PROMOTIE VAN GEZONDHEIDSTHEMA'S IN DE LAGERE SCHOOL: IS ER EEN PLAATS VOOR DE HUISARTS?

Dr. Karel Buyse, KULeuven

Promotor: Dr. Peter Decat, UGent

Co-promotor: Dr. An Beselaere, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2018 – 2019

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.

ABSTRACT

Inleiding: Wat gezondheidspreventie betreft zit België onder het Europees gemiddelde. De preventie moet verder uitgebouwd en ook de huisarts kan zijn steentje bijdragen. In deze studie kijken we of de huisarts dit kan doen door gezondheidseducatie in de lagere school te voorzien. Tevens bekijken we de manier waarop zo'n educatie het best gebeurt.

Materiaal en methoden: Een literatuurstudie werd uitgevoerd. Er werden drie gezondheidseducatiesessies georganiseerd in de lokale lagere school bij kinderen van 10 tot 12 jaar. De sessies werden door de huisarts gegeven op een interactieve manier en met aandacht voor informatie afkomstig van 'peers'. Volgens de 'realist evaluation method' werden CMO hypotheses opgesteld (tabel 1). Deze hypotheses over context, plaats en mechanisme werden gebruikt om semigestructureerde interviews op te stellen. Er werden voor deze evaluatie drie ouders, twee leerkrachten en één huisarts geïnterviewd. Deze interviews werden gecodeerd en verwerkt.

Resultaten: Een codeboom wordt bekomen (tabel 2). Contextueel spelen vooral de positie van de huisarts, zijn expertise en didactische vaardigheden een rol. Daarnaast zijn ook het verplichte aspect van de les, de locatie en de samenstelling van de groep bepalend. Als mechanismes worden de interactie met de leerlingen en info van 'peers' als essentieel beschouwd door de geïnterviewden. Bovendien blijken ook de samenwerking met de leerkracht, de mogelijkheid om het onderwerp mee te laten bepalen door kinderen en leerkrachten, een vertrouwelijke sfeer en een herhaling na de sessies belang te hebben. Als outcome zien we een toename in de kennis bij de leerlingen, leerkrachten en zelfs de ouders. Er is een verandering in de attitude bij de leerlingen, er wordt een band gecreëerd met de eerste lijn, er is een bewustwording. Een gedragsverandering hebben we niet kunnen vaststellen.

Discussie: Zowel uit de literatuur als uit de interviews blijkt dat de huisarts een geschikte persoon is om gezondheidseducatie te voorzien in de lagere school. Er zijn echter wel enkele do's en dont's om goede sessies te organiseren (tabel 3). Uit onze resultaten blijkt dan we best een gemotiveerde huisarts hebben die een interactieve sessie geeft in het klaslokaal met aandacht voor info afkomstig van medeleerlingen en leerkrachten. De onderwerpen dienen dicht bij de leefwereld van de kinderen te staan en idealiter kiezen ze de onderwerpen zelf. Een vertrouwelijke sfeer is belangrijk. De resultaten van onze studie hebben enkel betrekking op deze school in West-Vlaanderen. Een bijkomend meerjarig onderzoek op verschillende locaties zal nodig zijn om bredere besluiten te kunnen maken. Uitgebreidere en vooral een groter aantal interviews bij de ouders, leerkrachten en huisartsen zullen hier ook toe bijdragen.

Besluit: Deze kwalitatieve studie beoogt bij te dragen tot betere preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen. De huisarts kan via gezondheidseducatie in de lagere school een rol als gezondheidseducator verrichten. Verder onderzoek kan aantonen hoe gelijkaardige interventies kunnen uitgerold worden over meer scholen in Vlaanderen en België op een kwaliteitsvolle manier.

INHOUD

Abstract 2

Inleiding 4

Literatuurstudie 6

Gezondheidspromotie in scholen 6

De rol van de huisarts 7

Materiaal en methoden 9

Interventies 9

Toepassing van het realist evaluation model 10

Interviews 10

Verwerking 11

Resultaten 12

Context 12

Mechanisme 14

Uitkomst 16

Discussie 18

Conclusie 21

Bibliografie 22

Bijlagen 23

Bijlage 1: de goedkeuring van de ethische commissie 23

Bijlage 2: Goedgekeurd protocol 25

Bijlage 3: De samenvattingen van de gegeven interventies 26

Les 1: Slaaphygiëne 26

Les 2: Mentale gezondheid en pesten 27

Les 3: mondhygiëne 29

INLEIDING

Preventieve geneeskunde is een 'hot topic'. Meerdere politieke partijen zetten preventieve gezondheidszorg op hun agenda voor de verkiezingen van 2019. Een goede preventie heeft veel baten. Het zorgt voor een afname van zowel acute als chronische aandoeningen of stelt deze aandoeningen uit. Bijgevolg zorgt preventie voor minder zieken en dus ook minder kosten (minder medicatie, minder dokterskosten, minder hospitalisaties, minder werkverlet,…) en meer QALY's (quality-adjusted life years) (1). In België ligt de verantwoordelijkheid voor preventie bij de gemeenschappen. Deze investeren momenteel minder in preventieve gezondheidszorg dan het Europees gemiddelde, namelijk 3% van gezondheidszorgbudget (2).

Willen we meer investeren in gezondheidspreventie, dan weten we liefst ook hoe we dit geld best investeren. In Vlaanderen wordt al op verschillende manieren aan preventieve gezondheidszorg gedaan, een mooi overzicht vind je op de site van 'Zorg en Gezondheid – preventiemethodieken' (3). Nieuwe opties worden onderzocht en er zal wellicht op verschillende niveaus nog meer aandacht aan preventie moeten worden besteed. Mijn thesis gaat op zoek naar een mogelijke manier voor de huisarts om mee te werken aan de lokale gezondheidspreventie.

Om als huisarts op lokaal niveau betere preventie uit te bouwen moeten we weten wat goede gezondheidspromotie precies inhoudt. Reeds 33 jaar geleden, in 1986, werd op een groot internationaal congres rond gezondheidsbevordering in Ottawa een mondiale visie over gezondheidspromotie neergeschreven. Het doel was om werkpunten uit te werken om 'gezondheid voor iedereen' te bekomen. Deze doelen zijn vastgelegd in het 'Ottawa Charter for health promotion'. De WHO definieert gezondheidspromotie als 'het proces om mensen in staat te stellen om meer controle te verwerven over hun gezondheid'. Men wil de gezondheid en levenskwaliteit verbeteren door gebruik te maken van een waaier aan omgevingsinterventies zowel gericht op de aanpak van de oorzaken van slechte gezondheid als op behandeling en genezing van ziekte. Het Ottawa Charter beschrijft verschillende actieterreinen voor gezondheidspromotie. Mijn thesis focust zich op de actieterreinen 'ontwikkeling van persoonlijke overtuigingen, waarden en vaardigheden' en 'meewerken aan een gezondheidsbevorderende omgeving' (4).

De manier waarop aan deze 'persoonlijke overtuigingen, waarden en vaardigheden' gewerkt wordt of hoe die 'gezondheidsbevorderende omgeving' gecreëerd wordt, speelt een belangrijke rol. Er bestaan verschillende gedragsmodellen voor de ontwikkeling en beoordeling van gezondheidspromotie. Het model waar wij voor kozen is 'interactie als motor tot verandering', naar voor gedragen in het doctoraat van P. Decat. Er wordt gesteld dat interpersoonlijke interactie in een veilige en betrouwbare omgeving een belangrijke motor is naar een gezonder gedrag. Dit soort interactie kan overtuigingen, attitudes, kennis en intenties van gedrag veranderen. Om interactie zo'n belangrijke rol toe te kennen is het echter noodzakelijk dat er respect, openheid, persoonsgerichtheid en vaardigheden aanwezig zijn om te kunnen omgaan met tegenstrijdige en tegen de eigen mening ingaande boodschappen. Daarnaast gaan leiderschap, creativiteit, subjectiviteit en emotionaliteit deze interpersoonlijke interactie stimuleren. Bovendien zullen ze het effect van deze interpersoonlijke interactie op individuele en maatschappelijke uitkomsten bevorderen (5).

Wij zijn het voor onze gezondheidspromotie gaan zoeken in de lagere school. Eerst werden door de huisarts drie interactieve gezondheidseducatiesessies gegeven in het vijfde en zesde leerjaar. Nadien werden leerkrachten, ouders en een huisarts geïnterviewd rond de georganiseerde sessies.

Zo werd een antwoord gezocht op de vraag: “Is het de plaats van de huisarts om in te staan voor de gezondheidseducatie in de lagere school?” Twee van de zeven CANMEDS-rollen zijn organisator en gezondheidsbevorderaar (6). Je zou dus kunnen stellen dat het organiseren van gezondheidseducatiesessies wel degelijk een deel is van het takenpakket van de huisarts. Andere vragen waar in dit proefschrift antwoorden op gezocht werden, zijn: “Is de huisarts de juiste persoon? Is de lagere school de juiste plaats? Op welke manier worden deze sessies het best georganiseerd? Wat kan het effect zijn van dergelijke sessies? ” Op een kwalitatieve manier volgens de ‘realist evaluation’ methode (7,8) werd een antwoord op deze vragen gezocht.

LITERATUURSTUDIE

In deze korte literatuurstudie werd gezocht naar eerdere studies over gezondheidspromotie in scholen. Wat waren de uitkomsten? Wat waren de omstandigheden? Welke mechanismen spelen een rol? Welke obstakels waren er? Wat is de rol van de huisarts? Deze info werd dan gebruikt voor het opstellen van onze interventie en de semigestructureerde interviews. De belangrijkste bevindingen worden hieronder weergegeven.

GEZONDHEIDSPROMOTIE IN SCHOLEN

In Australië, New South Wales, werd het SALSA programma opgericht (9). Hierbij werd door een lokale huisartsenkring in samenwerking met een middelbare school een programma uitgewerkt om gezonde voeding en beweging te promoten. Er werd een trainingsstage uitgewerkt voor ouderejaarsstudenten om hen op te leiden om les te geven over voeding en beweging aan de jongerejaarsstudenten. De studie toonde een positief effect aan bij de studenten. De belangrijkste mechanismen tot slagen in deze studie zijn (9):

- Een interventie gegeven door 'peer leaders'.
- Interactieve en actieve interventies.
- Bevorderen van het groepsgevoel door samen naar een doel te werken.
- Het toenemen van de kennis over het onderwerp.

De struikelblokken van de interventies waren (9):

- De ouderejaarsstudent had soms moeite om de hele klas in toom te houden en alles binnen de voorziene tijd af te werken.

Een systematische review en meta analyse van studies in ontwikkelde landen rond seksuele gezondheidseducatie door peers toont volgende effecten aan (10):

- Een groot en significant effect op kennis.
- Een matig en significant effect op attitude.
- Geen significante effecten op gedrag.
- Een toename van de 'self-efficacy' of 'het geloof in eigen kunnen'.
- Een positief effect op de algemene leeromgeving
- Positieve effecten bij de 'peer leader' zoals toename van kennis, van leiderschapsvaardigheden en self-efficacy

Een ander belangrijk element dat in deze studie naar voor geschoven wordt is de graad van betrokkenheid van de peers in het opstellen van de interventie. In sommige studies wordt de interventie helemaal uitgewerkt in samenwerking met de peers die de sessie geven. In andere studies worden de peers maar kort ingeschakeld tijdens de interventie. In deze meta-analyse wordt een patroon gevonden waarbij de graad van betrokkenheid van de peers correleert met het effect op kennis, attitude en self-efficacy (10).

Een derde studie die in het oog springt, is een Canadese studie waarbij huisartsen gezondheidspromotie rond risicogedrag bij adolescenten gaan voeren. Het is een kwalitatieve studie waarbij in focusgroepen de ideeën worden bevraagd van deze adolescenten rond hoe preventie aan hen zou moeten aangeboden worden. Het

doel van de studie is te weten komen hoe gezondheidspromotie bij adolescenten beter kan verlopen. 3 belangrijke elementen kwamen naar voor (11):

- Uit de studie blijkt dat de jongeren vooral bezorgd zijn rond de directe gevolgen van hun gedrag en weinig bezig zijn met gevolgen op lange termijn. Bv wel bezorgd om verslaafd te raken aan sigaretten maar niet bezorgd rond kanker of cardiovasculaire ziekte op latere leeftijd. Men ziet dan ook het leren kennen van je grenzen als het belangrijkste middel om de directe gevolgen van het risicogedrag te vermijden.
- De huisarts wordt door de jongere gezien als iemand die je geneest als je ziek bent. Niet onmiddellijk iemand waar je naar toe gaat voor preventieve gezondheidszorg.
- De jeugd is ook bang om over persoonlijke zaken zoals risicogedrag te praten tegen hun huisarts omdat ze vrezen dat dit dan wordt doorverteld aan hun ouders of de verpleegster of… Wanneer er een vertrouwensband is met de huisarts dan is dit echter minder een probleem.

Samengevat blijkt uit deze beperkte literatuurstudie dat een gezondheidseducatie bij jongeren bij voorkeur een interactieve sessie is, beïnvloed en gegeven door peers. Vertrouwen om te spreken is een belangrijk element in de sessies. Het moet gaan over een onderwerp dat aansluit bij de leefwereld van de jongere met focus op zowel directe gevolgen als gevolgen voor later. De gevolgen van deze educatie zijn meestal een toename van de kennis, een verandering in de attitude, een band creëren met de groep en met degene die de sessie geeft, een toename van het geloof in eigen kunnen…

DE ROL VAN DE HUISARTS

Een studie uit Canada bespreekt ook de rol van de huisarts in de school. Deze studie zegt dat een huisarts een rol kan invullen bij het informeren van de leerkrachten over ziektes bij kinderen, hun verloop, behandeling en hun effect op het leren; bij het promoten van lespakketten rond preventie van ziekte; bij het raad geven aan ouders en leerkrachten rond langdurig zieke kinderen; bij het informeren van de leerkrachten rond urgenties en hoe die te behandelen (12).

Daarnaast beschrijven de CANMEDS-rollen de verschillende basiscompetenties van artsen en dus ook van de huisarts. De drie belangrijkste rollen met betrekking tot mijn thesis worden hier uitgelegd.

Ten eerste is er de rol van ‘health advocate’ of gezondheidsbevorderaar. Dit betekent dat een arts niet enkel instaat voor het curatieve maar ook aan de preventie van ziektes, gezondheidspromotie en bescherming van de gezondheid werkt. Hierbij moet gestreefd worden naar ‘health equity’, het volledig bereiken van het potentieel in gezondheid zonder benadeeld te worden bv. op vlak van ras, religie, seksualiteit, sociale-economische status…

Een tweede rol is deze van ‘leader’ of organisator. Dit stelt dat artsen een managementrol op zich nemen om een zo kwaliteitsvol mogelijk gezondheidssysteem uit te bouwen. Ze zijn verantwoordelijk voor goede patiëntenzorg door hun activiteiten op klinisch vlak, administratief vlak en als lerende/leraar.

Een derde rol is de ‘collaborator’ of samenwerker. De arts moet samenwerken met zowel patiënt, familie, andere gezondheidszorgmedewerkers als organisaties en overheden om een kwalitatieve gezondheidszorg uit te bouwen. Deze samenwerking is gebaseerd op vertrouwen en respect. Het houdt in dat kennis, perspectieven en verantwoordelijkheden gedeeld worden en dat er een bereidheid is om samen te leren (6).

MATERIAAL EN METHODEN

Wij kozen voor een kwalitatieve studie. Na het doornemen van de literatuur werd een interventie opgezet in de klassen van het 5de en 6de leerjaar van de lokale lagere school. Drie interactieve gezondheidseducatiesessies werden uitgewerkt (zie verder). Deze interventies werden dan aan de hand van het 'realist evaluation model' beoordeeld. De literatuur werd gebruikt voor het opstellen van CMO (context, mechanism, outcome) – hypotheses. Deze hypotheses werden de basis van het semigestructureerde interview dat bij de ouders van de kinderen afgenomen werd. Deze interviews werden dan geanonimiseerd en gecodeerd om ze te kunnen verwerken in deze thesis.

INTERVENTIES

Er werden drie gezondheidseducatiesessies georganiseerd in de lokale lagere school. We kozen voor de klassen van het vijfde en zesde leerjaar. Eerst werd het akkoord voor deelname en samenwerking aan deze sessies gevraagd aan de directeur en de leerkrachten van deze klassen. Daarna werd via de leerkracht een omzendbrief meegegeven voor de ouders met de melding dat er een huisarts in opleiding in het kader van de WERO lessen over verschillende gezondheidsthema's zou komen spreken.

Voor de keuze van de thema's werd overlegd met de schoolarts, de leerkrachten en de directeur. Het eerste thema werd slaaphygiëne. Dit thema werd vooral door de leerkracht gekozen omdat ze merkte dat de kinderen vaak moe in de les zitten. Het tweede thema werd bepaald door de kinderen zelf op het einde van de eerste les. Ze kregen keuze uit drie verschillende thema's en kozen voor het thema mentale gezondheid en pesten. Het derde thema, tandhygiëne, werd door mezelf gekozen. De lessen werden gespreid over een half jaar tijd. De eerste lessen werden gegeven in het vijfde leerjaar eind mei en eind juni, de laatste les werd aan dezelfde kinderen gegeven maar dan in het zesde leerjaar begin december.

De interventies werden door mezelf opgesteld vanuit mijn achtergrond als animator in het jeugdwerk, leider in de Chiro en studentopleider aan de universiteit. Het doel was om telkens een interactieve sessie te maken gezien we 'interactie als de motor tot verandering' beschouwen (5). Er werd in elke sessie gebruik gemaakt van spelvormen, quizzen, creativiteit,… om de kinderen zo actief mogelijk te betrekken in de les. Ook werd telkens de volledige lesvoorbereiding aan de leerkracht doorgestuurd die hierover dan zijn goedkeuring kon geven. Het doel van deze speelse manier was dat de kinderen zo heel veel informatie rond de thema's zelf zouden vertellen. Ze kregen de ruimte om hun eigen ervaringen te delen met de rest van de klas (informatie van hun peers). De huisarts was vooral aanwezig om alles in goede banen te leiden, vragen te beantwoorden, antwoorden van de kinderen te structureren, goede antwoorden te staven en andere te ontkrachten. Voor het theoretische aspect werden de meest recente wetenschappelijke literatuur of adviezen nagegaan. Daarnaast werd ook bekeken welke bronnen voor educatie rond deze thema's reeds bestaan voor kinderen. Zo mogelijk werden deze ook gebruikt in de lessen. Zo werd bijvoorbeeld voor de les rond mentale gezondheid gebruik gemaakt van de info op AWEL, TEGEK, PRAATOVERPESTEN, KIESKLEURTEGENPESTEN. Van elke les werd ook een samenvatting gemaakt die de kinderen meekregen om in hun WERO-map te steken en eventueel aan hun ouders te tonen. Deze samenvattingen zitten in bijlage.

TOEPASSING VAN HET REALIST EVALUATION MODEL

Realist evaluation volgens Pawson & Tilley is een evaluatiemethode die rekening houdt met 'de context', 'het mechanisme' en 'de outcome'. De context zijn de omgevingsfactoren waarin een interventie plaatsvindt, de locatie, de groep… Het mechanisme is hoe zaken overgebracht worden tijdens de interventie, waar wordt er gebruik van gemaakt… De outcome zijn de uitkomsten die we kunnen verwachten van onze interventie. Realist evaluation houdt rekening met deze drie invalshoeken en gaat zich vooral focussen op de onderlinge relatie tussen deze drie elementen. Op die manier ga je na wat er wel of niet werkt, bij welke personen, op welke manier, hoe uitgebreid, hoe lang en waarom het werkt.

Voor deze realist evaluation methode worden vooraf aan de interventie (CMO-)hypotheses opgesteld rond welke context en welk mechanisme een rol spelen. Ook wordt een hypothese gemaakt rond de uitkomsten. Deze hypotheses worden nadien getoetst. Na de toetsing kunnen met de nieuwe gegevens de hypotheses aangepast worden en nieuwe hypotheses geformuleerd om in vervolgonderzoek te toetsen (7,8).

Tabel 1 toont de CMO hypotheses die werden opgesteld vooraf aan de interventie en in de semigestructureerde interviews getoetst:

Context	Mechanisme	Outcome
In de lagere school.	Info komt vooral via peers (medeleerlingen).	Toename van de kennis over het gegeven onderwerp.
Met de huidige klasgroep (ze kennen elkaar).	De huisarts is moderator en overziet de correctheid van de info van de peers.	Thuis vertellen over het gegeven onderwerp.
In hun vaste klaslokaal.	De huisarts vat samen en geeft ook een samenvatting mee op papier.	Napraten in de klas over het onderwerp.
De leerkracht blijft aanwezig op de achtergrond.	Het is een interactieve sessie, het verloopt spelenderwijs.	Een verandering in attitude.
In het kader van de WERO lessen (deel van het lespakket).	De leerlingen mogen één keer zelf een onderwerp kiezen uit drie voorstellen.	Beseffen dat de huisarts zich ook met gezondheidspreventie bezig houdt.
Losse sfeer.	De leerkracht mag één keer zelf een onderwerp kiezen.	Meer vertrouwen, meer comfort om zelf naar de huisarts te gaan.
De sessie wordt door een huisarts gegeven.	De leerlingen worden op hun gemak gesteld en gestimuleerd om over hun eigen situaties te spreken.	Gedragsverandering.

Tabel 1: De CMO hypotheses opgesteld na screening van de literatuur.

INTERVIEWS

Tussen de eerste en de tweede les werd via de kinderen een informatiebrief meegegeven over mijn thesis (zie bijlage) met daarbij ook een uitnodiging om hieraan mee te werken. De ouders konden op die manier hun gegevens aan mij doorgeven zodat ik hun kon contacteren voor een interview na afloop van de laatste educatieve sessie. In totaal werden vier ouders (1 duo-interview), twee leerkrachten en één huisarts geïnterviewd. Deze huisarts was tevens mijn praktijkopleider en heeft ook een dochter in de school waar de interventie door ging. Voor de interviews heb ik de keuze van de locatie aan de geïnterviewde overgelaten. Het

tijdstip werd in onderling overleg vastgelegd. Voorafgaand aan elk interview werd een informed consent overlopen en getekend door beide partijen. De interviews werden vastgelegd via een recorder, beveiligd en anoniem bewaard.

VERWERKING

Na elk interview werden de opnames door mij uitgetypt en geanonimiseerd. Hierna werden de interviews met behulp van Nvivo 12 gecodeerd om zo een codeboom met elementen uit de verschillende interviews te bekomen. Deze codeboom kan je verder in het artikel terugvinden. De coderingen werden ook kort met mijn copromotor besproken die de interviews ook nagelezen heeft. Deze codeboom vormt de basis voor de bekomen nieuwe inzichten die ook met mijn promotor en copromotor besproken werden.

RESULTATEN

De codeboom die bekomen werd na het coderen van de interviews (Tabel 2) is de samenvatting van al onze resultaten. Er werd gekozen om de codes onder de drie grote noemers context, mechanisme en uitkomst te plaatsen om zo terug te kunnen koppelen aan de oorspronkelijke CMO hypotheses in de discussie. Wat volgt is een verdere uitdieping van de resultaten.

Context	Mechanisme	Uitkomsten
•**Locatie** •**De huisarts** •Expertise •Positie als huisarts (autoriteit) •Didactieve vaardigheden van de arts •**Verplicht versus vrijblijvend.** •**Samenstelling van de groep**	•**Educatieve methodes** •Herhaling •Info van peers: herkenbaarheid vs. verschillen •Interactie •Duur van de les •**Kiezen inhoud** •**Samenwerking met de leerkracht** •**Vertrouwlijke sfeer**	•**Attitude** •Banden met de eerste lijn •Bewustwording •Gedragsverandering •**Bespreekbaarheid van gezondheidsproblemen** •Bespreekbaar maken thuis •Bespreekbaar maken op school •**Kennis** •Kennis van het kind •Kennisoverdracht naar het gezin •Kennis van de leerkracht •Kennis over huisarts en preventie

Tabel 2: De codeboom met alle coderingen en subcoderingen van tekstelementen uit de semi-gestructureerde interviews.

CONTEXT

1. Een eerste contextueel aspect dat besproken werd in de interviews was de **locatie** waar de educatiesessies doorgingen, namelijk in de school in hun eigen klas. Alle geïnterviewden antwoordden dat ze dit een goede locatie vinden omdat het voor de kinderen hun **vertrouwde omgeving** is. In twee interviews werd geopperd om de kinderen in een **cirkel** te zetten om interactie te stimuleren. In interview 1 werd gezegd dat de locatie **ondergeschikt** is in belang **aan de inhoud**. Anderen vonden de locatie ondergeschikt aan de groep zoals bv in interview 3 *"Ik denk dat de groep belangrijker is dan het lokaal. Met hun groep is het gelijk waar het gegeven wordt."* In drie van de zes interviews werd voorgesteld om ook eens in de huisartsenpraktijk te gaan. In interview 5 werd er het volgende over gezegd: "*Enerzijds is het leuk dat het in het klaslokaal kan doorgaan, daar zitten ze in hun vertrouwde omgeving, zijn ze op hun gemak. Anderzijds zou het ook tof zijn mocht het eens in een praktijk zijn. Ik denk dat dit nog boeiender kan zijn voor de leerlingen omdat ze dan ja… ik denk dat ze dan ook heel veel vragen zullen stellen. Maar waarschijnlijk dan ook vragen die niet gerelateerd zijn aan de les. Ze zullen dan uitwijden. Als je het in een klaslokaal doet en jij brengt het onderwerp aan dan zal het ook meer*

over dat onderwerp gaan. Als je het in een praktijk zou doen, dan denk ik dat het alle richtingen kan uitgaan. Of dat slecht is,…"

2. De sessies werden gegeven **door een huisarts** die in de buurt van de school werkt. In de interviews kwam dit als een belangrijk contextueel aspect naar voren. In elk interview werd gesteld dat het goed is dat de huisarts het geeft omdat hij meer **expertise** heeft over de onderwerpen. Interview 2: *"De dingen worden duidelijker uitgelegd en beter gestaafd door de huisarts. Als de leerkracht zegt zet je recht want je moet voor je rug zorgen… Dan kan de huisarts uitleggen waarom dit zo belangrijk is."* Ook de **positie, de autoriteit van de huisarts** werd in elk interview naar voren geschoven. Interview 1: *"De kinderen gaan meer aanvaarden van een huisarts dan van een leerkracht wat gezondheidseducatie betreft. De huisarts is goed gepositioneerd, heeft voldoende achtergrond hiervoor. De kinderen gaan hierbij veel vragen stellen die een leerkracht out of the blue niet echt kan beantwoorden."* Daarnaast opperden twee mensen ook dat het op zich al belangrijk is dat er **eens iemand anders** vooraan staat. Interview 3: *"Eigenlijk vind ik dat wel zeer goed. Het is dé huisdokter die naar school komt. Voor de jongens is dat weer eens iets nieuws, iets interessants en weer eens iemand anders."* Wat ook door iemand aangehaald werd is dat niet elke huisarts hiervoor geschikt zal zijn. Het moet een **gemotiveerde huisarts** zijn en idealiter de eigen huisarts zei men in interview 3: *"Ik denk niet dat iedere huisarts hier voor geschikt is. De huisarts moet het willen doen, enthousiast zijn, goed met kinderen kunnen omgaan… Het is ook leuk als het de eigen huisarts is."* De **didactische vaardigheden** worden ook in interview 1 in vraag gesteld: *"Aan de andere kant vraag ik mij af hoe educatief een huisarts de les kan doen. Er moet wel wat wisselwerking zijn met de leerkracht, eigenlijk een soort duopresentatie. En dat dit dan waarschijnlijk het meest kans op succes zal hebben."*

3. Ten derde werden de sessies gegeven in het kader van de lessen wereldoriëntatie. Het waren dus **geen vrijblijvende sessies** waar je vrijwillig naar toe kon gaan maar sessies die als **'verplichte les'** aan de kinderen gegeven werden. In elk interview werd dit als positief element naar voor gehaald omdat op die manier iedereen betrokken werd. In interview 6 werd het volgende gezegd: *"Thoh, zou je dat buiten schoolverband doen? Ik denk dat het dan heel moeilijk zal zijn om de kinderen tot daar te krijgen na de schooluren. Tenzij je als ouder er achter staat. Ik denk vooral ook dat je zo alle kinderen bereikt. Terwijl als je het buiten school doet je misschien alleen de kinderen zal bereiken die het niet nodig hebben terwijl de genen die het wel nodig hebben afwezig zullen zijn."*

4. Als laatste werd ook gesproken over de **samenstelling van de groep**. In vier van de zes interviews werd voorgesteld om eventueel met kleinere groepen te werken om de interactie nog te bevorderen. De bedenking rond de organisatorische moeilijkheden die hiermee kunnen gepaard gaan werd door elk van hen ook gemaakt. Twee mensen stellen voor om de groepen eventueel te mengen met jongere kinderen zodat zij ook van elkaar kunnen leren. Interview 6: *"Ik denk wel dat je met verschillende leeftijdscategorieën door elkaar kan werken. Dan pikken ze dingen van elkaar op. Zowel de kleine van de grote als omgekeerd."*

MECHANISME

1. De gebruikte **educatieve methodes** zijn een eerste mechanisme dat in de interviews naar voor geschoven werd. In de sessies werd zo veel mogelijk op een speelse losse manier gewerkt. Het doel van deze speelse manier was dat zo de kinderen heel veel informatie rond de thema's zelf gingen vertellen. Ze kregen de ruimte om hun eigen ervaringen te delen met de rest van de klas. De huisarts was vooral aanwezig om alles in goede banen te leiden, vragen te beantwoorden, antwoorden van de kinderen te structureren, goede antwoorden te staven en andere te ontkrachten. Op het einde van de les gaf de huisarts ook nog een samenvatting van het geleerde en deze werd ook op papier meegegeven.

In drie van de zes interviews werd het belang van **herhaling** aangehaald. De ene stelde voor aan de hand van een testje, de andere had het eerder over een korte mondelinge evaluatie door de leerkracht. Interview 4: *"En moest je dat nu af en toe eens kunnen herhalen… dat moet daarom niet door u zijn… Als er nu gewoon over een paar weken eens iemand zegt: "Heb je daar nu iets veranderd? Heb je beter geslapen?" Dan kan dat allemaal nog eens terugkomen. Dan ga je misschien nog meer losweken dan op het moment zelf. Nu gaat het een beetje verloren in de stroom van informatie."*

Daarnaast werd ook het belang van **info van peers** aangehaald als educatieve methode. In alle interviews werd er gesteld dat het de info is die van peers komt die voor **herkenbaarheid of net het opmerken van verschillen** zorgt. Interview 6: *"Je kan altijd van elkaar leren. Opbouwen uit andere opvattingen of ideeën. Gezondheid is meer dan alleen maar theorie. Het is een manier van leven. Een manier van omgaan met. Als ze van anderen horen hoe zij het doen, gaan ze er bij stilstaan. Hoe doe ik het bij mij? Is dat hetzelfde of anders? Het zorgt enerzijds voor herkenning en anderzijds voor wat zelfontplooiing.*" Ook werd in één interview gezegd dat het belangrijk is **wie** de medeleerling is die de info geeft naar **geloofwaardigheid** toe: *"Ze kunnen zich er dan natuurlijk ook wel tegen afzetten. Als het bijvoorbeeld iemand is waar ze niet goed mee overeen komen, dan kan het soms sowieso niet goed zijn. Er zitten daar in de klas een paar leiders die graag het voortouw nemen. Ik denk dat ons kind bij hen eerder iets zal hebben van "het komt toch maar van de die". Dus het is volgens mij heel belangrijk dat het van de leerlingen komt maar dat het daarna ook gestaafd wordt door de persoon die vooraan staat. Want als het alleen maar uit de leerlingen moet komen, moet de huisarts daar niet meer zijn."*

Ten derde werd **interactie** door alle geïnterviewden naar voor geschoven als een heel belangrijk element in gezondheidseducatie omdat het de aandacht verzekert. Interview 3: *"Ik denk dat het belangrijk is dat het op een speelse manier gebeurt. Ik denk dat ze er zo meer van zullen opsteken. Zeker als ze zelf dingen kunnen aanbrengen, waarmee ze problemen hebben."* Interview 2: *"Ze hebben dat nodig, ze kunnen dat niet meer zo lang stilzitten en luisteren. Die klassikale lessen je kan dat niet meer zoals vroeger, geen ganse dag hetzelfde… er moet variatie in zitten."*

Als laatste werd de **duur van de lessen** door een van de leerkrachten onder de aandacht gebracht. Daar is de mening dat de les niet langer mag duren dan 50min: *"Het duurde soms te lang, ze kunnen je blijven laten uitwijden. Misschien was echt 50min beter geweest en dan eventueel nog een les extra. Dan is het wat strikter. Maar, dat is ook ondervinding, je merkt na een tijdje lesgeven wel wanneer ze aan het uitwijden zijn. Het is voor*

jullie misschien moeilijker want het is interesse die ze tonen. 50min is voor hen echt een maximum, gelijk over welk onderwerp het gaat."

2. Naast de gebruikte educatieve methodes werd de **samenwerking met de leerkracht** ook naar voorgeschoven als mechanisme in alle zes de interviews. Niet alleen wat betreft het opstellen van de les zowel op **educatief** vlak als bij de **keuze van het onderwerp**. Maar, zo werd in interview 2 gesteld, ook doordat de leerkracht zich eens uit zijn 'leerkracht rol' kan trekken en zich in de rol van medeleerling kan zetten. Op die manier kon de leerkracht ook **zijn of haar eigen ervaringen** over het onderwerp **delen**: *"Thoh… misschien dat de leerkracht ook eens zijn/haar verhaal kan doen, bv als het over pesten of slapen gaat. Ze zeggen dikwijls dat als de leerkracht participeert dat dit ook wel indruk zal maken… maar het hangt ook af van het onderwerp."* Daarnaast werd ook in dat zelfde interview geopperd dat de aanwezigheid van de leerkracht soms nodig kan zijn om de **klas in toom te houden**:*"Daarnaast lijkt het me goed dat de leerkracht er bij is omdat de kinderen er misschien anders wel misbruik van zouden maken. De leerkracht is er bij als back-up."*

3. Een derde mechanisme was het **kiezen van de inhoud** van de lessen. In alle interviews waren ze het er over eens dat gezondheidseducatie en zeker bepaalde onderwerpen die aan bod kwamen vrij **nieuw** zijn in de lagere school. Velen opperden ook dat deze zaken **nuttiger** zijn dan andere dingen in het lessenpakket. Interview 6: *"Ik denk dat dat heel positief is. Je hebt zo onderwerpen die de juf of meester misschien niet aan zullen halen, maar die je als huisarts rond gezondheidszorg wel aanhaalt."* Wat de onderwerpen betreft werd één onderwerp gekozen door de leerkracht, één door de leerlingen en één door de huisarts. Een **door de leerlingen gekozen** onderwerp werd unaniem als positief beschouwd omdat het **beter zou aansluiten bij hun leefwereld**, hun meer zou interesseren. Interview 1: *"Als je ze kan laten kiezen sluit het zeker aan bij waar ze mee bezig zijn. Het is belangrijk dat het aansluit bij hun leefwereld. Ze moeten er relatief snel voordeel bij kunnen doen in wat zich in hun leefwereld afspeelt."* Ook een **onderwerp door de leerkracht gekozen** werd positief onthaald bij drie interviews omdat het meer aansluit bij de **noden** of bij hun **lessen**. Interview 6*: "De leerkracht heeft misschien wel nog wat meer inzicht in de klas dan een buitenstaander. Als er bv gepest wordt in de klas dan kan de leerkracht dit onderwerp misschien voorstellen. Ik denk dat het dan ook wel meer impact zal hebben."*

4. Een laatste mechanisme was de **vertrouwelijke sfeer** die gecreëerd werd tijdens deze sessies. In alle zes de interviews werd het belang hiervan bevestigd. Er werd dan verder nagegaan hoe die vertrouwelijke sfeer kan bereikt worden. Er werd onder andere geantwoord dat deze klas sowieso al **goed samenhangt, een sociale klas** is. Dit komt omdat ze een medeleerling hebben die een beperking heeft en al zes jaar samen in de klas zitten. Interview 4: *"Ze moeten zich als één groep beschouwen. En dat hebben ze in die klas zeer goed geleerd. Zonder te beseffen dankzij die ene leerling met de beperking. Daardoor gaan ze ook niemand uitsluiten. Iedereen moet er bij betrokken zijn. Hier zitten ze ook al 6j samen in dezelfde klasgroep en kennen ze elkaar door en door, in andere scholen worden klassen vaker door elkaar gegooid."* Ten tweede werd het belang van een open sfeer, **een tot meningsuiting stimulerende omgeving** aangehaald: *"Zij zitten in een klas waar ze veel mogen en kunnen zeggen. Kinderen mogen veel meer zeggen. Niet zoals vroeger dat je moest zwijgen. In de meeste scholen is het nu wel zo dat, als ze het op een correcte manier doen, ze hun mening mogen uiten."* Een derde element dat naar voor gebracht werd in interview 5 was het creëren van een **persoonlijke band** met de

leerlingen: *"Een persoonlijke band creëren met de leerlingen is goed vind ik. Ook wat vertellen over jezelf. Wat je daar doet, waarom je daar bent, hoe oud je bent, wat je hoopt van te bereiken. Dan krijgen ze een bepaald beeld en dan durven ze sneller iets vertellen denk ik. Als je gewoon zeer sec zegt : "ik ben dokter huppeldepup en kom hier lesgeven over…" dan gaat het langer duren denk ik."* Een vierde voorstel om een vertrouwelijke sfeer te creëren werd in drie interviews naar voren geschoven. Er werd voorgesteld om met **opdrachtjes** te werken waarbij men **anoniem** kan antwoord geven op enkele gevoeligere vragen om zo de **drempel tot spreken te verlagen**. Interview 1: *"Met kleine opdrachtjes waar ze dingen kunnen opschrijven en het op een hoop gegooid wordt zodat ze eigenlijk niet meer weten van wie wat komt… Dit kan de drempel om dingen te zeggen verlagen. En misschien als het ter sprake komt dat het kindje er dan wel durft op inpikken?"*

UITKOMST

Het derde grote luik dat in de interviews besproken werd, is wat men verwacht als resultaat van deze gezondheidseducatie. Een eerste uitkomst die we terugvonden is de **verandering van attitude**. Er werd in verscheidene interviews gesteld dat er door de sessies een soort **bewustwording** bekomen werd maar meestal nog **geen verandering in het gedrag**. Interview 4: *"Het is niet iets wat ze moeten leren, het is vooral iets waar ze moeten bij stilstaan van oké, het is belangrijk dat ik genoeg slaap, het is belangrijk dat ik genoeg mijn tanden poets. Dat zijn geen dingen dat je gaat doen omdat je het geleerd hebt, het zijn dingen die je doet omdat je bewustwording krijgt."* In interview 5 werd ook gezegd dat mits **herhaling** misschien toch een gedragsverandering kan bekomen worden: *"Ik denk toch dat bepaalde leerlingen nieuwe inzichten hebben verworven. Of ze die inzichten effectief onmiddellijk gaan omzetten, ik denk misschien sommigen wel. Ik denk als ze dat nu regelmatig gaan horen dat ze het dan rapper gaan uitvoeren. Gewoon omdat er effectief iemand gekomen is die hetzelfde verteld heeft denk ik dat ze dat wel… daarom nu nog niet direct, maar ik denk op termijn dat ze het dan wel rapper gaan doen."* Een andere vorm van verandering in attitude is de **band** die gevormd werd **met de eerste lijn**. Er werd meer vertrouwen gecreëerd in de huisarts. De drempel om naar de huisarts te gaan werd op die manier verlaagd. Interview 3: *"Ik denk toch wel dat die angst om naar de huisarts te gaan minder zal zijn. Hij komt zelfs naar school, waarom zou ik dan schrik hebben om naar daar te gaan? Ik denk dat het vertrouwen er dan wel meer is na zo'n les. Zeker als het iemand wordt die ze regelmatig eens zien."*

Een tweede uitkomst van de gezondheidssessies was het **bespreekbaar maken van gezondheidsproblemen**. Zowel op school als thuis werd na de sessies gesproken over wat de kinderen allemaal geleerd hadden. Deze discussies zorgden er voor dat deze preventieve maatregelen nog eens onder de aandacht gebracht werden van de ouders. En problemen worden bespreekbaar gemaakt. Dit werd in alle zes de interviews als een uitkomst gezien. Interview 1: *"Ik hoop dat gezondheidsproblemen door zo'n sessie meer bespreekbaar zijn. Dat meer de cultuur kan ontstaan om over gezondheidsproblemen te praten."* In interview 6 werd hierover nog het volgende gezegd: *"We hebben ook ondervonden dat onze dochter naar huis kwam en er over gesproken heeft. Dat vonden wij heel positief. Het heeft echt voor discussie aan de tafel gezorgd. Met zoveel zussen moet je natuurlijk ook maar één woord zeggen."*

Een derde gevolg van de sessies was ook volgens alle interviews een **toename in de kennis** rond het aangebrachte onderwerp. Deze kennistoename werd gezien **bij de kinderen** maar ook **bij de leerkrachten** en zelfs **bij de ouders** via hun kinderen. Eén van de geïnterviewde leerkrachten zei er het volgende over: *"Voor mij was het ook interessant om eens te zien wat je brengt en hoe je het brengt. Dus ik denk dat het interessant is voor de leerkracht om er bij te zijn."* Daarnaast werd er ook in twee van de zes interviews gesteld dat door de sessies de kinderen voor een stukje beseffen dat de **huisarts** naast het curatieve **ook instaat voor het preventieve**. In twee andere interviews werd gezegd dat ze dit waarschijnlijk niet door zullen hebben. Interview 5: *"Ze gaan misschien wel rapper doorhebben dat het niet alleen voor de griep is dat je naar de dokter kunt. De huisarts weet blijkbaar ook iets over slapen of over tandenpoetsen. Het is meer het inzicht, ik denk door zoiets te doen ga je het inzicht een beetje verbreden."*

DISCUSSIE

"Is het de plaats van de huisarts om in te staan voor de gezondheidseducatie in de lagere school?" Zowel uit de CANMEDS-rollen (6) als uit onze interviews blijkt dat de huisarts goed geplaatst is om sessies rond gezondheid te voorzien in de lagere school. Iedereen, zowel de ouders, leerkrachten als de huisarts die geïnterviewd werden, is hierover enthousiast omwille van verschillende redenen. Ze vinden dat de huisarts de juiste expertise bezit, dat hij een zekere positie of autoriteit heeft, *'het is dé huisarts die les komt geven'*, en het is gewoon ook weer eens iemand anders dan de leerkracht die vooraan staat.

Er werden ook enkele kanttekeningen gemaakt:

Ten eerste moet een huisarts dit doen vanuit een interesse en omdat hij hiervoor gemotiveerd is. Als ervaringsdeskundige ga ik volledig akkoord met de geïnterviewden. Ik ben actief in een jeugdbeweging en werkte mee aan praktijkopleidingen voor medestudenten. Mijn interesse en motivatie om anderen zaken bij te leren is altijd al groot geweest. Deze 'drive' is nodig omdat de voorbereiding van zo'n educatieve sessie en ook de les zelf toch wel enkele uren tijd vergt (consultatie-uren en uren van je vrije tijd). Je enthousiasme in de les is tevens belangrijk om de aandacht van de kinderen te kunnen blijven vasthouden.

Ten tweede moet de huisarts over voldoende didactische vaardigheden beschikken of hiervoor nauw samenwerken met de leerkracht van de klas. Opnieuw kon ik hier rekenen op mijn ervaringen uit de jeugdbeweging én uit een cursus didactiek die ik volgde.

Ten derde werd de vraag gesteld of hiervoor een vergoeding is voor de huisarts. Voorlopig is hiervoor geen budget voorzien. Gezien de goede resultaten na deze sessies zou het echter interessant zijn om na verdere uitwerking van dergelijke projecten een financiële vergoeding te voorzien voor de huisarts. Dit zou een compensatie betekenen voor de consultatie-uren die hij hierdoor mist. Een andere vorm van vergoeding die je krijgt, is het enorme enthousiasme van de kinderen en leerkrachten in de les. Bij de kinderen die ook patiënt zijn, merk je dit enthousiasme ook tijdens de consultaties.

Een tweede onderzoeksvraag was: *"Hoe worden deze sessies het best georganiseerd?"*. Hierover hebben we heel wat informatie gekregen via de interviews. Iedereen is het er over eens dat het *een interactieve sessie* moet zijn met zo veel mogelijk inspraak van de leerlingen. Info hoort zo veel mogelijk van hun medeleerlingen, hun peers te komen omdat dit zorgt voor herkenbaarheid maar ook verschillen blootlegt. Dit is heel belangrijk als het over gezondheid gaat omdat gezond leven op verschillende manieren kan ingevuld worden. Dit bleek ook uit de gebruikte literatuur zoals eerder vermeld. Nieuw in deze studie is dat de waarde ze aan de door hen gegeven informatie hechten afhangt van de band die ze met een 'peer' hebben. Uit het interview met één van de leerkrachten blijkt ook dat de leerkracht in de sessie eens uit de rol als leerkracht kan stappen en een rol als peer kan opnemen. Zo kan de leerkracht vertellen over de eigen ervaringen met mentale gezondheid, slaapproblemen of tandhygiëne. Over *de keuze van het onderwerp* leren we dat de leerlingen hierbij aan zet laten als voordeel heeft dat ze meer inspraak en bij gevolg meer interesse zullen hebben. Een onderwerp gekozen door de leerkracht blijkt interessant te zijn omdat dit ook aansluit bij hun noden en meer afgestemd is op wat ze al in vorige lessen zagen. *De locatie* wordt eerder als ondergeschikt beschouwd aan de vertrouwelijke

sfeer die in de sessies wel een grote rol kan spelen. Als de locatie echter bijdraagt aan die vertrouwelijke sfeer kan dit toch een rol spelen. *Andere zaken* die aangehaald worden in onze studie om het vertrouwen, het uiten van meningen te stimuleren zijn een soort band creëren met de leerlingen door eerst wat meer over je eigen achtergrond te vertellen, door te zeggen wat je komt doen. Daarnaast zorg je best dat iedereen aan bod kan komen tijdens de interactieve momenten en spreek je ze actief aan. Werken met anonieme opdrachten verlaagt de drempel voor de leerlingen om zich actief in het debat te mengen.

Do's
• Stel jezelf voor, creëer een persoonlijke band met de leerlingen • Interactief: spel, quiz, knutselen... • Info en ervaringen van de medeleerlingen en leerkrachten • Korte maar krachtige lessen • Laat leerkrachten en leerlingen de onderwerpen mee bepalen • Werk als het praktisch haalbaar is met kleinere groepen • De klas is een goede locatie, indien praktisch haalbaar kan een bezoek aan de praktijk interessant zijn • Creëer een vertrouwelijke sfeer en stimuleer iedereen
Dont's
• Doe het niet als je zelf niet gemotiveerd bent om zo'n sessie te geven • Geen frontaal lesgeven

Tabel 3: Do's en dont's bij het uitwerken van een gezondheidseducatie in de lagere school.

Ook op de derde onderzoeksvraag: *"Welke effecten kunnen we verwachten?"* vinden we in onze interviews een antwoord. Net als in de literatuurstudie geven de ouders en leerkrachten aan dat er na de gezondheidseducatie een toename in kennis geobserveerd wordt. Belangrijker echter is de bewustwording die men bij de kinderen ziet groeien. "Daarom nog geen gedragsverandering", aldus de geïnterviewden, "maar wel een soort attitude die aangeleerd wordt". Ook dit vonden we in de literatuur terug. De kinderen krijgen een soort inzicht in het belang van gezond gedrag. Volgens de geïnterviewden zal er echter nog herhaling, een follow-up nodig zijn om deze bewustwording om te zetten in gedrag. Deze herhaling kan volgens sommigen ook ingevuld worden door de leerkracht. Er wordt ook over een verandering in attitude naar de huisarts toe gesproken in de interviews. De drempel om naar de huisarts te gaan wordt verlaagd doordat ze hem ook op een andere manier leren kennen.

Naast deze veranderingen in attitude zien de ouders en leerkrachten dat de educatie er ook voor zorgt dat gezondheidspreventie en gezondheidsproblemen meer bespreekbaar worden. Zowel tijdens de sessies als achteraf, zowel op school als thuis zien we dat er eens over gediscussieerd, gesproken, nagedacht wordt. Een toename van de aandacht voor elk onderwerp is de eerste stap naar een betere preventie.

Onze studie heeft echter ook enkele belangrijke beperkingen. We werken met de realist evaluation methode en kijken naar: “Wat werkt er voor deze groep kinderen, in deze omstandigheden en via welke mechanismen?” Inherent hieraan is dat deze studie, in één bepaalde school in een dorpje in West-Vlaanderen, in een sociaal sterke klasgroep niet representatief is voor alle scholen of alle klassen in gans Vlaanderen of België. Het legt echter wel mechanismen en omstandigheden bloot die in gelijkaardige projecten van belang kunnen zijn.

Bovendien zijn er de ouders die deelnamen aan de interviews. Deze meldden zich vrijwillig aan en hierdoor kan een selectie-bias zijn ontstaan. Daarnaast heb je bij interviews steeds het risico dat mensen gewenst gedrag gaan vertonen en gaan antwoorden wat je wil horen, eerder dan dat het hun eigen mening is. Door zowel leerkrachten, als ouders, als één huisarts te interviewen bekomen we wel een bredere kijk op de zaak. Het nadeel is echter dat je hierdoor waarschijnlijk inboet aan onderbouw voor elke groep apart. Je hebt geen data-saturatie voor elke subgroep. Als laatste kan het een beperking zijn dat we de ouders interviewden terwijl we de interventie met hun kinderen deden. Dit is omdat we van de ethische commissie geen goedkeuring konden krijgen voor interviews bij kinderen van deze leeftijd.

In bijkomende kwalitatieve onderzoeken rond gezondheidseducatie in lagere scholen door huisartsen lijkt een meerjarenproject ten zeerste aan te bevelen. Je kan bijvoorbeeld om de twee jaar dezelfde onderwerpen aan bod laten komen en telkens nadien een interview doen. Zo evalueer je of je dankzij herhaling meer kan bekomen dan een bewustwording. Daarnaast zou het boeiend zijn om de rol van de ‘peer’ verder uit te zoeken. In de literatuur wordt reeds beschreven dat de inbreng van de peer in het maken van de interventie een rol kan spelen. Hoe groter de inbreng van de peer in het ontwerp van de interventie, hoe groter het effect (10). Wij vinden in onze studie terug dat de band met de ‘peer’ een bepaald gewicht geeft aan de info die door hem of haar gegeven wordt. Dit kan zeker nog dieper uitgewerkt worden. Wat ook stof tot verder onderzoek kan zijn, is het effect van de leerkracht die zich in de rol van ‘peer’ verplaatst. Een kwalitatief onderzoek met interviews bij kinderen kan hier meer duidelijkheid over scheppen.

CONCLUSIE

Deze kwalitatieve studie kan een eerste bijdrage zijn in de zoektocht naar een meer kwalitatieve preventieve gezondheidszorg. We kunnen besluiten dat de huisarts ook zijn bijdrage kan leveren in de gezondheidseducatie in de lagere school. Deze gezondheidseducatie loopt best op een interactieve manier met veel inbreng van 'peers'. Verder onderzoek kan aantonen hoe deze sessies verder uitgewerkt dienen te worden om in alle scholen over heel Vlaanderen in verschillende leerjaren kwaliteitsvol te gebeuren. Ook dient men na te gaan hoe we van bewustwording kunnen overgaan tot gedragsverandering.

BIBLIOGRAFIE

1. Flink M, Gallefoss F, Lynggaard V, Stenberg U, Vågan A, Fredriksen K, et al. Health economic evaluations of patient education interventions a scoping review of the literature. Patient Education and Counseling [Internet]. 2018;101(6):1006–35. Available from: https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.01.006
2. CD&V. CD&V | Zorg waar iedereen inbegrepen is [Internet]. [cited 2019 Mar 14]. Available from: https://www.cdenv.be/standpunten/zorg-waar-iedereen-inbegrepen-is/
3. Vlaamse overheid. Home - Preventiemethodieken Zorg en Gezondheid [Internet]. [cited 2019 Mar 14]. Available from: https://www.preventiemethodieken.be/home
4. WHO. WHO | The Ottawa Charter for Health Promotion. WHO [Internet]. 2016 [cited 2019 Mar 12]; Available from: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/
5. Decat P. Doctoral School of Life Sciences and Addressing the Unmet Contraceptive Need of Adolescents and Unmarried youth : Act or Interact ? Learning from Comprehensive Interventions in China and Latin America. 2016.
6. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada :: CanMEDS Framework [Internet]. [cited 2019 Mar 12]. Available from: http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e
7. BetterEvaluation. Realist Evaluation [Internet]. Available from: https://www.betterevaluation.org/en/approach/realist_evaluation
8. Org O, Methodslab /, Westhorp G. KEY MESSAGES A METHODS LAB PUBLICATION REALIST IMPACT EVALUATION AN INTRODUCTION [Internet]. 2014 [cited 2019 Mar 20]. Available from: www.odi.org/twitter
9. Shah S, van der Sluijs CP, 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.
10. Sun WH, Miu HYH, Wong CKH, Tucker JD, Wong WCW. Assessing Participation and Effectiveness of the Peer-Led Approach in Youth Sexual Health Education: Systematic Review and Meta-Analysis in More Developed Countries. Journal of Sex Research [Internet]. 2018;55(1):31–44. Available from: https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1247779
11. Malik R. Health promotion, the family physician and youth: Improving the connection. Family Practice. 2002;19(5):523–8.
12. Yaffe MJ. Developing and supporting school health programs: Role for family physicians. Can Fam Physician. 1998;44:821–9.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: DE GOEDKEURING VAN DE ETHISCHE COMMISSIE

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

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

contact	telefoon	e-mail
Sandra De Paepe Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 26 88	Ethisch.comite@uzgent.be sandra.depaepe@uzgent.be

Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
2018/0350		25-apr-18	1/2

Betreft :

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Promotie van gezondheidsthema's in de lagere school: Is er een plaats voor de huisarts? (MaNaMa Karel Buyse)

Belgisch Registratienummer: B670201835736

* Antwoord onderzoekers via mail dr. K. Buyse dd. 16/04/2018 op opmerkingen EC dd. 13/03/2018
* Antwoordbrief Dr. K. Buyse dd. 3/04/2018
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 10/04/2018
* Informatie- en toestemmingsformulier voor de deelnemers aan experimenten (versie 1) dd. 3/04/2018
* Informatiebrief voor de ouders (versie 1) dd. 3/04/2018

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

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. D. Matthys

SECRETARIS
Prof.dr. J. Decruyenaere

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

SECRETARIAAT
Wendy Van de Velde
T +32(09) 332 56 23
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66
Davine Verbeke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 24/04/2018. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 24/04/2019, 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 24/04/2018. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 24/04/2019, 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 15/05/2018

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 15/05/2018

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

- *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)*

- *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
Dr. P. DECAT - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

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

BIJLAGE 2: GOEDGEKEURD PROTOCOL

Titel: Promotie van gezondheidshema's in de lagere school: is er een plaats voor de huisarts?

Onderzoeksvraag: Kan een huisarts door acties op school gezondheidsthema's promoten? Is dit een taak van de huisarts?

Methode van dataverzameling:

- De Interventie zal plaatsvinden in de klas van het vijfde leerjaar en betreft een groepseducatiesessie over een bepaald gezondheidszorgthema.
    - De ouders zullen door de leerkracht geïnformeerd worden via een informatiebrief dat er 2 lessen WERO over gezondheidszorg zullen gegeven worden samen met een HAIO.
    - In overleg met de leerkracht van het vijfde leerjaar werd als eerste thema Slaaphygiëne en schermuren gekozen. Op het einde van de eerste sessie mogen de kinderen zelf het tweede thema kiezen. Thema's die zullen voorgesteld worden zijn: Mond- en lichaamshygiëne, Gezonde voeding en beweging, Mentale gezondheid…
    - De sessies zullen plaatsvinden in een vertrouwde omgeving (de school) en samen met de leerkracht uitgewerkt en gegeven worden. Elke sessie duurt ongeveer 1u30. De Leerkracht en directeur van de lagere school zijn bereid hieraan mee te werken en zich in te zetten om er een leerrijke en leuke les van te maken.
- De data worden nadien via 1-op-1 interviews van leerkrachten, ouders en collega artsen verzameld (er zullen dus geen minderjarigen geïnterviewd worden of bij hen data verzameld worden).
    - Rekrutering van deze personen zal gebeuren na informeren en overlopen van een informed consent dat zal moeten getekend worden vooraf aan de interviews. Hier geldt een opting in.
    - De interviews zullen gaan over wat zij vinden van de gedane groepsessies bij hun kinderen, leerlingen of patiënten. De bedoeling is dat hier diep op ingegaan wordt en we te weten komen van hen of ze dit nuttig vinden, of de huisarts hierin een rol heeft,… De interviews zijn voor een stuk een dynamisch gegeven waarbij we in de eerste interviews misschien wat breder blijven en in de daaropvolgende ons meer toespitsen op bepaalde deelaspecten.

Methode van data-analyse: Realist evaluation method

- In een realist evaluation studie vertrekken we van een zogenaamde CMO hypothese. 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: Tijdens het schoolgebeuren een groepssessie met de hele klas rond 2 verschillende gezondheidszorgthemata begeleid door leerkracht, huisarts
    - Mechanisme: Een interactieve groepssessie in de klas van het vijfde leerjaar opgebouwd in samenwerking met de leerkracht rond een gezondheidsthema.
    - Outcome: De huisarts heeft (g)een rol in de gezondheidseducatie op een lagere school.

BIJLAGE 3: DE SAMENVATTINGEN VAN DE GEGEVEN INTERVENTIES

LES 1: SLAAPHYGIËNE

Onze slaap bestaat uit verschillende fases. Er zijn fases van diepe, vaste slaap en fases van losse, oppervlakkige slaap. Deze wisselen elkaar af tijdens de nacht. In de diepe slaap dromen we en verwerken we de dingen die we overdag meemaakten en geleerd hebben. Het aantal uren dat we diep slapen zijn dus de belangrijkste uren. De **diepe slaap** is namelijk degene die ervoor **zorgt dat je 's morgens helemaal uitgerust bent**.

Hoe zorg je dat je **zo goed mogelijk slaapt** (=zo veel mogelijk uren diep slaapt)?

1) Probeer op een **regelmatig tijdstip te gaan slapen en ook op te staan**.
2) Zorg voor een **rustige slaapkamer**:
    - Geen TV, geen GSM,…
    - Wekker zet je best zodat je hem niet ziet
    - Donker
    - Geen geluid
    - Fris en dagelijks goed verlucht
    - Regelmatig gepoetst
    - Een goed bed en hoofdkussen aangepast aan jouw manier van slapen.
3) **Geen koffie, cafeïne- of suikerrijke dranken** in de laatste 3u voor het slapen gaan. De energiepiek van deze dranken zou er kunnen voor zorgen dat je minder rap in slaap valt en minder diep slaapt.
4) **Het avondeten niet te laat 's avonds** nemen. Best **een licht verteerbare maaltijd** 's avonds. De energiepiek van een zware maaltijd zou er kunnen voor zorgen dat je minder rap in slaap valt en minder diep slaapt.
5) **Geen TV, gsm of computer in het laatste half uur voor het slapen gaan**. Deze schermen zenden blauw licht uit en verminderen zo je slaaphormoon waardoor je minder rap in slaap valt en minder diep slaapt.
6) **Dagelijks bewegen en algemeen gezonde levensstijl** zorgen ervoor dat je nachtrust ook beter is. Sporten net voor het slapen gaan is geen goed idee. Je krijgt dan een energiepiek waardoor je niet zo rap in slaap zal vallen.
7) **Geen alcohol 's avonds**. Alcohol kan er voor zorgen dat je rapper in slaap valt, maar je slaapt helemaal niet diep en je bent dus niet uitgerust. Alcohol helpt dus niet om goed te slapen.
8) **Slaapmedicatie worden niet aangeraden**, ze hebben meer nadelen dan voordelen. Er zijn medicamenten die zorgen dat je rapper in slaap valt en niet zo rap wakker wordt. Deze medicatie zorgen er echter niet voor dat je in een diepe slaap komt en dus meestal ben je niet helemaal

uitgerust ’s morgens. Het belangrijkste probleem van deze medicatie is echter dat ze verslavend werken. Ze zorgen er voor dat je enkel nog slaapt als je zo’n pilletje pakt. Daarnaast kunnen ze zorgen dat je overdag nog slaperig bent door dat pilletje, dat je meer kans maakt om te vallen, soms kan je er geheugenklachten van krijgen,…

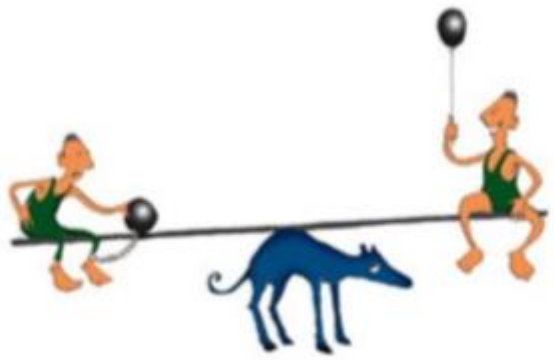
9) Probeer je **slaapkamer enkel** te gebruiken **voor slapen** (en later ook voor seks), niet voor andere activiteiten. Zo associeert je lichaam naar je slaapkamer gaan ook steeds met gaan slapen.

Wat zijn de belangrijkste **voordelen** van voldoende slapen?

- **Uitgerust** gevoel
- Betere **concentratie**
- Beter functioneren van je **geheugen**
- **Minder prikkelbaarheid** en stress
- Goede **groei** (groeien doe je vooral tijdens je slaap)
- **Minder** vatbaar voor **ziektes**
- **Beter** zijn in **sport** en beweging
- **Minder** nood aan **extra voeding** om je energievoorraad aan te vullen

LES 2: MENTALE GEZONDHEID EN PESTEN

Draaglast – Draagkracht – Aard van het beestje



In je leven is de balans, het evenwicht, tussen draagkracht (rechts) en draaglast (links) heel belangrijk. **Draaglast** zijn de dingen die veel energie van je vragen. Zaken die veel energie vragen zijn voor iedereen anders. Bv. Hoge werkdruk, ruzie, pesten, armoede, ziekte,… **Draagkracht** zijn de dingen die je energie geven. Bv. Goede resultaten op school, goede vriendschappen, goede gezondheid, een goed thuis,… Als de draaglast

té veel doorweegt dan heb je een moment van veel stress. Als deze stress te lang aanhoudt kan je psychologische problemen krijgen zoals overspanning, burn-out, depressie. De **aard van het beestje** (onder de balans) is jou karakter. Dit bepaalt mee hoe rap je last hebt van stress, hoe rap je psychologische problemen kan krijgen.

Pesten

Pesten =

1. Pestgedrag is negatief gedrag dat herhaaldelijk gebeurt, dus meer dan één keertje.
2. In tegenstelling tot bij plagen, wil de pester zijn slachtoffer echt kwetsen.
3. De pester brengt het slachtoffer schade toe: zowel lichamelijk als psychologisch.
4. Er is vaak sprake van een ongelijk machtsevenwicht. Pesters kiezen vaak iemand uit die in hun ogen "zwakker" is.
5. Het doel van de pesters is om erbij te horen in de groep. Ze willen cool zijn.

Wat doe je als je gepest wordt?

- Wanneer je het slachtoffer bent van pesten kan je daar enorm onzeker door worden en word je vaak ook geconfronteerd met **heftige emoties** zoals boosheid, onmacht, verdriet, eenzaamheid, angst, enz. Je kan je ook schamen of schuldig voelen. Meestal zorgt dat ervoor dat je er met niemand durft over praten. Ook dat maakt je **eenzaam**. Het is dus heel belangrijk dat je er wel **met iemand over praat**. Dat doe je best met iemand die je vertrouwt, zoals je ouders, een vriend(in), een leraar of arts waar je vertrouwen in hebt. Ook je oma of opa hebben heel dikwijls een goed luisterend oor.
- Als je er **echt helemaal doorzit** en het niet meer ziet zitten mag je steeds contact opnemen met je **dokter**. Of indien je dit liever niet met je dokter bespreekt kan je met mama of papa contact opnemen met bepaalde organisaties zoals '**t JAC en Tejo**. Of je kan eens chatten of bellen met **AWEL**
- **Pesten meld je best**. Pesten melden is nooit klikken. Integendeel, je maakt het probleem kenbaar en je toont dat je het niet oké vindt. Het vergt veel moed om pesten te melden.
- **Wie pest, doet dit bijna uitsluitend voor de groep**. Een pester zal zijn slachtoffer meestal niet confronteren, wanneer er geen toeschouwers zijn. Het doel van de pester is meestal: **cool willen zijn**, erbij willen horen. Doordat de groep het pesten toejuicht of lacht met wat er zich afspeelt, krijgt de pester de aandacht waar hij om vraagt. De rol van de groepsleden die op het pesten toekijken, is dan ook superbelangrijk om een einde te maken aan het pestgedrag. Je moet dus **als groep reageren op de pester of hem/haar negeren**.

Cyberpesten:

- Internet is een gevaarlijk middel om iemand te pesten. Het pesten gebeurt **anoniemer** en meer onrechtstreeks maar is daarom zeker **niet minder kwetsend**. Het is heel gemakkelijk om via het internet iemand anders uit te maken en voor schut te zetten.
- Let er goed op wat je wel of niet op het internet plaatst. Hoe meer persoonlijke dingen je op internet deelt hoe gemakkelijker je het slachtoffer kan worden van cyberpesters.
- **Twee heel belangrijke tips in de omgang met internet**:
    - Alle informatie die je in het gewone leven voor jezelf houdt, geef je ook niet prijs op het internet. Denk aan je dagboek of je tandenborstel… die houd je ook voor jezelf.
    - Alles wat je niet in het ware leven recht in iemand zijn gezicht durft zeggen, tik je ook niet in op msn, facebook, whatsapp, instagram …. Iets op internet zetten is zoals een grote affiche aan alle vensters in het dorp hangen?

Enkele interessante websites

Wanneer je vragen of problemen hebt mag je dit steeds laten weten aan juffrouw Karine of mag je contact opnemen met mij. Je kan ook steeds terecht op de websites van:

- www.awel.be
- https://www.tegek.be/
- http://www.praatoverpesten.be/
- https://www.kieskleurtegenpesten.be/
- http://www.childfocus.be/nl/preventie/clicksafe-veilig-internetten

LES 3: MONDHYGIËNE

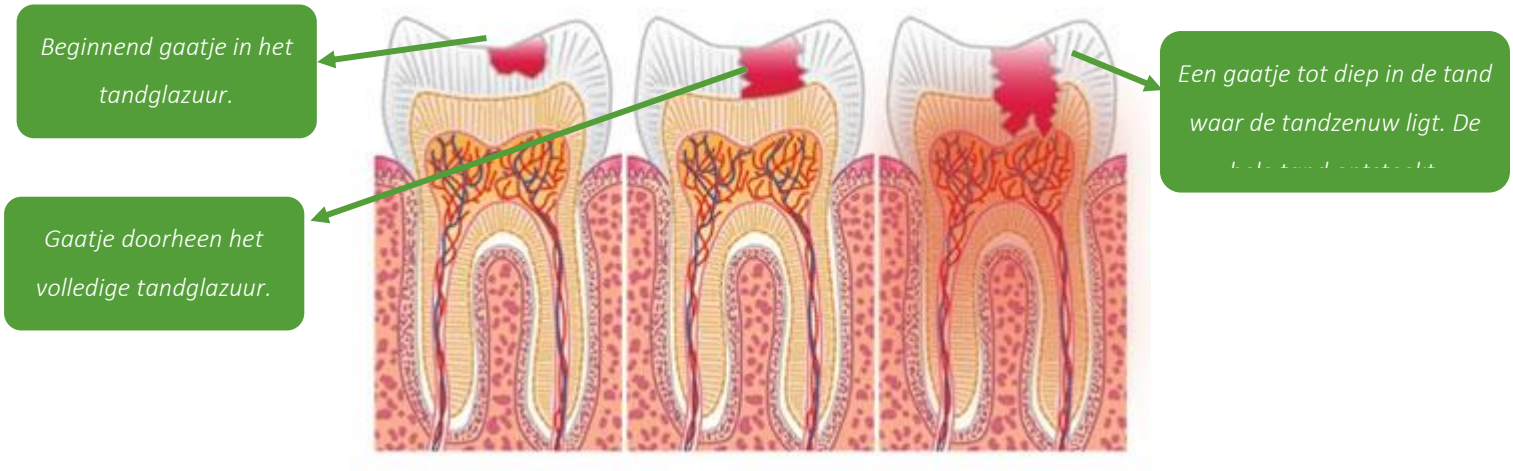
Algemeen

Mondhygiëne is een belangrijk onderdeel in onze algemene hygiëne en gezondheid. Een **slechte mondhygiëne veroorzaakt** niet alleen **tandproblemen** maar zorgt er ook voor dat je **rapper ziek** wordt. Dit maakt dat een goede mondhygiëne belangrijk is voor zowel kinderen als volwassenen.

Je mond verzorg je het best door:

- 2x per dag je tanden grondig te **poetsen** (zie verder)
    - Hierdoor verwijder je de etensresten en het dagelijks gevormde tandplak van de tanden, bestrijdt je de bacteriën die op de tanden leven en bescherm je je tanden met fluor.
- Dagelijks 1x te **flossen**.
    - Zo neem je de etensresten weg tussen de tanden (hier kan een tandenborstel moeilijk aan)

- Jaarlijks op controle te gaan bij de **tandarts**.
    - Hoe vroeger een probleem aan je tanden ontdekt wordt, hoe makkelijker het op te lossen is. Een gaatje dat niet behandeld wordt kan uiteindelijk zorgen dat je hele tand ontsteekt en hij soms zelfs getrokken moet worden.



- Aandacht besteden aan **wat je eet en drinkt**.
    - Vermijd hierbij vooral suikers en zuren. De suikers in het eten worden door de bacteriën die op je tanden leven omgezet tot zuren. Deze zuren maken de gaatjes in je tandglazuur.

Hoe poets je je tanden correct?

- **Goede tandenborstel** best een zachte (of medium) borstel, kleine borstelkop zodat je overal goed aankan. Vervang je tandenborstel op tijd (minsten om de 3 maanden of eerder indien de haren plat worden)
- De **juiste tandpasta** voor je leeftijd, het merk maakt niet uit, er moet wel fluor in zitten. Het is de fluor die je tanden beschermt. Merk op dat je je tandenborstel **niet nat hoeft te maken** voor je start met poetsen, het schuimt dan minder wat het poetsen makkelijker maakt. Heb je graag dat het goed schuimt dan kan je hem toch nat maken.
- Het juiste moment van de dag is **voor je ontbijt en voor je gaat slapen**. Voor je ontbijt omdat je dan je tanden beschermt tegen de aanvallen van het eten dat zal komen. Voor je gaat slapen zodat je geen etensresten en dergelijke blijven zitten gedurende de hele nacht.
- Het **volledige gebit** (kies een volgorde en hou deze aan zodat je niets vergeet)
    - Voorvlak
    - Kauwvlak
    - Achtervlak
    - Ook goed de overgang met het tandvlees poetsen

- **Poets ook je tong** mee (helpt voor een frissere adem)
- In totaal moet dit **ongeveer 2 min** duren (te kort poetsen is de meest gemaakte fout)
- Je kan je **mond spoelen** maar dit **hoeft eigenlijk niet**, de tandpasta kan dan je tanden beter blijven beschermen. Spuw de tandpasta wel zeker uit.

Enkele weetjes:

- Als je je tanden **goed en vooral lang genoeg poetst, dan is er geen belangrijk verschil tussen een elektrische en een gewone tandenborstel**. Maar, met een elektrische tandenborstel ga je vaak in minder tijd je tanden goed poetsen. Het is ook iets gemakkelijker om je tanden te poetsen omdat de kop zelf ook al beweegt.
- **Speeksel is goed voor je tanden**. Dit komt omdat het speeksel je tanden beschermt tegen bacteriën, het spoelt ook je mond en neemt dus etensresten weg. Ten derde gaat het een laagje tussen je tanden leggen waardoor er minder schade is door wrijving van je tanden op elkaar.
- **Suikervrije kauwgom** is ook **goed voor je tanden**. De kauwgom helpt je tanden te reinigen en bevordert speekselproductie. Daarnaast bevat suikervrije kauwgom meestal een stof die ervoor zorgt dat bacteriën suiker niet kunnen omzetten in zuur en dus je glazuur niet kunnen aantasten.
- Wanneer je een **tand** of een stuk tand **afbreekt**, ga dan **zo snel mogelijk naar de tandarts**. **Bewaar** je afgebroken tand ondertussen **in een glas melk** of als je het niet te vies vindt **in je eigen mond**. Zo maakt je tand de grootste kans om terug hersteld te kunnen worden.