De geluksdriehoek in de huisartsenpraktijk ter bevordering van het mentale welbevinden: visie van de huisarts

Student: Tom Debergh, Universiteit Antwerpen
Naomi Henderieckx, Universiteit Antwerpen

Promotor: Anke Van Dijck, MD PhD
Eerstelijns - en interdisciplinaire zorg (ELIZA),
Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen
Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2022 – 2023

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 De huisarts speelt een cruciale rol binnen het model van de Belgische gezondheidszorg, waarbij hij fungeert als eerste aanspreekpunt, vertrouwenspersoon en coördinator van de gezondheid van de Belg. Door de hogere incidentie van psychologische kwalen, de toenemende druk op de eerstelijnszorg en de lange wachttijden bij psychologen wordt de opvang van psychologische kwetsbaarheden bij de huisarts meer en meer een uitdaging. Het Vlaams instituut Gezond Leven lanceerde op 8 December 2020 de geluksdriehoek, een tool om patiënten te helpen om bewuster om te gaan met zijn geluksgevoel.

ONDERZOEKSVRAAG Kan de geluksdriehoek een meerwaarde bieden voor de huisarts in de aanpak van de psychologisch kwetsbare patiënt?

METHODE Aan de hand van een kwalitatief, prospectief, interventioneel onderzoek werden 13 huisartsen en huisartsen-in-opleiding bevraagd over hun ervaringen met de geluksdriehoek in gesprek met de patiënt die zich presenteerde met een psychologische hulpvraag. De semi-gestructureerde interviews op basis van een vooraf opgestelde vragenlijst werden met behulp van het softwareprogramma NVIVO door beide onderzoekers geanalyseerd en verwerkt. Eventuele verschillen in datacollectie werden onderling besproken, waarna er consensus werd bereikt.

RESULTATEN 16 artsen werden gecontacteerd, waarvan 13 artsen instemden met deelname. Elf artsen hebben zich verdiept in de geluksdriehoek. De tool werd op 2 verschillende manieren gebruikt. Sommige artsen gebruikten de tool om mee te geven met de patiënt om de zelfredzaamheid te verhogen. De tijdsinvestering hiervoor lag tussen de 2 en de 3 minuten consultatietijd, wat geen limiterende factor was in het gebruik. Twee artsen koppelden actief terug naar deze tool tijdens de opvolging. Andere artsen gebruikten deze tool als aanvulling op zijn persoonlijke aanpak, die over de jaren heen ontwikkeld werd. De toepassing van de geluksdriehoek leidde tot een verbeterde gespreksstructuur en een verruiming van de aanpak. Deze optimalisatie kan leiden tot een betere time management. De invloed op een eventuele verwijzing naar de psycholoog lijkt eerder beperkt. Alle elf deelnemers gaven aan de geluksdriehoek verder te wensen gebruiken als deel in de hulpverlening.

DISCUSSIE Consulten omtrent mentale distress kunnen een uitdaging betekenen omwille van de tijd en energie die deze problematiek vraagt. De tijd- en energie-investering is een factor dat bijdraagt tot de zelfzekerheid en tevredenheid van de arts. De laatste jaren wordt vooral een stijging van het aantal lange consultaties gezien vanwege psychosociale problematiek. Het gebruik van de geluksdriehoek kan leiden tot een betere time management en optimalisatie van de efficiëntie van de hulpverlening.

CONCLUSIE De geluksdriehoek werd ontwikkeld als een hulpmiddel in de preventieve gezondheidszorg om het mentale welbevinden van de algemene bevolking te verbeteren. Deze studie suggereert dat de tool ook een plaats kan hebben in de eerstelijnszorg. Verder onderzoek kan hier meer helderheid over scheppen.

Inhoudsopgave

1. Inleiding……...6

1.1. De geluksdriehoek…….....8

2. Methode……10

2.1. Keuze van de onderzoeksmethode……10

2.2. Deelnemers……...10

2.3. Data-analyse…….10

3. Resultaten……..11

3.1. Deelnemers……...11

3.2. Aantal psychologische consultvoeringen……..12

3.3. Aanpak van psychologische consulten door de huisarts……12

3.3.1. Structuur van het gesprek…….12

3.3.2. Hulpmiddelen……..14

3.3.3. Verwijzing naar de psycholoog……14

3.4. Algemene beschouwing over de geluksdriehoek…….15

3.4.1. Positieve aspecten……15

3.4.2. Kritische blik……16

3.5. Zelfreflectie van de huisarts…….17

3.5.1. Zelfzekerheid van de huisarts……...17

3.5.2. Artstevredenheid……..18

3.5.3. Persoonlijke houding……...18

3.5.4. Persoonlijke interesse……..19

3.6. Geluksdriehoek in de toekomst…….20

4. Discussie……21

4.1. Samenvatting en vergelijking met bestaande literatuur……21

4.2. Sterktes en zwaktes van de studie…….24

4.3. Implicaties voor de praktijkvoering en verder onderzoek…….25

5. Conclusie……...26
6. Dankwoord……27
7. Zelfreflectieverslagen……28
7.1. Naomi……...28
7.2. Tom……...30
8. Referentielijst ……31
9. Bijlagen……..33

1. Inleiding

Definitie

De Wereldgezondheidsorganisatie (World health organization of WHO) definieert een goede mentale gezondheid als:

"A state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community. "

Hieruit kan men stellen dat mentale gezondheid een essentieel en onmisbaar onderdeel is van de algemene gezondheid, waarbij een individu in staat is om het hoofd te buigen over de alledaagse stressoren, die het leven met zich meebrengen, en hierbij voldoende zelfvertrouwen heeft om zich aan te passen aan een situatie waar men geen invloed op heeft.[1]

Enkele cijfers in België

In België voelt 1 op de 3 personen zich niet goed in zijn vel. Dit fenomeen werd vooral vastgesteld bij de actieve bevolkingsgroep, voornamelijk in de leeftijdsgroep van 25 tot 54 jaar.[2,3] Cijfers van de gezondheidsenquête van Sciensano, gepubliceerd in 2018, vertellen het volgende:

- 12% van de bevolking is erg ontevreden over hun leven, waarbij een derde psychische problemen ervaart.
- 7% van de Belgen wordt getroffen door een eetstoornis zoals anorexia-boulimia.
- 11% van de mensen vertoont symptomen van een angststoornis en een derde van hen is hierdoor ernstig getroffen.
- Bijna een op de tien mensen heeft een vorm van depressie (9%).

Relatie tussen mentale en fysieke gezondheid

Waarom is het zo belangrijk om als arts aandacht te hebben voor het mentale welzijn van de patiënten? Hoewel er meer studies zijn uitgevoerd rond het effect van fysieke aandoeningen op het mentale welzijn, is ook duidelijk dat psychisch onwelbevinden een negatieve invloed heeft op de lichamelijke gezondheid. Zo beschrijft Ohrnberger et al.[4] dat deze relatie zich uit op vier verschillende vlakken. Allereerst leidt het wegvallen van werkgelegenheid tot negatieve financiële veranderingen, wat op zijn beurt voor extra mentale belasting kan zorgen. Ten tweede kan een mentaal onwelbevinden leiden tot onverschilligheid inzake de eigen gezondheid, zoals het uitstellen van hulpverlening of zelfzorg. Ten derde kan psychisch lijden zich uiten in een sedentaire levensstijl, nicotine- en alcoholabusus en het nuttigen van ongezonde voeding met ongewenste lichamelijke

gevolgen als resultaat. Tot slot zijn sociale interacties onontbeerlijk voor het functioneren als mens: eenzaamheid en sociale isolatie zijn geassocieerd met een verhoogd mortaliteitsrisico.

Uit de studie van Lee et al. blijkt dat stress een negatieve invloed heeft op het slaappatroon van mannen én vrouwen, wat op lange termijn kan leiden tot vermoeidheidsklachten en verminderd cognitief functioneren, zoals verhoogde prikkelbaarheid en verminderd concentratie- en aandachtsvermogen.[5] Algemeen wordt aangenomen dat 7 à 8 uur slaap per nacht voldoende is om fysiek en emotioneel uitgerust aan de nieuwe dag te beginnen. Zowel bij mannen als bij vrouwen zag men dat psychische spanningen leidden tot een kortere duur van de nachtrust.

Daarnaast is depressie een onafhankelijke risicofactor op cardiovasculaire ziekten. Tot recent werd aangenomen dat hypertensie de connectie was tussen beide aandoeningen, door zowel een ongezonde levensstijl als biologische veranderingen zoals een dysfunctie van het autonome zenuwstelsel. De studie van Obas et al. spreekt dit echter tegen. Meer studies zullen moeten uitwijzen welke biologische mechanismen hierbij aan de basis liggen.[6]

Impact van het mentale welzijn op de economie

Mentale gezondheid heeft niet alleen een impact op fysiek welzijn, maar ook op de economie. Psychosociale stoornissen zijn in 25% van de gevallen de oorzaak van langdurige arbeidsongeschiktheid. Enerzijds leidt de afwezigheid op de werkvloer tot een hogere werkdruk voor de collega's met spanningsklachten en mogelijkse uitval als gevolg. Anderzijds zorgt langdurige arbeidsongeschiktheid van personen met mentale gezondheidsproblemen voor het vergoeden van een ziekte-uitkering, die een maatschappelijke kost met zich meebrengt. Tot slot is het gebruik van psychotrope geneesmiddelen de laatste jaren toegenomen, die vaak minstens gedeeltelijk worden terugbetaald.[7]

1.1. De geluksdriehoek

De zorg voor mentale gezondheid is één van de taken van de huisarts. In de huisartsenpraktijk merken we op dat door de toenemende onrust in de wereld (covid-19 crisis, de energiecrisis, het oorlogsconflict tussen Oekraïne en Rusland, etc.) het psychisch welzijn meer dan ooit onder druk staat, waarbij patiënten zich presenteren met een somatische, dan wel een psychologische aanmeldingsklacht. In gesprek met de patiënt ondervinden we dat het niet eenvoudig is om te peilen naar de eigen gelukservaring van de patiënt en hier het nodige inzicht of ondersteuning te bieden.

Op 8 December 2020 publiceerde het Vlaams Insitituut Gezond Leven de geluksdriehoek, een tool om mensen te informeren en te inspireren over hun eigen gelukservaring, en waarbij gesteld wordt dat geluk beïnvloedbaar is, en het dus niet iets is waar we geen invloed op hebben. [8]

Volgende paragraaf vertelt de theoretische onderbouwing van de geluksdriehoek, geciteerd uit de onderbouwingstekst theoretische grondslagen voor de geluksdriehoek en bijhorende online toolbox.[9]

De geluksdriehoek is opgebouwd uit 3 bouwblokken, die als een puzzelstuk in elkaar vallen en dus met elkaar verbonden zijn.

- Het eerste bouwblok “Goed omringd zijn” verwijst naar het gevoel dat je warme, bevredigende en vertrouwelijke relaties hebt met de mensen om je heen. Je voelt je oprecht betrokken bij die mensen en weet dat je op hen kan rekenen wanneer nodig en dat jij hen ook steunt als zij jou nodig hebben.

  Bij wie vind je steun? Hoe beteken jij iets voor anderen? Waar ben je dankbaar voor?

- Het tweede bouwblok “Je goed voelen” gaat over je emotioneel goed in je vel voelen. Dat betekent in eerste plaats dat je positieve gevoelens kan ervaren: plezier beleven, interesse hebben in het leven, energie hebben om dingen aan te pakken. Het gaat ook om een veel ruimer gevoel van levenstevredenheid: je ervaart innerlijke rust, je hebt het gevoel dat je wensen en behoeften grotendeels vervuld worden. Maar ook minder positieve gevoelens kunnen er een plek krijgen: ze kunnen én mogen er zijn.

  Wat helpt je om je gedachten los te laten? Ben je soms niet te streng voor jezelf? Waar krijg je energie van?

- Het derde bouwblok “Jezelf kunnen zijn” gaat het om jezelf te kunnen aanvaarden en een positieve houding over jezelf te kunnen aannemen - ook in relaties met anderen (wie ben ik? Waar ben ik trots op?). Vanuit die aanvaarding kan je gemakkelijker een richting kiezen in het leven (wat wil ik? Wat is mijn doel? Wat maakt mijn leven waardevol?). Je kunt min of meer je eigen weg volgen, zonder dat je je laat leiden door sociale druk. Je hebt controle over je gedachten en gedrag. Dat laat je toe om open te staan voor nieuwe ervaringen.

Wat vindt je belangrijk in je leven? Waar ben je trots op? Wat wil je (nog) bereiken? Wat motiveert je?

- De oranje bol onderaan de geluksdriehoek kan je uit balans brengen. Dat is niet erg: je moet en kan je niet altijd gelukkig voelen. Soms is de bol groter, soms kleiner. Weet dat de bol er is en stoor je er niet aan. Er is altijd wel iets dat je uit balans krijgt, en dat is oké.



Figuur 1 schematische voorstellling van de geluksdriehoek, ontwikkeld door Vlaams instituur Gezond Leven.

Op de website www.geluksdriehoek.be kunnen (jong)volwassenen vanaf 16 jaar aan de slag met toegankelijke informatie, inspirerende verhalen, getuigenissen en tools en oefeningen om het geluksgevoel te versterken.

2. Methode

2.1. Keuze van de onderzoeksmethode

Omwille van het exploratieve karakter werd er gekozen voor een kwalitatief, prospectief interventioneel onderzoek. Aan de hand van semi-gestructureerde interviews werden respondenten gevraagd naar de ervaring rond het gebruik van de geluksdriehoek in gesprek met de patiënt.

2.2. Deelnemers

Tijdens de periode van 1 Januari 2022 tot en met 31 December 2022 werden er verschillende huisartsen en huisartsen-in-opleiding (HAIO's) gerekruteerd in en rond de opleidingspraktijken van beide onderzoekers. Voorafgaandelijk werd er een informatiesessie (in groep of individueel) georganiseerd door één van de onderzoekers waarbij enerzijds de opzet van de studie en anderzijds de theoretische onderbouwing van de geluksdriehoek werden uitgelegd en de mogelijkheid verkregen werd om vragen te stellen. In totaal werden er, na het invullen van het informed consent (zie bijlage 5), dertien huisartsen en HAIO's geïncludeerd in de studie, allen werkzaam in één van volgende huisartsenregio's in Vlaanderen, nl. regio Antwerpen en regio Kempen.

Toestemming tot deelname betekende dat de respondenten bereid waren om bij het begin en op het einde van de studie, na twaalf weken, tijdens een semi-gestructureerd interview hun ervaring te delen over hun aanpak van het psychologische consult en hun ervaringen met de geluksdriehoek.

Het studieprotocol werd goedgekeurd door het ethisch comité van van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen op 21/02/2022 (Project ID 1830, BUN B3002021000264) (bijlage 1 en 2).

2.3. Data-analyse

Het afnemen van de semi-gestructureerde interviews werd op niet-anonieme wijze uitgevoerd door één van de onderzoekers in een persoonlijk gesprek. De interviews werden uitgetypt en gelezen door de onderzoekers, waarna ze via het softwareprogramma NVIVO 1.7.1 geanonimiseerd en verwerkt werden. Codering werd gebaseerd op de leidraad van de semi-gestructureerde interviews (bijlage 3 en 4). De resultaten werden door beide onderzoekers geanalyseerd en eventuele verschillen in datacollectie werden onderling besproken.

3. Resultaten

3.1. Deelnemers

Er werden in totaal 16 artsen gecontacteerd. Dertien artsen wensten deel te nemen aan de studie, waarvan 3 huisartsen-in-opleiding. De geslachtsverderling betrof 7 vrouwen en 6 mannen. De jongste deelnemer was 26 jaar, de oudste 68 jaar. De gemiddelde leeftijd bedroeg 41 jaar. Dit leidde tot een brede range in de jaren actief als huisarts: twee artsen waren minder dan 1 jaar actief, de meest ervaren deelnemer had 43 jaar op de teller als huisarts. Het gemiddelde aantal jaren actief als huisarts bedroeg 14,5 jaar. Deelnemers waren geografisch als volgt verdeeld: 7 deelnemers waren actief in zone Antwerpen, 6 deelnemers waren actief in zone Kempen. De deelnemers waren werkzaam in 4 verschillende groepspraktijken. Geen enkele geïncludeerde was werkzaam in een solopraktijk.
Van de 13 deelnemers exploreerden er elf de geluksdriehoek. De andere twee deelnemers ondervonden te veel drempels om de geluksdriehoek te gebruiken in hun consultatievoering. Om deze reden werd er besloten om enkel hun deelname aan interview deel 1 te weerhouden.

Leeftijd		**Aantal jaren ervaring**		**Aantal patiëntencontacten per week**	
	Aantal (gem.)		Aantal (gem.)		Aantal (gem.)
< 35j	6 (28j)	< 5j	4 (1j)	< 5	1 (1)
35 - 44j	2 (38j)	5 – 9j	2 (6j)	5 – 9	4 (7)
45 - 54j	3 (49j)	10 – 19j	3 (13j)	10 – 19	2 (15)
55 - 64j	0	20 – 29j	2 (24j)	> 20	5 (23)
> 65j	2 (67j)	> 30j	2 (42j)	niet gekend	1
Geslacht		**Regio**			
Man	6	Antwerpen	7		
Vrouw	7	Zuiderkempen	6		

Tabel 1: cohortgegevens van de geïncludeerde artsen : leeftijd, aantal jaren ervaring, patiëntencontacten per week, geslacht en regio. (gem.: gemiddeld).

3.2. Aantal psychologische consultvoeringen

Het aantal patiëntencontacten per week met een psychologische klacht lag ver uiteen bij onze deelnemers. Eén deelnemer meldde dat hij één consult van die aard per week had. Een andere deelnemer verklaarde dat meer dan de helft van zijn consultaties psychische klachten betrof. Sommige deelnemers uitten het aantal consulten in een numeriek aantal, anderen drukten dit uit in een percentage. Twee artsen gaven aan dit een moeilijke vraag te vinden, omdat dit wisselt van week tot week.

> Deelnemer 5 over het aantal psychologische patiëntencontacten: "Moeilijk, dat wisselt van week tot week, heb ik de indruk. Soms zijn dat er een paar, maar vorige week bijvoorbeeld waren dat er tien, dus dat is heel uiteenlopend. Maar ik denk wel dat ik elke week iemand zie met een psychologische klacht."

3.3. Aanpak van psychologische consulten door de huisarts

3.3.1. Structuur van het gesprek

Twaalf van de dertien artsen geven aan dat er geen vaste structuur wordt gebruikt als ruggengraat voor een psychologisch gesprek. Men laat zich leiden door de natuurlijke flow van het gesprek en wat de patiënt van informatie aanbiedt. Er wordt dan gestart met open vragen, en van daaruit worden de vragen enger om een algemeen beeld te schetsen. Eén deelnemer ervaart weerstand om een vaste structuur te gebruiken tijdens zo'n gesprek, omdat hij aanvoelt dat elke patiënt iets anders nodig heeft en daardoor een andere aanpak noodzakelijk is. Deelnemer 5 laat zo weten dat hij het begin heel open laat en weinig sturing geeft, waardoor de duur van deze gesprekken vaak de consultatietijd overschrijdt. Ook enkele andere deelnemers verklaren dat de consultatie door de patiënt wordt gestuurd.

> Deelnemer 5 over de gespreksstructuur: "Ja, ik probeer dat in het begin heel open te laten, dat de patiënt zelf zoveel mogelijk vertelt en dan noteer ik af en toe een woord, waar ik later op kan terugkomen en dan vraag ik meestal: "kan je daar iets meer over zeggen? En hoe zit dat juist?", dat ze zelf vooral heel veel babbelen in het begin, waarbij ik weinig sturing geef in het gesprek en waarbij ik denk: ik ga ze eerst laten vertellen, ik pik er een aantal zaken uit en dan ga ik afhankelijk van hoeveel tijd ik heb, daar verder op in. Maar je weet, bij mij lopen die gesprekken altijd uit de hand dus ik zou wat meer moeten sturen, maar zelfs als ik het probeer, dan lukt het ook niet altijd. "

De meeste artsen hebben echter wel gespreksonderwerpen en adviezen waarop ze terugvallen. Zo meldt deelnemer 1 volgende tips zoals het inzetten op een dagstructuur, regelmatig buitenkomen en aandacht voor lichaamsbeweging. Deelnemer 2 vindt het belangrijk dat ze de gevoelens van de patiënt erkent en ook normaliseert en probeert de basis (eten, drinken en slapen) eerst onder controle te brengen. Drie artsen melden ook specifiek dat ze proberen positieve ervaringen te benadrukken. Een andere deelnemer focust zich op vier pijlers, namelijk rust, beweging, sociale contacten en vooropgestelde doelen.

Eén arts geeft aan dat hij een specifieke tool gebruikt, namelijk het helikopterbeeld, een tool die hij zelf ontworpen heeft. Hij vult dit samen met de patiënt in waarna hij deze ook meegeeft met de patiënt. Vanuit dit overzicht wordt er dan op maat van de patiënt gekeken naar geschikte ondersteunende maatregelen zoals opdrachten of medicatie.[10] Een andere arts gaf aan de Beck Depression Inventory te gebruiken om de ernst van depressieve klachten in te schatten.[11]

Een aantal artsen gebruikten de structuur van de geluksdriehoek als aanvulling tijdens hun consultatie.

> Deelnemer 5 over de gespreksstructuur: “Tot nu toe heb ik het vooral zelf gebruikt om eens te gaan kijken om mijn consult meer structuur aan te brengen, en ook als ik bijvoorbeeld uitleg geef, staat er op de website best wel veel goede uitleg op, die verstaanbaar is, waarvan ik mijn verhaaltje in mijn consult heb aangepast om mijn boodschap beter over te brengen.”

Bij deelnemer 5 leidde dit tot een betere structuur in zijn gesprek, wat hij voorheen soms miste. Meer bepaalde maakte de geluksdriehoek het hem gemakkelijker om te bepalen waar de aandacht tijdens een consult naartoe gaat. Dit kan voor hem een besparing van tijd opleveren.

> Deelnemer 5 over de tijdsinvestering: "Ik denk het wel inderdaad, vooral naar structuur toe, maar ook naar onderbouwing van bepaalde adviezen die ik geef. Dat is een advies dat ik eerder gevoelsmatig geef, maar als je dan bepaalde oefeningen kunt aanraden dan is dat heel duidelijk voor de patiënt en kan je ook zeggen: bekijk de website eens, probeer die oefeningen eens. Dat is een kort advies, waarbij ik niet de hele uitleg moet doen en dan kunnen ze zelf ook initiatief nemen. Als ik de geluksdriehoek gebruik, dan denk ik dat mijn eigen consult een beetje minder chaotisch kan lopen en dat het consult ook ingekort kan worden, omdat de patiënt dan zelf wat actiever kan zijn en ik niet heel de uitleg zelf moet doen.”

Ook deelnemer 6 denkt dat door deze tool zijn consult meer structuur zou kunnen krijgen. Voorheen probeerde hij eerder gevoelsmatig het gesprek aan te gaan, en met de geluksdriehoek kan dit systematischer verlopen.
De geluksdriehoek leidde er bij sommige artsen ook toe dat men topics ter sprake brengt, die men anders niet zou bevragen. Deelnemer 4 voelde aan dat zo haar eigen aanpak verruimd werd.

Uit de interviews blijkt dat een aantal andere artsen meent dat de tool mogelijks een verbetering voor de gespreksstructuur kan betekenen, én waardevol kan zijn als educatie voor startende huisartsen. Zo geeft deelnemer 8 aan dat hij vermoedt dat hijzelf wat vastgeroest is in zijn manier van gespreksvoering. Echter is hij van mening dat het goede handvaten biedt voor minder ervaren huisartsen.

3.3.2. Hulpmiddelen

Er werd gepolst of men, naast de adviezen besproken tijdens de consultatie, tools gebruikt om patiënten positief te laten evolueren en inzicht te bieden in hun problematiek. Deelnemer 9 geeft aan de balanstool te gebruiken, welke de draagkracht tegenover de draaglast neerzet, en kan aan de patiënt worden meegegeven om meer inzicht te geven. Deelnemer 10 werkt in een multidisciplinaire praktijk waar ook twee psychologen werken. Eén psycholoog ontwikkelde bijvoorbeeld webinars om in aanloop naar een psychologisch consult ondersteuning te bieden. Drie artsen referen soms naar een boek, zoals deelnemer 12 die specifiek het boek 'Mijn lichaam zegt neen' van Raf Frateur vermeldt. Ook de boeken van Louise Hay worden door een arts gerefereerd. Een andere deelnemer gebruikt een afbeelding van een brandstoftank met energiemeter, om aan te geven dat de energie op is en dat men deze terug moet proberen aanvullen. In totaal gebruiken vier van de dertien artsen een hulpmiddel tijdens de consultatie of als ondersteunende maatregel voor thuis.

De geluksdriehoek werd door verscheidene artsen gebruikt als hulpmiddel, waarmee patiënten thuis zelf aan de slag kunnen. Sommige artsen refereren naar deze tool, anderen zetten ze daadwerkelijk open op consultatie en laten in korte lijnen zien hoe het werkt. Gemiddeld duurde het 2 à 3 minuten volgens vier artsen om deze booschap aan de patiënt over te brengen. De tijdsinvestering werd niet ervaren als een drempel om deze tool te gebruiken.
Het valt op dat enkel twee artsen die de geluksdriehoek als zelfhulpmiddel gebruikten, hier actief naar terugkoppelden tijdens een vervolgconsult. Eén deelnemer vermeldt dat deze terugkoppeling nuttige informatie oplerverde en het verdere beleid beïnvloedde. De andere arts gaf aan dat hij tijdens het opvolgconsult wel polste of de patiënt de geluksdriehoek had bekeken. Van de patiënt kreeg ze een positief antwoord, maar geen verheldering. Er werd door de arts niet verder geëxploreerd naar nieuwe inzichten, omdat hij verwacht dat de patiënt die zelf zal aanhalen indien hij deze wil bespreken. Ook deelnemer 6 koppelt eerder bewust niet terug naar de mogelijke inzichten die patiënten thuis hebben gekregen, omdat hij dit aanvoelt als een inbreuk op de privacy. Hij verwacht dat patiënten wel het initiatief zullen nemen mochten ze het ter sprake willen brengen.
Deelnemers 1 en 8 zien het nut van de tool naar opvolging van de patiënt toe wel, maar zijn hiermee nog niet aan de slag gegaan.

3.3.3. Verwijzing naar de psycholoog

De meeste huisartsen verwijzen laagdrempelig naar een psycholoog. Meestal gebeurt dit niet tijdens het eerste consult, maar wanneer men merkt dat de klachten blijven aanslepen, of wanneer men als arts het gevoel heeft dat hij vastloopt. Deelnemer 11 geeft de website https://www.vind-een-psycholoog.be/ mee, zonder zelf een psycholoog naar voren te schuiven. Aan weerszijden van het spectrum vindt men

enerzijds deelnemer 2 die verklaart altijd een psycholoog te laten meekijken, omdat het kwartier consultatietijd onvoldoende is volgens hem. Hij ondervindt moeilijkheden bij de doorverwijzing vanwege de wachttijden bij de psycholoog. Als alternatief wenden patiënten zich dan tot coaches of therapeuten. Anderzijds is er deelnemer 3, die ondervindt dat er maar een klein deel van de doorverwezen patiënten ook daadwerkelijk bij de psycholoog terecht komen. Er bestaat een hoge drempel volgens deze huisarts, zowel psychologisch als financieel.

> Deelnemer 3 i.v.m. de drempel voor een psycholoog: "De drempel is voor mensen toch te hoog denk ik. Zowel psychologisch als financieel, dat speelt ook zeker en vast mee. Zeker omdat het ook allemaal om niet tastbare materie gaat. Mensen zijn het niet gewoon om daarvoor te betalen. Behalve als het bijvoorbeeld een vakantie is. Dan mag het wel geld kosten.Maar hetzelfde geld aan een psycholoog geven, dat is toch iets dat veel meer tegenkanting boekt."

De invloed van de geluksdriehoek op de verwijzing naar een psycholoog lijkt eerder beperkt. De meeste artsen menen dat het gebruik van geluksdriehoek hun dooverwijsgedrag niet beïnvloedt. Twee deelnemers verklaren dat de geluksdriehoek voor hen wel een tussenstap kan betekenen in plaats van meteen naar een psycholoog door te verwijzen bij patiënten met milde psychische klachten.

3.4. Algemene beschouwing over de geluksdriehoek

3.4.1. Positieve aspecten

Algemeen beschouwd werd de geluksdriehoek positief onthaald door de deelnemers.
Wat positief geëvalueerd werd, is de opbouw van de geluksdriehoek. De drie blokken zijn wederkerende aspecten bij personen met burn-out en depressieve klachten, meent deelnemer 4. De opbouw van de geluksdriehoek wordt als duidelijk beschouwd, zoals bijvoorbeeld de oranje bol, die de driehoek uit balans kan brengen. Bij deelnemer 4 biedt dit een extra aspect in zijn consultatie, en voor deelnemer 11 is het voor hemzelf én de patiënt een geruststelling dat mindere dagen er mogen zijn én dat dit oké is.
Ten tweede is ook de website door sommige deelnemers gunstig geëvalueerd. De tool is in begrijpbare taal beschikbaar en de website is patiëntvriendelijk. Deelnemer 11 vindt het ook positief dat er bepaalde situaties, die iedereen wel eens zal ervaren zoals verlies van een dierbare, uitgelicht worden.
Een aantal artsen hebben, zoals eerder aangegeven, de geluksdriehoek vooral gebruikt als huiswerk voor de patiënt. Deelnemer 8 vermoedt dat de tool mogelijks kan zorgen dat de frequentie van opvolging, en hiermee de werkbelasting van de arts, zou kunnen dalen. Ook voor patiënten die een consult bij de psycholoog weigeren, kan de geluksdriehoek nuttig zijn. Voor deelnemer 11 is het een goede manier voor de patiënt om zelf de touwtjes in handen te nemen, en een invloed te hebben op de eigen gelukservaring.

Andere artsen gebruikten de structuur van de geluksdriehoek als aanvulling op hun vraagstelling in gesprek met de patiënt. Dit zorgde bij deelnemer 5 dat er een betere structuur in zijn gesprek met de patiënt zat, wat hij voorheen soms miste. Hij vond de tool een interessante manier om problemen op te sporen, zodat de focus van de consultatie duidelijker werd. Ook deelnemer 6 deelt dezelfde mening.

3.4.2. Kritische blik

Er waren weinig negatieve ervaringen of gedachten over de geluksdriehoek.
Een eerste onderwerp van debat is de website. Hier blijken de meningen verdeeld, wat kan besloten worden uit het feit dat dit item eerder ook positief geëvalueerd werd door enkele deelnemers. Deelnemer 8 vindt de website vrij uitgebreid waardoor hij de tool niet zonder extra uitleg met de patiënt mee zou geven. Ook vier andere deelnemers vinden de website overladen met informatie, waardoor zij een kans achten dat patiënten erin verloren zouden kunnen lopen.
Een tweede onderwerp van debat is de doelgroep, waarbij artsen de geluksdriehoek zouden inzetten als zelfhulpmiddel. Artsen kunnen bewust of onbewust patiënten selecteren aan wie ze de tool wel of niet uitleggen. Zo kan leeftijd bepalend zijn. Zes deelnemers zouden deze tool gebruiken bij jonge mensen die goed met het internet overweg kunnen. Ook de klachten waarmee patiënten consulteren, spelen een rol. Deelnemer 4 zou de geluksdriehoek gebruiken bij patiënten met een langdurige burn-out of depressie, waarbij de patiënt op regelmatige basis opgevolgd wordt. Hij is van mening dat wanneer men de tool al vroeg in het proces introduceert, de patiënt zich mogelijks minder gehoord kan voelen. Ook deelnemer 11 meldt dat hij deze tool niet zou introduceren bij ernstige klachten. Deelnemer 9 daarentegen zou de tool al van in het begin inzetten, en eerder bij mensen met burn-out klachten en angstklachten gebruiken dan bij personen met depressieve klachten, omdat hij twijfelt of deze patiënten met de geluksdriehoek aan de slag zouden gaan door gebrek aan het nemen van initiatief. Als laatste zijn er persoonlijke kenmerken die invloed hebben. Zo zijn deelnemers 8 en 9 van mening dat patiënten met beperkte cognitieve vaardigheden minder baat hebben bij deze tool en dat men bij het gebruik van de gluksdriehoek enigszins in staat moet kunnen zijn om te refelecteren over de eigen gevoelens en hier kritisch naar moet kunnen kijken.

> Deelnemer 8 over het profiel van gebruikers: “Ik denk dat het heel breed kan zijn. Mijn aanvoelen zegt me wel dat het iemand moet zijn die openstaat voor zelfkritiek en zelfreflectie. Hij moet naar zichzelf kunnen kijken op een correcte manier zoals: “Ja, ik weet dat ik dat ik te perfectionistisch ben, ofzo”, dus iemand die vatbaar kan zijn voor een aantal boodschappen die hij in zichzelf kan opnemen zonder daar een medium voor nodig hebben, waarbij het medium dan de dokter is.”

Als laatste kan ook de reeds ingestelde hulpverlening van invloed zijn. Deelnemer 5 zou de geluksdriehoek niet voorstellen bij personen die al begeleiding krijgen door een psycholoog, omdat dit voor deze patiënt nog extra huiswerk kan betekenen.

Tot slot meldde alle artsen de geluksdriehoek als volledig te ervaren en konden ze geen conceptuele aanvullingen bedenken die ze eventueel misten bij de geluksdriehoek.

3.5. Zelfreflectie van de huisarts

3.5.1. Zelfzekerheid van de huisarts

De onderzoekers peilden naar het gevoel van de arts tijdens psychische consulten: voelt men zich onzeker bij deze gesprekken of voelt men zich net zelfzeker? Enkele artsen geven aan dat zelfzekerheid aangaande psychische klachten groeit met de jaren. Niet alleen omdat men meer praktijkervaring opdoet, ook artsen worden ouder en doen meer levenservaring op. Zo heeft deelnemer 2 zelf als manager gewerkt in een bedrijf, en geeft hij aan dat hij daardoor sneller het verhaal van de patiënt begrijpt. Daarnaast geven drie artsen aan dat zij cursussen hebben gevolgd om deze consulten in betere banen te kunnen leiden. Eén arts vermeldt dat de kennis en communicatievaardigheden die hij aangeleerd kreeg in de basisopleiding Geneeskunde onvoldoende was voor hem in de parktijk.
Ook de arts-patiëntrelatie speelt hierbij een rol. Wanneer artsen een bepaalde sympathie voelen voor de patiënt, voelen ze zich meer zelfzeker.
Daarnaast neemt de onzekerheid toe wanneer men merkt dat er op limieten gebotst wordt van het eigen kunnen, of als het mentale welbevinden van de patiënt verslechtert gedurende de opvolging. Zo geeft deelnemer 2 aan dat hij een referentiekader mist als huisarts. Ondanks dat hij zich comfortabel voelt bij dit soort gespreksvoering, vormt de beperkte mogelijkheid tot verwijzing naar de tweedelijn een frustratie. Ook deelnemer 10 geeft aan dat er wel mogelijkheden zijn om patiënten multidisciplinair te begeleiden, maar dat het landschap versnipperd is, dat hij vaak niet weet waar hij moet beginnen.
Als laatste is het gevoel van de arts ook afhankelijk van het gemoed van de arts zelf. Deelnemer 8 verklaart dat hij psychische consultvoering de meest onaangename raadplegingen vindt wanneer hij zelf niet goed in zijn vel zit.

Uit deze studie blijkt dat de geluksdriehoek een positief effect kan hebben op de zelfzekerheid van de arts. Tijdens een langdurige begeleiding van een patiënt, kan de arts het gevoel hebben dat er geen vooruitgang geboekt wordt. Deelnemer 4 geeft aan dat de geluksdriehoek voor een andere invalshoek kan zorgen, wat de dynamiek in het consult kan verbeteren Ook deelnemer 5 geeft aan dat het optimaliseren van de gesprekstructuur positief effect heeft op zijn zelfzekerheidsgevoel. Daarnaast is ook het wetenschappelijke kader versterkend. Adviezen die hij eerder gevoelsmatig gaf, heeft nu een

wetenschappelijke basis door de tool. Voor deelnemer 11 werkte vooral de informatie en visualisatie van het feit dat dagelijkse schommelingen van het geluksgevoel normaal kunnen zijn, positief op de zelfzekerheid.
Drie deelnemers ondervonden geen effect op de zelfzekerheid. Deelnemer 7 meldt wel dat hij voor de geluksdriehoek een rol weggelegd ziet om de zelfzekerheid van onervaren artsen te verhogen. Twee deelnemers melden een tijdelijke terugval van de zelfzekerheid en dit voornamelijk in het begin van het gebruik van de geluksdriehoek. Dit wordt verklaard doordat ze zich op dat moment nog niet helemaal vertrouwd voelden met de tool. Op het einde van de studieduur lag hun zelfzekerheid terug op hetzelfde niveau als vóór de studie.

3.5.2. Artstevredenheid

Hoe tevreden zijn artsen over hun hulpverlening voor mensen met mentaal onwelzijn? Dit lijkt onder meer af te hangen van wat artsen hopen te bereiken. Zo geeft deelnemer 1 aan dat het van de evolutie afhangt. Hij heeft het gevoel een luisterend oor te bieden, maar hoopt ook dat hij de patiënt de oplossing zal kunnen aanreiken. Hierdoor loopt de consultatie uit doordat er veel vragen worden gesteld door de arts vanuit die onzekerheid en daalt de artstevredenheid. Aan de andere kant geeft deelnemer 3 aan dat hij van mening is dat het de patiënt zelf is die iets moet doen aan zijn psychisch welbevinden en dat hij als arts dat niet in hun plaats kan doen. Hij ervaart dat luisteren ondersteunend kan zijn en probeert mee te zoeken naar oplossingen zodat ze het zelf kunnen realiseren.
Ten tweede hangt de artstevredenheid af van de ernst van de psychische klachten. Bij lichte klachten zijn artsen vaker tevreden over hun handelen. Bij ernstigere klachten waarbij de arts zich niet capabel genoeg voelt deze te begeleiden, daalt de artstevredenheid.
Over het algemeen kwam uit de interviews naar voren dat artsen gemiddeld genomen tevreden zijn over wat ze kunnen betekenen voor patiënten met psychologische klachten.

Het gebruik van de geluksdriehoek kan een positief effect hebben op de tevredenheid van de arts, en lijkt samen te hangen met de zelfzekerheid van de arts. Deelnemer 1 geeft aan dat een referentie naar de geluksdriehoek een goede tactiek is om het gesprek af te ronden én verhoogt het de artstevredenheid omdat hij iets heeft om daadwerkelijk mee te geven aan de patiënt waarmee hij thuis aan de slag kan.

3.5.3. Persoonlijke houding

De deelnemers werden gevraagd of men het als zijn taak als huisarts ziet om mensen met psychisch onwelbevinden te begeleiden. In de vraagstelling werd duidelijk een onderscheid gemaakt tussen een tijdelijke psychische dip, en psychiatrische aandoeningen zoals neergeschreven in de ‘Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders’ (DSM).

> Vraagstelling door interviewer 1 aan deelnemer 2: “Vind je dit ook uw taak als huisarts, en dan bedoel ik niet de begeleiding van grote depressies, maar mensen die even in een dipje zitten in het leven. Vind je dat uw taak?”

Alle deelnemers vinden dat het begeleiden van patiënten met psychische klachten tot zijn takenpakket hoort. Deze consultaties dragen bij tot de algemene gezondheid.

> Deelnemer 11 over psychische consultaties: “Ik vind toch als huisarts is het gehele van de persoon dat telt. En zo het biopsychosociaal model, is allemaal belangrijk dat dat erbij hoort.”

Deelnemer 3 meldt wel dat er een verschil in drempel is voor patiënten om naar de huisarts ten opzichte van de psycholoog te gaan, waardoor hij soms het gevoel heeft dat er van hem geprofiteerd wordt. Ook deelnemer 8 is van mening dat het in het algemeen wel tot zijn takenpakket behoort, maar dat er ook andere hulpverleners zijn die deze taak op zich kunnen nemen.

> Deelnemer 3 over de taak van de huisarts: “Goh, dat is ook wisselend. In feite wel, maar in theorie zou het bij het pakket moeten horen dat bijdraagt tot gezondheid, waar de mensen hier voor komen. Langs de andere kant, voel ik me soms een klein beetje misbruikt daarin, allez misbruikt is een groot woord, maar dat de mensen er soms wat van profiteren dat ze bij een huisarts met alles terecht kunnen.”

> Deelnemer 8 over de taak als huisarts: “Ja, dat is een belangrijke taak voor de huisarts bij een gebrek aan pastoors. Dat is altijd mijn insteek geweest, maarja dat is niet anders. “

3.5.4. Persoonlijke interesse

Hoewel 100% van de huisartsen vindt dat psychische consulten bij hun takenpakket hoort, doen niet alle huisartsen dit even graag. Twaalf artsen geven aan dat ze in het algemeen niet tegen deze consultaties opkijken wanneer het aantal psychische consulten per week hun grens niet overschrijdt. Deze limieten zijn arts-afhankelijk en worden bepaald door de energie- en tijdsinvestering die deze consulten soms vragen.

> Deelnemer 4 over zijn limieten in aantal psychische consulten: “Op deze moment -omdat ik ook zeg, ik zie hier zo 1 patiënt per week gemiddeld- vind ik dat helemaal niet erg en zijn ze zeker welkom bij mij, maar ja, ik zou ook niet willen gekend staan als de dokter waarmee dat je voor zo’n problemen altijd terecht kunt, omdat daar eerlijk gezegd ook meer tijd in kruipt, (...) En ja, voorlopig gaat dat nog goed, en denk ik “laat die mensen ook tot bij mij komen”, maar het zou ook niet meer dan 1 gesprek per dag moeten zijn, want dan denk ik dat ik daar heel veel tijd aan zou moeten spenderen en dat vreet ook wel meer energie na zo’n consult.”

Twee artsen geven aan dat ze deze gesprekken leuker vinden wanneer ze een bepaalde sympathie voelen voor de patiënt. Een andere arts verklaart dat er eigenschappen zijn van de patiënt die bepalen of hij deze consultaties graag doet, zoals de motivatie en de daadkracht. Drie andere artsen geven aan dat ze deze kant van hun job grotendeels graag doen, maar het soms ook een bron is van onmacht wanneer de verwijzing naar de tweedelijnszorg niet vlot verloopt.
Eén arts meldt dat deze consultaties bij het vak horen, maar dat zijn persoonlijke interesses elders liggen.

3.6. Geluksdriehoek in de toekomst

Aan de deelnemers werd gevraagd of men de geluksdriehoek in de toekomst nog zou gebruiken. Alle deelnemers antwoordden positief. Men gaat in de toekomst de geluksdriehoek verder exploreren en verder uitproberen waar juist de geluksdriehoek een plaats kan krijgen in hun hulpverlening. Waar men nu de geluksdriehoek louter heeft gebruikt voor mensen die zich aanbieden met psychische klachten, is er zeker interesse om het doelpubliek uit te breiden: voor deelnemer 7 kan de geluksdriehoek niet alleen ingezet worden bij patiënten met louter psychologische klachten, maar ook patiënten met psychosomatische problemen en in kader van preventie.

4. Discussie

4.1. Samenvatting en vergelijking met bestaande literatuur

De geluksdriehoek wordt over het algemeen als positief ervaren door de deelnemers. De opbouw van de geluksdriehoek in de drie bouwblokken, met telkens drie reflectievragen werd als goed gestructureerd ervaren. Ook de oranje bol werd positief onthaald om de dagelijkse schommelingen in stemming en geluksgevoel te normaliseren. Daarnaast werd ook de opname van specifieke levensmomenten, zoals het verlies van een dierbare, positief geëvalueerd.

De geluksdriehoek heeft de structuur gekregen die men kan herkennen van de voedingsdriehoek en de bewegingsdriehoek, beiden ook ontwikkeld door het Vlaams Instituut gezond leven. Vijftien jaar geleden werd de fit-in-je-hoofd methodiek ontwikkeld. De geluksdriehoek vervangt deze methodiek, omdat recente wetenschappelijke inzichten werden gebruikt om dit model te ontwikkelen. De fit-in-je-hoofd methodiek legde vooral de nadruk op het verhogen van de veerkracht, terwijl de geluksdriehoek een educatief model voorstelt voor het mentaal welbevinden. Dit impliceert een ruimere scope. Tegelijkertijd stellen de ontwikkelaars niet dat de geluksdriehoek álle factoren die een rol kunnen spelen, aanhaalt. Het Vlaams instituut besluit dat o.a. de maatschappelijke positie, cultuur en de maatschappij een belangrijke rol spelen in de mate waarbij het individu zélf een invloed heeft op zijn geluksniveau.[12] Een deelnemer verklaart ook dat hij weerstand voelt bij de gedachte dat elk individu te herleiden valt tot een driehoek. Hij voelt zich bij het gebruik van de geluksdriehoek eerder een psycholoog, dan een huisarts die een gesprek aangaat met patiënten met een verminderd mentaal welzijn.

Over de website zelf zijn de meningen verdeeld. Een positief aspect dat werd aangehaald is de begrijpbare taal voor de gebruiker. Ook is het voor de arts een ruggensteun omdat de informatie gebaseerd is op een wetenschappelijke onderbouwing terwijl ze die vroeger eerder gevoelsmatig aanraden. De website bevat ook oefeningen die men thuis kan uitvoeren om het mentale welzijn te bevorderen. Enkele deelnemers verklaren dat ze het handig vinden om hiernaar te verwijzen. Zo werkt dit tijdsbesparend én hebben de patiënten de instructies bij de hand.

De uitgebreidheid van de site werd zowel positief als negatief ervaren: 3 deelnemers ervaarden dit als positief, 4 deelnemers zagen dit eerder als een belemmering. De hoeveelheid informatie kon een remmend effect hebben om deze tool te introduceren, omdat deze artsen van mening waren dat ze eerst zelf volledig op de hoogte moeten zijn welke informatie ze waar konden terugvinden, vooraleer ze deze konden introduceren in hun consultvoering. Drie artsen achtten ook de kans reëel dat patiënten erin verloren zouden kunnen lopen. De ontwikkelaars geven echter zelf aan dat er bewust gekozen werd om het aanbod aan informatie te beperken, in vergelijking met buitenlandse modellen.[12]

De website rond de geluksdriehoek is ontwikkeld als een hulpmiddel voor de zelfzorg. De mening van patiënten valt buiten de scope van deze studie. Eén deelnemer meldde tijdens zijn interview dat hij feedback gekregen had van een patiënt, die geen negatieve ervaringen meldde bij het gebruik van de website.

De geluksdriehoek is online tool, bedoeld om een zo breed mogelijk publiek te bereiken. Echter betekent dit dat enkel patiënten met toegang tot internet én een zekere digitale kennis deze kunnen raadplegen. Door de vergrijzing van de bevolking hebben huisartsen twijfels over de toegankelijkheid van deze online tool voor senioren of (hoog-)bejaarden die digitaal minder vaardig zijn. Daarnaast lijkt de geluksdriehoek vooral geschikt voor personen die openstaan voor zelfkritiek en zelfreflectie. Ook het type klacht en de ernst ervan kunnen bepalen of de arts de geluksdriehoek voorstelt, echter is de indicatiestelling niet te veralgemenen uit de ervaringen van de bevraagde artsen.

Artsen kunnen een drempel ervaren om de geluksdriehoek voor te stellen aan patiënten. Zo is er één arts die een drempel ervaart om de tool vroeg in de opvolging te introduceren. Hij vermoedt dat de patiënt zich mogelijks minder gehoord kan voelen. Andere artsen geven nochtans wel aan dat ze deze tool al vroeg zouden voorstellen, zelfs bij aanmelding. Een deelnemer ervaart dat patiënten het meegeven van informatie als teken zien van betrokkenheid, wat de arts-patiëntrelatie ten goede komt. De deelnemer die deze tool niet van in begin zou inzetten, is minder ervaren met 1 jaar als huisarts (in opleiding), en ziet deze gemiddeld 1 individu per week omwille van psychisch onwelzijn.

De arts-patiëntrelatie is een belangrijk gegeven in de huisartsgeneeskunde. Zo geven twee artsen aan dat zij psychologische gesprekken aangenamer ervaren wanneer ze een bepaalde sympathie voelen voor de patiënt. Uit een masterproefstudie van Demoen et al. blijkt dat de arts-patiëntrelatie de tevredenheid van zowel arts als patiënt kan beïnvloeden. Voor haar masterproef heeft ze een onderzoek gedaan naar de verwachtingen en belevingen van zowel patiënten als artsen bij consultaties omwille van psychische klachten. Twee artsen en vijftien patiënten werden in dit onderzoek geïncludeerd, waarbij werd vastgesteld dat deze artsen nooit specifiek de verwachtingen van de patiënt nagevraagd hadden. Toch waren alle patiënten achteraf in mindere of meerdere mate tevreden van de hulpverlening, hoewel hun verwachtingen niet altijd werden ingelost. De patiënten gaven als positieve kritiek aan dat ze het gevoel hadden dat er naar hen werd geluisterd. De twee artsen dachten na alle consultaties ook dat de patiënt tevreden was, en schreven dit toe aan de arts-patiëntrelatie.[13] In een studie van Malpass et al. onderzocht men wat patiënten met een depressie al dan niet besproken hadden met hun huisarts. Hieruit bleek o.a. dat patiënten die al een relatie hadden opgebouwd met de arts, hun ICE (Ideas, Concerns, Expectations) gemakkelijker ter sprake konden brengen.[14]

Uit de afgenomen interviews blijkt dat de geluksdriehoek op twee manieren gebruikt werd. Een eerste groep gebruikte deze tool als zelfhulpmiddel door er tijdens de raadpleging naar te verwijzen, zodat de

patiënt hier zelf op eigen tempo mee aan de slag kon gaan. Op deze manier werd er rekening houdend met de autonomie van de patiënt gepoogd de zelfredzaamheid te verhogen. Zo kan de patiënt op zichzelf actief aan de slag om zijn geluksgevoel te bevorderen, wat ook de opzet was voor de ontwikkeling van de geluksdriehoek door het Vlaams Instituut Gezond Leven. Deze groep kan verder onderverdeeld worden in 2 subgroepen: 1 subgroep vermeldt de link naar de geluksdriehoek, zonder hier verder op in te gaan tijdens de consultatie. Een andere subgroep zet de website ook effectief open om kort een voorstelling te geven aan de patiënt. Deze artsen gaven aan dat de tijd die hiervoor geïnvesteerd werd, maar enkele minuten bedroeg.

Een andere groep geeft aan bepaalde onderdelen of vragen van de geluksdriehoek te gebruiken om meer sturing te geven aan het gesprek, wat mogelijks een positief effect kan hebben op de tijdsduur van de consultatie. Uit zowel onze interviews als uit de (inter-) nationale literatuur blijkt dat de tijds- en energie-investering als belastend ervaren worden door artsen zoals ook beschreven in de studie van Fleury et al.[15] Ook in Nederland wordt er een stijging van het aantal lange consultaties in de huisartsenpraktijk gezien omwille van een toename van psychosociale problematiek, waarbij er in Nederland een specifieke rol weggelegd is voor een praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg voor de opvang van deze problematiek in samenwerking met de huisarts.[16] Anderzijds lijken langere consultaties in de huisartsenpraktijk volgens de studie van Stirling et al te leiden tot een betere herkenning van psychologische problemen. Zo werd er geconcludeerd dat een toename van de consultatietijd met 50% tot 32% meer herkenning van psychologische distress.[17]

Een groot effect op de doorverwijzing naar een psycholoog zag men niet. De meeste artsen vermoedden niet dat ze minder zouden doorverwijzen naar een psycholoog door het gebruik van de geluksdriehoek. Twee artsen gaven aan dat dit eventueel wel een effect zou kunnen hebben. Patiënten die voldoende baat hadden bij het gebruik van deze tool, zouden ze minder snel doorverwijzen. Doorverwijzing naar een psycholoog wordt voornamelijk bepaald door de verwachtingen va de patiënt, de verwachtingen van de arts, het type problematiek, de financiële mogelijkheden en de toegankelijkheid van psychologische zorgverlening.[18]

Het gebruik van de geluksdriehoek kan een positief effect hebben op de artstevredenheid door op een laagdrempelige manier uitgebreide en betrouwbare informatie aan de patiënt mee te geven, ondanks de bevinding dat artsen over het algemeen tevreden zijn over hun aanpak. Dit wordt ook bevestigd in een onderzoek van Stensrud en anderen, waarbij er ook geconcludeerd wordt dat huisartsen over het algemeen vertrouwd en tevreden zijn over hun aanpak, maar dat huisartsen wel aangeven dat er nood is aan ondersteuning (al of niet communicatief).[19] Dit wordt ook bevestigd in een artikel van Magnée et al.[20] waarbij huisartsen vinden dat ze te weinig kennis over de aanpak van geestelijke gezondheidszorg hebben, zowel naar diagnostiek als naar behandeling toe, en dat er meer aandacht tijdens de huisartsenopleiding of tijdens bijscholingen voor moet zijn. Deze bevinding komt ook terug in één van

de interviews, waarbij een arts meldt dat hij onvoldoende informatie en/of vaardigheden vanuit de basisopleiding heeft meegekregen voor de praktijk. Drie andere artsen verklaarden bijscholingen gevolgd te hebben. Alle artsen gaven aan dat er een groei was van hun zelfzekerheid doorheen de jaren. Dit werd verklaard door enerzijds meer praktijkervaring, anderzijds ook door de persoonlijke ontwikkeling van de arts zelf.

Alle elf artsen die de geluksdriehoek hebben geëxploreerd geven aan de geluksdriehoek in de toekomst nog te gebruiken. Ze geven aan de geluksdriehoek te gebruiken als zelfhulpmiddel voor de patiënt als bron van betrouwbare, toepasselijke informatie voor de individuele situatie van de patiënt, waarvoor de geluksdriehoek ook ontwikkeld is. Sommige huisartsen echter geven ook aan een plaats te zien om de inhoud van de consultatie volgens de bouwstenen van de geluksdriehoek vorm te geven om gestructureerder, gerichter en mogelijks tijdsefficiënter te werk te kunnen gaan.

4.2. Sterktes en zwaktes van de studie

De data van het onderzoek komt voort uit de individuele ervaringen van de geïncludeerde huisartsen en/of huisartsen-in-opleiding. Interessant was dat er een goede spreiding was van de cohorte op vlak van geslacht (6 mannen en 7 vrouwen), op vlak van leeftijd met een spreiding (tussen 25 jaar en 68 jaar) en op vlak van praktijkervaring (tussen 1 jaar en 43 jaren). Alle artsen waren werkzaam in de regio Antwerpen of de regio zuiderkempen en waren actief in een groepspraktijk. Geen enkele groepspraktijk was forfaitair. De inclusie van solo-artsen of artsen werkzaam in een forfaitair systeem zou mogelijks aanvullende informatie kunnen opleveren, alsook huisartsen werkzaam in andere regio's.

Na afname van de interviews bij de dertien deelnemers werd besloten dat datasaturatie werd bereikt: er werden geen nieuwe visies of invalshoeken gedocumenteerd die van belang kunnen zijn voor dit onderzoek.

De tijdspanne van twaalf weken tussen beide interviews is eerder kort om een gedragsaanpassing van de geroutineerde huisarts te bewerkstelligen in de aanpak van een psychologische klacht. Dit was vooral merkbaar bij de oudere, meer ervaren artsen, die zich doorheen de jaren een aanpak eigen hadden gemaakt. Het inlezen en bestuderen van de geluksdriehoek alsook het zich eigen maken van het theoretische model achter de geluksdriehoek, en de uitgebreide informatie op de website vraagt tijd en ruimte, wat niet evident was om te combineren met de hoge werkdruk in de dagdagelijkse huisartsenpraktijk.

Deels daardoor hebben niet alle artsen de geluksdriehoek op gelijke wijze of even intensief gebruikt in gesprek met de patiënt. De meesten gebruikten de geluksdriehoek als zelfhulpmiddel voor de patiënt en verwezen hem hier laagdrempelig naartoe door een kort advies te geven. Anderen gebruikten de informatie op de website zoals bv. oefeningen, etc. als aanvulling op de eigen raadpleging en nog

anderen gebruikten het theoretische model van de geluksdriehoek om het consult wat meer te structureren. De wijze van gebruik werd vooral bepaald door de individuele nood van de betrokken huisarts om zijn raadpleging te verbeteren of aan te vullen en door de persoonlijke stijl van de huisarts. Een meer gevoelsmatige arts, die zich meer vanuit de beleving en het gevoel van de patiënt laat leiden, kan een drempel ervaren om de patiënt in 'hokjes' (cfr. bouwblokken van de geluksdriehoek) te plaatsen en zo "alle patiënten te herleiden tot een driehoek", terwijl de geluksdriehoek aan de andere kant mogelijkheden kan bieden om gericht te werk te gaan door bijvoorbeeld in te spelen op een bepaald bouwblok van de geluksdriehoek waar blijkt dat de patiënt het moeilijk mee heeft.

Rond de aanpak van mentale problemen door de huisarts is er geen uniforme huisartsgeneeskundige richtlijn beschikbaar met gerichte adviezen zoals bijvoorbeeld in vergelijking met een somatische aandoening. Dit leidt er ook toe dat er in de praktijk een zeer uiteenlopende aanpak kan zijn tussen verschillende artsen. Het is ook een individuele keuze of de betrokken arts zich hierin verder wil verdiepen vanuit een bepaalde interesse, eigen ontwikkeling, inzicht, arts-patiëntrelatie of nood vanuit de maatschappij.

4.3. Implicaties voor de praktijksvoering en verder onderzoek

Deze studie had als doel te peilen naar de visie van de huisarts op de geluksdriehoek en de mogelijkheden die huisartsen zien om deze tool in de dagelijkse praktijk te verweven. De geluksdriehoek kan een meerwaarde betekenen voor de huisarts in de aanpak van patiënten die zich presenteren met een psychologische kwetsbaarheid door de patiënt hier laagdrempelig naartoe te verwijzen, waarbij de patiënt op zijn eigen tempo en volgens zijn eigen noden betrouwbare, relevante informatie kan raadplegen om zijn mentale welbevinden te vergroten. Sensibilisering rond het bestaan, de ontwikkeling en het gebruik van de geluksdriehoek bij huisartsen kan nuttig zijn om meer patiënten met een hulpvraag de weg te tonen naar de geluksdriehoek en de website erachter zodat patiënten zelf ook deels hun geluk in eigen handen kunnen nemen en sturing proberen te geven.

De geluksdriehoek zou ook inhoudelijk meer structuur kunnen geven tijdens het consult van de arts in gesprek met de patiënt, waardoor zulke gesprekken mogelijks tijdsefficiënter kunnen verlopen en voor de arts als minder frustrerend kunnen ervaren worden doordat de patiënt zelf actief aan de slag kan gaan met zijn eigen geluksvinden. Deze bevinding echter valt buiten de opzet van het doel van de geluksdriehoek, waardoor gerichter onderzoek hierover nuttig kan zijn voor de huisarts.

5. Conclusie

De geluksdriehoek werd ontwikkeld door het Vlaams Insituut Gezond Leven, het Vlaamse expertisecentrum inzake gezondheidsbevordering, ter verbetering van het mentale welbevinden waarbij de patiënt die worstelt met psychologische kwalen op eigen tempo meer inzicht kan verkrijgen in zichzelf en toegang heeft tot informatiebronnen die wetenschappelijk onderbouwd en afgetoetst zijn.

Ook in de eerstelijnszorg kan de geluksdriehoek zinvol zijn voor de huisarts in de begeleiding van patiënten die consulteren met een psychologische hulpvraag, waarbij de huisarts middels een kort advies de patiënt kan informeren over en verwijzen naar de geluksdriehoek.

Daarnaast heeft de geluksdriehoek de potentie om bijkomende ondersteuning te bieden in de opbouw en structurering van het consultatiegesprek met de patiënt als de arts de geluksdriehoek zich eigen maakt, incorporeert in zijn consultatiewijze en verder verdiept in het educatieve materiaal achter de geluksdriehoek om gericht met de patiënt aan de slag te gaan. Verder onderzoek kan hier meer duidelijkheid over scheppen.

6. Dankwoord

Dankzij volgende personen is deze masterproef tot stand gekomen en willen we hen langs deze weg ook bedanken voor hun engagement, inzet en steun.

Allereerst willen we onze promotor Dr. Anke Van Dijck bedanken voor de goede en deskundige begeleiding van het begin tot het einde van de masterproef.

Ook willen we alle respondenten bedanken voor hun engagement om aan ons onderzoek mee te werken door de geluksdriehoek te leren kennen en hen in de mate van het mogelijke eigen te maken.

Daarnaast willen we ook het Vlaams agentschap Zorg en Leven bedanken en in het bijzonder Veerle Soyez, senior stafmedewerker en inhoudelijke coördinatie mentaal welbevinden, voor de ondersteuning en het gebruik van het digitaal studiemateriaal raadpleegbaar op de website www.geluksdriehoek.be

Ook willen we Sven, de vriend van Naomi, en Dorien, de vriendin van Tom, in de bloemetjes zetten voor hun steun bij het hele proces van de masterproef door het nalezen van de masterproef, voorzien van lekker eten, snacks en gebakjes op (weekend)dagen die aan de masterproef gewijd werden, etc. Bedankt.

Tot slot willen we ook elkaar bedanken. Bedankt Naomi voor de goede, vlotte en constructieve samenwerking. Bedankt Tom voor de aangename samenwerking, de eerlijke feedback en de steun zowel in kader van de masterproef als daarbuiten.

7. Zelfreflectieverslagen

7.1. Naomi

Het was voor mij een heel speciaal gegeven om te mogen samenwerken met Tom voor de masterproef. Tom en ik zijn samen begonnen aan de opleiding. In 2009 zijn we gestart aan de opleiding Biomedische Wetenschappen, en in de 2010 zijn we kunnen doorstromen naar de opleiding Geneeskunde. Tijdens onze studiejaren zijn we dan ook vrienden geworden. Tussenin liep ons traject niet helemaal gelijk, maar uiteindelijk zijn we samen in 2020 aan de specialisatie Huisartsgeneeskunde begonnen. Met Tom de masterproef te mogen voorstellen en verdedigen, dat maakt de cirkel rond.

De samenwerking verliep zeer vlot. We wisten van in het begin van het project welke professionele doelen ieder voor zich voor ogen had, en wat we wilden bereiken met deze thesis. Ik vind het belangrijk dat onze visie zich op één lijn bevindt. Ook de visie van de promotor sloot zich van in het begin aan bij die van ons. De communicatie met de promotor verliep ook helder en gestructureerd, en ik ben dankbaar dat Dr. Van Dijck onze promotor wilde zijn.

Tijdens het verloop van de masterproef hebben we gekozen voor een thesis met een gemeenschappelijke onderzoeksvraag, waarbij we ook bewust gekozen hebben om geen strikte taakverdeling te handhaven. Uiteraard hebben Tom en ik de taken onderweg wat verdeeld, maar er was geen strikte aflijning. Ik was me ervan bewust dat dit risico's kan inhouden, o.a. een onevenwichtig aandeel in de masterproef. Echter zijn we ook in ons privéleven nauw verbonden, kennen we elkaars achtergrond, en vond ik het belangrijker dat we elkaar konden steunen in dit hele proces. De specialisatie brengt heel wat ervaringen en indrukken met zich mee, zowel positief als negatief. En dan heb ik het nog niet gehad over onverwachte omwentelingen die het leven onherroepelijk met zich meebrengt. Als je de balans van de inbreng over de looptijd van de masterproef bekijkt, is deze mooi in evenwicht: in het eerste jaar was de inbreng van Tom groter dan die van mij, in het derde jaar werd deze disbalans gecorrigeerd. Het feit dat de inbreng van elk lid van dit team op momenten kon en mocht verschillen, heeft er mede voor gezorgd dat de flow van vooruitgang gegarandeerd kon worden.

Wanneer ik het persoonlijk aandeel van ieder teamlid bekijk, kan ik deze als volgt omschrijven. In het eerste jaar heeft Tom een groter aandeel gehad in het afgeleverde werk. Dit werd veroorzaakt door plotse familiale omstandigheden aan mijn kant, waardoor mijn belastbaarheid tijdelijk verminderd is geweest. Hij heeft meer tijd geïnvesteerd in het uitpluizen van PEO (onderzoeksvraag), en het voorstel omtrent de literatuurstudie. In jaar 2 was ons aandeel vrijwel gelijk: we hebben ieder afzonderlijk de literatuur doorgenomen, deze voorgesteld aan elkaar, en een evenwaardig aandeel van de tekst geschreven. In jaar 3 was mijn aandeel wat groter dan die van Tom. Dit kwam omdat mijn werkbelasting minder was dan die van Tom en ik meer tijd kon investeren. Zo is mijn aandeel in de verwerking van de resultaten wat

groter. Het aantal deelnemers die door elk lid werd geïncludeerd, was evenwichtig. Ik heb zeven van de dertien respondenten geïncludeerd, Tom heeft er zes aangebracht. Ook de analyses in NVIVO werden door ons beiden afzonderlijk uitgevoerd.

Het onderwerp van onze masterproef sluit aan bij zowel mijn privé- als beroepsleven. Toen ik drie jaar geleden vernam dat het Vlaams Instituut Gezond leven *de geluksdriehoek* had gepubliceerd, werd ik geprikkeld. In de praktijk heb ik gemerkt dat er toch nog een zekere schroom bestaat om met psychische problemen naar de huisarts te komen. Ik ben me ervan bewust dat het aantal personen die zich om die redenen aanbieden bij de huisarts, eigenlijk maar een klein aandeel is. Langs de andere kant zijn er ook mensen die naar de psycholoog gaan zonder de huisarts te raadplegen. Als arts ondervond ik zelf wat onzekerheden: ik twijfelde of patiënten wel echt geholpen werden door een gesprek met mij. Pakte ik het goed aan? Welke tips kon ik patiënten geven? Vanuit de opleiding krijg je zeker enkele handvaten mee in de lessen communicatie, maar in de praktijk botste ik regelmatig op mijn onzekerheid. Door deze masterproef heb ik de eer gehad als het ware mee te mogen kijken hoe andere artsen deze consulten aanpakken, en hoe zij hierin gegroeid zijn.

Ik heb ook aan de andere kant gestaan, als patiënt. Ik heb ook aan levenden lijve mogen ondervinden dat mentaal welzijn heel belangrijk is, en dat je hele leven hiermee staat of valt. Deze masterproef heeft dan ook een raakpunt met mijn persoonlijk leven. Met deze studie hoopte ik vooral wat meer vruchtbaarheid te geven aan de geluksdriehoek, om zo het mentale welbevinden van de algemene bevolking te verbeteren.

7.2. Tom

Naomi en ik kenden elkaar al van bij de start van onze universitaire carrière in 2009 toen we beiden de droom hadden om arts te worden, weliswaar via een omweg via de richting biomedische wetenschappen. Tijdens de opleiding leerden we elkaar beter en beter kennen, waarbij we ook goede vrienden werden. Tijdens de opleiding zijn onze paden even uit elkaar gegaan, maar aan het begin van onze vervolgopleiding tot huisarts in 2020 kruisten onze academische paden weer en was het vrij snel beslist om samen de masterproef te schrijven. Tijdens het brainstormen over een mogelijk onderwerp kwamen we redelijk snel bij het topic "mentale zorg" doordat we beiden merkten dat we tijdens ons eerste jaar als huisarts-in-opleiding frequent geconfronteerd werden met patiënten die zich niet lekker voelden in hun vel met allerlei fysieke klachten als gevolg. We vroegen ons dan ook af hoe we zo'n gesprekken best aanpakten. Vanuit de opleiding Geneeskunde hadden we verschillende communicatieve vaardigheden aangeleerd, maar toch stelden we ons eigen handelen in vraag. Toevallig of niet lanceerde toen het Agentschap Zorg en Gezondheid de geluksdriehoek, een preventieve tool om het mentaal welbevinden van de bevolking te verbeteren door hen te informeren, te inspireren en bewust te maken over hun eigen geluk. Allebei waren we enthousiast en vroegen we ons af of de geluksdriehoek ook een meerwaarde kon betekenen voor de huisarts in gesprek met de patiënt.

Tijdens het drie-jarig traject van de masterproef werd de werkbelasting naar mijn gevoel gelijk verdeeld. Van het schrijven van het projectplan en de aanvraag bij het ethisch comité in jaar 1, de literatuurstudie en veldonderzoek in jaar 2 tot het schrijven van de uiteindelijke masterproef in jaar 3 informeerden we elkaar continu hoe we dit best aanpakten, maakten we samen een planning op, zochten beiden naar relevante literatuur, schreven samen protocols en documenten uit en werkten we met respect voor elkaar naar de deadlines toe. Ik vond het ook belangrijk dat we samen alle verschillende stappen doorliepen, zodat ieders ook steeds zijn input, bedenkingen en visie kon geven zodat het ook letterlijk een groepswerk werd. Het enige werk dat we verdeeld hebben, was het afnemen en uittypen van de interviews bij de respondenten, dit vooral om logistieke en tijdsefficiënte redenen. Concreet heeft Naomi 7 respondenten geïncludeerd en ik 6, wat we ook op voorhand met elkaar en de promotor besproken hadden. De verdere data-analyse en schrijven van de masterproef hebben we naar analogie van de eerste jaren samen gedaan.

Tot slot wil ik nog benadrukken dat de samenwerking met Naomi vlot en eerlijk verliep. Er werd open gecommuniceerd, geluisterd naar elkaars input en constructief samengewerkt met respect voor de deadlines en met respect voor eventuele onvoorziene omstandigheden zoals de drukkere periode op het werk bij mij of de periode van familiale bezorgdheden bij Naomi.

8. Referentielijst

1 World Health Organization. (2018). Mental health: strengthening our response. World Health organization (WHO). Beschikbaar op: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

2 Onafhankelijke ziekenfonds (2021). Mentale gezondheid in België: 10 kerncijfers. Beschikbaar op: https://www.mloz.be/nl/Infografie_mentale_gezondheid

3 Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S., Van Der Heyden, J. Geestelijke gezondheid: Gezondheidsenquête 2018. Sciensano, Januari 2020, Brussel, België

4 Ohrnberger, J., et al. (2017). "The relationship between physical and mental health: A mediation analysis." Soc Sci Med 195: 42-49.

5 Lee, MS., Shin, JS., Lee, J. et al. The association between mental health, chronic disease and sleep duration in Koreans: a cross-sectional study. BMC Public Health 15, 1200 (2015). https://doi.org/10.1186/s12889-015-2542-3

6 Obas, K. A., et al. (2022). "Depression and cardiovascular disease are not linked by high blood pressure: findings from the SAPALDIA cohort." Scientific Reports 12(1): 5516.

7 Federaal Planbureau. Geestelijke gezondheid in België: de verborgen kosten van COVID-19. Januari 2021. Beschikbaar op: https://www.plan.be/uploaded/documents/202101220330570.PUB_ART_007_COVI_13332_N.pdf

8 https://www.gezondleven.be/themas/mentaal-welbevinden/geluksdriehoek

9 Soyez, V; Vanlessen, N. & Verlinden, A. (2020). Onderbouwingstekst: Theoretische grondslagen voor de geluksdriehoek en bijhorende online toolbox. Brussel: Vlaams Instituut Gezond Leven. Online: gezondleven.be

10 Vloemans, P. (2020). "Helikopterbeeld, een kompas bij complexe problematiek: hoe kan dit gepersonaliseerde overzichtsschema helpen bij opvolging?" Huisarts Nu 49(184): 7.

11 Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbauch, J. (1961). *Beck Depression Inventory (BDI)* [Database record]. APA PsycTests

12 Vlaams Instituut Gezond Leven (2020), De geluksdriehoek: hoe en waarom?, Laken (Brussel), Online: gezondleven.be.

13 Demoen S. et al, Psychische klachten in de huisartsenpraktijk: een onderzoek naar de verwachtingen en de beleving van patiënt en huisarts, Masterproef huisartsgeneeskunde, Universiteit Gent, 2017

14 Malpass A, Kessler D, Sharp D, Shaw A. 'I didn't want her to panic': unvoiced patient agendas in primary care consultations when consulting about antidepressants. Br J Gen Pract. 2011 Feb;61(583):e63-71. doi: 10.3399/bjgp11X556218. PMID: 21276326; PMCID: PMC3026172.

15 Fleury, MJ., Imboua, A., Aubé, D. et al. General practitioners' management of mental disorders: A rewarding practice with considerable obstacles. BMC Fam Pract 13, 19 (2012). https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-19

16 Beurs, D. de, Prins, A., Nielen, M. Psychische en sociale problematiek in de huisartsenpraktijk in de periode 2011 – 2017. Utrecht: Nivel, 2018.

17 Stirling AM, Wilson P, McConnachie A: Deprivation, psychological distress, and consultation length in general practice. British Journal of General Practice 2001, 51:456-460.

18 Snick, J., & Desmet, M. (2015). Waarom komen personen met psychische problemen die bij de huisarts op consultatie komen vaak niet bij een psycholoog terecht? Een kwalitatief onderzoek naar de visie van artsen en patiënten.

19 Stensrud TL, Mjaaland TA, Finset A. Communication and mental health in general practice: physicians' self-perceived learning needs and self-efficacy. Ment Health Fam Med. 2012 Sep;9(3):201-9. PMID: 23997826; PMCID: PMC3622912.

20 Magnée T, De Beurs DP, Schellevis FG, Verhaak PFM. Ontwikkelingen in de huisartsenzorg voor psychische problemen in 2010-2015. Huisarts Wet 2018;61:DOI:10.1007/s-12445-018-0286-x.

9. Bijlagen

9.1. Goedkeuring Ethisch Comité

ETHISCH COMITE

Prof. Dr. Peter Michielsen

Secretariaat

03 821 38 97

Dr. Anke Van Dijck

Universiteit Antwerpen

Project titel: Implementatie van de geluksdriehoek in de huisartsenpraktijk ter bevordering van het mentale welbevinden: visie van de huisarts.

Project ID 1830 - Edge n/a - BUN B3002021000264

Datum: 21/02/2022

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte collega

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 21/02/2022.

De antwoorden op de brief dd. 20/12/2021 werden besproken op de vergadering van 21/02/2022.

Het ethisch comité is van oordeel dat er voldoende rekening gehouden werd met de gemaakte opmerkingen.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

Document Type	File Name	Date	Version
Insurance	Verzekeringsattest 2022	27/11/2021	1.1
GCP	GCP-certificaat Anke Van Dijck 26-11-2021	27/11/2021	1.1
CV	Curriculum Vitae_TD_Nov2021uitgebreid	27/11/2021	1.1
CV	CV_NH_27112021	27/11/2021	1.1
GCP	GCP certificaat_TDNH	27/11/2021	1.1
Accompanying letter	begeleidende brief EC_definitief	01/12/2021	1.2
CV	CV - Anke Van Dijck november 2021-getekend	01/12/2021	1.1
Remarks	Informatieblad:IC_versie2.2 Tracked changes	27/12/2021	2.2
Remarks	Informatieblad:IC_versie2.2 Clean	27/12/2021	2.2
Remarks	Protocol_versie2.3_TrackedChanges	27/12/2021	2.3
Remarks	Protocol_versie2.3 Clean	27/12/2021	2.3

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.

Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.

Tot slot wijzen we er op dat, voor in het UZA lopende studies, de ernstige ongewenste voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingssysteem.

Met vriendelijke groeten

Prof. dr. Peter Michielsen

Voorzitter Ethisch Comité UZA/UAntwerpen

Elektronisch gevalideerd dd. 21/02/2022

9.2. Studieprotocol

"Implementatie van de geluksdriehoek in de huisartsenpraktijk ter bevordering van het mentale welbevinden bij patiënten: visie van de huisarts."

Onderzoekers: Naomi Henderieckx en Tom Debergh

Promotor: Dr. Anke Van Dijck

Manama Huisartsgeneeskunde

Academiejaar 2020 – 2021

Universiteit Antwerpen

Faculteit Geneeskunde, Departement Huisartsgeneeskunde

ACHTERGROND

De zorg voor mentale gezondheid is één van de taken van de huisarts, welke steeds groter wordt zoals ook de incidentiecijfers van Intego[1] tonen. Dit wordt tevens bevestigd door het Nationaal Geluksonderzoek van 2018[2], waaruit blijkt dat 28% van de Belgische bevolking zich ongelukkig voelt. In de huisartsenpraktijk merken we op dat sinds de coronapandemie het psychisch welzijn meer dan ooit onder druk staat[3], waarbij patiënten zich presenteren met een somatische, dan wel een psychologische aanmeldingsklacht. In gesprek met de patiënt ondervinden we dat het niet eenvoudig is om te peilen naar de eigen gelukservaring van de patiënt en hier het nodige inzicht of ondersteuning te bieden. Op 10 December 2020 publiceerde het Vlaams Insitituut Gezond Leven de geluksdriehoek[4], een tool om mensen te informeren en te inspireren over hun eigen gelukservaring.

Door het gebrek aan handvaten voor het voeren van een psychologisch gesprek in de huisartsenpraktijk wordt er in onze opleidingspraktijken vaak verwezen naar een psycholoog. Door de toenemende incidentie van psychologsiche klachten loopt de wachtlijst bij de psycholoog hierdoor op. Tevens is de psycholoog niet voor iedereen toegankelijk wegens financiële redenen (hoge remgeld en beperkte

terugbetaling).[5] Kan de geluksdriehoek in sommige gevallen mee ondersteuning bieden en hierdoor een verwijzing naar de psycholoog vermijden?

ONDERZOEKSVRAAG

Kan de geluksdriehoek een meerwaarde bieden voor de huisarts in gesprek met een psychologisch kwetsbare volwassen patiënt?

PEO:

- Population: Huisartsen en Huisartsen-in-opleiding (HAIO's)
- Exposure: Toepassen van de geluksdriehoek als leidraad voor het artspatiëntcontact.
- Outcome: Artstevredenheid? Drempelverlagend effect om het gesprek aan te gaan?

Identificatie van mogelijke hindernissen bij het gebruik van de geluksdriehoek als gespreksleidraad?

METHODE

Dit betreft een prospectief interventioneel onderzoek en zal na goedkeuring van het ethisch comité ten vroegste starten vanaf 1 Januari 2022. Het einde van het onderzoek wordt gepland op 31 Mei 2023. Bij de start van het onderzoek zal er bij het ondertekenen van het informed consent (zie bijlage 1) een individueel informatiemoment georganiseerd worden met de respondent waarbij enerzijds de theoretische onderbouwing van de geluksdriehoek mondeling uitgelegd wordt aan de hand van een powerpointpresentatie (bijlage 2) en anderzijds een kort semi-gestructureerd interview afgenomen zal worden om te peilen naar de persoonlijke ervaring van de respondent omtrent psychologische consultvoering (bijlage 3). Als achtergrondinformatie zal elke respondent een informatieve basistekst (bijlage 4) ontvangen, alsook een informatiekaart om aan de patiënt mee te geven (bijlage 5).
Het gebruikte informatiemateriaal, die het Vlaams Insitituut Gezond Leven ter beschikking stelt, kan men terugvinden op de officiële website:
https://www.gezondleven.be/themas/mentaal-welbevinden/geluksdriehoek.
Expliciete goedkeuring werd via mail gevraagd en verkregen van Dr. Veerle Soyez, Senior stafmedewerker en inhoudelijke coördinatie mentaal welbevinden (zie bijlage 6).

Daarna zal worden gevraagd gedurende 3 maanden de geluksdriehoek te gebruiken tijdens consultaties wanneer men dit gepast vindt. Concreet zal dit plaatsvinden tijdens gespreksvoeringen met patiënten die zich melden met onwelbevinden op psychologisch vlak. Deze tool kan ook gebruikt worden op vlak van preventie. Na 3 maanden zal een semi-gestructureerd interview plaatsvinden aan de hand van onderstaande leidraad (zie bijlage 7) om te peilen naar de ervaringen van het gebruik van de geluksdriehoek en terug te koppelen naar de outcome van de onderzoekvraag.

Het recruteren van respondenten zal gebeuren in 3 huisartsenregio's in Vlaanderen, nl. Zuid-Oost Regio Antwerpen, Regio Zuiderkempen en Regio Noorderkempen. Dit zal gebeuren door het verzenden van een uitnodiging via mail binnen de wachtkring, alsook het aanspreken van collega's in de huisartsenpraktijk.
De consultvoering met het gebruik van *de geluksdriehoek* zal plaatsvinden in verscheidene huisartspraktijken. Het semi-gestructureerd interview zal individueel plaatsvinden op een nog nader te bepalen plaats en dit in samenspraak met de respondent. De verwerking van de data zal op de Universiteit van Antwerpen plaatsvinden.

De steekproefgrootte van deze studie wordt bepaald worden door het *principle of saturation.* De steekproefgrootte van deze studie bedraagt initieel 10 respondenten. Indien datasaturatie nog niet bereikt is, zal deze uitgebreid worden tot maximaal 15 respondenten. Dit aantal werd ingeschat aan de hand van een systematische review van Vasileiou, K.[6], de verwachtte bereidheid van de potentiële respondenten en de factor tijd.

Inclusiecriteria zijn huisartsen en huisartsen in opleiding die actief aan praktijkvoering doen, en die werkzaam zijn in een huisartsenpraktijk. Exclusiecriterium is het weigeren van het gebruik van de geluksdriehoek door de respondent.

Het afnemen van de semi-gestructureerde interviews zal op niet-anonieme wijze uitgevoerd worden. De data worden gecodeerd geanalyseerd door middel van het programma Nvivo op de persoonlijke, beveiligde computers van de onderzoekers.. De coderingssleutel zal door de promotor bewaard worden op een beveiligde computer. De promotor, Prof. Dr. Anke Van Dijck, is de verantwoordelijke van de database.

REFERENTIES

1 https://intego.be/nl/Welkom

2 Prof. Dr. Lieven Annemans et al., Persdossier Finale Resultaten Nationaal Geluksonderzoek 2018-2019, 2019

3 Prof. Dr. Lieven Annemans et al., Tweede coronagolf eist zware tol van geluk van de Belg, Januari 2021.

4 https://www.gezondleven.be/themas/mentaal-welbevinden

5 Eyssen Marijke et al., Organisatie- en financieringsmodel voor de psychologische zorg, KCE rapport 256A, 2016

6 Vasileiou, K., Barnett, J., Thorpe, S. et al. Characterising and justifying sample size sufficiency in interview-based studies: systematic analysis of qualitative health research over a 15-year period. BMC Med Res Methodol 18, 148 (2018). https://doi.org/10.1186/s12874-018-0594-7

9.3. Leidraad semi-gestructureerd interview bij aanvang

Leidraad semi-gestructureerd interview bij start

Persoonsgegevens:

- Hoe oud bent u?
- Bent u man of vrouw?
- Hoeveel jaren actief als huiasrts/HAIO?
- In welke regio bent u op heden actief?

Persoonlijke ervaring

- Hoeveel patiëntcontacten hebt u gemiddeld per week omwille van psychisch onwelbevinden (ongelukkig voelen, overspanning, rouw, depressie, stress, etc.)?
- Hoe pak je dit gesprek aan?
    - *Op gevoel? Volgens systematische aanpak?*
    - *Gebruik je bepaalde hulpmiddelen (websites, zelfhulptools, ervaringen, etc.)?*
    - *Begeleidt u deze patiiënten zelf of vertrouw je dit toe aan de psycholoog?*
        - *Reden van doorverwijzing?*
- Hoe voel je jezelf bij het voeren van dit gesprek?
    - *Comfortabel? Artstevredenheid?Waarom?*
    - *Hebt u op het gevoel de patiënt voldoende te kunnen helpen met uw huidige hulpverlening?*
- Wat is uw houding ten op zichte van psychologische ondersteuning bij patiënten?
    - *Persoonlijke interesse?*

9.4. Leidraad semi-gestructureerd interview bij einde (na 3 maanden)

Leidraad semi-gestructureerd interview na 3 maanden.

Geluksdriehoek in theorie

- Wat vind u van het model?
    - Vernieuwend?
    - Positieve aspecten?
    - Missen ze een eigenschap dat geen onderdeel vormt van de geluksdriehoek?
    - Laagdrempelig gebruik? Toegankelijk voor alle lagen van de bevolking?

Geluksdriehoek in de praktijk

- Wat is uw ervaring met het gebruik van de geluksdriehoek?
    - Hoe heb je hem gebruikt?
    - Handige tool ter ondersteuning van het gesprek?
    - Hoe vaak gebruikt?
    - Zelfzekerder/comfortabeler? Drempelverlagend?
    - Invloed op verwijsgedrag?
    - Tevreden over consultvoering: gerichter helpen? Indruk dat patiënt meer geholpen is?
    - Nuttig in opvolging?
        - *Terugkoppeling van patiënten: zelf mee aan de slag of onder begeleiding van arts?*
        - *Patiëntenervaringen?*
- Zijn er eigenschappen van de driehoek die u weerhoudt om deze tool te gebruiken?
- Blijft u de geluksdriehoek in de toekomst gebruiken?
    - Waarom?

9.5. informed consent form (ICF)

INFORMATIEDOCUMENT VOOR DE DEELNEMER AAN EEN NIET-COMMERCIEEL EXPERIMENT OP DE MENSELIJKE PERSOON

Titel van het onderzoek:

Implementatie van de geluksdriehoek in de huisartsenpraktijk ter bevordering van het mentale welbevinden bij patiënten: visie van de huisarts

Opdrachtgever:

Universiteit Antwerpen,
Prinsstraat 13, 2000 Antwerpen

Promotor(s):

Prof. Dr. Anke Van Dijck
Universiteit Antwerpen
Doornstraat 331
2610 Wilrijk

Onderzoeker(s):

Dr. Tom Debergh
Universiteit Antwerpen
tom.debergh@student.uantwerpen.be

Dr. Naomi Henderieckx
Universiteit Antwerpen
naomi.henderieckx@student.antwerpen.be

Contactpersoon voor informatie:
Dr. Tom Debergh
Universiteit Antwerpen
tom.debergh@student.uantwerpen.be

Dr. Naomi Henderieckx
Universiteit Antwerpen
naomi.henderieckx@student.antwerpen.be

Commissie voor Medische Ethiek:
Ethisch Comité UZA-UA
UZA, Wilrijkstraat 10, B-2650 Edegem
Tel +32 3 821 38 97 - Fax +32 3 821 42 54
Ethisch.Comite@uza.be

Beste deelnemer,

U wordt uitgenodigd om vrijwillig deel te nemen aan een onderzoek met betrekking tot de evaluatie van de geluksdriehoek, een tool gelanceerd door het Vlaams Instituut Gezond Leven, ter bevordering van het mentaal welbevinden en psychologsiche gezondheid bij patiënten in de huisartsenpraktijk.

Vooraleer u toestemt om aan dit onderzoek deel te nemen, is het belangrijk dat u dit formulier leest.

1. Studiespecifieke inlichtingen

Dit onderzoek werd op 21/02/2022 goedgekeurd door het onafhankelijke Ethisch Comité UZA-UA UZA, Wilrijkstraat 10, B-2650 Edegem.

Doel en beschrijving van het onderzoek

Dit is een wetenschappelijk onderzoek waaraan, naar verwachting in totaal ongeveer 10-15 huisartsen en/of huisartsen-in-opleiding (HAIO) zullen deelnemen uit Vlaanderen, meer specifiek Zuid-Oost Regio Antwerpen, Regio Noorderkempen en regio zuiderkempen.

Deze studie heeft tot doel om de ervaring van huisartsen en/of HAIO's met de geluksdriehoek te evalueren. Zo kan de geluksdriehoek drempelverlagend werken voor de huisarts om het gesprek met de patiënt aan te gaan. Ook kan het ervoor zorgen dat de huisarts zich meer comfortabel voelt tijdens de gespreksvoering aangaande de geestelijke gezondheid en kan de geluksdriehoek tot een verhoogde artstevredenheid leiden bij de aanpak van psychische klachten.

Dit is een **prospectief, interventioneel onderzoek**. Dit betekent dat u als respondent het concept van de geluksdriehoek in de huisartsenpraktijk uitprobeert bij volwassen patiënten, die zich presenteren met een verminderd geluksgevoel (bijvoorbeeld, 'ik voel me niet goed in mijn vel'.)

Aan de hand van een semi-gestructureerd interview wordt uw persoonlijke ervaring over het gebruik van de geluksdriehoek geëvalueerd na 12 weken.

Indien u aanvaardt om aan dit onderzoek deel te nemen en indien u voldoet aan alle voorwaarden voor deelname, dan zullen de volgende *tests / onderzoeken* worden uitgevoerd:

- Bij start:

○ Individueel gesprek (+/- 15 minuten) met één van de onderzoekers waarbij de theoretische achtergrond van de geluksdriehoek uitgelegd wordt aan de hand van studiemateriaal, digitaal beschikbaar gesteld door het Vlaams Instituut Gezond Leven, waarbij u ook de mogelijkheid krijgt om eventuele vragen te stellen. Hierna zal een kort semi-gestructureerd interview afgenomen worden.

- Na 12 weken:

○ Semi-gestructureerd interview (+/- 30 minuten) over de persoonlijke ervaring van de respondent rond de toepassing van de geluksdriehoek in de huisartsenpraktijk.

Duur van het onderzoek
Dit onderzoek zal ongeveer 12 weken duren per respondent over een periode van 1 Januari 2022 tot en met 31 Mei 2023

Voor- en nadelen

Voordelen:
- Kennis over de geluksdriehoek en extra tool/gesprekstechniek om de patiënt met een psychologsiche kwaal te ondersteunen.

Nadelen:
- Tijdsinvestering

2. Algemene informatie over de deelname aan een onderzoek

Vrijwillige deelname
Indien u toestemt om deel te nemen aan het onderzoek, dient u deze informatiefolder te bewaren en zal er u gevraagd worden het aangehechte toestemmingsformulier te ondertekenen.

U neemt geheel vrijwillig deel aan deze studie en u heeft het recht te weigeren eraan deel te nemen.

U heeft ook het recht om uw deelname aan het onderzoek op elk ogenblik stop te zetten, zelfs nadat u het toestemmingsformulier ondertekend heeft. U hoeft hiervoor geen reden te vermelden. Het intrekken van uw toestemming zal geen enkel nadeel of verlies van voordelen met zich meebrengen.

Uw deelname aan het onderzoek kan ook, zonder uw toestemming, op elk ogenblik stopgezet worden door de onderzoeker(s), het Ethisch Comité of de opdrachtgever. Mogelijke redenen voor zulke beslissing kunnen onder andere zijn:

- U houdt zich niet aan de instructies voor deelname aan het onderzoek
- Uw verdere deelname blijkt schadelijk te zijn voor u
- Er wordt tijdens het onderzoek vastgesteld dat u toch niet of niet meer aan de voorwaarden voor deelname voldoet

Aansprakelijkheid en verzekering
Indien u schade ondervindt als gevolg van uw deelname aan dit onderzoek, zal u of uw rechthebbenden door de opdrachtgever van dit onderzoek vergoed worden voor deze schade, overeenkomstig de geldende Belgische wetgeving. U hoeft hiervoor geen fout aan te tonen.

De opdrachtgever heeft een foutloze verzekering afgesloten die de eventuele schade dekt die zou voorvloeien uit dit onderzoek. U of uw rechthebbenden kunnen hiervoor op elk ogenblik deze verzekeraar rechtstreeks dagvaarden.

Kosten en vergoeding
Deze studie zal voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen. Alle kosten die voortvloeien uit uw deelname aan het onderzoek zijn voor rekening van de onderzoeker of de opdrachtgever. Kosten die geen verband houden met de studie doch deel zijn van uw behandeling, blijven ten laste van u en uw ziekenfonds en/of verzekeraar.

Bescherming van uw persoonlijke levenssfeer
Uw identiteit en uw deelname aan dit onderzoek worden strikt vertrouwelijk behandeld. U zal niet bij naam of op een andere wijze geïdentificeerd worden in dossiers, resultaten of publicaties in verband met het onderzoek.

Om uw privacy te garanderen met betrekking tot het bewaren en verwerken van de gegevens in het kader van deze studie, worden uw gegevens gepseudonimiseerd. Dit betekent dat uw naam, voornaam, geboortedatum en woonplaats vervangen worden door een code. Alle verdere verwerkingen gebeuren op deze gepseudonimiseerde gegevens. Het verband tussen de code en uw persoon wordt wel bewaard. Deze link wordt enkel gebruikt om in uw eigenbelang bepaalde informatie naar u te kunnen terugkoppelen.

Bescherming van uw persoonsgegevens
Indien u toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek betekent dit dat u toestemming geeft tot het gebruik van uw persoonsgegevens die in het kader van dit onderzoek worden verzameld.

U kan de toestemming om uw gegevens te verzamelen en te verwerken op elk moment intrekken. Indien uw studiedeelname voortijdig gestopt wordt, zal uw oorspronkelijke toestemming het gebruik toelaten van de over u verzamelde gegevens met betrekking tot de periode dat u in het onderzoek ingesloten was.

Enkel personen die rechtstreeks bij het onderzoek betrokken zijn, zullen toegang hebben tot uw persoonsgegevens. Uw gegevens worden niet doorgegeven aan derden. De promotor is de verantwoordelijke voor de database.

De onderzoekers zullen uw gegevens bewaren gedurende een periode van *20 jaar*.

U heeft het recht aan de onderzoeker te vragen welke gegevens er over u worden verzameld in het kader van het onderzoek en wat de bedoeling ervan is. U kan vragen om bepaalde gegevens te verbeteren of te wissen, of om uw gegevens niet meer te gebruiken.
Alle gegevens die van u verzameld worden, zullen behandeld worden in overeenstemming met de “Richtlijn tot bescherming van individuen betreffende het verwerken van persoonlijke gegevens” en de nationale wetgeving die daarop van toepassing is. De Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (General Data Protection Regulation (AVG/GDPR) – EU2016/679) en de Belgische wetgeving die deze verordening verder uitwerkt.

De Universiteit van Antwerpen is als opdrachtgever van de studie verantwoordelijk voor de verwerking van uw persoonsgegevens. Zij heeft daartoe een functionaris voor de gegevensverwerking aangesteld.

Vragen betreffende het beheer van uw gegevens kan u stellen aan de onderzoeksarts, uw behandelend arts of aan de functionaris voor de gegevensbescherming van de UA, Prinsstraat 13, 2000 Antwerpen

Wanneer u vindt dat uw rechten met betrekking tot uw persoonsgegevens onvoldoende worden gerespecteerd, kan u steeds terecht bij de functionaris voor de gegevensbescherming die desgevallend de nodige maatregelen zal treffen. U hebt ook het recht om een klacht in te dienen bij de Belgische Gegevensbeschermingsautoriteit.

We hopen u met dit document voldoende informatie te hebben gegeven over het onderzoek.

U heeft het recht om op elk ogenblik bijkomende vragen te stellen over de inhoud, het doel of het verloop van het onderzoek, over de mogelijke en/of bekende voor- en nadelen die dit onderzoek voor u inhoudt, enz.. U kunt zich daarvoor wenden tot de onderzoeker(s).

Datum *(dag/maand/jaar)*

TOESTEMMINGSFORMULIER

Implementatie van de geluksdriehoek in de huisartsenpraktijk ter bevordering van het mentale welbevinden bij patiënten: visie van de huisarts

Deel enkel bestemd voor de deelnemer:

Hierbij bevestig ik, ondergetekende …… *(naam en voornaam deelnemer)* dat ik over het onderzoek ben ingelicht en een kopie van het informatiedocument ontvangen heb.

Ik heb de informatie gelezen en begrepen. De onderzoeker heeft mij voldoende informatie gegeven met betrekking tot het doel en het opzet van het onderzoek, de voorwaarden en de duur ervan, en de mogelijke bekende voor- of nadelen die dit onderzoek voor mij kunnen inhouden. Bovendien werd mij voldoende tijd gegeven om de informatie te overwegen en om vragen te stellen, waarop ik bevredigende antwoorden gekregen heb.

Ik ben ervan op de hoogte dat ik mijn toestemming tot deelname aan het onderzoek en tot verwerking van mijn gegevens kan weigeren en dat ik de toestemming om mijn data te gebruiken op elk moment kan intrekken, nadat ik de onderzoeker hierover heb ingelicht, zonder dat dit mij enig nadeel kan berokkenen. Mijn oorspronkelijke toestemming tot deelname aan het onderzoek en gebruik van mijn persoonsgegevens zal het gebruik van mijn gegevens toelaten met betrekking tot de periode dat ik in het onderzoek ingesloten was.

Ik ben mij bewust van het doel waarvoor mijn gegevens verzameld, verwerkt en gebruikt worden in het kader van dit onderzoek. Ik ben ervan op de hoogte gesteld dat mijn gegevens gedurende *20 jaar* zullen bewaard worden voor wetenschappelijk onderzoek.

Ik weet dat ik het recht heb om mijn gegevens in te zien en te verbeteren. Als ik klachten heb over het beheer van mijn gegevens weet ik dat ik me kan richten tot de onderzoekers, mijn arts, of de functionaris voor de gegevensbescherming van de UA, Prinsstraat 13, 2000 Antwerpen

Ik geef toestemming aan de onderzoeker om mijn gegevens te verzamelen, te verwerken en te gebruiken zoals beschreven in het informatiedocument dat ik ontving en conform de geldende wetgeving. Mijn gegevens zullen strikt vertrouwelijk behandeld worden. Wanneer de studieresultaten gepubliceerd worden, zal mijn identiteit geheim blijven.

Ik stem geheel vrijwillig toe om deel te nemen aan dit onderzoek en om mee te werken aan alle gevraagde onderzoekshandelingen (*bijv. invullen van vragenlijsten, deelname aan een interview*, …).

_____ _____ _____

Naam van de deelnemer *(hoofdletters)* Handtekening Datum *(dag/maand/jaar)*

Deel enkel bestemd voor het onderzoeksteam

Ik bevestig hierbij dat ik ……. *(naam van de deelnemer*) heb ingelicht en dat hij (zij) zijn (haar) toestemming heeft gegeven om deel te nemen aan de studie.

_____ _____ _____

Naam *(hoofdletters)* Handtekening Datum *(dag/maand/jaar)*