeenschap waarvan hij/zij deel uitmaakt. Voor deze masterproef hebben we ons vooral gefocust op dat laatste. Interventies die meer gericht zijn op het individu en dus op de participatie van individuen worden opgedeeld in drie gebieden: community oriented strategies, culture oriented strategies en language oriented strategies. [4] Het interventie project met jongeren kadert binnen een community oriented strategie.

Vanuit de literatuur zijn interventies met jongeren rond mentale gezondheid op te delen in drie strategieën : het inwerken op de ouders door opvoedingsondersteuning/trainingen, het inwerken op scholen en leerkrachten of het organiseren van interventies met de jongeren op scholen en psychosociale interventies met de jongeren zelf. [2,3]

Interventies die inwerken op ouders zijn voornamelijk gebaseerd op de 'educatie' van de ouders. Opvoedkundige programma's beogen hun 'parenting skills' te verbeteren en zo door te stromen op de gevoelens en het welzijn van het kind. Schoolinterventies spelen voornamelijk in op de preventie van een bepaald gedrag van jongeren, wat bepalend kan zijn voor hun mentale gezondheid. [6] Er wordt gekeken naar specifieke eindtermen zoals : druggebruik, seksuele gezondheid, pestgedrag…
De psychosociale interventies met jongeren zelf zijn miniem in aantal ; vaak vormen creativiteit, spelvormen en fysieke activiteit de hoeksteen van deze interventies. [2] Zo werden voorbeelden die gebruik maken van social media en chatinterventies teruggevonden in de literatuur.

Jongen et Al. [4] beschrijven in hun scoping review verschillende interventies. De belangrijkste conclusie die hierbij gemaakt kan worden is dat alle georganiseerde interventies heterogeen zijn qua onderwerp, setting en outcome. Dit toont de complexiteit aan van een community oriented interventie. Die complexiteit maakt het moeilijk om te veralgemenen en te stellen dat wat werkt of effect heeft in een bepaalde setting tijdens een bepaald onderzoek, ook effectief is in een andere groep of onderzoek: de omstandigheden en noden van elke groep, wat betreft een interventie, zijn verschillend.
Toch worden enkele sleutelelementen waarmee rekening kan worden gehouden bij het organiseren van een interventie naar voor geschoven. En ook Vigez [5] omschrijft in zijn rapport kenmerken van succesvolle interventies bij jongeren.

In het algemeen kan men stellen dat tijdens de voorbereiding van een community oriented interventie het belangrijk blijkt om de leden van de groep te betrekken. Niet alleen om ongelijkheden in de gezondheid vast te stellen, maar vooral om het ontwerp, de onderzoeksvraag en uitvoering van de interventie mee te bepalen. Verder laat het gebruik van gemeenschapsgebouwen of ruimtes onafhankelijk van de gezondheidszorg toe om een grotere verscheidenheid aan deelnemers aan te spreken. Daarnaast komt ook duidelijk naar voor dat taal een grote rol speelt en dan vooral de mogelijkheid om voor verschillende opties te kunnen kiezen inzake taalgebruik tijdens de interventie. [4]

Specifiek voor jongeren op het vlak van mentale gezondheidszorg is het belangrijk interventies op maat te ontwerpen, aangepast aan de cultuur, leeftijd, vaardigheden en taal van de jongeren. Een holistische aanpak met oog voor zowel omgevings- en individuele factoren, promotie van de vaardigheden en het vertrouwen van de jongeren staat hierbij centraal. Participatie en leiderschap van de jongeren zelf in het kiezen en uitdenken van de activiteiten is zoals hierboven beschreven, effectiever. Op die manier kan er discussie en interactie ontstaan, omdat er meer voeling is met de interventie. [5]
Volgens Canadese richtlijnen is het bij elke interventie, op gelijk welk niveau, altijd superieur om dit op lange termijn te organiseren, gecombineerd met een periodieke bekrachtiging.
Om op lange termijn gezondheidswinst en de hiermee gepaard gaande vermindering van de socio-economische gevolgen van mentale ziekte te bekomen, blijken vroegtijdige interventies bij kinderen en jongeren van primair belang. [3]

2.3 Interactie als motor van verandering

Onze gezondheid, gewoontes en gedrag worden gevormd als jong kind. Gezondheidsgedrag is bepalend voor de gezondheidsstatus van een individu. Het onderdeel van de gezondheidszorg die zich bezig houdt met het inwerken op dit gedrag en gewoontes heet ‘gezondheidspromotie’. Gezondheidspromotie kan op diverse plaatsen worden georganiseerd, bijvoorbeeld op school, in de maatschappij (televisie en radio) of in de openbare ruimte. Het is een systematische benadering om bevolkingsgroepen te bereiken en zo invloed te hebben op de verschillende aspecten die gezondheid beïnvloeden. [7]
De aanpak echter blijkt tot op heden vaak hetzelfde en focust zich vaak alleen op kennis door middel van educatie. Op deze manier wordt ingewerkt op de kennis en de attitudes van het individu. Toch blijkt dat het effect hiervan op het verminderen van risicovol gedrag onregelmatig en eerder van korte duur is.[6]

De ‘social determinants of health’ (SDoH) worden vandaag gezien als het praktische kader voor de implementatie van gezondheidpromotie. [7] Volgens Raphael [11], geven de social determinants of health de specifieke mechanismen weer die bepalen hoe de leden van verschillende socio-economische groepen gezondheid en ziekte bekijken. (figuur 1)

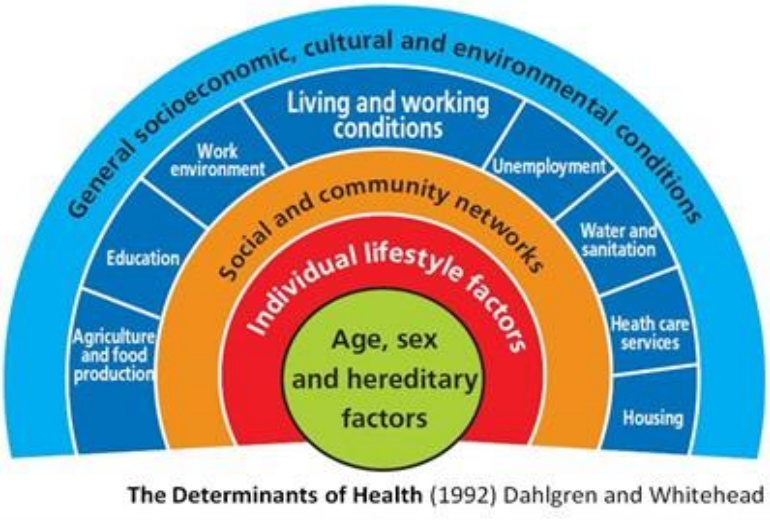


Fig. 1 : Determinanten van gezondheid volgens Dahlgren and Whitehead.

Daarnaast leert ons 'De theory of planned behaviour and reasoned action' van Ajzen (figuur 2) - het klassieke theoretische model voor gedragsverandering dat de precursoren voor gedragsverandering beschrijft - dat er meer dan kennis nodig is om tot een gedragsverandering te komen.
De intentie van een individu om zijn/haar gedrag te veranderen komt eigenlijk voort uit drie belangrijke drijfveren :

1. De houding ten opzichte van het gedrag. Dit wil zeggen de eigen ideeën en verwachtingen rond dit gedrag en de neiging om het al dan niet te stellen.
2. De subjectieve norm omtrent het gedrag. Deze zijn impliciet verweven aan cultuur en socio-economische status.
3. De verworven inzichten rond dit bepaald gezondheidsgedrag: kennis en vaardigheden om het gedrag uit te voeren.

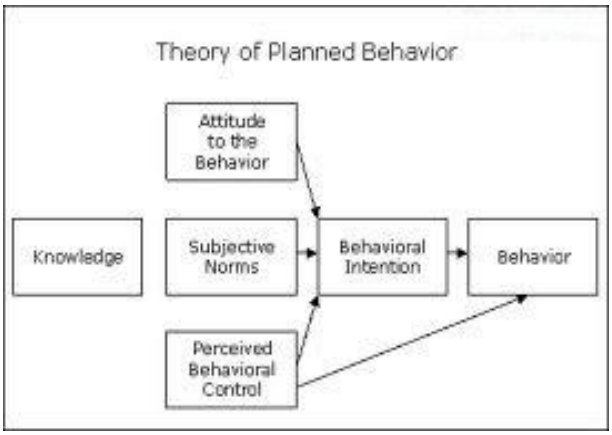


Fig. 2 : Theory of planned behaviour and reasoned action volgens Ajzen

Uit bovenstaande theoretische modellen kunnen we afleiden dat acties die louter inwerken op kennis of houding, minder leiden tot gedragsverandering dan interactie tussen individuen met hun verschillende achtergronden. Wat mensen bijleren, oppikken of meenemen van elkaar, vanuit hun eigen achtergrond werkt in op de verschillende precursoren zoals hierboven beschreven. Er is dus nood aan een meer interactief model**.** (figuur 3) [8]
Dit model werd beschreven door Dr. Decat in zijn doctoraatstudie rond seksuele gezondheid in China en Latijns Amerika. De onderstaande figuur is dan ook rond dit thema opgebouwd, maar uiteraard kan dit model ook toegepast worden op mentale gezondheid bij jongeren. De centrale idee is dat interactie tussen individuen de drijfveer is voor verandering op het vlak van persoonlijke (groen), organisatorische (blauw) en maatschappelijke (paars) factoren rond gezondheid.

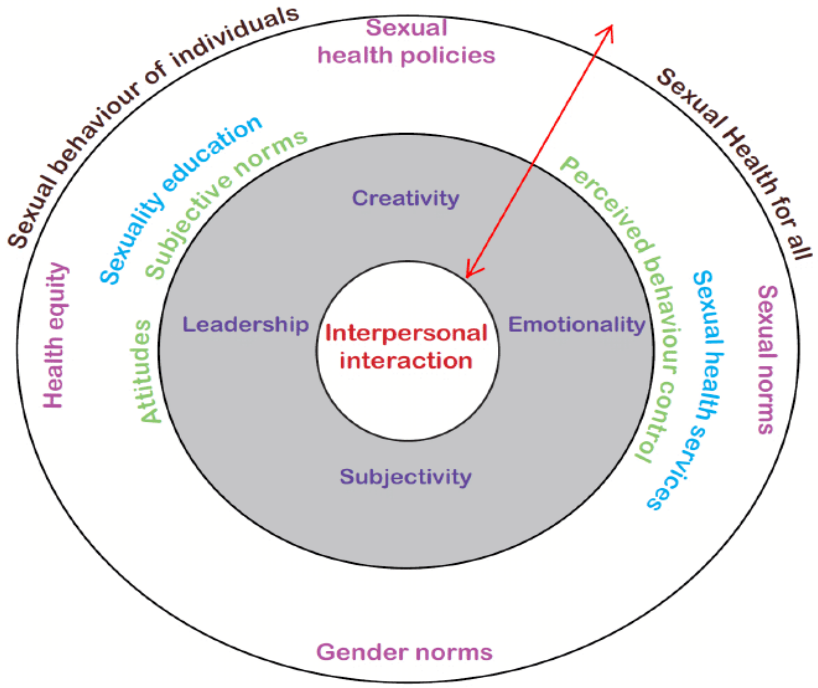


Fig. 3 : Alternatief, interactief model rond de ontwikkeling van seksuele gezondheidszorg.

2.4 Huisarts als operator buiten de praktijk?

Één van de beschreven canmeds-rollen is onder andere die van 'health advocate'. [9] Dit lijkt vanuit onze huidige ervaring vooral beperkt te zijn tot vaccinatiebeleid, screenen naar risicofactoren zoals diabetes of hypertensie en de door de overheid georganiseerde screeningprogramma's (dikke darm kanker, cervix uitstrijkjes en preventieve mammografieën).
Gezondheidspromotie in de community zou ook een mogelijk onderdeel kunnen zijn van het takenpakket van de huisarts. Alles is op heden nog nauw verbonden met de praktijk zelf, maar het 'community orientended primary care model' toont aan wat de meerwaarde kan zijn om als huisarts buiten deze omgeving te treden. [10]
De masterproef van Dr. Lien Deltour zal onze interventie meer vanuit dit oogpunt benaderen. Er wordt voor de resultaten hieromtrent dan ook verwezen naar haar werk.

3 Methodologie

3.1 Interventie en verwerking resultaten

3.1.1 Rationale : 'Interactie als motor voor verandering'

Het kwaliteitsverbeterend project beoogt na te gaan welke meerwaarde interactie tussen jongeren over mentale gezondheid, copen met stress en praten over intieme gevoelens kan hebben voor hen. Waarom er wel of geen verandering in hun denken en gedrag optreedt. Dit gaan we na door verschillende interactieve sessies tussen jongeren van 16-17 jaar te organiseren en nadien door middel van diepte interviews over deze interacties te reflecteren. Met gebruik van 'realist evaluation' als onderzoeksmethode kunnen we zo een vooropgestelde CMO-hypothese testen. Waarbij C staat voor contextfactoren, M voor mechanismes en O voor outcome. [11]
Bij deze onderzoeksmethode gaat het eerder om het proces van verandering, dan louter om de uitkomsten. De centrale idee is niet of iets werkt, maar waarom juist wel of niet. Men bestudeert wat er precies gebeurt en probeert te begrijpen en te verfijnen welke factoren en mechanismen een rol spelen bij de implementatie van het proces.

3.1.2 Voorbereiding en doelstellingen

Ter voorbereiding van de interactieve sessies werd door onze promotor, Dr. Peter Decat, een korte opleiding georganiseerd in het begeleiden van interactieve momenten met jongeren. Tijdens deze opleiding werden de aanpak, communicatietechnieken en de structuur van een interactieve sessie overlopen.

De focus hierbij lag op het vinden van methodes om de interactie op gang te brengen en hoe te reageren in kwetsbare situaties. Vooral dat laatste werd door het Ethisch Comité als voorwaarde gesteld om een goedkeuring te verkrijgen. Zo werden enkele 'richtlijnen' overlopen met de bedoeling om voorbereid te zijn indien er gevoelige zaken naar boven zouden komen. Het werd bovenal belangrijk gevonden alles bespreekbaar te maken, maar steeds met het mandaat van de hele groep/individu waarop het betrekking had. Indien een situatie te diep dreigt te gaan (bv. suïcide in een concrete vorm) werd afgesproken met de groep verder te gaan over een ander thema en met het kwetsbare individu apart in gesprek te gaan en de opvolgingsprocedure in gang te zetten.

Wijzelf deden actief mee aan de interactieve sessie, doch we hadden ook een rol als moderator. In de voorbereiding met Dr. Decat werden enkele hoekstenen van een goede interactie op een rijtje gezet. Zoals bijvoorbeeld factoren die het proces kunnen stimuleren, nl de mogelijkheid om leiderschap te laten opnemen binnen de groep, ruimte laten voor de creativiteit van de deelnemers, emotionaliteit en subjectiviteit van elke deelnemer toelaten. Belangrijk is om ieders bevindingen toe te laten. Indien nodig zullen deze worden gecorrigeerd door de groep; dit proces kan zeer waardevol zijn. Ook de communicatie is een belangrijk aspect : iedereen is evenwaardig.

Ook ter voorbereiding van de kwalitatieve interviews werd door onze promotor een gezamenlijke opleiding georganiseerd met andere masterproef studenten. Hierbij werden enkele sleutelelementen van kwalitatief interviewen belicht en ingeoefend. Centraal staat het toetsen van de CMO hypothese op een spontane en flexibele wijze. De interviews zullen nadien worden uitgetypt en met behulp van het programma *Nvivo* kwalitatief worden verwerkt. Ook hierover werd een trainingssessie gehouden.

3.1.3 Rekrutering van de deelnemers

Voor de studie werd samengewerkt met de oudste groep van een jeugdbeweging in randstedelijk gebied. Het betrof 12 jongeren tussen 16 en 17 jaar. Na goedkeuring van de leiding werd een bezoek gebracht waarbij uitleg werd gegeven rond het studieopzet en de inhoud. Daarna werd ook een papieren versie van de informatiebrief meegegeven. Ongeveer drie weken later werden zowel deelnemers als hun wettelijk verantwoordelijken via e-mail gecontacteerd met nogmaals uitleg over de studie en de informatiebrief als bijlage. Naar de ouders werd het opting-out formulier gestuurd. We ontvingen geen enkel opting-out formulier en ook van de deelnemers kregen we een positief antwoord. Tijdens de eerste sessie ondertekenden 10 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 per e-mail en via een beveiligde groep op Facebook. Tussen elke sessie gingen we ter voorbereiding van de volgende sessie langs op de jeugdbeweging. Dit om onze bereikbaarheid te tonen en vlotte afspraken te kunnen maken.

3.1.4 Verloop van de interventie en setting

Er werden 3 interactieve sessies georganiseerd. Deze werden steeds begeleid door Dr. Deltour en mezelf, als huisartsen in opleiding. In samenspraak met de groep participeerde ook de leiding aan deze interactieve sessies. Op het moment van elke sessie was mevrouw Stephanie Roux, psychologe, stand-by. Haar gegevens werden meegegeven aan de deelnemers indien er nood was aan een aanvullend gesprek. Ook door ons werd bewaakt 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 tijdens een kamp. Er was een korte kennismaking tussen de onderzoekers en de deelnemers. De informed consent werd ingevuld. Het thema van de interactieve sessie werd als volgt omschreven 'Wat is stress en hoe ga jij hiermee om'. Vooraf werd meegedeeld dat dit onderwerp niet rigide was en dat de groep zelf kon bepalen welke richting dit uitging. Om de interactie op gang te brengen werd gewerkt met beeldmateriaal. Kaarten van het gezelschapsspel 'Dixit' werden in het midden op de grond gelegd. Op deze kaarten staan mysterieuze tekeningen vol met details die voor interpretatie vatbaar 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 pleegde één van de ouders van een deelnemende jongere suïcide. Er werd in samenspraak met promotor en psychologe contact opgenomen met deze jongere en zijn wettelijk verantwoordelijke enerzijds en met de groep anderzijds. Op hun vraag werd tijdens de volgende sessies ruimte vrij gemaakt om hierover in interactie te gaan. Echter werd er besproken en onderlijnd dat onze tussenkomst tijdens de sessies niet therapeutisch kon zijn. Dit werd ook met de jongere in kwestie besproken en er werd doorverwezen voor individuele opvolging.

Voor de tweede sessie werd op een centrale plaats afgesproken. Bij aanvang werd er ruimte gelaten om over verlies en rouw te praten. Om dit te initialiseren werd geen beeldmateriaal noch iets anders voorzien. Nadien werd overgegaan naar het onderwerp 'groepsdruk' en als zijtak 'gebruik van alcohol en drugs'. Dit werd met prenten en foto's ingeleid.

De derde sessie werd kort na de tweede sessie georganiseerd. Er werd zoals in sessie twee eerst ruimte gelaten om over verlies en rouw te praten. Er werd deze keer wel gebruik gemaakt van de kaarten van het spel 'Dixit'. Zoals in de voorbijgaande sessies namen wij ook actief mee deel aan het gesprek.

Er werd in de voorbije sessie besproken wie bereid was om deel te nemen aan een diepte interview. Er werd door het Ethisch Comité voorzien dat niet alle kandidaten zouden geselecteerd worden voor een diepte interview, dit omdat het onduidelijk zou zijn naar de groep toe, indien iemand koos voor opting-out. Zo werden uiteindelijk 4 jongeren, 1 ouder en 1 praktijkopleider gecontacteerd voor een individueel interview bij een van de twee onderzoekers.

3.1.5 Opstellen van CMO-hypothese en topiclijst

Ter voorbereiding van de kwalitatieve interviews werd de CMO-hypotheses opgesteld. ***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 praten over mentaal welzijn en verschillende aspecten hiervan, leidt tot het reflecteren over eigen ideeën, normen en gedrag (cf. het alternatieve interactie model) ***Outcome***: Op een andere manier kijken naar en copen met stress, emoties, groepsdruk, alcohol drugs.

Daarnaast werd ook een topiclijst opgesteld om bij de hand te hebben tijdens de interviews.

3.1.6 Setting en afname van kwalitatieve interviews

De kwalitatieve interviews werden in onze praktijken afgenomen. Omwille van contextfactoren werden deze niet afgenomen in een dokterskabinet, maar in een neutrale ruimte. Aan de hand van een open gesprek en de specifiekere topiclijst werd een uitgebreid interview afgenomen. In totaal werden er zes interviews afgenomen : vier jongeren die deelnamen aan de sessies, een ouder en een praktijkopleider. De interviews werden allemaal volledig opgenomen via gsm. De geluidsopnames werden nadien volledig en woordelijk uitgetypt in Word.

3.1.7 Verwerking van de kwalitatieve gegevens met behulp van Nvivo 11

Na het opladen van deze Word documenten in Nvivo 11 werd gestart met de codering van de teksten. Hiervoor werd initieel dicht bij de tekst/quotes gebleven. Er werd steeds uitgegaan van de vooropgestelde CMO-hypothese en zo enkel relevant gecodeerd, met andere woorden: er werd gezocht naar observaties die de CMO-hypothese ondersteunen of tegenspreken. Na het coderen werd samengezeten met de promotor Dr. Decat en met Dr. Deltour om zo samen de codering te overlopen en de intersubjectiviteit van het onderzoek te garanderen.

3.2 Evaluatie van de interventie : realist evaluation

'Realist evaluation' is de gebruikte onderzoeksmethode. Deze methode wordt aangewend om interventies te analyseren en vooral te begrijpen waarom er wel of geen verandering plaatsvindt, en onder welke omstandigheden dit gebeurt. Het is een vorm van kwalitatief onderzoek, waarbij het niet zozeer gaat om meetbare uitkomsten of veranderingen van het gedrag of de visie van de deelnemers, maar waar het vooral draait rond het proces van verandering. De centrale idee is niet of de interventie werkt of niet werkt, maar waarom zaken gebeuren en waarom juist op die manier. Er wordt nagegaan wat precies gebeurt en vervolgens probeert men te begrijpen en te verfijnen welke factoren en mechanismen een rol spelen bij de implementatie van het proces. De uiteindelijke doelstelling van een RE onderzoek is de centrale 'CMO' hypothese te testen en te verfijnen, en na te gaan of en hoe die bepaalde theorie werkt in een welbepaalde setting [11].

Concreter wordt onderzocht welke contextuele factoren een rol spelen bij de interventie. Welke mechanismen in het onderliggende systeem zitten van het al of niet slagen van de interventie en de mogelijke resultaten.

4 Resultaten

4.1 Codes Nvivo

Onderstaande tabel bestaat uit (verkorte) codes die werden toegewezen tijdens het kwalitatieve onderzoek met behulp van Nvivo. Deze werden geselecteerd op belang t.a.v. de CMO hypothese en voor de onderzoeker als meest uitspringende, bijblijvende codes.

Context factoren	**Mechanisme**	**Outcome**
Vertrouwde groep	Vriendschap binnen die groep leidt tot intensere gesprekken.	Intensere vriendschap
Dixit kaarten	Kaarten helpen om gesprekken op gang te trekken en voorbij de initiële verlegenheid te treden.	
Jonge begeleiders	Doordat ze de leefwereld kennen van de deelnemers, voelen deze meer herkenning met/van de begeleiders.	
Thesis onderzoek	Goodwill om mee te werken aan thesis, om zo de studenten te helpen.	
Praten over gevoelens	Praten over gevoelens maakt je kwetsbaar.	Schept een betere band met vrienden.
Praten in groep	Inzichten van de groep krijgen.	Nieuwe coping strategieën. Aanpassen van meningen.
	Inzicht : je bent niet de enige ter wereld met die problemen.	Normalisatie/de-taboe van mentale problemen.
Deelnemers zijn 16 plus	Maturiteit zorgt voor betere interactie rond de onderwerpen.	
Destelbergen als context	Deelnemers met gelijke kenmerken brengt herkenning boven.	
Aangenaam lokaal	Zorgt ervoor dat je meer op je gemak bent.	Betere sfeer
Begeleiding van artsen	Benoemen van bepaalde zaken bv; stress, symptomen.	Inzicht, ook in het medische luik.
Praten in grote groep		Schaamte/spijt.
Suïcide moeder bespreken in groep	Je kan je eigen woorden gebruiken, er gaan minder verhalen de ronde.	
	Awkward moment kan er dan, begeleid zijn.	Bespreekbaar maken

Suïcide moeder als context	Voor velen nieuwe gevoelens, omdat ze dit nog nooit meemaakten.	
Praten in groep	Ook door te luisteren kan je dingen oppikken.	
Praten over groepsdruk en stress.	Inzichten en mening van anderen krijgen over dit onderwerp, die we nog niet kenden van elkaar.	Aansterken en bijsturen van eigen visie
	Vooral een begeleider die vertrouwen schept is belangrijk bij deze gesprekken.	
Huisarts als begeleider	Als huisarts angst dat we in groep misschien dingen missen, gewoon op 1 op 1 patiënten te begeleiden.	
Ervaring in praten over gevoelens	Zorgt ervoor dat je makkelijker kan praten over deze onderwerpen.	Hulp voor de hele groep.
	Via woorden van anderen uit de sessies, babbelen we ook thuis over de zelfmoord.	

4.2 Overzicht opvallende resultaten volgens CMO

Uit de hele Nvivo-coderingsboom, gelinkt aan de verschillende bronnen werden de meest opvallende of vanuit de vooropgestelde CMO-hypothese belangrijkste resultaten geselecteerd en hieronder volgens het belangrijkste effect geanalyseerd en onderbouwd met citaten uit de interviews.

4.2.1 Context

4.2.1.1 Vriendschap binnen de vertrouwde groep

Uit verschillende interviews kwam dit aspect naar voor. Omdat het zo pertinent aanwezig was, werd dit verder bekeken. Vriendschap binnen de vertrouwde groep bleek een belangrijke contextfactor alsook een mechanisme dat de interactie bevorderde. Er werd in vier referenties teruggevonden dat een gekende vriendengroep voor hen een bevorderende factor is. *"We zijn goed genoeg vrienden om dit te doen."* Hieruit blijkt impliciet dat dit een noodzakelijk factor is. Ook de aanwezigheid van de leiding werd goedgekeurd omdat *"Onze leiding is eigenlijk heel het jaar door vrienden met ons geweest."*

Verder kwam ook tot uiting dat er vriendschap werd getoond naar elkaar, wat achteraf voor een intensere vriendschap zorgde volgens sommigen: het praten over de onderwerpen in groep maakt hen dus tevens hechter als groep. En daarnaast werd praten over intieme gevoelens en mentale gezondheid gezien als een mechanisme om ook bevriend te raken, zo bleek uit volgend citaat *"Ik heb het gevoel dat je uiteindelijk echt wel met iedereen bevriend kan geraken op een bepaald niveau als je over zo dingen praat".*
Een onbekende groep lijkt eerder beperkingen te hebben. Alleen de vlotste en sociaalste deelnemers zouden aan bod komen en er zou angst zijn om fouten te zeggen of beoordeeld te worden. Toch bleek voor sommige onderwerpen zoals bijvoorbeeld seksualiteit onbekende personen dan weer een veiligere setting. *"…bijvoorbeeld seksualiteit, dat sommige dingen mijn vrienden gewoon niet moeten weten, dat je dat eerder als privé beschouwt."*

4.2.1.2 Suïcide van de moeder van een van de deelnemers

De suïcide was een zodanig belangrijk en aanwezig element tijdens deze interventie dat het verder werd bekeken. Alle jongeren en ook de geïnterviewde ouder waren hierbij dicht betrokken. Als contextfactor was de suïcide voor de meesten iets dat ze nog nooit hadden meegemaakt. Daardoor voelde de jongere wiens moeder gestorven was soms weinig herkenning. *"Meesten zaten niet in mijn positie, gelukkig maar, soms moet je gewoon iets meemaken voor je over iets nadenkt."* Hierbij denkt diezelfde jongere dat een groep met jongeren die het zelfde meemaakten misschien over dit onderwerp herkenning zou kunnen brengen en meer zou kunnen betekenen voor hem. De gesprekken gaven voor de andere jongeren een mogelijkheid om met hem te praten en zaken te benoemen die ze voorheen nog niet hadden kunnen zeggen. Dit werd aangevoeld als *"pijnlijk, maar ook verzachtend"*.

Waar er bij de andere onderwerpen geen echte nasleep was, was dit na de sessie rond de suïcide wel het geval. *"We hebben nog gepraat over hoe dat was, dat dat wel een vreemde sfeer gaf maar wel echt ok en goed was".* Ook werd na deze sessie als enige maal thuis verder gebabbeld, dit gaf ook de ouders de mogelijkheid om hierover na te praten. Hierbij zag men dat via de inbreng van anderen en via het gegeven van de sessie, gevoelens en gedachten worden konden verwoord naar ouders en omgeving.

4.2.1.3 Dixit-kaarten om de gesprekken te initiëren

Uit alle interviews kwam de noodzaak naar voren om interactiemomenten op te bouwen aan de hand van een initiator. De Dixit-kaarten leenden zich daar toe. *"… er stonden betekenisvolle dingen op, zodat je een bepaald gevoel kreeg als je keek naar die kaarten en dan kon je dat beter verwoorden.".* Daarnaast werd het gebruik van de kaarten ook als veilige context-factor beschouwd. *"In het begin is het altijd wel wat awkward en makkelijker om niets te zeggen."*

Ook de moeder en de geïnterviewde praktijkopleider zouden bij deelname aan dergelijke gesprekken verkiezen om een aanknopingspunt te hebben. Zij menen dat er anders het risico is om te vervallen in individuele meningen en onzekerheid van anderen, wat juist het zwijgen zou kunnen induceren.

4.2.2 Mechanisme

4.2.2.1 Ervaring in het praten over gevoelens en mentale gezondheid nodig

Door verschillende jongeren werd bemerkt dat zij zichzelf ervaren beschouwden in het praten over intieme gevoelens en ze dit ook als voordeel zagen tijdens de interactieve sessies. Enerzijds kwam het hebben van een lief naar voor : "*Ik heb nu bijna een jaar een lief, en daarvoor kon ik eigenlijk bijna nooit praten over mijn gevoelens, maar sinds dan is dat veel gemakkelijker geworden."* Anderzijds was ook de thuissituatie en gezinsstructuur een mogelijke facilitator in het praten over gevoelens. "*Ik heb dat meegekregen van mijn oudere broer en twee oudere zussen."* Ook de rol van een ouder die open is blijkt mee te spelen in de 'ervaring' rond praten over gevoelens. In de discussie zullen we hierop verder ingaan. Men zou kunnen stellen dat het selecteren van ervaren praters een interactief proces positief zou kunnen bevorderen.

4.2.2.2 Vooral vertrouwen in de begeleiding is belangrijk.

Het feit dat de interactieve momenten werden begeleid, was volgens de meesten een meerwaarde. Het belangrijkste kenmerk van zo'n begeleider is dat het een vertrouwensfiguur is. Dat hoeft voor de jongeren in de meeste gevallen geen arts te zijn. *"Ik vind mijn huisarts wel leuk, want die onthoudt mijn verhaal. Maar bijvoorbeeld mijn kapster ook."* Uit vier verschillende referenties bleek dat het voor de jongeren vooral de leeftijd van de begeleider telde. Een oudere arts zou volgens hen autoritair en veroordelend kunnen optreden, zeker over onderwerpen als groepsdruk. Iemand jong is voor hen meer verbonden met hun leefwereld en staat dus dichter bij de onderwerpen en hun gevoelens. *"Ik denk dat het veel helpt dat jullie jong zijn en zo meer mee kunnen praten met de dingen."* en "*Ja eerder wie en wat erbij zit. Maar ik denk toch dat als er een bepaalde leeftijd tussen zit dat het toch moeilijker is."*

De ondervraagde huisarts ziet haar professie als begeleider niet als de meest geschikte. Huisartsen zijn gewend om vooral één op één te begeleiden. Er is de bedenking of men ook getraind is om in groepen alles op te vangen. *"Het aantal vergroot maar dat maakt de inhoud en het verloop van het gesprek ook anders he. Dus dat wij misschien niet genoeg opgeleid zijn om de probleemgevallen in zo'n groep dan te gaan herkennen en eruit te halen en wij dan misschien iets teweeg gaan brengen of iets gaan laten broeden... "*

4.2.2.3 Praten in groepsverband

Uit de meeste interviews blijkt dat een van de belangrijke mechanismes rond praten in groep het krijgen van inzichten via de groep is. Die inzichten komen door de interactie tussen elkaar. "*Je kan op elkaar voortbouwen, soms heb ik ook mijn mening, maar als dan mijn vriend zijn mening zegt, verander ik daardoor een beetje, dus zo kan je op mekaar voortbouwen en mekaar anders doen denken. En moest je gewoon naar een film kijken en dan heb je uw eigen mening."*

De inzichten kunnen leiden tot gedragsverandering of versterken van de coping van het individu zelf. Dit werd als waardevol aanzien. "*Vooral te horen hoe anderen daarmee omgaan, zodat je het zelf ook eens kan proberen om sommige stressfactoren te verlichten. En daarom vond ik dat wel goed om over stress te praten."*

"*Vooral dat ik het aan de groep heb gezegd, en niet zo tegen een beperkt aantal mensen*." En "*Je moet je wel sterk houden, proberen niet te wenen."* Deze citaten omvatten de beperking en onveiligheid die een grote groep kan hebben. Vooral rond de suïcide kwam dit naar boven. De omvang en het bereik van de woorden en uitspraken in een groep kunnen ervoor zorgen dat men achteraf gevoelens van spijt heeft.

4.2.3 Outcome

4.2.3.1 Stress of mentale problemen benoemen

Bij de jongeren kwam naar voor dat het praten over stress en mentale problemen in groep als resultaat had dat deze zaken werden benoemd en dat zo een taboe werd weggenomen . *"Ja, dat het zo dingen zijn die niet super gemakkelijk bespreekbaar zijn, niet zoveel besproken worden, dat eigenlijk zo wat taboe is. Dan is dat altijd wel goed om dat te doorbreken."*

Opvallend was dat zowel de praktijkopleider als de moeder zich de bedenking maakten of jongeren wel altijd beseffen wat hun stressoren of mentale uitdagingen zijn. Zij zagen allebei een outcome in het letterlijk benoemen van fysieke en psychische gevolgen van stress door de begeleiders van groepssessies.

Moeder : *"Ik denk dat stress voor hen wel moeilijk is "wat is stress eh?". Zij ervaren volgens mij wel stress, maar hebben misschien niet altijd door dat dit stress is."*

Praktijkopleider : *"Weten ze wel dat dat hun stress geeft? Ik denk dat ze dat niet beseffen…De doorsnee jongere, uit een doorsnee, goed verdienend gezin, die doorsnee goed studeert. Waar alles normaal verloopt en niets echt dramatisch gebeurt. Die gaan misschien inderdaad niet weten wat stress is…Dus ik vind het zeker een belangrijk iets..."*

4.2.3.2 Coping strategie en meningen over bepaalde onderwerpen scherpstellen door inzichten gekregen van de groep.

Inzichten krijgen van de groep bleek over het algemeen een van de grootste effecten van de interactiemomenten : in 5 bronnen werden 17 referenties gekoppeld aan deze Nvivo code. "*Soms ben je je er niet van bewust wat de rest doet want je kan niet weten wat de rest doet zonder dat je er over praat. Soms denk je dat je raar bent maar is dat juist het meest normale dat er is."* De interactie op zich zou dus kunnen worden gezien als een statisch iets waar men 'informatie' uithaalt over elkaars visie of gedrag, maar het werd zeker ook beleefd als een actief proces waar door woord en wederwoord een verandering kan worden bewerkstelligd. "*Je kan op elkaar voortbouwen, soms heb ik ook mijn mening, maar als dan mijn vriend zijn mening zegt, verander ik daardoor een beetje, dus zo kan je op mekaar voortbouwen en mekaar anders doen denken."*

Vooral de outcome op gezondheidsgedrag ligt binnen het interesse gebied van deze masterproef. Bijvoorbeeld rond preventie van stress en surmenage. "*Vooral te horen hoe anderen daarmee om gaan, zodat je het zelf ook eens kan proberen om sommige stressfactoren te verlichten. En daarom vond ik dat wel goed om over stress te praten."*

4.2.3.3 Taboe rond ernst van mentale problemen doorbreken

De suïcide van de moeder van een van de jongeren speelde een belangrijke rol rond de beleving van onze onderwerpen: mentale gezondheid, stress, intieme gevoelens en zelf depressie. Door te praten over deze problemen voelt men dat het taboe toch wat kan worden doorbroken. "*Je zou dat nu ook niet aan iedereen moeten zeggen maar je zou dat wel aan iedereen moeten kunnen zeggen. Nu is dat zo wel echt een taboe. Ook aan minder goede vrienden zou je dat moeten kunnen zeggen, alsof dat een gewone ziekte is precies als een verkoudheid, maar dan veel serieuzer."*
Er kwam daarnaast ook naar voor dat men dit ook meeneemt en nu, bij wijze van spreken, meer voeling heeft met deze onderwerpen en de gevolgen ervan voor mensen. "*Voor iedereen was het de eerste keer dus iedereen moest zo gelijk "proberen" wat wel mag en wat niet maar dat was echt zo'n onderwerp waar nog nooit over gepraat was omdat dat nog nooit gebeurd is."*

4.2.3.4 Psychotherapie als meerwaarde

Tijdens de interactieve sessies en nadien in de diepte interviews werd ook de link gelegd naar de behandeling van mentale problemen. Zo vonden sommigen dat het te verkiezen is om ook gesprekstherapie toe te voegen indien het gebruik van pillen nodig is*. "Maar ik denk dat pillen nemen maar een tijdelijke oplossing is. Praten lijkt mij moeilijker en meer tijdsinnemender, maar dat dat je wel echt helpt."*

4.2.3.5 Visie op de huisarts

Over de meerwaarde van een externe hulpverlener als gesprekspartner waren de meningen verdeeld. Verschillende jongeren zagen hun huisarts of een psycholoog niet echt als een vertrouwenspersoon omdat ze deze niet zo goed kennen. Ook na de gesprekken begeleid door de huisarts bleef dit voor sommigen zo. Toch zagen verschillende jongeren na de gesprekken het nut van een externe hulpverlener. *"Maar ik denk dat ik heel makkelijk zou kunnen praten met een hulpverlener, omdat je weet dat die persoon daarover gestudeerd heeft en je weet dat hij daar niets over mag zeggen, dat dat zo een nuchtere blik is op je situatie."* Ook de bijkomende kennis over het beroepsgeheim hielp hierin.

Sommigen zouden nu ook sneller verkiezen om bij een jonge dokter te gaan. "*Oudere dokters die hebben al heel veel zaken gezien denk ik en die minimaliseren misschien soms denk ik. Startende dokter, jonge dokters hebben gewoon meer een blanco blad."*

5 Discussie

De hypothese van dit onderzoek, namelijk dat interactie tussen jongeren rond mentale gezondheidszorg een motor tot verandering kan zijn werd getoetst via de interviews. De resultaten zijn uiteenlopend en zeer interessant en ondersteunen op verscheidene vlakken ook de vooropgestelde hypothese. Sommige topics nodigen uit om dieper op in te gaan. Hierbij zullen we ook terugkoppelen naar de huidige literatuur en nagaan wat van belang kan zijn bij het organiseren van interactieve sessies met jongeren in de toekomst.

Voor onze interactieve sessies werd met een vriendschapsgroep gewerkt, uit een randstedelijke jeugdbeweging. Dit bleek voor de meeste deelnemers een faciliterende factor te zijn. Binnen deze groep waren heel veel kenmerken gelijkaardig: zelfde leeftijd, gemeente, deels zelfde vriendengroep, zelfde culturele en etnische groep en zelfde moedertaal. De jongeren kregen door de gesprekken met elkaar, inzichten van de hele groep. De thema's 'hoe omgaan met stress' en praten over intieme gevoelens gingen ze hierdoor deels anders bekijken en dit vanuit de herkenning van de andere en het identificeren van een gelijke zorg of probleem, maar met een andere aanpak of visie hierop. Dit heet *peer support*. *Peer support* blijkt ook vanuit een gevoel van gelijkheid/herkenning in de andere, succesvol te zijn op het vlak van gezondheid en preventie. [16,21] Peer interventies worden verondersteld effectief te zijn omwille van de sociale ondersteuning die een individu hieruit krijgt. [15,16] Maar ook los van het beoogde doel van de peer support (bv. zelfhulp aanleren bij somatische ziekte) is de beschikbaarheid van emotionele ondersteuning een hoeksteen en effect op zich. [16] De stelling dat men door een gelijke groep sowieso al een bepaald effect in ondersteuning of begrip bekomt tijdens een interactieve sessie blijkt hier dus bevestigd. Dit lijkt ons voor gezondheidspreventie en promotie bij uitstek een opportuniteit. Herkenning kan zowel op persoonlijke en professionele gebieden, maar het kan ook toegespitst zijn op één welbepaald kenmerk. Bijvoorbeeld een bepaalde ziekte, een bepaalde afkomst/verleden etc.

Voor de jongere wiens moeder suïcide pleegde vervaagde dus ook deze herkenning op het vlak van dit onderwerp. Hij gaf ook zelf aan dat hij vermoedelijk in een groep samengesteld uit jongeren die hetzelfde meemaakten een grotere steun zou hebben. Dit wordt ook gestaafd uit verschillende onderzoeken "mensen die een zelfde levensgebeurtenis delen of hetzelfde probleem hebben, hebben iets uniek te bieden aan de andere." [15] Een studie, waarin kinderen die allemaal een ouder verloren aan suïcide in interactie gaan met elkaar, toont aan dat dit kan helpen bij het verwerkingsproces. Vaak is het stigma rond suïcide en de vraag rond 'het waarom' voor kinderen het grootste struikelblok. Door met lotgenoten in interactie te gaan blijken zij beter hun gevoelens te kunnen uiten en hun weg te vinden in het herinneren van de overleden ouder. Interactie helpt hen de dood en vooral zelfdoding beter te begrijpen. [17]

Bij het organiseren van peer support groepen vanuit de eerste lijn rond specifieke onderwerpen (bv. suïcide) lijkt het opportuun deze herkenning in de hand te werken tijdens het samenstellen van de groep. Mensen met een gelijkaardige achtergrond rond het thema zullen meer aansluiting vinden bij elkaar en dus bijgevolg ook meer hebben aan de sessies. Echter in sessies rond algemene onderwerpen zoals stress en groepsdruk lijkt de beperkte diversiteit tussen de jongeren wel een meerwaarde te zijn en de interactie en outcome juist ten goede te komen. (Bijvoorbeeld het verschil in studierichting etc.) Wanneer men vanuit een eerstelijns praktijk zou rekruteren lijkt men automatisch gemeenschappelijk factoren te hebben (woonplaats, leeftijd…) en tevens zekerheid op diversiteit.

Wat verder als opmerkelijk mechanisme uit de interviews kwam, was dat verschillende deelnemers zichzelf als 'ervaren' in het praten over gevoelens zagen. Dit omwille van hun gezinssituatie : oudere broers en zussen of omdat ze een partner hebben met wie ze intieme gevoelens bespreken. Dit leek ons interessant: zijn mensen met ervaring nodig in een groep om het praten op gang te trekken?
In onderzoeken waarbij studenten hun communicatie skills op voorhand getraind werden bleek van wel. Zij werden achteraf door de groep hoger gescoord als 'gangmakers' van het gesprek en ook hun communicatieve vaardigheden op zich werden beter gescoord door een externe jury. [13] Tevens blijken communicatieve vaardigheden ook trainbaar op zich en worden deze effectief gevormd door contextfactoren als familie, vrienden of relaties. [14] De perceptie van de jongeren blijkt dus niet ongegrond. Bij het organiseren van interacties binnen de eerste lijn is het een meerwaarde om te zorgen voor een verscheidenheid in communicatieve vaardigheden. Hierbij is het interessant dat ook de geïnterviewde arts communicatie skills opperde als belangrijk punt voor de begeleider van zulke sessies, zij vroeg zich af of we als huisarts genoeg getraind zijn om peer groepen met jongeren te begeleiden. Uit het rapport van Turner blijkt dat het inderdaad belangrijk is getrainde en toegewijde volwassenen als begeleiders te hebben om de interactie te begeleiden en om te voorkomen dat moeilijke of zware mentale/emotionele problemen onjuist of op zichzelf behandeld worden. [21]

Na het organiseren van deze sessies als huisarts in opleiding denk ik dat we als huisarts, mits een goede omkadering en de persoonlijk interesse, zeker geschikt zijn om jongeren hierin te begeleiding. Dit beschouwen als deel van het basispakket van de huisarts lijkt me kort door de bocht : er moet een voeling zijn met community oriented healthcare en een interesse en wil van de huisarts in kwestie om zijn schouders hier onder te zetten. Ik denk dat we als huisarts de meerwaarde hebben een grote en uiteenlopende expertise te hebben op het niveau van preventie binnen de eerste lijn. Op vlak van de communicatieve vaardigheden zou er bijvoorbeeld een geaccrediteerde 'snelcursus' kunnen worden voorzien voor huisartsen die sessies zouden begeleiden. Tevens lijkt het, afhankelijk van de onderwerpen, toch opportuun om een tweede lijn stand-by te hebben. Dit kan in het kader van thema's als mentale gezondheidszorg een psycholoog of psychiater zijn, bij peer groepen rond somatische onderwerpen kan het bijvoorbeeld ook nuttig zijn in contact te treden met bv. een vakspecialist, diabeteseducator…

Uit sommige interviews kwam een mechanisme rond praten over gevoelens naar voren dat ons interessant leek. Namelijk dat de dingen die gezegd werden in de groep of de thema's van de interactieve momenten ervoor zorgden dat er ook thuis, met de ouders, gepraat werd over bepaalde onderwerpen. Bijvoorbeeld na het gesprek rond de suïcide werd thuis met de ouders al een keer nagepraat over de interactieve sessie, zo bleek uit het interview met de jongere en de mama. Veilige hechting in de kind-ouder relatie lijkt een randvoorwaarde te zijn opdat jongeren dit ook thuis zouden brengen. [18] Het napraten thuis over bepaalde onderwerpen aangebracht in de sessie zal dus waarschijnlijk niet voor elke jongere lukken. Of een jongere dit ook thuis ter sprake brengt blijkt dus vooral met zijn thuissituatie en hechtingsstijl samen te hangen en minder met het onderwerp en het mechanisme van de peer groep.

Sowieso blijkt uit dit onderzoek dat peer interacties een plaats hebben in preventie en promotie van mentale gezondheidszorg bij jongeren. Hierbij lijken mij ook de mogelijkheden naar de toekomst interessant. Er zijn bijvoorbeeld reeds enkele studies die peer support via social networks of virtuele apps onderzoeken. Zo ook het Reach Out! Project in Australië [20], dit online forum beoogde een veilige, anonieme omgeving te creëren waar jongeren tussen 16-25 jaar hun ervaringen en moeilijkheden rond mentale gezondheid kunnen delen met elkaar. Het project kon ook worden gebruikt in de eerste lijn of door instelling zoals het CLB. Via anekdotisch onderzoek bleek dit project vooral effect te hebben op het vlak van stigma reductie en toename van het hulpzoekend gedrag. Ook mensen met ernstige mentale problemen zouden potentieel grote voordelen kunnen hebben bij online peer-to-peer support. Angst voor rechtstreekse communicatie en voor afwijzing zijn drempels die zouden kunnen worden weggenomen door online peer support. Naslund et al [19] ontwikkelden hierover een conceptueel schema (figuur 4). Zij stelden dat de beslissing om online hulp te zoeken een kritische gebeurtenis is voor mensen met mentale gezondheidsproblemen en zo verscheidene mechanismen in gang zet.

Verder onderzoek over setting en omkadering van zulke projecten blijkt nog nodig. [20]

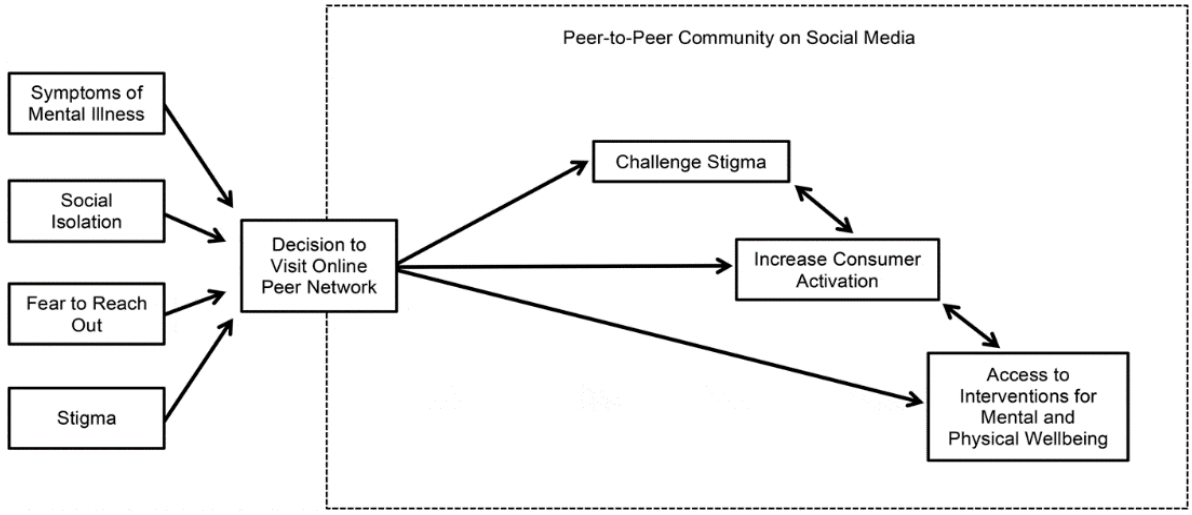


Fig 4. Naslund et al : Conceptual model illustrating potential opportunities that may be available to individuals with serious mental illness after visiting an online community of peers.

De belangrijkste beschouwingen die we maken na het uitvoeren van dit kwalitatief onderzoek is dat deelnemers en omgeving van de deelnemers een platform zien in de vorm van interactieve sessies. Het gegeven bewust met elkaar in gesprek te gaan rond een thema laat mensen toe enerzijds stil te staan bij de onderwerpen en hun eigen visie op de zaken te evalueren en eventueel bij te stellen. Hieruit volgt ook een vorm van gedragsverandering, meer bepaald het vergaren van coping strategieën in casu van stress en mentale ziekte. Rond specifieke onderwerpen zoals bijvoorbeeld een suïcide lijkt het beter om mensen die hiermee reeds in contact kwamen samen te zetten; de herkenning kan zorgen voor troost en steun doorheen het rouwproces. Wanneer dit in een groep met 'leken' gebeurt, voelt de getroffene zich kwetsbaarder en zou het zich openstellen in een interactieve sessie zelfs tot spijt kunnen leiden achteraf. Ook dit kan opgenomen worden vanuit de eerste lijn, maar aangewezen hierbij is de reeds hierboven vermelde back-up van een tweede lijn deskundige (psycholoog of psychiater).

Omgaan met stress, groepsdruk en intieme gevoelens is een belangrijke invalshoek voor jongeren; er blijkt nog steeds taboe rond te bestaan. Zowel bij de jongeren als bij de ouder en de huisarts werd de noodzaak tot het benoemen van stress symptomen en bijgevolg dus ook de noodzaak tot begeleiding aangegeven. Dit merkten wij ook op: door onze deelname aan de gesprekken was het mogelijk sommige dingen te kaderen of breder open te trekken. Begeleiding hoeft niet perse door huisartsen te gebeuren. Toch lijkt het een meerwaarde te zijn: het meegeven van info rond de mogelijke rol van een huisarts aan jongeren en voor de huisarts zelf laat het toe om van dichtbij te weten waar jongeren mee bezig zijn.

Vooral rond het rekruteren binnen een eerstelijnspraktijk lijkt er mij nog onzekerheid te zijn. Een goede communicatie rond de interactieve sessies is primordiaal. Binnen de community zou er ook kunnen samengewerkt worden met scholen. De huisarts kan dan als externe begeleider deze interactieve sessies in klassen bijwonen. Hierbij bekomt men ook een gekende groep, welke duidelijk beschermend werkt. Een valkuil hierbij is dat klasgenoten op school mogelijk niet allemaal een vriendschapsband met elkaar hebben en dit kan voor sommige onderwerpen wel belangrijk zijn, zo bleek uit de interviews. Omwille van het bepalend karakter van de groepssamenstelling lijkt hierin ook een mogelijke rol te liggen in de toekomst om interactie via de virtuele wereld te initiëren. Hierbij zouden we als hypothese kunnen nemen dat de rechtstreekse interactie (face to face) gereduceerd wordt en daardoor ook de relatie tot de andere iets minder op de voorgrond treedt, dit zou voor sommige jongeren drempelverlagend kunnen zijn m.b.t. het zich openstellen naar anderen/een groep.

Bovenstaande bedenkingen zouden in toekomstig onderzoek nader onderzocht kunnen worden.

5.1 Tekortkomingen van het onderzoek

Enkele zaken die gaandeweg duidelijk werden als mogelijke struikelblokken was het feit dat zowel Dr. Deltour, als ikzelf van verschillende deelnemers ook huisarts waren. Dit zorgde ervoor dat er langs de ene kant een vertrouwensrelatie was en de kennismaking dus vlotter verliep. Langs de andere kant hield dit het risico in dat men tijdens de diepte interviews niet altijd een objectieve mening zou geven, maar eerder proberen wenselijke te antwoorden. Dit leek ons uiteindelijk vrij goed mee te vallen.

Daarnaast kwam ook naar boven dat voor vele jongeren een soort van 'goodwill' om mee te werken aan onze masterproef, de belangrijkste drijfveer was om mee te doen met het onderzoek. Voor de eerste sessie verplaatsten wij ons naar hun zomerkamp in de Ardennen, dit was voor hen een stimulans om goed mee te werken. Het is dus niet mogelijk om deze resultaten te extrapoleren naar een geheel onafhankelijk en vrijwillig project in de eerste lijn georganiseerd door enkele huisartsen.

Tijdens de sessies varieerde het aantal aanwezigen van 5 tot 10 deelnemers. Achteraf werden er 6 verschillende diepte-interviews afgenomen. De steekproef was dus vrij beperkt en de jongeren die uitvielen waren bijgevolg ook moeilijker te bereiken voor een diepte interview.

6 Conclusie

Onze vooropgestelde hypothese, namelijk dat een interactie tussen jongeren over mentaal welzijn, leidt tot het reflecteren over eigen ideeën, normen en gedrag én een andere manier van beleven en van copen met stress, emoties en groepsdruk induceert, werd in deze masterproef verfijnd en de onderliggende factoren en mechanismen werden bestudeerd.

Concreet werden er interactieve praatsessies georganiseerd met jongeren uit eenzelfde jeugdbeweging (16-17 jaar). De onderwerpen van deze sessies waren omgaan met mentale stress en groepsdruk en praten over intieme gevoelens. Deze sessies werden door ons, huisartsen in opleiding, begeleid. De interactie werd geïnitieerd aan de hand van beeldmateriaal. Nadien werden kwalitatieve interviews met de deelnemers afgenomen. Deze werden gecodeerd met behulp van Nvivo en kwalitatief verwerkt. De onderliggende context, mechanisme en outcome factoren werden bestudeerd m.b.v. realist evaluatie. De belangrijkste resultaten werden opgelijst en dieper bestudeerd.

Door te praten met elkaar over mentaal welzijn reflecteren jongeren over hun eigen ideeën en gedrag rond deze onderwerpen. Met behulp van de gebruikte 'gangmakers' (de Dixit kaarten) komt de interactie makkelijker op gang en blijkt het eenvoudiger voor de jongeren om zaken te benoemen. Het krijgen van nieuwe inzichten van de groep (van elkaar en van de begeleiders) wordt als grootste effect beschouwd. Om te praten over gevoelens in groep is vertrouwen in de groep en de begeleider het belangrijkste. Met een vriendschapsgroep loopt dit het vlotst, doch kan dit voor sommige onderwerpen juist nefast werken en lijkt anonimiteit wenselijker. Voor specifieke onderwerpen zoals bv. suïcide van een ouder lijkt een peer effect van lotgenoten de getroffen jongeren het beste te ondersteunen.

Wat mee te nemen is naar toekomstige initiatieven is dat het gunstig kan zijn begeleiders op te leiden in hun communicatie skills m.b.t. het begeleiden van grotere groepen en dat ook binnen de deelnemers gangmakers een positief effect hebben op de interactie. De potentiele voordelen en de mogelijke rol van social media en de virtuele wereld in het opstellen van interactie tussen jongeren rond mentaal welzijn lijkt een interessant onderzoek domein in toekomstige projecten. Het zou kunnen tegemoet komen aan enkele praktische en sociale drempels rond interactie tussen jongeren.

7 Literatuurlijst

1. Noriko Kato; Toshihiko Yanagawa; Takeo Fujiwara; Alina Morawska. “Prevalence of Children’s Mental Health Problems and the Effectiveness of Population-Level Family Interventions”. Journal of Epidemiology. 2015. Pg 507-516
2. J. Ens; M. Holmqvist; P. Wener; G. Halas; J. Rothney; A. Schultz; L. Goertzen; A. Katz. “Mapping Interventions that promote mental health in the general population : A scoping review of reviews.” Preventive Medicine. 2016. Pg 70-80
3. Christian Kieling, Helen Baker-Henningham, Myron Belfer, Gabriella Conti, Ilgi Ertem, Olayinka Omigbodun, Luis Augusto Rohde, Shoba Srinath, Nurper Ulkuer, Atif Rahman. “Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action”. The Lancet. 2011. Pg 1515-1525
4. Crystal Sky Jongen, Janya McCalman and Roxanne Gwendalyn Bainbridge. “The implementation and evaluation of Health Promotion Services and Programs to improve Cultural Competency: A Systematic Scoping Review.” Frontiers in Public health. 2017.
5. Vigez “Factsheet Effectiviteit GGB – De Jeugdjaren”. Geestelijkgezondheidsbevordering
6. Nichola Shackleton; Farah Jamal; Russell M. Viner; Kelly Dickson; George Patton; Christopher Bonell. “School based interventions going beyond health education to promote adolescent health : systematic review of reviews.” Journal of Adolescent Health. 2016. pg 382-396
7. Daniel Weiss; Monica Lillefjell; Eva Magnus. “Facilitators for the development and implementation of health promoting policy and programs – a scoping review at the local community level”. BMC Public Health. 2016.
8. Peter Decat “Addressing the Unmet Contraceptive Need of Adolescents and Unmarried youth: Act or Interact? Learning from Comprehensive Interventions in China and Latin America”. 2015. Pg 209.
9. Jason R. Frank; Deborah Danoff :“The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies”. Journal of Medical teacher. 2007. Pg 642-647.
10. Jan De Maeseneer; Anselm Derese. “Community oriented primary care”. European journal of general practice. 1998. Pg 49-50.
11. Pawson and Tilley “Realist evaluation”. [http://betterevaluation.org/en/approach/realist_evaluation]
12. D. Willems; M. van Zwieten. “Waardering van kwalitatief onderzoek”. Huisarts en Wetenschap. December 2004. Pg 631-635
13. Cooker, Philip G., Cherchia, Peter J. “Effects of communication skill training on high school students' ability to function as peer group facilitators.” Journal of counseling psychology. September 1976
14. Hart, Newell, Olsen. “Social comunicative competence in Childhood.” Handbook of communication and social interaction skills.” Hoofdstuk 19. 2003
15. Jane M. Simoni; Julie C. Franks; Keren Lehavot; Samantha S. Yard. “Peer Interventions to Promote Health: Conceptual Considerations”. American Journal of orthopsychiatry. 2011. Pg 351-359.
16. Fisher; Coufal; Parada; Robinette; Tang et al. “Peer Support in Health Care and Prevention:Cultural,Organizational, and Dissemination Issues.” Annual Review Public Health. Vol 35. 2014
17. A. M. Mitchell; Sue Wesner; Linda Garand; Deborah Dysart Gale; Allyson Havill; Lynn Brownson. “A Support Group Intervention for Children Bereaved by Parental Suicide.” Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing. 2007. Pg 3-13.
18. M. Helsen; W. Vollebergh; W. Meeus. “Social Support from Parents and Friends and Emotional Problems in Adolescence”. Journal of Youth and Adolescence. Vol. 29. 2000
19. J. A. Naslund, K. A. Aschbrenner, L. A. Marsch, S. J. Bartels. „The future of mental health care: peer-to-peer support and social media”. Epidemio psychiatric science. 2016
20. Marianne Webb; Jane Burns; Philippa Collin. “Providing online support for young people with mental health difficulties: challenges and opportunities explored”. Early Intervention in Psychiatry 2008
21. Gillian Turner. “Brief report: Peer support and young people’s health.” Journal of adolescence 1999.

8 Bijlages

8.1 Goedkeuring Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: 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 Lien 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
  + topiclijst (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.
Vooraleer 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 anderstalige 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"

- *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

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys

Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

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

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 22 66	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@uzgent.be

UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2017/0342	21-jun-17	Zie "CC"

BETREFT

Advies Amendement voor studie met als titel:
Interactie tussen jongeren over mentale zelfzorg. Implementatie en realist evaluatie van een interventie in een jeugdbeweging. (MaNaMa Lien Deltour en MaNaMa Loes Vercruysse)

Belgisch Registratienummer: B670201731876
Fase (Phase): NVT/NA

Geachte collega,

Wij ontvingen uw aanvraag op 6/06/2017 voor een amendement betreffende bovenvermelde studie. Het betreft:

- Amendement
  Toevoegen ManaMa student Loes Vercruysse

Dit/deze document(en) werd(en) met bevoegdheidsdelegatie bekeken en goedgekeurd door de voorzitter van het Ethisch Comité 20/06/2017.
Hiervan wordt melding gemaakt in het verslag van de vergadering van het Ethisch Comité dd. 20/06/2017.
Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.

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

Met collegiale groeten,

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter EC Gent

cc. FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
UZ Gent - Bimetra Clinics

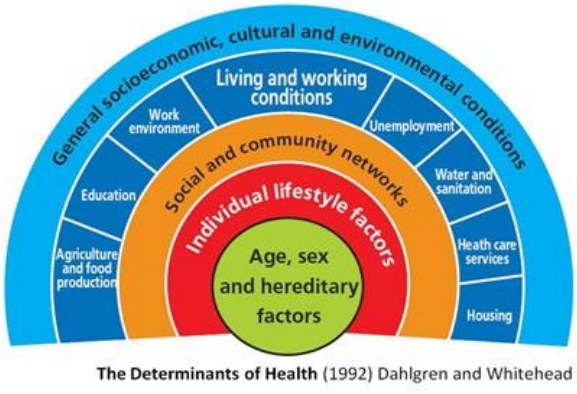
8.2 Goedgekeurd protocol

Protocol

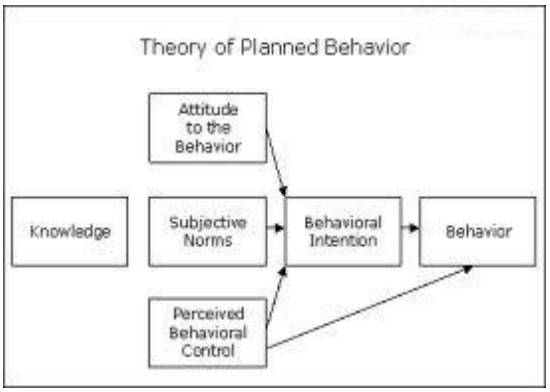
TITEL :
Interactie tussen jongeren over copen met stress.
Implementatie en realist evaluatie van een interventie in een jeugdbeweging.

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.



The Determinants of Health (1992) Dahlgren and Whitehead

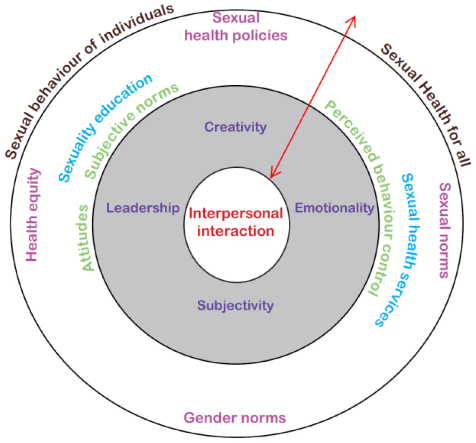


De "Theory of planned behaviour and reasoned action" (Ajzen) beschrijft de precursoren voor gedragsverandering. Deze theorie vertrekt vanuit de idee dat de eerste precursor voor een bepaald gedrag eruit bestaat de intentie te hebben tot het gedrag.
Deze intensie om het gedrag te veranderen komt dan weer 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

Figure 5.2 Alternative model for developing SRH promotion



Interpersonal interaction is the driver towards change at personal, community and societal level and finally leads to improved sexual health. Modifying factors influence the process which is intrinsically dynamic (arrow).
Green: personal level Blue: organizational level Purple: societal level
Grey zone: transformation zone with modifying factors

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.

Literatuurlijst

a. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey.
b. Peter Decat "Addressing the Unmet Contraceptive Need of Adolescents and Unmarried youth: Act or Interact? Learning from Comprehensive Interventions in China and Latin America". 2015. Pagina 209.
c. Pawson and Tilley "Realist evaluation". [http://betterevaluation.org/en/approach/realist_evaluation]
d. Jason R. Frank; Deborah Danoff :"The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies". Journal of Medical teacher. 2007. Pg 642-647.
e. Jan De Maeseneer; Anselm Derese. "Community oriented primary care". European journal of general practice. 1998. Pg 49-50.
f. ERIC : Ethical Guidance Informed Consent . Richtlijn opgesteld door o.a. Unicef, Childwatch

8.3 Informatiebrief en toestemmingformulier

Informatiebrief voor de deelnemers aan proeven

1 Titel van de studie:

Interactie tussen jongeren over omgaan 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 onze 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.

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.

Omdat praten over emoties voor sommige jongeren dingen kan losmaken of herinneringen zou kunnen opbrengen vinden we het zeer belangrijk een opvangnet te voorzien. Daarom werken wij voor deze studie ook samen met Stefanie Roux : psychologe werkzaam te Destelbergen. Zij zal steeds op de hoogte zijn van wanneer een interactiemoment/diepte interview doorgaat en indien nodig onmiddellijk samen met ons de jongere opvangen indien er zich problemen voordoen.
Stefanie is steeds bereikbaar op 0472/31.55.69 of via stefanie@totaalpraktijk.be.

De resultaten van het onderzoek zullen we nagaan met behulp van realist evaluation. Dit is onderzoeksmethode waarbij we “een op theorie gebaseerde stelling” gaan onderzoeken/evalueren en zo proberen nagaan of deze theorie “realistisch of waar is”. Maar dan in die zin dat we hieruit proberen te begrijpen waarom wel of waarom niet en wat de onderliggende mechanismen en factoren zijn. 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. Het zal dus vooral met behulp van de diepte interviews zijn dat we proberen een actuele, realistische kijk te hebben op het mechanisme/effect van interactie.

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.

Als je deelneemt aan het onderzoek, kan je op elk ogenblik vragen stellen over het onderzoek zelf en over mogelijke risico’s.

Een mogelijk risico is dat de momenten van interactie eventueel emoties losmaken die we dan nauwgezet moeten kaderen en opvolgen. Indien nazorg nodig is wordt er door ons contact opgenomen met de psychologe, verbonden aan dit onderzoek om zo gepaste follow-up te voorzien. 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
Praktijkopleider : Dr. Jozef Willems

Dr. Loes Vercruysse
loes.vercruysse@ugent.be
09/356.05.50
Huisartsenpraktijk Haenhout
Praktijkopleider : Dr. Riet Van den Bosch

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: