De benadering van adolescenten en jongvolwassenen in de huisartsenpraktijk: opsporen van risicogedrag aan de hand van een vragenlijst.

Melissa Desmedt, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. Dr. Johan Vansintejan, Vrije Universiteit Brussel

Co-promotor: Dr. Nicole De Becker

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

2014-2016

1. Abstract

Achtergrond: Er bestaan tot nu toe weinig preventiestrategieën gericht op adolescenten en jongvolwassenen. Zij worden over het algemeen als gezonde individuen beschouwd door gezondheidsactoren en consulteren beduidend minder de huisarts dan andere leeftijdsgroepen. Hierdoor kunnen mogelijke aanwezige risicogedragingen niet altijd (tijdig) worden opgespoord. Dit kan leiden tot het (verder) ontwikkelen van gezondheidsproblemen bij de jongere en later de (jong)volwassene.

Onderzoeksvragen: Welke gezondheidsrisico's kunnen er opgespoord worden bij adolescenten en jongvolwassenen van 16 tot en met 26 jaar en wat is hierin de rol van de huisarts? Is er een verschil in aantal risico's tussen de mannelijke en vrouwelijke deelnemers en/of leeftijdsgroepen (16-21 of 22-26 jaar)? Is de gebruikte vragenlijst door de deelnemers gevalideerd en bestaat er een wens om de aangehaalde gezondheidsproblemen te bespreken met de huisarts?

Methode en materiaal: Dit is een prospectief observationeel onderzoek met als inclusiecriteria mannelijke en vrouwelijke adolescenten en jongvolwassenen tussen 16 en 26 jaar die zich aanmelden op de praktijk. Een Nederlandstalige online vragenlijst met informed consent werd hiervoor opgesteld. Naast de 'klassieke gezondheidsrisico's' als *middelengebruik* en *onbeschermd seksueel contact* werd er ook gevraagd naar de aanwezigheid van *slaapmoeilijkheden, fysiek en psychisch geweld, stress, gemoedstoestand* en *welbevinden op sociaal en professioneel vlak.* Verder werd ook gekeken naar de *BMI, vaccinatiestatus* en het *screenen naar baarmoederhalskanker* voor vrouwen vanaf 25 jaar. Het aantal risicofactoren werd nadien afzonderlijk voor mannen en vrouwen per leeftijdsgroep bekeken. Door het uitvoeren van een bivariate correlatieanalyse werd nagegaan of er een verband bestaat tussen de gezondheidsrisico's onderling. Verder werden de totale gezondheidsrisico-scores vergeleken met het consultgedrag en de band met de huisarts om de rol van deze laatste hierin te bepalen. Tot slot werd er nagegaan of de vragenlijst door de onderzoekspopulatie is gevalideerd en of ze een wens hadden om de aangehaalde gezondheidsrisico's tijdens een consultatie te bespreken.

Resultaten: In totaal werden er 84 vragenlijsten ingevuld waarvan 64 werden weerhouden voor verdere analyse. Bij 54,5% van de vrouwen (59% bij de 16-21 jarigen; 50% bij de 22-26 jarigen) en 45,2% van de mannen (36% bij de 16-21 jarigen; 53% bij de 22-26 jarigen) bleken er 7 of meer gezondheidsrisico's aanwezig te zijn. Opmerkelijk was het aantal deelnemers dat aangaf *slaapproblemen* te hebben (ruim 70%), (ooit) *slachtoffer van fysiek* (78%) en *psychisch* (59,4%) *geweld* te zijn (geweest) en een score van vijf of minder toekent op de *gemoedstoestand* van de laatste zes maanden (70%). Na analyse weerhouden we een zwakke positieve correlatie wat betreft het gebruiken van drugs met tabak (R=0,286; p=0,002); het optreden van psychisch geweld met fysiek geweld (R=0,332; p=0,007); het optreden van stress in de thuissituatie met stress op school/werk (R=0,463; p=0,001); het hebben van slaapmoeilijkheden en het ervaren van stress in de thuissituatie (R=0,376; p=0,009) alsook de tevredenheid betreffende het school/werkleven (R=0,489; p=0,001). Verder vertoonde de mannelijk groep van 22-26 jaar beduidend meer risico voor *onbeschermd seksueel contact (R=0,610; p=0,001)*. Het consulgedrag noch band met de huisarts blijkt een invloed te hebben op het totaal aantal gezondheidsrisico's. Tot slot werd de vragenlijst door het merendeel van de deelnemers (90,5%) gevalideerd. Iets meer dan de helft (53%) wenst dat de aangehaalde gezondheidsrisico's effectief aan bod komen tijdens een consultatie terwijl 35% aangeeft hierover onzeker te zijn.

Conclusie: uit de resultaten van de bevraging blijkt dat naast de 'klassieke risicofactoren' ook belangrijke psychosociale gezondheidsrisico's in onze onderzoekspopulatie aanwezig zijn. Ondanks het feit dat de vragenlijst door de meerderheid van de deelnemers is gevalideerd, kan echter de vraag gesteld worden of deze bruikbaar is tijdens een consult. Immers, slechts 53% wenst de aangehaalde gezondheidsrisico's met de huisarts te bespreken en 35% is hierover niet zeker. Factoren zoals tijdsgebrek, angst voor schending van beroepsgeheim en het niet aanzien van de huisarts als een preventieve gezondheidsmedewerker kunnen hierin een rol spelen. Daarom kan er worden besloten dat het hanteren van een vragenlijst een klinisch nut kan hebben wat betreft preventie bij adolescenten en jongvolwassenen. Dit, indien een laagdrempelig en vertrouwelijke arts-patiënt relatie wordt opgebouwd en -in de toekomst- duidelijke preventiestrategieën voor zowel de huisarts als deze doelgroep worden uitgewerkt.

2. Dankwoord

Eerst en vooral wil ik mijn promotor Prof. Dr. Johan Vansintejan bedanken voor zijn hulp en beschikbaarheid. Hartelijk dank aan mijn praktijkopleider en co-promotor Dr. Nicole De Becker voor het herlezen van deze proef en het opvangen van de consultaties opdat ik ongestoord hieraan zou kunnen werken.

Verder wil ik Gabrielle bedanken voor haar tijd, constructieve commentaren en vriendschap over heel de jaren. Aan mijn vriend Rob voor zijn liefde, geduld en blijvende aanmoedigingen. Tot slot dank aan mijn mama, mijn heldin en mijn inspiratie.

Inhoudstafel

1. Abstract 1
2. Dankwoord 2
3. Inleiding 5
   3.1. Motivatie 5
   3.2. Onderzoeksvragen 5
4. Literatuurstudie 6
   4.1. Adolescenten en jongvolwassenen, een bijzondere groep. 6
      4.1.1. De adolescent en adolescentie 6
      4.1.2. De jongvolwassene 7
   4.2. Consultgedrag adolescenten en jongvolwassenen 7
   4.3. Rol van de huisarts in een preventieconsult 8
   4.4. Risicogedragingen opsporen aan de hand van een vragenlijst. 8
   4.5. Risicogedrag in cijfers. 9
      4.5.1. Alcohol, tabak en drugs. 9
      4.5.2. Mentale gezondheid 10
      4.5.3. Fysiek en psychisch geweld 11
      4.5.4. Slaaptekort 11
      4.5.5. Seksueel overdraagbaar aandoeningen en ongewenste zwangerschappen 12
      4.5.6. Gewichtsstoornissen 12
   4.6. Conclusie 13
5. Methodologie 13
   5.1. Onderzoeksdesign 13
   5.2. Onderzoekspopulatie 14
   5.3. Bepalen van gezondheidsrisico's en opstellen van de vragenlijst 14
   5.4. Analysemethode 16
      5.4.1. Analyse van de demografische gegevens 16
      5.4.2. Analyse van het consultgedrag en de band met de huisarts 16
      5.4.3. Analyse van de risicofactoren 17
      5.4.4. Analyse van de validatie van de vragenlijst 18
6. Resultaten 18
   6.1. Sociodemografische kenmerken van de onderzoekspopulatie 18
   6.2. Consultgedrag en band met de huisarts 19
   6.3. Overzicht gezondheidsrisico's 19
      6.3.1. Aanwezige gezondheidsrisico's per groep en gezondheidsbeleving 19

6.3.2. Slaap 22
6.3.3. Tabak 22
6.3.4. Alcohol 22
6.3.5. Drugs 23
6.3.6. Fysiek geweld en psychisch geweld 23
6.3.7. Stress op school/werk/thuis 23
6.3.8. Welbevinden op school/werk 23
6.3.9. Sociaal ongemak 24
6.3.10. Score gemoedstoestand over de laatste zes maanden 24
6.3.11. Onbeschermd seksueel contact (met beschrijving seksuele context) 24
6.3.12. BMI (met beschrijving dieet-en voedingsgewoontes) 24
6.3.13. Vaccinatie 25
6.3.14. Uitstrijkje 25
6.3.15. Relatie met consultgedrag en band met de huisarts 25
6.3.16. Besluit 25
6.4. Valideren van de vragen door de onderzoekspopulatie en wens bespreken gezondheidsrisico's 26
7. Discussie 26
7.1. Aantal respondenten 26
7.2. Vragenlijst 26
7.3. Valideren vragenlijst en wens tot bespreken aangehaalde gezondheidsrisico's 27
7.4. Interpretatie aanwezigheid gezondheidsrisico's 27
8. Besluit 28
9. Bibliografie 29
10. Bijlagen 31
Bijlage 1: vragenlijst 'Opsporen van risicogedrag bij adolescenten en jongvolwassenen aan de hand van een vragenlijst', informed consent en informatie voor de deelnemers 31
Bijlage 2: antwoorden en resultaten omtrent de gezondheidsrisico's van de deelnemers (n=64) 38
Bijlage 3: overzicht van de bivariate correlatieanalyses 45
Bijlage 4: resultaten omtrent de validatie van de vragenlijst 45
Bijlage 5: goedkeuring commissie medische ethiek, Vrije Universiteit Brussel 48
Bijlage 6: verzoek tot goedkeuring commissie medische ethiek, Vrije Universiteit Brussel 49

3. Inleiding

3.1. Motivatie

Adolescenten en jongvolwassenen vormen een groep apart in de (huisartsen)patiëntenpopulatie. Immers, ze lijken over het algemeen gezond maar kunnen -door de experimentele fase die typerend is voor deze leeftijdscategorie- risicogedragingen vertonen die op langere termijn gezondheidsrisico's kunnen vormen. Er bestaan tot nu toe weinig preventiestrategieën wat betreft deze groep. Voor adolescenten is er het 'Centrum voor leerlingenbegeleiding' (CLB) waar via het school preventie en opvolging mogelijk is wat betreft medische en psychosociale problemen. Echter, eens de jongere de middelbare school verlaat, wordt deze (preventieve) opvolging eerder de taak van de (behandelende) huisarts. Gedurende mijn stage maanden als huisarts in opleiding kreeg ik de kans om veel in contact te komen met adolescenten en jongvolwassenen. Opvallend leek me dat de voornaamste reden tot consult bij deze populatie eerder in het kader was van een 'banale' acute problematiek en/of administratieve taken. Hierdoor kreeg ik de indruk dat eventuele gezondheidsrisico's niet altijd werden aangehaald noch nagegaan, dit mogelijk door tijdsgebrek en/of het feit dat er geen specifieke hulpvraag was van de patiënt zelf. Verder ondervond ik dat deze populatie dikwijls een zekere schroom vertoonde wanneer ik het initiatief nam om bepaalde 'gevoelige' onderwerpen aan te gaan. Tot slot leek de drempel nog meer verhoogd wanneer (een) ouder(s) mee op consultatie kwam(en).

Daarom leek het me interessant om mogelijke risicofactoren na te gaan aan de hand van een elektronische vragenlijst met als doelpopulatie adolescenten en jongvolwassenen van 16 tot en met 26 jaar. Er zou worden geopteerd voor het invullen van deze vragenlijst buiten de consultatie, dit om eventuele tijdsdruk te vermijden en de nodige privacy te voorzien. Zowel medische als psychosociale risicofactoren specifiek geacht voor deze leeftijdsgroep zouden hierin aan bod komen. Indien men in dit onderzoek kan nagaan of deze vragenlijst effectieve gezondheidsrisico's bij jongeren kan opsporen en of deze door de bevraagden wordt gevalideerd, kan men zich in een toekomstig onderzoek richten op een specifieke en gestructureerde preventieconsult waarin de eventuele risicofactoren en aandachtspunten op een efficiënte manier zouden kunnen worden besproken.

3.2. Onderzoeksvragen

Volgende onderzoeksvragen werden voor dit onderzoek gesteld:

1. Welke gezondheidsrisico's kunnen er opgespoord worden bij adolescenten en jongvolwassenen van 16 tot en met 26 jaar en wat is hierin de rol van de huisarts?

2. Zijn er verschillen in gezondheidsrisico's tussen mannen en vrouwen of leeftijdsgroepen (16-21 of 22-26 jaar)?

3. Is de vragenlijst door de deelnemers gevalideerd en bestaat er een wens om de aangehaalde gezondheidstopics te bespreken met de huisarts?

4. Literatuurstudie

Zoals eerder vermeld richt dit onderzoek zich op adolescenten en jongvolwassenen tussen 16 en 26 jaar. Om een beeld te kunnen verkrijgen van de risicogedragingen van deze populatie gaan we in de literatuur (via tertiaire, secundaire en primaire bronnen) op zoek naar de meest voorkomende gezondheidsproblemen in deze leeftijdscategorie. Verder wordt er gekeken naar Belgische en zo nodig buitenlandse richtlijnen wat betreft gezondheidspreventie voor de onderzochte populatie. Tot slot trachten we na te gaan wat het consultgedrag is van adolescenten en jongvolwassenen alsook wat hun verwachtingen zijn tegenover de huisarts.

4.1. Adolescenten en jongvolwassenen, een bijzondere groep.

4.1.1. De adolescent en adolescentie

Er bestaan verschillende omschrijvingen wat betreft de **adolescent.** De meest gebruikte definitie in epidemiologische studies is deze van de 'World Health Organisation' (WHO) met name 'de jongere tussen 10 en 19 jaar'.[(1)] Echter, de leeftijden die beschouwd worden in de adolescentieperiode kunnen verschillen naargelang de adolescent zelf en zijn omgeving alsook zijn psychosociale ontwikkeling. **Adolescentie** is een periode die zich kenmerkt door belangrijke biologische en psychologische veranderingen; het kind wordt volwassen.

Deze periode wordt gekenmerkt door 3 fasen [(2)]

- De *vroege adolescentie* (11-14 jaar) waarin vooral de lichamelijke veranderingen op de voorgrond treden.
- De *mid-adolescentie* (13-16 jaar) waarin het experimenteren met diverse keuzemogelijkheden aan bod komt en men een zekere zwakke weerbaarheid en grote impulsiviteit kan bemerken bij de adolescente individu.
- De *late adolescentie* (17-22 jaar) waarin de adolescent de verplichtingen met betrekking tot maatschappelijke posities en persoonlijke relaties aangaat en zich verder ontwikkelt tot volwassen persoon.

Deze cruciale veranderingen en experimenteel gedrag die we kunnen waarnemen in de mid-en laattijdige adolescentie kunnen soms leiden tot bepaalde risicogedragingen (bijvoorbeeld roken, overmatig alcoholgebruik, onbeschermd seksuele contacten,….) tijdens deze periode en een determinant factor spelen in de toekomst van het adolescent en later de (jong)volwassene.

Terwijl adolescenten over het algemeen door hulpverleners beschouwd worden als 'gezonde individuen' herinnert de WHO ons in mei 2014 in een belangrijk rapport genaamd 'Gezondheid voor jongeren van de wereld' dat de gezondheidssector zich niet voldoende richt op de psychosociale en gezondheidsproblemen van deze en dat er nood is aan het opstellen van meer 'evidence-based' richtlijnen dit met het beogen van een adolescent-vriendelijke gezondheidszorg.[3]

4.1.2. De jongvolwassene

Het is moeilijk om een duidelijk onderscheid te maken tussen de late adolescent en de jongvolwassene. Zoals eerder vermeld, beschrijven diverse bronnen de late adolescentie als de periode tussen 17 en 22 jaar; daar waar de groep jongvolwassenen zich eerder situeert tussen de 20 ste en 40 ste levensjaar.[4]

De eerste decennia van de jongvolwassen periode (20-29 jaar) kenmerkt zich vooral door het feit dat er belangrijke toekomstgerichte beslissingen worden genomen: de jongere wordt autonoom en krijgt meer verantwoordelijkheden. Echter, waar vroeger de jongvolwassene gestimuleerd werd om bepaalde verantwoordelijkheden aan te gaan zoals een job vinden of aan een gezin beginnen, ziet men hierin een veranderende trend. Jongeren gaan dikwijls verder studeren en komen dus steeds later op de arbeidsmarkt. Uit een onderzoek van Elchardus M. et all, verricht bij universiteit- en hogeschoolstudenten, blijkt dat deze groep de neiging vertoont om wat langer in de 'experimentele fase' te vertoeven. Deze experimentele gedragingen kunnen in latere instantie gezondheidsproblemen teweegbrengen. Hierdoor is doelgerichte preventie bij de groep jongvolwassen van belang om dergelijke gezondheidsproblemen te voorkomen en/of hun actuele gezondheidstoestand te verbeteren.[5]

4.2. Consultgedrag adolescenten en jongvolwassenen

Uit de NIVEL-studie verricht in 2004 blijkt dat het aantal huisartsencontacten bij de 15-24 jarigen gemiddeld 3.9 keer per jaar is, wat laag is ten opzichte van bijvoorbeeld de groep 75-plussers waar het aantal raadplegingen 16 maal per jaar is.[6] Verder blijkt uit een Franse studie dat de reden tot consulturen meestal 'banale' acute problematiek betreft zoals bovenste luchtwegeninfecties en administratieve taken zoals het verlenen van (sport)attesten of het vernieuwen van een pilvoorschrift. Wel blijft volgens diezelfde studie de huisarts de meest geraadpleegde zorgverlener door jongeren.[7]

4.3. Rol van de huisarts in een preventieconsult

Uit een Amerikaanse studie in 2001 die peilt naar de verwachtingen rond gezondheidszorg van jongeren blijkt dat de meerderheid vond dat zorgverleners bepaalde risicogedragingen zoals het gebruiken van drugs, alcohol, seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) mocht aanhalen tijdens een consultatie. Opmerkelijk is dat slechts een minderheid van die jongeren deze topics zelf durfden aan te halen, dit vooral omwille van schroom of angst voor gebrek aan beroepsgeheim.[8] Verder blijkt uit een studie van de 'Haute Autorité de Santé' (HAS) dat jongeren vinden dat de huisarts een beperkte rol heeft bij het bespreken van risicogedragingen of psychosociale problemen. Geschiktere personen hiervoor zijn, volgens hen, vrienden en/of een broer/zus.[9]

Hieruit kan me afleiden dat de huisarts prioritair moet werken aan het opbouwen van een vertrouwelijke arts-patiënt relatie, dewelke de drempel voor het bespreken van dergelijke topics zou kunnen verlagen. Hierdoor kan hij/zij een belangrijke rol spelen in de preventie en gezondheidspromotie bij jongeren.

Verder bestaat er mogelijk een drempel uitgaande van de behandelende huisarts voor het bespreken van dergelijke gevoelige topics met de jongere. Uit onderzoek van Dr. Christelle Deqcloquement bij 100 Franse huisartsen blijkt dat dezen zich niet altijd comfortabel voelen in de rol van gezondheidspromotor wat betreft risicogedragingen. Dit heeft onder meer te maken met het feit dat ze dikwijls de jongere reeds vanaf de geboorte kennen en/of een zekere terughoudendheid vertonen omwille van de ouders die ze eveneens langdurig kennen.[7]

Er bestaan voorlopig weinig literatuurgegevens over de verwachtingen van jongvolwassenen tegenover de huisarts. Toch kunnen we aannemen dat deze groep over meer maturiteit en zelfstandigheid beschikt ten opzichte van de jongere adolescente groep, waardoor de drempel om dergelijke onderwerpen met de huisarts te bespreken lager zou kunnen zijn. Verder is bij deze groep vaak een grotere verantwoordelijkheidsgevoel aanwezig waardoor men zou kunnen afleiden dat ze meer vatbaar zijn voor preventie dan de adolescente groep.

4.4. Risicogedragingen opsporen aan de hand van een vragenlijst.

Klein JD., et all beschrijft dat de meest voorkomende factoren die gezondheidsrisico's bij jongeren kunnen teweegbrengen stress, alcoholgebruik, roken, onbeschermd seksueel gedrag en onvoldoende lichaamsbeweging zijn.[8] Amerikaanse richtlijnen raden aan om actief te screenen naar stress bij adolescenten en de HAS beveelt aan om eveneens slaapgedrag alsook de gemoedstoestand van de jonge patiënten na te gaan.[9][10][11]

In een Frans onderzoek van Prof. Jeanne Velin, Dr. Hervé Moula en Dr. Francoise Mercier-Nicoux werd er nagegaan of gezondheidsrisico's aanwezig waren bij jongeren van 13 tem 21 jaar aan de hand van een vragenlijst die vooraf in de wachtzaal moest worden ingevuld. Deze vragenlijst handelde zowel over de klassieke 'risicotopics' zoals alcohol-, drugs- en tabaksgebruik maar ook over de psychosociale aspecten. Uit dit onderzoek bleek dat de drempel tot het invullen van de vragenlijst lager was indien deze buiten de consultatie werd ingevuld dan samen met de huisarts (en/of ouders).[(12)]

Andere vragenlijsten ontwikkeld ter opsporing van gezondheidsrisico's zijn de gevalideerde **'TSTS-CAFARD'** (Traumatologie, Sommeil, Tabac, Stress-Cauchemars, Agression, Fumeur quotidien, Absenteïsme, Ressenti Désagréable) door Prof. Philippe Binder voor het nagaan van suïcidale risico's en de **H.E.A.D.S.S-vragenlijst** (Home, Environement/Employement, Drugs, Sexuality, Suicide/depression) van Cohen et al.[(13)(14)]

De GAPS-studie van 2003 concludeert dat het implementeren van een vragenlijst in de eerstelijnszorg tot toegenomen registratie van risicogedrag bij adolescenten leidt. Verder blijkt uit dezelfde studie dat na gebruik van de vragenlijst de gezondheidsrisico's vaker met de huisarts en/of ouders werden besproken. Wel kon er niet afgeleid worden of er nadien verdere follow-up plaatsvond.[(15)]

Uit deze literatuurgegevens kunnen we besluiten dat een vragenlijst een handige tool zou kunnen zijn om 'gevoeligere' onderwerpen aan te snijden. Doch, gezien de eerder specifieke gerichtheid van deze vragen op de groep adolescenten, kan de vraag gesteld worden of deze eveneens toegepast kan worden op de groep jongvolwassenen. Verder mogen we niet uit het oog verliezen dat sommige adolescenten of jongvolwassenen terughoudend zouden kunnen reageren op het beantwoorden van dergelijke vragenlijsten of antwoorden geven die niet stroken met de werkelijkheid. Zoals eerder vermeld, is daarom een goede communicatie alsook een zekere vertrouwensrelatie met de (behandelende) huisarts van essentieel belang.

4.5. Risicogedrag in cijfers.

4.5.1. Alcohol, tabak en drugs.

Volgende cijfers in verband met ***drugsgebruik*** in Vlaanderen werden door de druglijn in zijn jaarverslag van 2014 gepubliceerd [(17)(18)]

- Cannabis is de meest gebruikte drug bij jongeren in het secundair onderwijs met een piekleeftijd van 15-16 jaar. Verder wordt XTC als tweede belangrijkste drug vermeld bij de 17-18 jarigen.

- Wat betreft de oudere studenten in het hoger onderwijs, geeft 40% in een bevraging aan dat ze ooit cannabis gebruikt hebben. Opmerkelijk is dat ongeveer één vijfde van de laatstejaars aangaf minstens één keer per week cannabis te gebruiken. Vijf percent benutte dagelijks cannabis.

Een onderzoek verricht in 2012-2013 door de druglijn over ***alcoholgebruik*** vermeldt volgende cijfers[19]

- Ongeveer 41% van de 17-18-jarigen benuttigt regelmatig alcohol. Bijna vier percent van de studenten in het hoger onderwijs dronk dagelijks bier tijdens het academiejaar. Eén derde van de mannelijke hoger onderwijsstudenten gaf aan dat ze minstens één keer per maand grote hoeveelheden alcohol op éénzelfde avond benutten (=binge drinking), bij de vrouwen lag dat aantal op 15%.

Wat betreft ***tabaksgebruik***, blijkt uit de cijfers van de gezondheidsenquête van 2013 en 'Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie'(VIGEZ) dat in 1997 de leeftijdsgroep van de 15-24 jarigen ongeveer 32% rokers telde. In 2008 bedroeg dit aantal ongeveer 25% en in 2013 daalde deze tot 22%. We zien een klein verschil in geslacht bij de 15-24 jarigen, waarin 23% van de rokers vrouwen zijn tegen 21% mannen. Van deze groep roken er 15% van de mannen dagelijks, voor de vrouwen is dit 19%. [20][21]

4.5.2. Mentale gezondheid.

Volgens een onderzoek verricht in Finland bedraagt de prevalentie van ernstige depressie bij adolescenten 3,4%. Uit dezelfde studie blijkt dat depressieve toestanden vaker voorkomen bij meisjes dan bij jongens. De ernstige depressie van een adolescent is geassocieerd met een verhoogd risico op suicide. Uit de sterftecijfers in het Vlaams Gewest 2013 blijkt dat de belangrijkste doodsoorzaak bij mannen van 15 tem 25 jaar aan zelfmoord te wijten is. Bij vrouwen is zelfmoord de eerste doodsoorzaak bij de 16-19 jarigen.[22][23] Volgens verschillende studies ontwikkelt ongeveer 40% van de patiënten met een depressieve stoornis een andere psychiatrische co-morbiditeit. Verder neemt het risico op zelfvernietiging toe indien middelenmisbruik en sociaal ongemak geassocieerd zijn met depressie.[24]

Andere factoren die de mentale gezondheid zouden kunnen beïnvloeden zijn onder andere het algemeen welbevinden op school/werk en stress op school/werkvlak en thuis wordt ondervonden. Er bestaan voorlopig weinig gegevens hieromtrent, daarom zal er in dit onderzoek eveneens naar deze gezondheidsrisico's worden gepeild.

4.5.3. Fysiek en psychisch geweld

Uit een onderzoek van de 'Vlaams Vredeinstituut' in 2011 blijkt dat vijf percent van de jongeren tussen 16 en 21 jaar het afgelopen jaar werd bedreigd met een wapen. Ongeveer evenveel jongeren (5,5%) werden het afgelopen jaar slachtoffer van ***fysiek geweld***. In vergelijking met andere leeftijdscategorieën, zijn jongeren tussen 15 en 24 jaar vaker het slachtoffer van fysiek geweld.[25]

De Gezondheidsenquête in Vlaanderen van 2008 vermeldt dat ongeveer 66% van de actieve Belgische huisartsenpraktijken jaarlijks met 8.000 gevallen van intra familiaal geweld in contact kwamen. De meeste slachtoffers situeerden zich tussen 25 en 55 jaar**.**[26]

Er bestaan weinig gegevens over ***psychisch geweld*** bij adolescenten en jongvolwassenen. Toch lijken cijfers uit een onderzoek verricht door het Vlaamse ministerie van onderwijs over pesten op school voor deze masterproef een meerwaarde te hebben. Van de ondervraagde jongeren tussen 10 en 17 jaar beweert 56% de afgelopen drie maanden het slachtoffer te zijn geweest van pestgedrag. Ongeveer 49% geeft toe ooit te hebben gepest en bijna vier vijfde van de leerlingen zegt dat hij/zij, de afgelopen drie maanden, getuige was van pestgedrag. Het aantal leerlingen dat wekelijks wordt gepest, situeert zich rond vijf procent.[27]

Verder blijkt uit een onderzoek verricht door Jobat dat bijna zeven percent van de Vlaamse werknemers tussen 25 en 55 jaar dagelijks het slachtoffer is van pestgedrag en bijna 14% maandelijks met pesterijen wordt geconfronteerd.[28]

4.5.4. Slaaptekort

Uit een onderzoek van Columbia University blijkt dat steeds meer jongeren een slaaptekort ontwikkelen. In 2012 sliep 63% van de bevraagde 13-18 jarigen minder dan zeven uur per nacht. Dezelfde studie gaf aan dat slaaptekort verschillende gezondheidsproblemen kan veroorzaken, zowel op mentaal als lichamelijk vlak.[29] Uit een enquête verricht door de 'Christelijke Mutualiteit' (CM) blijkt dat één op de vier Vlamingen tussen 25 en 70 jaar niet tevreden is over zijn slaap. Verder voelde 41% zich bij het opstaan niet uitgerust, geeft 26% aan overdag last te hebben van concentratieproblemen en zit 13% vermoeid achter het stuur van de wagen.[30]

4.5.5. Seksueel overdraagbaar aandoeningen en ongewenste zwangerschappen

De 'Nederlandse Huisartsen Genootschap' (NHG) pleit voor vroege opsporing, behandeling en counseling rond '**Seksueel Overdraagbare Aandoeningen' (SOA)** bij patiënten met frequent partnerwisseling, dit voor een beperking van de verspreiding van seksueel overdraagbare infecties.[31]
De vaakst gerapporteerde SOA's in België zijn: Chlamydia, Gonorroe en Syfilis. Deze SOA's worden voornamelijk vastgesteld bij adolescente en jongvolwassen heteroseksuele vrouwen en mannen, homoseksuele mannen en Hiv-positieve homoseksuele mannen. De incidentie voor Chlamydia in België was in 2014 het hoogst bij de 20-24 jarigen: 409 gevallen per 100.000 vrouwen en 180 gevallen per 100.000 mannen.[32]

Wat betreft het 'Human Immunodeficiency Virus' (Hiv) noteerde het 'Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid' (WIV) in 2014 dat het aantal nieuwe diagnoses 2,8 per dag bedroeg. In vergelijking met het totaal aantal nieuwe diagnoses in 2013 zien we een daling met acht percent.[33]

De andere SOA's zoals Hepatitis B en 'Humaan Papillomavirus' (HPV), worden dankzij de bestaande preventieve vaccinaties (voor zover de vaccinatieschema's worden gevolgd alsook de vaccinatiestatus) efficiënter voorkomen. Een driejaarlijks screeningsprogramma betreffende baarmoederhalskanker bij vrouwen van 25 tot en met 64 jaar, blijft echter van essentieel belang, ook bij de gevaccineerde individuen.

Uit het 'Sexpert-onderzoek' blijkt dat één op de vier **zwangerschappen** in Vlaanderen **ongepland** is. Van deze zwangerschappen is één derde meteen gewenst, één derde evolueert van ongewenst naar later toch gewenst en één derde blijft ongewenst.[34]
Volgens de gegevens van de Nationale Evaluatiecommissie, bedroeg in 2007 de abortusratio in België 13,2%. In 2009 was de gemiddelde leeftijd van alle abortuscliënten 27,33 jaar en gebeurde één op vier abortussen bij vrouwen tussen 20 en 24 jaar. Deze groep heeft in vergelijking met de andere leeftijdsgroepen ook het hoogste abortuscijfer; namelijk 14,5 per 1000 vrouwen tussen 20 en 24 jaar lieten in 2008 een abortus uitvoeren.[35]

4.5.6. Gewichtsstoornissen

Het VIGEZ geeft aan dat ongeveer één op twee Vlamingen van 25 tot en met 65 jaar **overgewicht** heeft. Dertien percent heeft te kampen met effectieve **obesitas** (Body Mass Index (BMI) boven de 30 kg/m^2). Overgewicht treft meer mannen dan vrouwen en zou significant stijgen met de leeftijd. Het percentage jongeren met overgewicht in het Vlaams Gewest bedraagt 16%. Dit percentage ligt iets hoger bij jongens (18%) dan bij meisjes (15%). Vijf percent van de Vlaamse jongeren is obees.[36]

Een niet te onderschatten fenomeen dat eveneens gezondheidsproblemen veroorzaakt binnen de leeftijdscategorie van de onderzoekspopulatie is Anorexia Nervosa. Anorexia Nervosa is een eetstoornis waarbij een enorme angst aanwezig is om in gewicht bij te komen. Het komt vooral bij de vrouwelijke populatie voor maar sinds een paar jaren ziet met ook een lichte stijging bij de mannen. De eetstoornis ontwikkelt zich voornamelijk tijdens de pubertijd. Na ruwe schatting zou er 3,7% van de Belgische vrouwen tussen 10 en 30 jaar Anorexia Nervosa hebben.[37] Van de psychiatrische aandoeningen zou Anorexia Nervosa één van de dodelijkste zijn.[38]

4.6. Conclusie

De gegevens uit de literatuuronderzoek doen vermoeden dat er talrijke gezondheidsrisico's mogelijk aanwezig zijn in onze onderzoekspopulatie. Echter, de moeilijkheid hierin is om deze delicate onderwerpen bespreekbaar te maken, gezien er uit de literatuur blijkt dat jongeren eerder terughoudend reageren en dat door tijdsnood of praktische redenen het ook niet altijd haalbaar is voor de huisarts om zich meer te verdiepen in dergelijke thema's.

Een oplossing hiervoor zou zijn om aan de hand van een vragenlijst, die de patiënt thuis zou invullen, mogelijke gezondheidsrisico's te achterhalen. Indien de adolescent of jongvolwassene dit zelf wenst, zou er in het kader van een consultatie meer tijd en ruimte kunnen worden gemaakt voor verdere bespreking. Verder zou de huisarts meer nadruk kunnen leggen op het feit dat hij/zij zich niet enkel beperkt tot het behandelen van lichamelijke klachten maar eveneens een preventief en begeleidende rol kan spelen.

5. Methodologie

5.1. Onderzoeksdesign

Dit is een prospectief observationeel onderzoek, zonder controlegroep, dat gebaseerd is op een Nederlandstalig online vragenlijst. Er werd gebruik gemaakt van de online Limesurvey-tool die ter beschikking wordt gesteld door de Vrije Universiteit Brussel (VUB). Voorafgaand aan de uitvoering van dit onderzoek werd een goedkeuring van de Commissie Medische Ethiek van het Universitair Ziekenhuis Brussel aangevraagd en verkregen met volgend nummer: BUN 143201524316. De onderzoekspopulatie, met name de vrouwelijke en mannelijke patiënten van 16 tot en met 26 jaar, werd via e-mail uitgenodigd tot het invullen van de vragenlijst in de periode van 1 oktober 2015 tot en met 31 januari 2016. Aan elke deelnemer werd een geïnformeerde toestemming (informed consent) gevraagd. Bij minderjarige deelnemers (16-17 jaar) moest(en) de wettelijke voogd(en) instemmen met het onderzoek. Wel werd er aan beide partijen vermeld dat het medisch geheim eveneens bij

minderjarige patiënten geldt en dat de informatie die nadien zou worden uitgewisseld tussen de patiënt en de huisarts, strikt vertrouwelijk zou blijven.

5.2. Onderzoekspopulatie

Zoals eerder vermeld bestaat de onderzoekspopulatie uit vrouwelijke en mannelijke patiënten van 16 tot en met 26 jaar, die zich aanmelden op de praktijk (=inclusiecriteria).

Als **exclusiecriteria** geldt:

- alle patiënten jonger dan 16 jaar en ouder dan 26 jaar
- alle patiënten die géén informed consent hebben ingevuld
- alle patiënten die de vragenlijst niet hebben afgerond

5.3. Bepalen van gezondheidsrisico's en opstellen van de vragenlijst

Aangezien er voor dit onderzoek géén gevalideerde vragenlijsten bestaan specifiek gericht op onze onderzoekspopulatie, hebben we ons vooral gebaseerd op de topics voorkomend in de bestaande vragenlijsten uit de literatuurstudie, namelijk de T.S.T.S.-C.A.F.A.R.D. van Pr. Dr. Binder [13] en de H.E.A.D.S.S-vragenlijst van Cohen et al.[14] Deze vragenlijsten peilen naar bepaalde fysieke en psychosociale gezondheidsrisico's zoals:

- De aanwezigheid van slaapproblemen en slaapkwaliteit
- De aanwezigheid van een psychisch en/of fysiek geweld
- De aanwezigheid van een depressieve gemoedstoestand
- De aanwezigheid van sociaal ongemak
- De aanwezigheid van stress in de thuissituatie en op school-werkvlak
- Seksuele activiteit, onbeschermd seksueel contact en (ongeplande/ongewenste) zwangerschappen
- Middelengebruik

Gezien de uitgebreidheid van deze vragenlijsten en het feit dat dezen vooral uit open vragen bestaan, werd er geopteerd om een eigen vragenlijst op te stellen (met multiple-choice antwoordmogelijkheden) waarin deze gezondheidsthema's voorkomen.

Verder hebben we de eerste drie vragen van de '**Alcohol Use Disorders Identification Test**' (AUDIT-vragenlijst) gebruikt om eventuele overmatige alcoholgebruik na te gaan.[39] We gingen eveneens enkele preventieve gezondheidstopics na zoals:

- Vaccinatiestatus, met name HPV en Tetanus-Difterie-Kinkhoest

- Body Mass Index aan de hand van gewicht en lengte, dieet-en bewegingsgewoonten
- Het driejaarlijkse baarmoederhalsuitstrijkje bij vrouwen vanaf 25 jaar

Tot slot werd er op eigen initiatief eveneens gepeild naar het algemeen welbevinden op school/werk van de onderzoekspopulatie.

Bijlage 1 omvat de gebruikte vragenlijst voor ons onderzoek. Deze vragenlijst bestaat uit 52 vragen en wordt opgedeeld in vier luiken.

Deel A geeft een overzicht van de sociodemografische gegevens van de onderzoekspopulatie zoals leeftijd, relationele status, studie/beroepsactiviteit en thuissituatie.

Deel B van de vragenlijst gaat het consultgedrag van de onderzoekspopulatie na alsook de band met de huisarts door te vragen naar het aantal raadplegingen per jaar, de duur van de kennis van de huisarts en of de jongere het gevoel heeft bij zijn huisarts terecht te kunnen met zijn/haar eventuele vragen/problemen.

Deel C handelt over de gezondheidsrisico's die we willen onderzoeken en bestaat uit volgende subdelen:

1. **Slaap,** waarbij wordt nagegaan of de bevraagde moeilijkheden ondervindt bij het inslapen en polst naar de slaapkwaliteit
2. **Middelengebruik,** waarbij er gepeild wordt naar het al dan niet gebruiken van alcohol, tabak en drugs. Indien er positief wordt geantwoord op het gebruik wordt er verder gevraagd naar de leeftijd van eerste gebruik, de frequentie en wat betreft drugs het aantal en soort drug.
3. Vragen met betrekking tot **fysiek en psychisch geweld,** om na te gaan of de deelnemers daarvan ooit slachtoffer zijn geweest.
4. **Stress en gemoedstoestand** bevraagt de aanwezigheid van stress op school/werkvlak alsook in de thuissituatie. Er wordt eveneens aan de deelnemers gevraagd een score op tien te geven op hun gemoedstoestand van de laatste zes maanden.
5. **Seksualiteit** bevraagt het al dan niet (onveilig) seksueel actief zijn, de leeftijd van de eerste betrekking, de frequentie van onbeschermd seksueel contact en een eventuele (ongeplande) zwangerschap.
6. **Dieet-en voedingsgewoontes** maakt het berekenen van de BMI mogelijk door te polsen naar lengte en gewicht. Verder wordt er gevraagd naar dieetgewoontes. Tot slot wordt er nagegaan of de jongere regelmatig aan lichaamsbeweging doet.
7. **Welbevinden op sociaal en professioneel vlak** wordt door middel van Likert-schalen bevraagd alsook een score op tien voor het evalueren van de tevredenheid van het

werk/studentenleven. Verder wordt er aan de hand van twee stellingen gepolst naar sociaal ongemak.

8. **Vaccinatiestatus, preventieve onderzoeken en eigen gezondheidsbelevenis** waarin de vaccinatiestatus van HPV (vrouwen) en Tetanus-Difterie-Kinkhoest wordt nagegaan alsook, bij vrouwen vanaf 25 jaar het (nog) uit te voeren baarmoederhalsuitstrijkje volgens het Belgisch screeningsprogramma. Er wordt aan de deelnemers eveneens gevraagd of ze zich zorgen maken omtrent hun eigen gezondheid en hoe ze deze inschatten aan de hand van een score op tien.

Deel D toets ten slotte of de vragenlijst door onze onderzoekspopulatie gevalideerd is door de vraag te stellen of de gebruikte topics aan hun verwachtingen voldeden en of er bij het invullen van de vragenlijst moeilijkheden werden ondervonden. Verder wordt de vraag gesteld of er een wens bestaat tot het bespreken van de aangehaalde gezondheidsrisico's op consultatie.

Er werd geopteerd om de vragenlijst te testen door deze voorafgaand aan de registratieperiode te laten invullen door tien vrijwilligers met identieke karakteristieken van onze onderzoekspopulatie. Na het verkregen feedback werden de vragen zo nodig aangepast.

5.4. Analysemethode

De ingevulde vragenlijsten worden overgezet in een SPSS-bestand voor verdere analyse met IBM SPSS statistic 20. Aan de hand van bivariate correlaties gaan we proberen nagaan of er een verband is tussen de risicofactoren onderling. Verder gaan we na of er een relatie is tussen de aanwezige risicofactoren en het consultgedrag/band met de huisarts. Tot slot gaan we na welke factoren de validatie van de vragenlijst alsook de wens tot het bespreken van de aangehaalde gezondheidsrisico's met de huisarts zouden kunnen beïnvloeden.

5.4.1. Analyse van de demografische gegevens

Voor verdere analyse gebeurt er een hercodering van de leeftijd. Hiervoor worden de mannelijke en vrouwelijke deelnemers ingedeeld in een jongere groep (leeftijd van 16 t.e.m. 21 jaar) en een oudere groep (leeftijd van 22 t.e.m. 26 jaar).

5.4.2. Analyse van het consultgedrag en de band met de huisarts

Voor de analyse van een eventueel verband tussen het aantal gezondheidsrisico's en het consultgedrag/band met de huisarts hercoderen we de frequentie van het aantal raadplegingen per jaar in een groep 'minstens drie maal per jaar' en 'maximum 2 maal per jaar'. Voor de analyse van duur van de kennis van de huisarts wordt er enerzijds een onderscheid gemaakt tussen een langere kennisduur 'van vijf jaar of meer' en anderzijds een kortere kennisduur van 'vier jaar of minder'.

5.4.3. Analyse van de risicofactoren

De risicofactoren uit de vragenlijst die voor analyse zullen gebruikt worden zijn :

- **Tabaks-en drugsgebruik**, met andere woorden een positieve antwoord
- **Alcoholgebruik** indien de score van de drie eerste AUDIT-vragen gelijk is of groter dan vijf voor de mannelijke deelnemers en gelijk is of groter dan vier voor de vrouwelijke deelnemers
- **Onbeschermd seksueel contact** of onzekerheid hieromtrent
- Een score gelijk aan of groter dan de mediaan berekend op de drie vragen omtrent **slaap**
- Een positieve antwoord op de vragen die handelen over **psychisch en fysiek geweld**
- Een positief antwoord op de vragen die handelen over **stress in de thuissituatie** en op **werk/schoolvlak**
- Een score voor de **gemoedstoestand** over de afgelopen zes maanden kleiner dan of gelijk aan vijf op tien
- Een score voor de **tevredenheid over studenten/werkleven** kleiner dan of gelijk aan vijf op tien
- Een score gelijk aan of groter dan de mediaan berekend op de twee vragen omtrent **sociaal ongemak**
- Een negatief of onzeker antwoord omtrent de vaccinatiestatus van **HPV en Tetanus-Difterie-Kinkhoest**
- Een negatief antwoord omtrent het **baarmoederhalsuitstrijkje** bij vrouwen vanaf 25 jaar
- **Ondergewicht** (BMI< 18,5 kg/m^2), **overgewicht** (BMI>25kg/m^2 maar <30 kg/m^2) en **obesitas** (BMI >30 kg/m^2)

We maken een onderscheid wat betreft het *aantal* gezondheidsrisico's tussen mannen en vrouwen gezien het aantal punten dat voor de eerste drie AUDIT-vragen wordt toegekend verschilt naargelang het geslacht en het feit dat de HPV-vaccinatie in het vaccinatieschema geen mannen includeert. We maken eveneens een onderscheid wat betreft de vrouwen jonger dan 25 jaar die niet in aanmerking komen voor een baarmoederhalsuitstrijkje.

Deze risicofactoren worden bevraagd aan de hand van 'ja/neen(/onzeker)-vragen', frequenties en (Likert-)schalen.

De Likert-schalen worden voor analyse opnieuw gecodeerd in twee groepen zijnde 'helemaal niet akkoord tot neutraal' (negatief antwoord) en 'akkoord tot helemaal akkoord' (positief antwoord). Indien er een negatie in de vraagstelling aanwezig is, worden de criteria voor een positief/negatief antwoord herzien. De vragen die frequenties bevatten, worden eveneens in twee groepen ingedeeld

zijnde ‘nooit tot soms’ en ‘tamelijk vaak tot heel vaak’. Wanneer er op ‘ja/neen-vragen’ eveneens de optie ‘onzeker’ bestaat, wordt deze laatste beschouwd als een risicofactor op de vraag.

Wat betreft de vragen waarop aan de deelnemers wordt gevraagd een bepaalde topic een score op tien te geven, wordt er als cut-off waarde vijf op 10 genomen zodat er indeling is tussen een score ‘kleiner of gelijk aan vijf op tien’ (=mogelijke aanwezigheid van risicofactor) en ‘gelijk aan of groter dan zes op tien’.

Indien een risicofactor aanwezig blijkt te zijn, wordt er telkens één punt toegekend. Voor verdere analyse worden alle risicofactoren samen opgeteld en hierop de mediaan berekend. Indien de onderzoekspopulatie een totaalscore vertoont dat kleiner is dan de mediaan behoren zij tot de groep met weinig tot een matig aantal gezondheidsrisico’s. De onderzoekspopulatie die een totaalscore heeft dat gelijk aan of groter is dan de mediaan zal worden geacht als de groep met ‘veel tot heel veel gezondheidsrisico’s’.

5.4.4. Analyse van de validatie van de vragenlijst

Voor de analyse van de validatie van de vragenlijst werden de Likert-schalen en de ‘ja/nee/onzeker-vragen’ hercodeerd zoals hierboven vermeld. Een positief punt werd toegekend indien er werd geopteerd voor de antwoorden ‘akkoord tot helemaal akkoord’ en ‘ja’ op de vier vragen. Een totaalscore op vier werd berekend met de mediaan. Om na te gaan of de vragenlijst door de deelnemers wordt gevalideerd, beschouwen we alle scores kleiner of gelijk aan de mediaan als ‘niet gevalideerd’ en alle scores boven de mediaan als ‘gevalideerd’.

6. Resultaten

Er werden in totaal 84 vragenlijsten ingevuld waaronder 64 die we hebben weerhouden voor analyse. De 20 drop-outs voldeden niet aan de inclusievoorwaarden die we voor onze onderzoekpopulatie hebben opgesteld: acht deelnemers hebben de informed consent niet ingevuld, drie zijngestopt na het invullen van de socio-demografische gegevens, vijf hebben de vragenlijst stopgezet bij het begin van de topic ‘druggebruik’ en tot slot hebben vier deelnemers afgehaakt wanneer de topic ‘seksualiteit’ aan bod kwam.

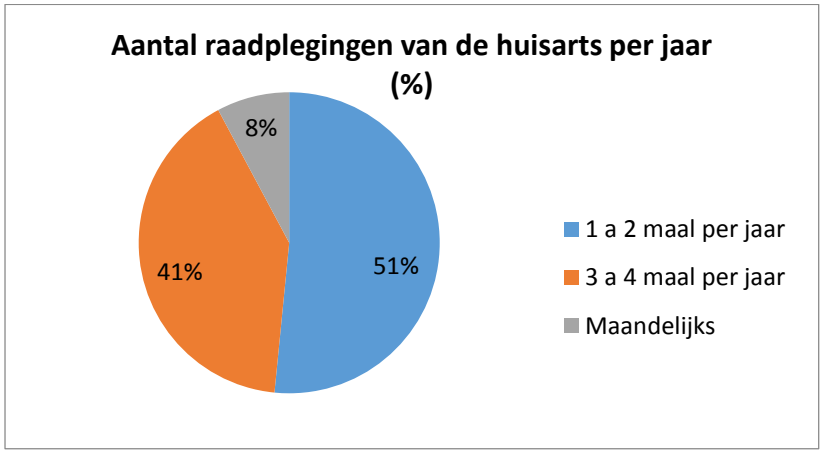
6.1. Sociodemografische kenmerken van de onderzoekspopulatie

De gemiddelde leeftijd van de respondenten bedraagt 21,03 jaar, waarvan 31 deelnemers tot de leeftijdsgroep van 16 tot en met 21 jaar behoort en 33 tot de leeftijdsgroep 22 tot en met 26 jaar. De onderzoekspopulatie telt 33 vrouwen en 31 mannen. Ongeveer 61% is student, 28% professioneel

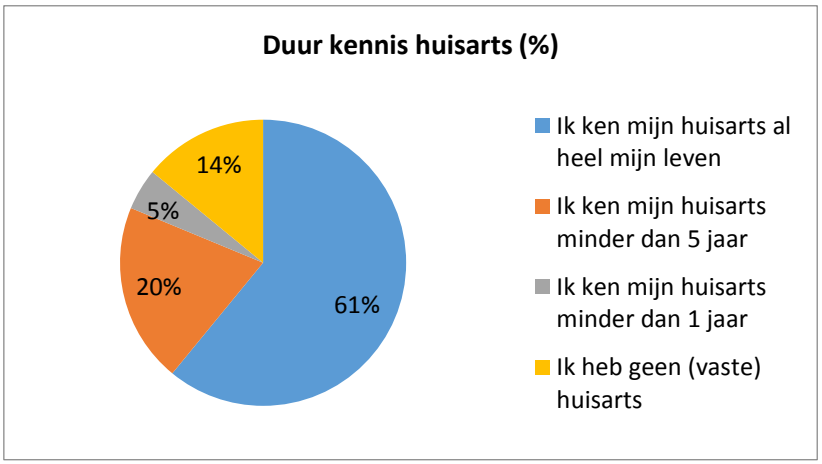
actief en iets minder dan vijf percent is werkloos. De grote meerderheid van de bevraagden (97%) is ongehuwd en iets minder dan 77% woont nog bij zijn wettelijke voogd(en).

6.2. Consultgedrag en band met de huisarts

Het merendeel (61 %) van de bevraagden kent zijn huisarts al heel zijn leven. Veertien percent geeft aan geen vaste huisarts te hebben. Iets meer dan de helft (51%) van de onderzoekspopulatie komt maximum twee maal per jaar op consultatie. Voor 40% zit het aantal raadplegingen van de huisarts tussen drie en vier maal per jaar. Iets minder dan acht percent komt maandelijks op consultatie. Een grote meerderheid (70%) vindt dat ze met hun problemen bij de huisarts terecht kunnen. We zien géén statistisch significante verschillen in het consultgedrag tussen de mannelijke en de vrouwelijke deelnemers, noch voor de leeftijdsgroepen.



Figuur 1: aantal huisartsraadplegingen per jaar van de onderzoekspopulatie in %



Figuur 2: duur kennis huisarts van de onderzoekspopulatie in %

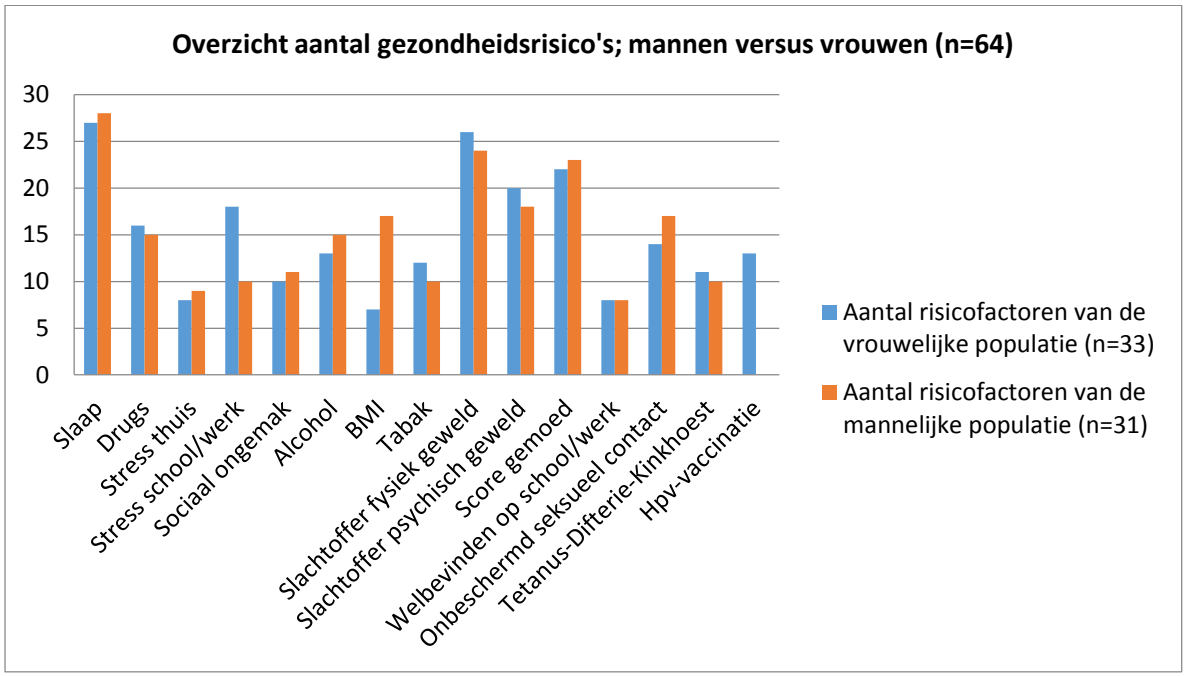
6.3. Overzicht gezondheidsrisico's

6.3.1. Aanwezige gezondheidsrisico's per groep en gezondheidsbeleving

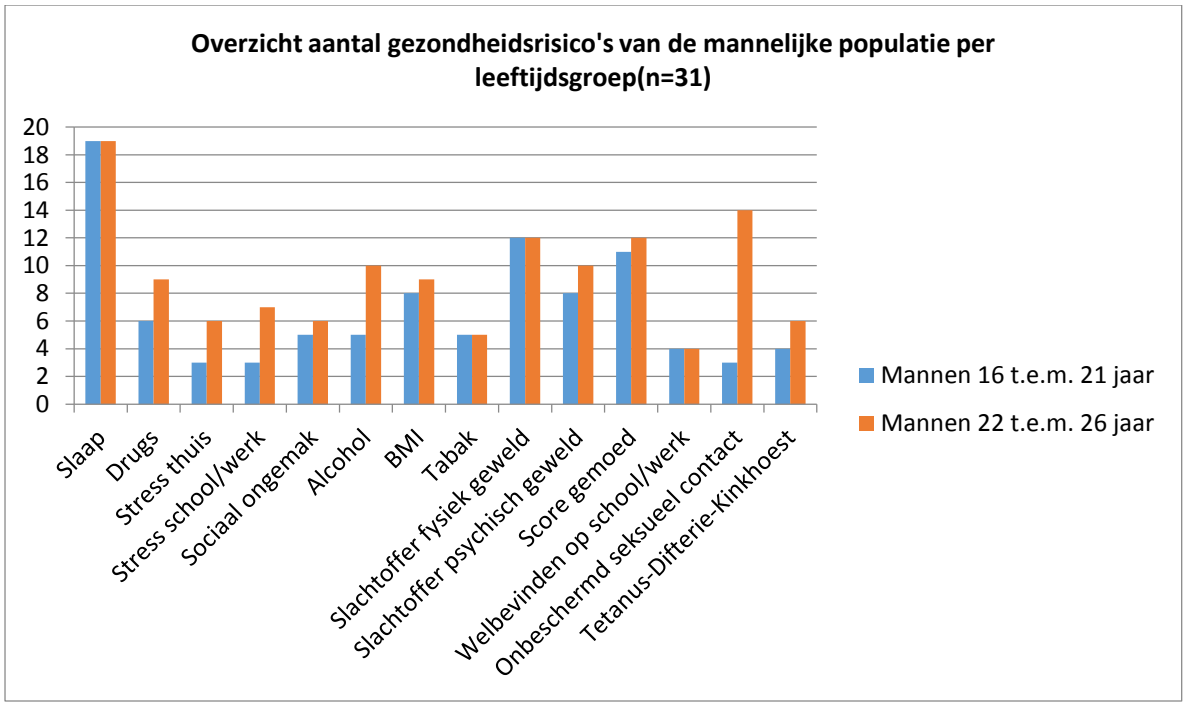
Onderstaande diagrammen geven ons een overzicht van:

- Het aantal gezondheidsrisico's per geslacht aanwezig in de onderzoekspopulatie (**figuur 3**)
- Het verschil in aantal gezondheidsrisico's van respectievelijk mannelijke en vrouwelijke deelnemers per leeftijdsgroep (**figuur 4 en figuur 5**)

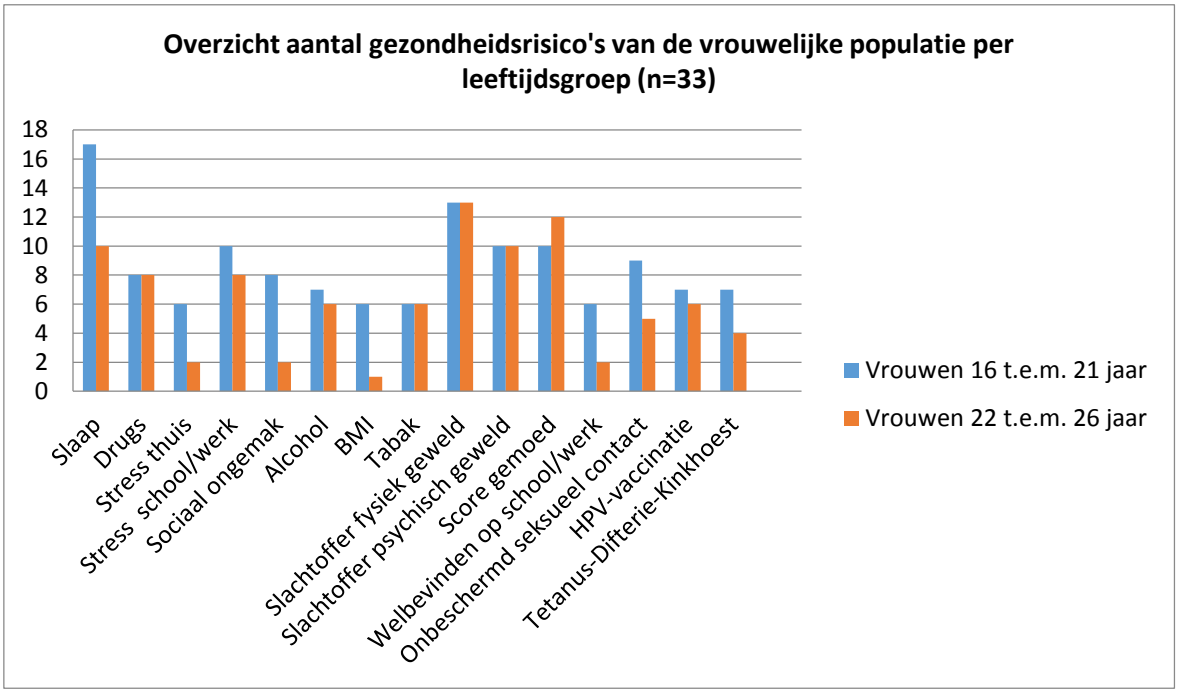
Voor de vrouwen beschouwen we 15 mogelijke gezondheidsrisico, aangezien alle vrouwen vanaf 25 jaar in de onderzoekspopulatie een baarmoederhalsuitstrijkje hebben laten afnemen en dit risico dus wegvalt. Wat betreft de mannelijke deelnemers zijn er 14 mogelijke gezondheidsrisico's aanwezig.



Figuur 3: overzicht van het aantal gezondheidsrisico's per geslacht die voorkomen in de onderzoekspopulatie (n=64)



Figuur 4: verschil in aanwezigheid en aantal gezondheidsrisico's van de mannelijke deelnemers per leeftijdscategorie (n=31)



Figuur 5: verschil in aanwezigheid en aantal gezondheidsrisico's van de vrouwelijke deelnemers per leeftijdscategorie (n=33)

De mediaan van het aantal gezondheidsrisico's bij mannen alsook bij vrouwen bedraagt zeven. Zoals eerder vermeld beschouwen we zeven of meer gezondheidsrisico's als 'veel tot zeer veel' gezondheidsrisico's. **Tabel 1** geeft een overzicht van deze frequenties.

Bijna 55% van de vrouwelijke deelnemers vertonen zeven of meer gezondheidsrisico's, waarbij vooral de groep tussen 16-21 jaar vertegenwoordigd is. Het aantal mannelijke deelnemers die zeven of meer gezondheidsrisico's vertoont bedraagt 45,2%. In tegenstelling tot de vrouwen, treffen we meer risico's bij de oudere leeftijdscategorie (22-26 jaar).

Aantal gezondheidsrisico's	Vrouwelijke deelnemers (n=33)		Mannelijke deelnemers (n=31)	
	16-21 jaar (n=17)	22-26 jaar (n=16)	16-21 jaar (n=14)	22-26 jaar (n=17)
Minder dan 7 gezondheidsrisico's	7 (41,2%)	8 (50%)	9 (64,3%)	8 (47,1%)
Zeven of meer gezondheidsrisico'	10 (58,8%)	8 (50%)	5 (35,7%)	9 (52,9%)

Tabel 1: frequentie en percentage van de deelnemers die minder dan 7 en 7 of meer gezondheidsrisico's vertonen per geslacht en leeftijdscategorie (n=64)

Wat betreft de score op tien die de respondenten toekennen op hun algemene gezondheid, bedraagt deze gemiddeld 6,73 voor de vrouwen en 7 voor de mannen. Deze scores verschillen weinig wanneer

we de leeftijdsgroepen met elkaar vergelijken. Op de vraag of de onderzoekspopulatie bezorgd is over zijn algemene gezondheid, zegt de meerderheid van zowel de vrouwelijke als mannelijke deelnemers zich 'nooit tot bijna nooit' hierover zorgen maakt. (**tabel 2**)

Bezorgdheid om eigen gezondheid	**Vrouwelijke deelnemers (n=33)**		**Mannelijke deelnemers (n=31)**	
	16-21 jaar (n=17)	**22-26 jaar (n=16)**	**16-21 jaar (n=14)**	**22-26 jaar (n=17)**
Nooit tot bijna nooit	15 (88,2%)	14 (87,5%)	13 (92,9%)	16 (94,1%)
Soms	1 (5,9%)	2 (12,5%)	1 (7,1%)	1 (5,9%)
Tamelijk vaak tot heel vaak	1 (5,9%)	0	0	0

Tabel 2: frequentie en percentage van de antwoorden op de vraag 'maak je je zorgen om je gezondheid?' per geslacht en leeftijdsgroep (n=64)

6.3.2. Slaap

Bijlage 2, slaap geeft een overzicht van de antwoorden op de drie vragen omtrent slaapkwaliteit/moeilijkheden. We bemerken dat de meerderheid (56.3%) van de deelnemers zich 'niet akkoord tot helemaal niet akkoord' acht met de stelling 'Ik slaap over het algemeen goed'. Verder blijkt het gevoel van uitgerust te zijn bij bijna 72% van de bevraagden niet aanwezig. Tot slot ondervindt ongeveer 40% 'tamelijk vaak tot heel vaak' moeilijkheden om in slaap te vallen. Na verwerking van de antwoorden op deze drie vragen, merken we dat 70,3% van de deelnemers een mogelijke risico vertoont wat betreft slaap. Verder bemerken we dat de jongere groep van vrouwelijke deelnemers meer 'slaapproblemen' vertoont dan de oudere groep deelneemsters. Dit verschil is echter statistisch niet significant. Tot slot blijkt er eveneens een zwakke positieve correlatie te bestaan met andere gezondheidsrisico's zijnde stress in de thuissituatie (R=0,376; p=0,009) en tevredenheid op school/werk (R=0,489; p=0,001).

Een overzicht van de bivariate correlatieanalyses worden weergegeven in **bijlage 3**

6.3.3. Tabak

Ongeveer 35% van de deelnemers gebruikt tabak en vertoont dus een gezondheidsrisico. Van deze groep tabakgebruikers rookt 20% dagelijks. De gemiddelde leeftijd waarop de tabakgebruikers gestart zijn met roken is 14,8 jaar. Het aantal sigaretten die per dag gerookt wordt is 8,8. Bijna vijf percent van de bevraagden geeft aan gestopt te zijn over een periode langer dan zes maanden. Er zijn weinig verschillen in geslacht noch leeftijdsgroepen betreffende tabakgebruik. Wel bestaat er een zwakke positieve correlatie wat betreft het gebruik van tabak en deze van drugs (R=0,286; p=0,002).

6.3.4. Alcohol

Bijlage 2, alcohol geeft een overzicht van de antwoorden van de deelnemers op de eerste drie AUDIT-vragen voor het screenen van alcohol(mis)/(ge)bruik. Na het berekenen van de scores voor mannen

en vrouwen komen we tot de vaststelling dat bij bijna de helft van de mannen (48,4%) en bijna 40% van de vrouwen een mogelijke alcoholprobleem bestaat waarop verder moet worden geïnvestigeerd. Tot slot bemerken we dat dubbel zoveel mannen van 22 t.e.m. 26 jaar een AUDIT-score van vijf of meer behalen dan de jongere mannelijke groep (zie **figuur 4**). Dit verschil is echter statistisch niet significant.

6.3.5. Drugs

Ongeveer 48% van de bevraagden heeft ooit drugs gebruikt. De gemiddelde leeftijd waarop voor het eerste keer drugs werd gebruikt, is 16,3 jaar. Verder geeft ongeveer 26% aan minstens één keer per maand drugs te gebruiken, voor bijna 13% is dit minstens één keer per week. De populairste drugs zijn cannabis (50%) verder gevolgd door XTC (15%), MDMA (13,3%) en cocaïne (10%). De meerderheid (64,5%) van de 'druggebruikers'(n=31) beperkt zich tot één drug. Voor 26% zijn dat er drie of meer.

6.3.6. Fysiek geweld en psychisch geweld

Wat betreft fysiek geweld geeft opmerkelijk 78%, waaronder 52% vrouwen, van de bevraagden ooit slachtoffer hiervan geweest te zijn. Voor psychisch geweld is dat 59,4% van de totale deelnemers, waaronder vrouwen eveneens iets meer zijn in aantal (53%). Er bestaat een zwakke positieve correlatie (R=0,332; p=0,007) tussen beide vormen van geweld. Hieruit kan er worden afgeleid dat indien psychisch geweld aanwezig is, ook fysiek geweld mogelijk aanwezig kan zijn en andersom.

6.3.7. Stress op school/werk/thuis

Bijna 44% van de deelnemers ervaart (tamelijk) vaak stress op het werk. De mannen die tot de oudere leeftijdscategorie behoren ervaren dubbel zo veel stress op school/werk dan de jongere populatie, doch dit gegeven is statistisch niet significant (zie **figuur 4**). Wat betreft het beleven van stress in de thuissituatie, is dit bij bijna 27% van de deelnemers het geval. Verder bemerken we dat stress in de thuissituatie, drie maal meer aanwezig is bij de vrouwen uit de leeftijdsgroep 16-21 jaar dan bij vrouwen in de oudere leeftijdscategorie (zie **figuur 5**). Dit verschil is echter statistisch niet significant. Tot slot is er zwakke positieve correlatie (R=0,463; p=0,001) wat betreft het ervaren van stress op school/werk en het ervaren van stress in de thuissituatie.

6.3.8. Welbevinden op school/werk

De mannelijke en de vrouwelijke deelnemers geven respectievelijk gemiddeld een score van 7 en 6.88 op 10 op hun school/werkleven. Het aantal deelnemers dat een score van van vijf of minder op tien toekent op zijn studenten/werkleven is 32,8%. De vrouwen die zich in de jongere leeftijdscategorie bevinden blijken minder tevreden over hun studenten/werkleven, namelijk het aantal dat een score toekent van vijf of minder is drie maal deze van de oudere leeftijdsgroep (zie **figuur 5**). Echter, dit gegeven blijkt na analyse statistisch niet significant.

6.3.9. Sociaal ongemak

Bijlage 2, sociaal ongemak geeft een overzicht van de antwoorden op de vragen wat betreft het zich al dan niet op zijn gemak voelen bij leeftijdsgenoten en het al dan niet overeenkomen met mensen uit de omgeving. Na verwerking van de antwoorden op deze twee vragen bemerken we dat ongeveer 33% van de deelnemers hier een mogelijke risico vertonen. Verder is er een zwakke negatieve correlatie (R=-0,376; p=0,031) wat betreft sociaal ongemak bij de vrouwelijke deelnemers met de leeftijd. Dit gegeven kan worden bevestigd in onze onderzoekspopulatie, we zien hier namelijk dat sociaal ongemak eerder aanwezig is bij de vrouwelijke groep tussen 16 en 21 jaar (zie **figuur 4**).

6.3.10. Score gemoedstoestand over de laatste zes maanden

Een aanzienlijk hoge percentage (70%) kent een score van vijf of minder toe op zijn/haar gemoedstoestand van de afgelopen zes maanden. We bemerken geen statistisch significante verschillen tussen leeftijdsgroepen, noch geslacht.

6.3.11. Onbeschermd seksueel contact (met beschrijving seksuele context)

Bijlage 2, seksualiteit geeft een overzicht van de gegeven antwoorden. Ongeveer 81% van de bevraagden is seksueel actief (geweest). De gemiddelde leeftijd van de eerste seksuele betrekking is 16,3 jaar. Bijna 50% van de deelnemers geeft aan eens onbeschermd seksueel contact te hebben gehad of zijn onzeker hierover. Bij 36,5% gebeurde dit meer dan 2 keer.

Mannelijke deelnemers die behoren tot de leeftijdscategorie van 22 t.e.m. 26 jaar blijken een groter risico te vertonen dan mannen in de jongere leeftijdscategorie (zie **figuur 4**). Dit gegeven wordt statistisch bevestigd door een matige positieve correlatie (R=0,610; p=0,001) voor onbeschermd seksueel contact bij de jongere mannelijke onderzoekspopulatie.

Op het totaal aantal vrouwen (n=33) zijn er drie reeds zwanger geweest. Het gaat hier om twee vrouwen in de leeftijdscategorie 16-21 jaar en één vrouw in de groep van 22-26 jaar. In alle gevallen werd er geopteerd voor een zwangerschapsonderbreking.

6.3.12. BMI (met beschrijving dieet-en voedingsgewoontes)

De gemiddelde BMI van de mannelijke deelnemers is 24,4 kg/m^2 en 21,5 kg/m^2 voor de vrouwen. Wat betreft ondergewicht zien we géén verschil tussen de mannelijke (frequentie=3) en de vrouwelijke deelnemers (frequentie=4). Wel is er een groter aantal bij de mannelijke deelnemers aanwezig wat betreft overgewicht (frequentie=12) en obesitas (frequentie=2) ten opzichte van vrouwelijke deelnemers (frequentie=3), doch dit verschil is statistisch niet significant. Op de vraag of de deelnemers gezond eten, zegt bijna 52% ‘ja’. Ongeveer 33% heeft al geprobeerd om gewicht te

verliezen, voornamelijk door te sporten en/of een zelf opgesteld dieet. Het aantal dat minimum 30 minuten per dag beweegt en dit minimum vijf dagen per week is eveneens 33%.

6.3.13. Vaccinatie

Bij iets meer dan tweederde van de onderzoekspopulatie is de Tetanus-Difterie-Kinkhoest vaccinatie in orde. Bij de vrouwelijke populatie is dit voor de HPV-vaccinatie 60%.

6.3.14. Uitstrijkje

Een uitstrijkje werd bij alle vrouwen vanaf 25 jaar verricht.

6.3.15. Relatie met consultgedrag en band met de huisarts

Er bestaat enkel een zwakke negatieve correlatie met een trend tot significantie (R=-0,345; p=0,054) wat betreft het aantal gezondheidrisico's bij de mannelijke populatie en het aantal raadplegingen per jaar. Dus, hoe minder de huisarts per jaar wordt geraadpleegd, hoe meer gezondheidsrisico's in de mannelijke onderzoekspopulatie aanwezig zijn.

6.3.16. Besluit

Hoewel het merendeel van de mannelijke en vrouwelijke deelnemers zich over het algemeen gezond verklaart en zich weinig zorgen maakt over hun gezondheid, bemerken we toch dat er een aantal gezondheidsrisico's bij hen aanwezig blijken te zijn. Opmerkelijk is het aantal deelnemers dat aangeeft slaapproblemen te hebben (ruim 70%), (ooit) slachtoffer van fysiek (78%) en psychisch (59,4%) geweld te zijn (geweest) en een score van vijf of minder toekent op de gemoedstoestand van de laatste zes maanden (70%).

Verder bestaat er een positieve correlatie wat betreft het gebruiken van drugs met tabak; het optreden van psychisch geweld met fysiek geweld; het optreden van stress in de thuissituatie met stress op school/werk; het hebben van slaapmoeilijkheden en het ervaren van stress in de thuissituatie alsook de tevredenheid betreffende het school/werkleven. Uit deze positieve correlaties kan er verwacht worden dat deze gezondheidsrisico's in de onderzoekspopulatie samen voorkomen maar is het onmogelijk om de richting van deze voorspelling weer te geven.

Er bestaat een zwakke negatieve correlatie bij de **vrouwelijke deelnemers** voor sociaal ongemak en leeftijd. Voor de **mannelijke deelnemers** is er een matige correlatie wat betreft onbeschermd seksueel contact en leeftijd. Dit weerspiegelt zich op de onderzoekspopulatie aangezien de mannelijke deelnemers, in de leeftijdscategorie 22-26 jaar, dit risico meer vertonen ten opzichte van de mannen in de jongere leeftijdscategorie.

6.4. Valideren van de vragen door de onderzoekspopulatie en wens bespreken gezondheidsrisico's

Na verwerking van de vier vragen, blijkt 90,5% de gebruikte vragenlijst te valideren. **Bijlage 4** geeft een overzicht van de antwoorden van de deelnemers hieromtrent. Hieruit kunnen we afleiden dat 89% van de bevraagden 'akkoord tot helemaal akkoord' zijn met het feit dat **de topics die aan bod zijn gekomen door de behandelende huisarts mogen gesteld worden.** Bijna 97% vindt **de tijd voor het invullen van de vragenlijst** aanvaardbaar en zegt **geen moeilijkheden te hebben ondervonden bij het invullen** daarvan.

Wat betreft het **de wens tot effectief bespreken van de aangehaalde topics tijdens een consultatie,** zegt enkel 53% deze te hebben**.** We zien hierin een verschil tussen de mannelijke en vrouwelijke deelnemers namelijk 60,6% wat betreft de vrouwen tegen 45,2% voor de mannen, doch dit verschil is statistisch niet significant. Te bemerken is dat ruim 35% twijfelt de aangehaalde risico's met de huisarts te bespreken. Na verdere analyse bestaat er géén verband tussen het consultgedrag en de band met de huisarts met het valideren van de vragenlijst, noch met de wens tot het aanhalen van de gezondheidsrisico's tijdens een consultatie. (zie **bijlage 3)**

7. Discussie

7.1. Aantal respondenten

Er waren voor dit onderzoek na het toepassen van de exclusiecriteria 64 deelnemers weerhouden. Na het overlopen van het elektronisch medisch programma blijkt dat er een 1000 patiënten voor dit onderzoek in aanmerking kwamen waaronder 300 tijdens de onderzoeksperiode op consultatie zijn gekomen. We hebben dus een deelnamepercentage bereikt van 21,3%. Omwille van tijdsdruk en mogelijke privacywens werd er geopteerd voor een elektronische vragenlijst die buiten de consultatie zou worden ingevuld. Dit bracht met zich mee dat er geen controle was over het effectief invullen daarvan. Verder werden sommige e-mailadressen foutief geregistreerd waardoor we niet alle patiënten hebben kunnen bereiken.

7.2. Vragenlijst

Ondanks het feit dat we ons voor het opstellen van de vragenlijst hebben gebaseerd op bestaande gevalideerde vragenlijsten, zijn de gebruikte vragen in dit onderzoek omwille van aangebrachte modificaties niet gevalideerd op wetenschappelijk niveau. Hierdoor is de kans groot dat er misinterpretaties zijn opgetreden van bepaalde vragen of bepaalde nuances niet zijn begrepen. Verder

kan de vraag gesteld worden over de keuze van de gezondheidsrisico's en de manier van bevragen hiervan. Hoewel we voor dit onderzoek getracht hebben om zoveel mogelijk op elke vraag diverse antwoordmogelijkheden te voorzien, is de nuancering omwille van verdere statistische verwerking verloren gegaan. Onderzoek gebaseerd op focusgroepen of persoonlijke interviews zouden hiervoor een oplossing kunnen bieden en mogelijk beter passen in het kader van een huisartsenconsult. Tot slot bevat de gebruikte vragenlijst beduidend meer vragen dan bijvoorbeeld de bestaande GMD plus waardoor er meer tijd moet worden vrijgemaakt indien men deze zou willen implementeren tijdens de consultatie.

7.3. Valideren vragenlijst en wens tot bespreken aangehaalde gezondheidsrisico's

Het merendeel (90,5%) van de deelnemers valideert de gebruikte vragenlijst. We kunnen dus hieruit afleiden dat de deelnemers geen echte moeilijkheden hebben ondervonden tijdens het invullen daarvan en de bevraagde topics aangepast vinden aan hun leeftijdscategorie. Echter, enkel iets meer dan de helft (53%) verkiest om de aangehaalde gezondheidsrisico's te bespreken tijdens een consultatie terwijl 35% hieraan twijfelt. Wat de achterliggende redenen zijn hiervoor werd in dit onderzoek niet bevraagd. Hierdoor is het moeilijk in te schatten wat de causaliteit is van deze twijfelachtige/weigerachtige houding. Een verklaring zou kunnen zijn, zoals reeds aangehaald in de literatuur, dat de bevraagden de huisarts niet zien in een dergelijke preventieve rol en/of vrezen voor het niet respecteren van het beroepsgeheim.

7.4. Interpretatie aanwezigheid gezondheidsrisico's

Zoals eerder vermeld zijn bepaalde nuanceringen verloren gegaan tijdens het verwerken van de vragen. Hierdoor werd er enkel geopteerd voor de aanwezigheid of niet van een gezondheidsrisico, ook al werden er antwoorden gegeven zoals bijvoorbeeld 'onzeker' en/of 'neutraal'. Verder werd er ook geen rekening gehouden met de subvragen gerelateerd aan de gezondheidsrisico's waardoor men bijvoorbeeld iemand die dagelijks drugs gebruikt niet differentieert van iemand die het één maal per jaar gebruikt. Bovendien hebben we in dit onderzoek géén weging gegeven aan de gezondheidsrisico's. Iemand die dus bijvoorbeeld slaapproblemen heeft en ontevreden is over zijn werkleven, telt evenveel gezondheidsrisico's als iemand die dagelijks alcohol en drugs benuttigt. Tot slot is het noodzakelijk te vermelden dat het al dan niet mogelijk aanwezig achten van een gezondheidsrisico bij sommige topics aan de hand van een beperkt aantal vragen werd bepaald. Dit zorgt ervoor dat er met voorzichtigheid moet worden omgegaan wat betreft de interpretatie van deze aanwezigheid.

Het is daarom van essentieel belang om de focus niet enkel op het aantal gezondheidsrisico's te leggen maar ook op de ernst van bepaalde aanwezige problemen. Daarom lijkt de rol van de huisarts bij het bespreken van dergelijke gezondheidsrisico's van essentieel belang en kan er worden beschouwd dat

een vragenlijst eerder een toelichtende rol speelt voor het in kaart brengen van de gezondheidsproblemen.

8. Besluit

Hoewel het merendeel van de bevraagde adolescenten en jongvolwassenen zich over het algemeen gezond acht en/of zich 'nooit tot bijna nooit' zorgen lijkt te maken over hun gezondheid, kan er toch uit de resultaten van de bevraging worden afgeleid dat er in de onderzoekspopulatie een aantal mogelijke gezondheidsrisico's aanwezig zijn. Naast de klassieke risicofactoren zoals middelengebruik en onbeschermd seksueel contact bemerken we een opmerkelijke aantal deelnemers dat slaapmoeilijkheden lijkt te ondervinden. Verder kan er uit de bekomen resultaten besloten worden dat psychosociale factoren zoals het ervaren van psychisch en fysiek geweld, de gemoedstoestand en het algemeen welbevinden op sociaal-school- en werkvlak eveneens niet te onderschatten gezondheidsrisico's zijn. De beperkingen van dit onderzoek mogen echter niet vergeten worden. Het hanteren van een online vragenlijst buiten de consultatie kan een vertekend beeld geven van de bekomen resultaten. Ten eerste werd er voor de verwerking van de resultaten geen rekening gehouden met bepaalde nuanceringen en subvragen waardoor een eerder 'zwart/wit'analyse is gebeurd wat betreft het toekennen van een mogelijke gezondheidsrisico. Bovendien, hoewel er vanuit kan worden gegaan dat de mogelijke drempels door deze manier van bevragen verlaagd zouden kunnen worden, bestaat er de mogelijkheid dat de vragen verkeerdelijk geïnterpreteerd zijn geweest of beïnvloed door bepaalde woordformuleringen. Bevragingen aan de hand van focusgroepen en/of gepersonaliseerde interviews zouden in toekomstig onderzoek een meerwaarde kunnen bieden.

Hoewel een grote meerderheid van de deelnemers de vragenlijst valideert, kan er echter de vraag gesteld worden of deze eveneens gevalideerd zou zijn indien deze zou worden gebruikt tijdens een consultatie. Immers, factoren zoals tijdsgebrek of, zoals uit de resultaten blijkt, de matige wens tot het bespreken van de onderzochte gezondheidsrisico's, kunnen zowel voor de huisarts als de patiënt beperkend werken. Een oplossing hiervoor zou kunnen zijn dat er in de toekomst specifieke preventiestrategieën worden opgesteld zoals deze al bestaan voor bijvoorbeeld 45-plussers in het kader van een GMD plus. Verder is het van essentieel belang dat de huisarts aan een laagdrempelig en vertrouwelijke arts-patiënt relatie bouwt, zodat eventuele schroom of angst voor gebrek aan discretie (naar de ouders toe) kan worden weggewerkt.

9. Bibliografie

1. WHO, WHO calls for stronger focus on adolescents' health: http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/ (2014). Geraadpleegd op 28/02/2016.
2. De adolescentie herzien, https://helios.psy.vu.nl/verderkijken/Documenten/Project%20VK/Van%20Weenen.pdf. (2009). Geraadpleegd op 28/02/2016
3. WHO, Adolescent health risks and solutions http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/(2014). Geraadpleegd op 28/02/2016.
4. Vranken S. 'Onderzoek naar de redenen van het foutief of niet-gebruiken van anticonceptie bij studerende jongvolwassenen.' Eindwerk voor het behalen van de graad licentiaat in de klinische psychologie. VUB. Academiejaar 2008-2009.
5. Elchardus M., Smits W. 'De levensloop van jongvolwassenen.' Doctoraatsverhandeling.VUB. Vakgroep Sociologie, Onderzoeksgroep Tempus Omnia Reve (2005).
6. Lindert H., Droomers M., Westers GP. 'Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: een kwestie van verschil: verschillen in gerapporteerde levensstijl, gezondheid en zorggebruik.' Utrecht. Nivel. (2004).
7. C. Decloquement. 'Le dépistage des adolescents à risque en médecine générale'. Thesisverdediging voor het behalen van de titel 'docteur en medecine'. Universitié de Nantes. (2011)
8. Klein JD., Wilson KM. 'Delivering quality care: adolescent's beliefs about preferred resources for help vary depending on the health issue.' Journal of adolescent health 2002. 41; 61-68.
9. HAS. 'Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'adolescent destinées aux médecins généralistes.' http://www.has-sante.fr/portail/(2005). Geraadpleegd op 28/02/2016.
10. Callhan S.T., Cooper W.P. 'Changes in ambulatory health care use during the transition to young adulthood'. Journal of adolescent health 2005. 122: 78-86.
11. Pietsch K., Allgaier A-K., Fruhe B., Rohde S., Hosie S., Heinrich M., et al. 'Screening for depression in adolescent pediatric patients: validity of the new depression screener for teenagers.' Journal Affective disorders. (2011); 133 (1-2): 69-75.
12. Moula H., Mercier-Nicou F., Velin J. 'Un questionnaire-amorce de dialogue peut-il optimiser la consultation d'un adolescent en medicine générale?' Revue Prat Medecine générale. (2001); 15:741-6.
13. Binder Ph. 'Comment aborder l'adolescent en médicine générale?' Rev Prat (2005). (55):1073-1077.
14. Cohen, E, Mc Kenzie R.G., Yates, G.L. 'HEADSS, a psychosocial risk assessment instrument: Implications for designing effective intervention programs for runaway youth.' Journal of Adolescent Health 12 (1991). (7): 539-544.
15. Gadomski A., Bennett S., Young M., Lawrence S. 'Guidelines for Adolescent Preventive Services; The Gaps in practice' Arch Pediatr Adolesc Med. (2003) ;157(5):426-432.
16. Vlaams agentschap voor gezondheid. http://www.zorgengezondheid.be/default.aspx?id=5366, Geraadpleegd op 28/02/2016.
17. De Donder E., 'Alcohol, illegale drugs, medicatie en gokken. Recente ontwikkelingen in Vlaanderen 2005-2006' VAD. Onderzoek uitgevoerd door IPSOS in opdracht van de Stichting tegen Kanker, november 2007.
18. Druglijn. https://www.druglijn.be/over-ons/schoolopdracht-drugs/cijfers-en-statistieken/illegale-drugs.(2014) Geraadpleegd op 28/02/2016.
19. Druglijn. https://www.druglijn.be/over-ons/schoolopdracht-drugs/cijfers-en-statistieken/alcohol. (2014) Geraadpleegd op 01/03/2016.
20. Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie. http://www.vigez.be/themas/tabak/cijfers. (2014) Geraadpleegd op 01/03/2016.
21. De Gezondheidsenquête van 2013 in Vlaanderen. https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/TA_NL_2013.pdf. (2013) Geraadpleegd op 01/03/2016.

22. Intego database, sterftecijfers Vlaams gewest 2013. http://www.vitalink.be/Cijfers/Sterftecijfers/Algemene-sterftecijfers/Sterftecijfers-per-leeftijd--sterfterisico-en-bevolkingspiramide/#ado%27s.Geraadpleegd op 28/02/2016.
23. Marttunen M. 'Adolescent suicide in Finland. Publications of the National Public Health Institute'. KTL A2. T-Print Ky, Hyvinkää. 1994.
24. Depressie bij jongeren. Duodecim richtlijn 23/09/2010.
25. http://www.vlaamsvredesinstituut.eu/sites/vlaamsvredesinstituut.eu/files/files/20110803_factsheet_jongeren_en_geweld.pdf. (2011) Geraadpleegd op 02/03/2016.
26. De gezondheidsenquête van 2008 https://www.wivisp.be/epidemio/epinl/CROSPNL/HISNL/his08nl/r4/7.TR_Traumata_report_2008_nl.pdf.(2008) Geraadpleegd op 28/02/2016.
27. Cijfers over pesten op school.http://www.ond.vlaanderen.be/antisociaalgedrag/pgs/MIN-Pesten-3hoofdstuk2.pdf.(2011). Geraadpleegd op 25/03/2016.
28. Cijfers over pesten op het werk.http://www.jobat.be/nl/artikels/69-wordt-dagelijks-gepest-op-het-werk/ (2015). Geraadpleegd op 25/03/2016.
29. M. Keyes, Julie Maslowsky, Ava Hamilton, John Schulenberg.'The Great Sleep Recession: Changes in Sleep Duration Among US Adolescents, 1991–2012' Pediatrics. February 2015.
30. Christelijke Mutualiteit. http://www.cm.be/slaapwel/index.jsp. Geraadpleegd op 28/02/2016.
31. NHG- standaard: Het SOA-consult. 2004 https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/hetsoa-consult. Geraadpleegd op 22/2/2016.
32. Sensoa. 'Feiten over SOA's.' http://www.sensoa.be/feiten-en-cijfers/seksueel-overdraagbare-aandoeningen-soas-feiten-en-cijfers. Geraadpleegd op 28/02/2016
33. Sensoa. 'Feiten over HIV.'http://www.sensoa.be/feiten-en-cijfers/hiv-belgie-feiten-en-cijfers. Geraadpleegd op 28/02/2016.
34. Gegevens over zwangerschapsonderbreking. http://www.sexpert-vlaanderen.ugent.be/over-sexpert/sexpert-i-een-uniek-bevolkingsonderzoek. Geraadpleegd op 28/02/2016.
35. Sensoa. 'Nationale commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking (2010). Verslag ten behoeve van het parlement 1januari 2008- 31 december 2009.' www.sensoa.be/pdf/feiten_en_cijfers/FeitenEnCijfersAbortus2011.pdf . Geraadpleegd op 28/02/2016.
36. VIGEZ. 'Cijfers over zwaarlijvigheid in Vlaanderen.' http://www.vigez.be/themas/voeding-en-beweging/cijfers/gewicht. Geraadpleegd op 25/03/2016
37. Cijfers over eetstoornissen. www.eetexpert.be Nieuwsbrief nr 8, juli 2009. Geraadpleegd op 28/02/2016.
38. Kenniscentrum kinder-en jeugdpsychiatrie. http://www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/Stoornissen/Eetstoornissen-bij-adolescenten/Eetstoornissen-AN-BN-NAO/Inleiding-21#Incidentie_en_prevalentie. Geraadpleegd op 28/02/2016.
39. AUDITvragenlijst.http://www.domusmedica.be/varia/docmanalles/publiek/praktijkdocumenten/steekkaarten-en-andere-hulpmiddelen/p-psychische-problemen/686-problematisch-alcoholgebruik-1/file.html. Geraadpleegd op 03/03/2016.

10. Bijlagen

Bijlage 1: vragenlijst 'Opsporen van risicogedrag bij adolescenten en jongvolwassenen aan de hand van een vragenlijst', informed consent en informatie voor de deelnemers

Opsporen van risicogedrag bij adolescenten en jongvolwassenen aan de hand van een vragenlijst.

Beste deelnemers,

In het kader van haar Master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde doet Dr. Melissa Desmedt een onderzoek naar de benadering van adolescenten en jongvolwassenen in de huisartsenpraktijk. Dit zal zij doen aan de hand van een vragenlijst die zij heeft opgesteld. Deze vragenlijst handelt over enkele belangrijke onderwerpen bij jongeren, zoals roken, alcohol, relaties, algemeen welbevinden enzovoort. Op die manier kan zij een algemeen beeld verkrijgen van deze specifieke patiëntenpopulatie en eventuele (risico)gedragingen opsporen. De uiteindelijke bedoeling van dit onderzoek is om op langere termijn te werken aan een preventief consult specifiek gericht op adolescenten en jongvolwassenen zodat deze ook zelf met vragen en bedenkingen bij de huisarts terecht kunnen. Dit onderzoek gebeurt in de periode van 1 oktober 2015 tot en met 31 januari 2016 onder toezicht van de Vrije Universiteit Brussel. Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en volledig anoniem worden verwerkt, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer. Uw deelname vindt plaats op vrijwillige en anonieme basis. Dit wil zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts. Deelname aan deze studie zal geen therapeutisch voordeel met zich meebrengen.

Door het bevestigen van de geïnformeerde toestemming (volgende pagina van de vragenlijst) geeft de deelnemer zijn goedkeuring tot deelname aan de studie. Gezien dit onderzoek eveneens minderjarige deelnemers includeert, dient ook de wettelijke voogd (één van de ouders) zijn geïnformeerde toestemming te geven. Zo niet, mag de ingevulde vragenlijst van de minderjarige niet geïncludeerd worden in het onderzoek.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met onderstaande onderzoeker of uw behandelende huisarts.

Alvast bedankt.

Met vriendelijke groeten,

Dr. Melissa Desmedt

Geïnformeerde toestemming

Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen. Ik begrijp dat mijn deelname volledig vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, dit zonder nadelige gevolgen. Ik begrijp dat de gegevens tijdens de studie op een anonieme manier worden verzameld en dat er hierbij geen terugkoppeling mogelijk is naar mijn persoon.

Voor de minderjarige deelnemers: ik bevestig dat mijn wettelijke voogd(en) hebben ingestemd wat betreft mijn deelname aan dit onderzoek.

- ○ Ja
- ○ Neen

Deel A: sociodemografische gegevens van de deelnemers

1. Wat is je leeftijd?

……

2. Wat is je geslacht?

- Vrouw
- Man

3. Wat is je actuele activiteit?

- Ik ben student
- Ik werk
- Ik werk EN studeer
- Ik werk NOCH studeer

4. Wat is je burgerlijke staat?

- Ongehuwd
- Gehuwd
- (Wettelijk) samenwonend met partner

5. Woon je nog officieel bij je ouder(s)/voogd?

- Ja
- Neen

DEEL B: consultgedrag en band met de huisarts

1. Hoe lang ken je je huisarts? Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Ik ken mijn huisarts al heel mijn leven
- Ik ken mijn huisarts minder dan 5 jaar
- Ik ken mijn huisarts minder dan 1 jaar
- Ik heb geen (vaste) huisarts

2. Hoe vaak raadpleeg je een (huis)arts ? Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- 1 a 2 maal per jaar
- 3 a 4 maal per jaar
- Maandelijks
- Wekelijks

3. Heb je het gevoel dat je met je problemen bij je huisarts terecht kunt? Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Neen
- Onzeker

Deel C: overzicht gezondheidsrisico's

Topic 1: Slaap

1. 'Ik slaap over het algemeen goed.' Duid (één antwoord) aan wat voor jou het meest van toepassing is.

- Helemaal niet akkoord
- Niet akkoord
- Neutraal
- Akkoord
- Helemaal akkoord

2. 'Ik heb het gevoel dat ik in de loop van afgelopen maand NIET voldoende uitgerust ben geweest.' Duid (één antwoord) aan wat voor jou het meest van toepassing is.

- Helemaal niet akkoord
- Niet akkoord
- Neutraal
- Akkoord
- Helemaal akkoord

3. Heb je moeilijkheden om 's avonds in slaap te vallen? Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Nooit
- Bijna nooit
- Soms
- Tamelijk vaak
- Heel vaak

Topic 2: Tabak/drugs/alcohol

1. **Gebruik je tabak?** Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

   - Dagelijks
   - Occasioneel
   - Ik ben gestopt sinds 6 maanden of meer
   - Nooit

2. **Indien ja, vanaf welke leeftijd ben je begonnen met het gebruiken van tabak ?**
   ……

3. **Indien je tabak gebruikt/hebt gebruikt, hoeveel sigaretten per dag?** Vul het aantal per dag in cijfers in.
   ……

4. **Hoe vaak gebruik je alcohol?** Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

   - keer per MAAND of minder
   - 2-4 keer per MAAND
   - 2-3 keer per WEEK
   - 4 of meer keer per WEEK
   - Ik gebruik NOOIT alcohol

5. **Hoeveel alcoholische dranken gebruik je op een typische dag waarop je alcohol drinkt?** Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

   - Maximum 2 drankjes
   - Tussen 3 en 4 drankjes
   - Tussen 5 en 6 drankjes
   - Tussen 7 en 9 drankjes
   - 10 of meer drankjes

6. **Hoe vaak gebeurt het dat je zes of meer standaardglazen drinkt bij één enkele gelegenheid?**Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:
   - Nooit
   - Minder dan maandelijks
   - Maandelijks
   - Wekelijks
   - Dagelijks of bijna dagelijks

7. **Vanaf welke leeftijd ben je begonnen met het gebruiken van alcohol?**
   ……

8. **Heb je al eens drugs gebruikt?** Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

   - Ja
   - Nee

9. Indien ja, hoe oud was je toen?

……

10. Indien ja, hoe vaak gebruik je/heb je drugs gebruikt ? Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Ongeveer 1 keer per WEEK
- Meer dan 1 keer per WEEK
- Ongeveer 1 keer per MAAND
- Ongeveer 3 keer per JAAR
- Ongeveer 1 keer per JAAR of minder

11. Indien je drugs (hebt) gebruikt, welke drugs gebruik je/heb je al gebruikt? (Je mag meerdere antwoorden aanduiden)

- Cannabis
- XTC
- MDMA
- Speed
- Cocaïne
- Poppers
- Heroïne
- LSD
- Anderen

Topic 3: Geweld

1. Ben je ooit het slachtoffer geweest van fysiek geweld? (slagen en verwondingen aangebracht door derden) Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Neen

2. Ben je ooit het slachtoffer geweest van psychisch geweld?(verbaal pesten op werk/school/thuis, intimidaties,…) Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Neen

Topic 4: Stress/gemoedstoestand

1. Ervaar je stress op school/werkvlak? Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Nooit
- Bijna nooit
- Soms
- Tamelijk vaak
- Heel vaak

2. Ervaar je stress thuis? Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Nooit
- Bijna nooit
- Soms
- Tamelijk vaak
- Heel vaak

3. Indien je je gemoedstoestand (=hoe je je over het algemeen voelt) over de afgelopen zes maand een score van 1 tot en met 10 zou moeten geven, hoeveel zou deze zijn? Duid een score aan.(1= ik voel me zeer slecht, 5= ik voel me gemiddeld, 10= ik voel me zeer goed)

…….

Topic 5: Seksualiteit

1. Ben je al seksueel actief (geweest)? Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Neen

2. Hoe oud was je bij je eerste seksuele betrekking? Vul de leeftijd in cijfers in.

……

3. Heb je al onbeschermd seks (=ZONDER voorbehoedsmiddel) gehad buiten een vaste relatie?

- Ja
- Neen
- Onzeker

4. Indien ja, hoe vaak is dit al gebeurd? Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Eenmalig
- Tussen 2 en 4 keer
- Tussen 5 en 9 keer
- Meer dan 9 keer

5. Ben je al zwanger geweest?

- Ja
- Neen

6. Zo ja, wat is er met de zwangerschap gebeurd? Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Ik heb een zwangerschapsonderbreking ondergaan
- Ik ben bevallen en heb het kind gehouden
- Ik ben bevallen en heb het kind afgestaan
- Ik heb een miskraam gehad

Topic 6: Dieet/voedingsgewoontes

1. Wat is je lengte? Vul de ze in in cm, 1m65 is bijvoorbeeld gelijk aan 165 (cm)

……..

2. Wat is je gewicht? Vul deze in in kilogram.

……

3. Vind je van jezelf dat je over het algemeen gezond eet? Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

- Ja
- Neen
- Onzeker

4. Heb je al eens een dieet gevolgd? Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Neen

5. Zo ja, wat heb je toen gedaan om te vermageren? (Je mag meerdere antwoorden aanduiden)

- Ik heb mijn voedingsgewoontes aangepast ZONDER begeleiding van een diëtiste, arts,... Ik heb gesport
- Ik heb medicatie ingenomen
- Ik heb mijn voedingsgewoontes aangepast MET de hulp van een dietiste, arts,...
- Andere

6. Beweeg je minimum 30 minuten per dag en dit minimum 5 dagen per week?

- Ja
- Neen

Topic 7: Algemeen welbevinden op sociaal/school/professioneel vlak

1. 'Ik kom over het algemeen goed overeen met mensen uit mijn omgeving.' Kies het antwoord die voor jou het meest van toepassing is.

- Helemaal niet akkoord
- Niet akkoord
- Neutraal
- Akkoord
- Helemaal akkoord

2. 'Ik voel me op mijn gemak bij leeftijdsgenoten.' Kies het antwoord die voor jou het meest van toepassing is.

- Helemaal niet akkoord
- Niet akkoord
- Neutraal
- Akkoord
- Helemaal akkoord

3. Op een schaal van 1 tot en met 10, hoe tevreden ben je over je werk/studentenleven? Duid een score aan.(1=helemaal NIET tevreden, 5=gemiddeld tevreden, 10= helemaal tevreden)

…….

Topic 8: Gezondheidsbelevenis

1. Op een schaal van 1 tot en met 10, hoe schat je je eigen gezondheid in? Duid een score aan. (1= helemaal NIET gezond, 5= gemiddeld gezond, 10= helemaal gezond)

……..

2. Maak je je zorgen over je algemene gezondheid? Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- Nooit
- Bijna nooit
- Soms
- Tamelijk vaak
- Heel vaak

3. Is je tetanus-difterie-kinkhoest vaccinatie in orde?

- Ja
- Neen
- Onzeker

4. Is je HPV (= inenting voor het voorkomen van baarmoederhalskanker) vaccinatie in orde ?

- ○ Ja
- ○ Neen
- ○ Onzeker

5. Heb je al een uitstrijkje van je baarmoederhals laten uitvoeren?

- ○ Ja
- ○ Neen

DEEL D: validatie van de vragenlijst door de deelnemers

Beste deelnemer, we hadden graag via onderstaande stellingen/vragen je mening over de gebruikte vragenlijst gehad.

1.'Ik vind dat de vragen die hier aan bod zijn gekomen door mijn behandelende huisarts mogen gesteld worden.' Duid (één antwoord) aan wat voor jou het meest van toepassing is.

- ○ Helemaal niet akkoord
- ○ Niet akkoord
- ○ Neutraal
- ○ Akkoord
- ○ Helemaal akkoord

2. 'De tijd die ik voor het invullen van deze vragenlijst nodig had, vind ik aanvaardbaar.' Duid (één antwoord) aan wat voor jou het meest van toepassing is.

- ○ Helemaal niet akkoord
- ○ Niet akkoord
- ○ Neutraal
- ○ Akkoord
- ○ Helemaal akkoord

3.'Ik heb GEEN moeilijkheden ondervonden bij het beantwoorden van deze vragenlijst.' Duid (één antwoord) aan wat voor jou het meest van toepassing is.

- ○ Helemaal niet akkoord
- ○ Niet akkoord
- ○ Neutraal
- ○ Akkoord
- ○ Helemaal akkoord

4.'Ik vind dat deze vragenlijst voldoende handelt over de eventuele gezondheidsproblemen binnen mijn leeftijdscategorie.' Duid (één antwoord) aan wat voor jou het meest van toepassing is.

- ○ Helemaal niet akkoord
- ○ Niet akkoord
- ○ Neutraal
- ○ Akkoord
- ○ Helemaal akkoord

5. Zou je graag hebben dat de bevraagde topics aan bod komen tijdens een consultatie? Duid (één antwoord) aan wat voor jou het meest van toepassing is.

- ○ Ja
- ○ Neen
- ○ Onzeker

Bijlage 2: antwoorden en resultaten omtrent de gezondheidsrisico's van de deelnemers (n=64)

Slaap	**Frequentie (n=64)**	**Percentage**
1. 'Ik slaap over het algemeen goed'		
Helemaal NIET akkoord	7	10,94%
Niet akkoord	29	45,31%
Neutraal	9	14,06%
Akkoord	19	29,69%
Helemaal akkoord	0	0%
2. 'Ik heb het gevoel dat ik in de loop van afgelopen maand NIET voldoende uitgerust ben geweest'		
Helemaal NIET akkoord	1	1,56%
Niet akkoord	8	12,50%
Neutraal	9	14,06%
Akkoord	30	46,88%
Helemaal akkoord	16	25,00%
3. Heb je moeilijkheden om 's avonds in slaap te vallen?		
Nooit	4	6,25%
Bijna nooit	16	25,00%
Soms	18	28,13%
Tamelijk vaak	21	32,81%
Heel vaak	5	7,81%
Risicobepaling slaap		
Geen risico aanwezig	19	29,69%
Risico mogelijk aanwezig	45	70,31%

Tabak		
1. Gebruik je tabak?	**Frequentie (n=64)**	**Percentage**
Dagelijks	13	20,31%
Occasioneel	9	14,06%
Ik ben gestopt sinds 6 maanden of meer	3	4,69%
Nooit	39	60,94%
2. Vanaf welke leeftijd ben je begonnen met het gebruiken van tabak?	**Frequentie (n=25)**	
Gemiddelde	14,76	
Mediaan	15	
3. Hoeveel sigaretten rook(te) je per dag? Vul het aantal per dag in cijfers in.	**Frequentie (n=25)**	
Gemiddelde	8,8	
Mediaan	8	

Risicobepaling tabak	Frequentie (n=25)	Percentage
Ja	22	34,40%
Neen	42	65,60%

Alcohol		
1. Hoe vaak gebruik je alcohol?	**Frequentie (n=64)**	**Percentage**
1 keer per MAAND of minder	10	15,63%
2-4 keer per MAAND	17	26,56%
2-3 keer per WEEK	25	39,06%
4 of meer keer per WEEK	5	7,81%
Ik gebruik NOOIT alcohol	7	10,94%
2. Hoeveel alcoholische dranken gebruik je op een typische dag waarop je alcohol drinkt?	**Frequentie (n=57)**	**Percentage**
Maximum 2 drankjes	14	24,56%
Tussen 3 en 4 drankjes	14	24,56%
Tussen 5 en 6 drankjes	14	24,56%
Tussen 7 en 9 drankjes	10	17,54%
10 of meer drankjes	5	8,77%
3. Hoe vaak gebeurt het dat je zes of meer standaardglazen drinkt bij één enkele gelegenheid?		
Nooit	9	15,80%
Minder dan maandelijks	13	22,81%
Maandelijks	24	42,11%
Wekelijks	10	17,54%
Dagelijks of bijna dagelijks	1	1,75%
4. Vanaf welke leeftijd ben je begonnen met het gebruiken van alcohol?		
Gemiddelde	14,6	
Mediaan	15	
Risicobepaling alcoholgebruik mannen	**Frequentie (n=31)**	**Percentage**
AUDIT-score gelijk aan of groter dan 5	15	48,40%
AUDIT-score kleiner dan 5	16	51,60%
Risicobepaling alcoholgebruik vrouwen	**Frequentie (n=33)**	**Percentage**
AUDIT-score gelijk aan of groter dan 4	13	39,40%
AUDIT-score kleiner dan 4	20	60,60%

Drugs		
1. Heb je al eens drugs gebruikt?	**Frequentie (n=64)**	**Percentage**
Ja	31	48,44%
Neen	33	51,56%
2. Indien ja, hoe oud was je toen?	**Frequentie (n=31)**	
Gemiddelde	16,29	
Mediaan	16	

3. Hoe vaak gebruik je/heb je drugs gebruikt ?	**Frequentie (n=31)**	**Percentage**
Ongeveer 1 keer per WEEK	1	3,23%
Meer dan 1 keer per WEEK	4	12,90%
Ongeveer 1 keer per MAAND	8	25,81%
Ongeveer 3 keer per JAAR	11	35,48%
Ongeveer 1 keer per JAAR of minder	7	22,58%
4. Indien je drugs (hebt) gebruikt, welke drugs gebruik je/heb je al gebruikt? *(Je mag meerdere antwoorden aanduiden)*	**Frequentie (n=60)**	**Percentage**
Cannabis	30	50%
XTC	9	15%
MDMA	8	13,33%
Speed	2	3,33%
Cocaïne	6	10%
Poppers	1	1,67%
Heroïne	0	0
LSD	1	1,67%
5. Hoeveel van de hierbovenvermelde drugs heb je al gebruikt?	**Frequentie (n=64)**	**Percentage**
Ik heb nooit drugs gebruikt	33	51,60%
Ik heb 1 van de hierbovenvermelde drugs gebruikt	20	31,30%
Ik heb 2 van de hierbovenvermelde drugs gebruikt	3	4,70%
Ik heb 3 van de hierbovenvermelde drugs gebruikt	3	4,70%
Ik heb 4 van de hierbovenvermelde drugs gebruikt	2	3,10%
Ik heb 5 van de hierbovenvermelde drugs gebruikt	1	1,60%
Ik heb 6 van de hierbovenvermelde drugs gebruikt	2	3,10%

Geweld		
1. Ben je ooit het slachtoffer geweest van fysiek geweld? *(slagen en verwondingen aangebracht door derden)*	**Frequentie (n=64)**	**Percentage**
Neen	14	21,88%
Ja	50	78,13%
2. Ben je ooit het slachtoffer geweest van psychisch geweld?*(verbaal pesten op werk/school/thuis, intimidatie,...)*		
Neen	26	40,63%
Ja	38	59,38%

Stress		
1. Ervaar je stress op school/werkvlak?	**Frequentie (n=64)**	**Percentage**
Nooit	2	3,13%

Bijna nooit	8	12,50%
Soms	26	40,63%
Tamelijk vaak	23	35,94%
Heel vaak	5	7,81%
Risicobepaling stress school/werk		
Geen risico aanwezig	36	56,30%
Risico mogelijk aanwezig	28	43,80%
2. Ervaar je stress thuis?		
Nooit	7	10,94%
Bijna nooit	13	20,31%
Soms	27	42,19%
Tamelijk vaak	14	21,88%
Heel vaak	3	4,69%
Risicobepaling stress thuis		
Geen risico aanwezig	47	73,40%
Risico mogelijk aanwezig	17	26,60%

Gemoed		
Indien je je gemoedstoestand (=hoe je je over het algemeen voelt) over de afgelopen 6 maanden een score van 1 tot en met 10 zou moeten geven, hoeveel zou deze zijn? *Duid een score aan.*	**Frequentie (n=64)**	**Percentage**
1	1	1,56%
2	4	6,25%
3	18	28,13%
4	14	21,88%
5	8	12,50%
6	12	18,75%
7	6	9,38%
8	0	0
9	0	0
10	1	1,56%
Risicobepaling gemoedstoestand	**Frequentie (n=64)**	**Percentage**
Score kleiner dan of gelijk aan vijf op tien	45	70,30%
Score gelijk aan of groter dan zes op tien	19	29,70%

Seksualiteit		
1. Ben je al seksueel actief (geweest)?	**Frequentie (n=64)**	**Percentage**
Ja	52	81,25%
Neen	12	18,75%
2. Hoe oud was je bij je eerste seksuele betrekking? Vul de leeftijd in cijfers in.	**Frequentie (n=52)**	
Gemiddelde	16,27	

Mediaan	16	
3. Heb je al onbeschermd seks (=ZONDER voorbehoedsmiddel) gehad buiten een vaste relatie?	**Frequentie (n=52)**	**Percentage**
Ja	24	46,15%
Neen	21	40,38%
Onzeker	7	13,46%
3a) Indien ja, hoe vaak is dit al gebeurd?	**Frequentie (n=24)**	**Percentage**
Eenmalig	5	9,60%
Tussen 2 en 4 keer	10	19,23%
Tussen 5 en 9 keer	6	11,54%
Meer dan 9 keer	3	5,77%
4. Ben je al zwanger geweest?	**Frequentie (n=29)**	**Percentage**
Ja	3	10,34%
Neen	26	89,66%
4a) Zo ja, wat is er met de zwangerschap gebeurd?	**Frequentie (n= 3)**	**Percentage**
Ik heb een zwangerschapsonderbreking ondergaan	3	4,69%
Ik ben bevallen en heb het kind gehouden	0	0,00%
Ik ben bevallen en heb het kind afgestaan	0	0,00%
Ik heb een miskraam gehad	0	0,00%
Risicobepaling onbeschermd seksueel contact	**Frequentie (n= 64)**	**Percentage**
Ja of onzeker	31	48,40%
Neen	33	51,60%

Dieet, voeding, BMI		
1. Wat is je lengte? Vul de ze in in cm, 1m65 is bijvoorbeeld gelijk aan 165 (cm)	**Frequentie (n=64)**	
Gemiddelde	173,5	
Mediaan	174,5	
2. Wat is je gewicht? Vul deze in in kilogram.		
Gemiddelde	78,59	
Mediaan	65	
Mediaan BMI (Kg/m²)	22,2	
Gemiddelde BMI (kg/m²)	22,9	
3. Vind je van jezelf dat je over het algemeen gezond eet?	**Frequentie (n=64)**	**Percentage**
Ja	33	51,56%
Nee	16	25,00%
Onzeker	15	23,44%
4. Beweeg je minimum 30 minuten 5 dagen per week?		

Ja	21	32,81%
Neen	43	67,19%
BMI indeling		
Ondergewicht	7	10,90%
Normaal gewicht	40	62,50%
Overgewicht	15	23,40%
Obesitas	2	3,10%
Risicobepaling BMI		
BMI tussen 18.5 en 25 kg/m2	40	62,50%
BMI <18.5 of > 25 kg/m2	24	37,50%
5. Heb je al eens geprobeerd om gewicht te verliezen?		
Ja	21	32,81%
Nee	43	67,19%
5a) Zo ja, wat heb je toen gedaan om te vermageren? (Je mag meerdere antwoorden aanduiden)	**Frequentie (n=34)**	**Percentage**
Ik heb mijn voedingsgewoontes aangepast ZONDER begeleiding van een diëtiste, arts,...	13	38,24%
Ik heb gesport	11	32,35%
Ik heb medicatie ingenomen	4	11,76%
Ik heb mijn voedingsgewoontes aangepast MET de hulp van een diëtiste, arts,...	4	11,76%
Andere	2	5,88%

Tevredenheid werk/studentenleven		
1. Op een schaal van 1 tot en met 10, hoe tevreden ben je over je werk/studentenleven? Duid een score aan.	**Frequentie (n=64)**	**Percentage**
1	0	0,00%
2	1	1,56%
3	1	1,56%
4	4	6,25%
5	10	15,63%
6	4	6,25%
7	13	20,31%
8	24	37,50%
9	6	9,38%
10	1	1,56%
Risicobepaling tevredenheid school/werk		
Score kleiner dan of gelijk aan vijf op 10	16	32,80%
Score gelijk aan of groter dan zes op 10	48	67,20%

Sociaal ongemak		
	Frequentie (n=64)	**Percentage**
1. 'Ik kom over het algemeen goed overeen met de mensen uit mijn omgeving.' Kies het antwoord die voor jou het meest van toepassing is.		

Helemaal NIET akkoord	7	10,94%
Niet akkoord	8	12,50%
Neutraal	0	0,00%
Akkoord	27	42,19%
Helemaal akkoord	22	34,38%
2. 'Ik voel me op mijn gemak bij leeftijdsgenoten.' Kies het antwoord die voor jou het meest van toepassing is.		
Helemaal NIET akkoord	1	1,56%
Niet akkoord	8	12,50%
Neutraal	12	18,75%
Akkoord	28	43,75%
Helemaal akkoord	15	23,44%
Risico sociaal ongemak		
Geen risico aanwezig	43	67,20%
Risico mogelijk aanwezig	21	32,80%

Vaccinaties en uitstrijkje		
1. Is je tetanus-difterie-kinkhoest-vaccinatie in orde?	**Frequentie (n=64)**	**Percentage**
Ja	43	67,19%
Neen	3	4,69%
Onzeker	18	28,13%
Risico tetanus-difterie -kinkhoest		
Ja	43	67,20%
Onzeker of neen	21	32,80%
2.Is je HPV (= inenting voor het voorkomen van baarmoederhalskanker) vaccinatie in orde ?	**Frequentie (n=33)**	**Percentage**
Ja	20	60,60%
Neen	6	18,18%
Onzeker	7	21,21%
Risico HPV		
Ja	51	79,70%
Onzeker of neen	13	20,3
3. Heb je al een uitstrijkje van je baarmoederhals laten uitvoeren?	**Frequentie (n=3)**	**Percentage**
Ja	3	100,00%
Neen	0	0,00%

Bijlage 3: overzicht van de bivariate correlatieanalyses

	Bivariate correlatie analyse (95% BI)	
	Pearson correlatiecoefficient	**P- waarde**
A. Validatie van de vragenlijst door de deelnemers		
1.Validatie van de vragenlijst door mannelijke deelnemers (n=31)		
Duur kennis huisarts	-0.206	NS
Gevoel bij de huisarts terecht te kunnen met problemen	-0.043	NS
Aantal raadplegingen per jaar	0.349	NS
Leeftijd	0.206	NS
2. Validatie van de vragenlijst door de vrouwelijke deelnemers (n=33)		
Duur kennis huisarts	-0.131	NS
Gevoel bij de huisarts terecht te kunnen met problemen	-0.281	NS
Aantal raadplegingen per jaar	0.197	NS
Leeftijd	-0.197	NS
B. Correlatie gezondheidsrisico's		
1.Gezondheidsrisico's algemeen		
Tabakgebruik met drugsgebruik	0.286	0.022
Fysiek geweld met psychisch geweld	0.332	0.007
Stress school/werk met stress thuis	0.463	0.001
Stress thuis met slaapproblemen	0.376	0.009
Slaapproblemen met tevredenheid school/werk	0.489	0.001
2.Gezondheidsrisico's bij vrouwen (n=33)		
Sociaal ongemak en leeftijd	-0.376	0.031
3. Gezondheidsrisico's bij mannen (n=31)		
Onbeschermd seksueel contact en leeftijd	0.61	0.001

	Bivariate correlatie analyse (95% BI)	
	Pearson correlatiecoefficient	**P- waarde**
C. Correlatie gezondheidsrisico's en consultgedrag/band met de huisarts, geslacht en leeftijd		
1. Totaal aantal gezondheidsrisico's bij mannen (n=31)		
Duur kennis huisarts	0.205	NS

Gevoel bij de huisarts terecht te kunnen met problemen	-0.145	NS
Aantal raadplegingen per jaar	-0.345	0.054
Leeftijd	0.057	NS
2. Totaal aantal gezondheidsrisico's vrouwen (n=33)		
Duur kennis huisarts	0.182	NS
Gevoel bij de huisarts terecht te kunnen met problemen	0.267	NS
Aantal raadplegingen per jaar	0.214	NS
Leeftijd	0.086	NS
D. Zou je graag willen dat de bevraagde topics aan bod komen tijdens de consultatie		
Vrouwelijke deelnemers (n=33)		
Duur kennis huisarts	0.37	NS
Gevoel bij de huisarts terecht te kunnen met problemen	-0.54	NS
Aantal raadplegingen per jaar	-0.224	NS
Leeftijd	0.32	NS
Mannelijke deelnemers (n=31)		
Duur kennis huisarts	0.202	NS
Gevoel bij de huisarts terecht te kunnen met problemen	-0.049	NS
Aantal raadplegingen per jaar	-0.264	NS
Leeftijd	0.11	NS

Bijlage 4: resultaten omtrent de validatie van de vragenlijst

1. Validatie vragenlijst	Frequentie (n=64)	Percentage
Ik vind dat de vragen die hier aan bod zijn gekomen door mijn behandelende huisarts mogen gesteld worden.' Duid (één antwoord) aan wat voor jou het meest van toepassing is.		
Helemaal NIET akkoord	0	0.00%
Niet akkoord	0	0.00%
Neutraal	7	10.94%
Akkoord	33	51.56%
Helemaal akkoord	24	37.50%
'De tijd die ik voor het invullen van deze vragenlijst nodig had, vind ik aanvaardbaar.' Duid (één antwoord) aan wat voor jou het meest van toepassing is		
Helemaal NIET akkoord	0	0.00%
Niet akkoord	0	0.00%
Neutraal	2	3.13%
Akkoord	32	50.00%
Helemaal akkoord	30	46.88%
'Ik heb GEEN moeilijkheden ondervonden bij het beantwoorden van deze vragenlijst.' Duid (één antwoord) aan wat voor jou het meest van toepassing is.		
Helemaal NIET akkoord	0	0.00%
Niet akkoord	2	3.13%
Neutraal	0	0.00%
Akkoord	32	50.00%
Helemaal akkoord	30	46.88%

2. Zou je graag hebben dat de bevraagde topics aan bod komen tijdens een consultatie?	Frequentie (n=64)	Percentage
Ja	34	53.13%
Neen	7	10.94%
Onzeker	23	35.94%

Bijlage 5: goedkeuring commissie medische ethiek, Vrije Universiteit Brussel

Universitair Ziekenhuis Brussel
Vrije Universiteit Brussel

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

PROF. DR. J. VANSINTEJAN
VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
VUB

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Brussel, 27-05-2015

Ons Kenmerk: **2015/123**

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
De benadering van adolescenten en jongvolwassenen in de huisartsenpraktijk: opsporen van risicogedrag en problemen aan de hand van een vragenlijst
B.U.N. 143201524316

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, inclusief het antwoord op de vragen, de aangepaste vragenlijst en de aangepaste informatie- en toestemmingsformulieren voor de jonge deelnemers en de wettelijke vertegenwoordigers, ontvangen op 17 mei 2015, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens haar vergadering van **27 mei 2015**

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

A. Van Steirteghem, voorzitter

Bijlage 6: verzoek tot goedkeuring commissie medische ethiek, Vrije Universiteit Brussel

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS

IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

DE BENADERING VAN ADOLESCENTEN EN JONGVOLWASSENEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK: OPSPOREN VAN RISICOGEDRAG EN PROBLEMEN AAN DE HAND VAN EEN VRAGENLIJST

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: PROF. DR. JOHAN VANSINTEJAN
- FUNCTIE:DOCENT, STACO
- UNIVERSITEIT: VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL
- FACULTEIT/VAKGROEP: VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
-
- TELEFOONNUMMER: 02/477.43.04
- FAX: 02/477.43.01
- E-MAIL: JOHAN.VANSINTEJAN@VUB.AC.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. DIRK DEVROEY

CO-PROMOTOR

- NAAM:DR. NICOLE DE BECKER
- FUNCTIE: PRAKTIJKOPLEIDER
- OPLEIDINGSPRAKTIJK: DE BECKER/ VANSINTEJAN
- TELEFOONNUMMER: 02/252.18.44.11
- E-MAIL: NICOLE.DE.BECKER@TELENET.BE

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM:DESMEDT MELISSA
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER IN DE HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0474/18.54.07
- E-MAIL: MDESMEDT@VUB.AC.BE

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DR. NICOLE DE BECKER
- ADRES: MARTELARENSTRAAT 118, 1800 PEUTIE
- TELEFOONNUMMER: 02/252.18.44
- E-MAIL: NICOLE.DE.BECKER@TELENET.BE
- TYPE-PRAKTIJK: GROEPSPRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

NIET VAN TOEPASSING

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 01 OKTOBER 2015
- EINDE ONDERZOEK: 31 JANUARI 2016

7. SOORT ONDERZOEK

- ☐ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
  - ☐ VRAGENLIJSTEN

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

Adolescenten en jongvolwassenen vormen een groep apart in de patiëntenpopulatie. Immers, ze lijken over het algemeen gezond maar kunnen tegelijkertijd, door de experimentele fase die typerend is voor deze leeftijdscategorie, risicogedragingen vertonen die op langere termijn gezondheidsrisico's kunnen vormen. Er bestaan tot nu toe weinig preventiestrategieën wat betreft deze groep. Dit in tegenstelling tot andere leeftijdscategorieën zoals de bestaande GMD plus voor de 45 plussers of de begeleiding van kinderen en scholieren door Kind en Gezin en CLB. Verder lijkt het dat deze populatie eerder op consultatie komt in het kader van 'banale' acute problematiek en of administratieve taken. Hierdoor kunnen bepaalde gezondheidsrisico's niet altijd worden aangehaald noch nagegaan, dit mogelijk door tijdsgebrek en/of het feit dat er geen specifieke hulpvraag was van de patiënt zelf. Daarom lijkt het interessant om mogelijke risicofactoren na te gaan aan de hand van een elektronische vragenlijst met als doelpopulatie adolescenten en jongvolwassenen van 16 tot en met 26 jaar. Er zou worden geopteerd voor het invullen van deze vragenlijst buiten de consultatie, dit om eventuele tijdsdruk te vermijden en de nodige privacy te voorzien. De patiënten zouden via hun e-mailadres de link krijgen naar de vragenlijst. Zowel medische als psychosociale risicofactoren specifiek geacht voor deze leeftijdsgroep zouden hierin aan bod komen. Voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst moet een informed consent worden goedgekeurd. Bij minderjarige patiënten (16-17 jaar), wordt eveneens een informed consent van de wettelijke voogd gevraagd. Belangrijk is, de nadruk die gelegd wordt op het verzekeren van beroepsgeheim, ook wat betreft de minderjarige patiënt. De verkregen antwoorden worden anoniem in een SPSS bestand verwerkt voor verdere analyse. Indien men in dit onderzoek kan nagaan of deze vragenlijst effectieve gezondheidsrisico's bij jongeren kan opsporen en/of deze door de bevraagden wordt gevalideerd, kan men zich in toekomstig onderzoek richten op een specifieke en gestructureerde preventieconsult waarin de eventuele risicofactoren en aandachtspunten op een efficiënte manier met de jongere zouden kunnen worden besproken.

9. IS HET ONDERZOEK

HET BETREFT EEN EPIDEMIOLOGISCH ONDERZOEK

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ NEEN

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE: VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

ENKEL GEZONDE PROEFPERSONEN WORDEN VOOR DIT ONDERZOEK GEREKRUTEERD.

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN?

JA, MAAR HET BETREFT **EEN NIET INTERVENTIONEEL** ONDERZOEK WAARIN DE MOGELIJKE ZWANGERSCHAP NIET IN HET GEDRANG WORDT GEBRACHT

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 200

D. LEEFTIJD: 16 T.E.M 26 JAAR

E. GESLACHT : MANNELIJK EN VROUWELIJK

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? PATIËNTEN TUSSEN 16 EN 26 JAAR DIE ZICH AANMELDEN OP DE PRAKTIJK

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN? JA

B. WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK : JA, MONDELING :JA

C. ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? NEEN

D. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...) : NEEN

E. GAAT HET OM KINDEREN? JA, ADOLESCENTEN VANAF DE LEEFTIJD VAN 16 JAAR.

F. WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ? JA.

G. IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN? JA

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

❑ JA

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

❑ JA

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT. WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

NIET VAN TOEPASSING

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ? NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ? NEEN

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ? JA

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE: WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

❑ NEEN

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST? NIET VAN TOEPASSING

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM :20/03/2015
NAAM : DESMEDT MELISSA
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 20/03/2015
NAAM : DR. NICOLE DE BECKER/PROF. J. VANSINTEJAN
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM : 20/03/2015
NAAM : PROF. DR. J. VANSINTEJAN
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR

DATUM :20/03/2015
NAAM : DR. DE BECKER NICOLE
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :