What's in their HEADSS? Evaluatie van het psychosociaal interview in de huisartspraktijk: hoe ervaart de arts het gebruik?

Mittler Maud, UGent

Promotor: professor Goedhuys Jo, KUL

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Doel: Allereerst om na te gaan of adolescenten moeten gescreend worden op risicogedrag in de eerste lijn, en zo ja, welke methodes hier dan voor geschikt zijn, en of de huisarts de geschikte persoon is om deze methodes toe te passen. In het tweede luik zal nagegaan worden of het gebruik van de HEEADSSS-vragenlijst (waarbij HEEADSS staat voor 'Home', 'Education and employment', 'Eating and exercise', 'Activities', 'Drugs', 'Sexuality', 'Suicide/depression' en 'Safety'), een instrument dat gebruikt kan worden op bovenstaande onderwerpen op een niet-dreigende en open manier te bespreken, een meerwaarde kan betekenen voor de huisarts en of het afnemen van een HEEADSS-interview haalbaar is in de huisartsenpraktijk.

Methode: Via het raadplegen van de relevante medische literatuur (databank Medline) een antwoord formuleren op de eerste onderzoeksvraag. Om tot een antwoord te komen op de tweede onderzoeksvraag nam men 60 HEEADSSS-interviews af in 2 huisartsenpraktijken (30 afnames in elke praktijk). De deelnemende huisartsen vulden na elke afname een evaluatieformulier in dat peilde naar hoe vlot het interview was verlopen en wat de meerwaarde was voor de arts. Nadat de afnames waren afgerond werd er onder de deelnemende artsen een FOCUS-groep georganiseerd om de algemene ideeën en opvattingen over het gebruik van de HEEADSSS-vragenlijst te bespreken.

Resultaten: De literatuur toonde aan dat het screenen van adolescenten op risicogedrag zeker aangewezen is. Er bestaan verschillende instrumenten voor, waaronder de HEEADSSS-vragenlijst. Deze laatste leek het meest geschikte instrument voor in de huisartsenpraktijk. Er werden 78 HEEADSSS-afnames uitgevoerd. Het onderzoek toonde aan dat met een gemiddelde afnametijd van 13 minuten dit instrument kon gebruikt worden in de huisartsenpraktijk. Toch bleef tijdstekort de belangrijkste drempel voor de artsen om het instrument te gebruiken (in 41% van de keren dat er geen afname gebeurde was een gebrek aan tijd door de arts de oorzaak). Het afnemen zelf ging vlot en scoorden de artsen gemiddeld als 4,1/5. De artsen vonden het vooral een zeer geschikt instrument om een gesprek aan te gaan met de adolescente patiënten en iets meer te weten te komen over hun psychosociale achtergrond.

Besluit: Jongeren zijn kwetsbaar en vertonen soms risicogedrag dat hun gezondheid kan schaden. Screenen naar risicogedrag is dus zeker nuttig. De HEEADSSS-vragenlijst is een instrument dat door de huisarts kan gebruikt worden om op risicogedrag te screenen. Tijdstekort blijft bij de huisarts de belangrijkste drempel om te screenen. Het gebruik van het instrument wordt door de huisarts wel als goed ervaren.

Inhoudstafel

Abstract 1
Inleiding 3
Oriënterend literatuuronderzoek 4
Onderzoeksvraag 4
Methodiek 4
Resultaten 4
De adolescent en zijn gezondheid 4
De huisarts en de adolescent 4
Beschikbare screeningsinstrumenten 5
Conclusie 7
Doel praktijkonderzoek 8
Onderzoeksmethodiek 9
Situering 9
Opzet onderzoek 9
Het onderzoek: praktisch 9
Resultaten praktijkonderzoek 12
In verband met de interviews zelf 12
Evaluatie door de artsen na de afname 12
Feedback patiënten 14
FOCUS-groepen 15
Discussie 18
De HEADSS-vragenlijst en het gebruik in de huisartsenpraktijk 18
Beperkingen van dit onderzoek 19
Besluit 20
Referenties 21
Bijlagen 23

Inleiding

Tijdens het 7de jaar van mijn geneeskundestudies kwam ik in contact met de HEEADSSS-vragenlijst tijdens één van de huisartsenstages, namelijk mijn stage in Anderlecht bij wijkgezondheidscentrum Medikuregem. Mijn stagemeester toonde me het sjabloontje dat hij had gemaakt voor het medisch programma en vertelde me dat indien ik tijd over zou hebben bij een consultatie met een jongere ik dit zeker eens moest overlopen met hem of haar. Het sjabloon bestond uit enkele kernwoorden en elk kernwoord vermeldde welk domein bevraagd kon worden (bijvoorbeeld 'seksualiteit' of 'thuissituatie' of 'school'). De vragen waren aan de hand van kernwoorden opgeschreven. Ik gebruikte dit lijstje enkele malen tijdens deze stage en stond telkens versteld hoe bereid de jongeren waren iets over hun leefwereld en zichzelf te vertellen. Het was één van de vele dingen die ik leerde tijdens die bewuste huisartsenstage.

Toen ik het jaar nadien als eerstejaars HAIO met mijn PO brainstormde over mogelijke thesisonderwerpen viel alles op zijn plek toen zij vertelde over de HEEADSSS-vragenlijst en eraan toevoegde dat ze er reeds een artikel over had geschreven dat in Huisarts Nu was verschenen. Mijn interesse was meteen gewekt. Tijdens mijn eerste weken als HAIO bij WGC Zuidrand had ik al meteen het gevoel dat er veel jongeren waren die met vage klachten consulteerden en die soms gewoon voor een afwezigheidsattest leken te komen. Dit waren moeilijke consultaties en iedere tool om deze consultaties wat meer uit te diepen, wat meer betekenis te geven, om een gesprek op gang te brengen, leek welkom. Ik zag meteen een heleboel mogelijkheden en had ook het gevoel dat dit onderwerp echt een meerwaarde kon zijn voor het WGC maar hopelijk ook voor andere huisartsen in andere settings.

Via enkele omwegen belandde ik bij Victor Camerlynck, eveneens een eerstejaars HAIO die met de HEEADSSS aan de slag wilde gaan (en net was gestart in WGC Medikuregem waar ik reeds in contact was gekomen met de HEEADSSS) en zo ook bij professor Goedhuys Jo die bereid was mijn promotor te zijn.

Victor en ik besloten samen aan de slag te gaan, we wilden achterhalen wat de HEEADSSS kon betekenen, zowel voor de jongere als voor de arts en de praktijk. Was dit nu een tool waardoor de arts-patiënt relatie zou verbeteren en waardoor we bepaalde jongeren, die zichzelf aan risico's bloot stelden, misschien sneller zouden kunnen helpen? We hoopten ook meer over de jongeren te weten te komen en meer verbonden te geraken met hun leefwerelden.

Gezien we beide een eigen masterproef moeten indienen besloot Victor zich te concentreren op de gegevens die we van de jongeren zouden verkrijgen en zou ik mij concentreren op de input van de arts en het gebruik van de vragenlijst zoals ervaren door de arts.

Oriënterend literatuuronderzoek

Onderzoeksvraag

Welke mogelijkheden bestaan er in de eerste lijn om jongeren te screenen op gezondheidsgerelateerd risicogedrag en op hun psychosociale toestand? Waarom zouden we de adolescente patiënten moeten screenen? Hoe ervaart de huisarts de consultaties met jongeren? Hoe is de relatie tussen de huisarts en zijn adolescente patiënten?

Methodiek

Via Pubmed werd gezocht met de zoektermen 'general practitioner', 'psychosocial evaluation', 'psychosocial assessment' en 'adolescent'.

Ook werd gezocht via de Mesh-termen 'general practice', 'adolescent health services' en 'communication'.

Tevens werd er in tweede tijd via Pubmed specifiek gezocht op 'HEADSS' en 'HEEADSSS'.

Er werd geen systematische review uitgevoerd gezien de grote omvang van het aantal gevonden artikels en gezien niet alle artikels steeds relevant waren in het kader van onze onderzoeksvraag.

Ook werden er extra artikels aangebracht via relevant lijkende referenties uit artikels die onze initiële zoekopdracht had opgeleverd.

De officiële databanken (Belgische en Vlaamse) werden ook geraadpleegd voor cijfermateriaal.

Resultaten

De adolescent en zijn gezondheid

Tijdens zijn of haar adolescentie handelt het individu niet steeds op de beste manier voor zijn of haar mentale en fysieke gezondheid. Adolescenten onderschatten enerzijds soms het risico van bepaalde acties, ze voelen zich onoverwinnelijk. Anderzijds overschatten ze soms ook de gevolgen van hun acties. Dit kan hun mentale en psychische toestand op korte of lange termijn schaden. (1)

Het aantal bronnen dat bevestigt dat adolescenten ook gezondheidsproblemen kennen en soms risicogedrag stellen die hun mentale en/of fysieke gezondheid kan schaden, is eindeloos. (2)

Ter illustratie: in België bedroeg in 2009 het sterftecijfer voor de leeftijdsgroep van 10 tot en met 19 jaar 0,02%. 41% van deze sterftegevallen was het gevolg van een natuurlijke oorzaak (vooral als gevolg van kanker, hart- en vaatziekten, congenitale of chromosomale afwijkingen en ziekten van het ademhalingsstelsel en zenuwstelsel) en bij 59% ging het om een uitwendige oorzaak. Deze uitwendige oorzaken zijn de oorzaken die deels door preventie kunnen aangepakt worden. Het ging om: verkeersongevallen, zelfdoding, 'andere' ongevallen, onopzettelijke vergiftiging en sterfte ten gevolge van brand. (3)

Volgens een recent rapport van de WHO vormen psychische stoornissen de belangrijkste oorzaak van morbiditeit, gevolgd door verwondingen (opzettelijk of onopzettelijk), middelengebruik (zowel tabak, alcohol als andere drugs) en onbeschermd seksueel contact. (4)

De huisarts en de adolescent

Volgens een opiniestuk in de Journal of Adolescent Health is de huisarts de ideale persoon om deze adolescenten te behandelen. De huisarts kent namelijk vaak de context waarin de jongere bestaat (familie, gedragspatronen binnen het gezin en zo verder) en kan zo een meer holistische benadering aanbieden waarbij ook niet strikt medische invloeden beter in rekening kunnen gebracht worden. (5)

Andere stemmen vinden dit dan eerder een minpunt: de jongere weet dat de huisarts ook zijn of haar ouders kent en eventueel andere familieleden, zit zou voor de jongere een drempel kunnen zijn om gevoelige informatie te delen met de huisarts.

In een studie van Brown en Wissow (6) werd aangetoond dat het bespreken van gevoelige onderwerpen zoals seks, druggebruik en mentale gezondheid door de huisarts met de adolescente patiënt een positief effect heeft op hoe de jongere de huisarts percipieert. Ook zou de jongere hierdoor een actievere rol opnemen in het beslissingsproces naar behandeling toe.

En hoewel soms het idee leeft dat de adolescenten hun huisarts amper bezoeken, toont Brits onderzoek aan dat deze groep de huisarts gemiddeld 2 tot 3 keer per jaar raadpleegt en dat tot 70% van de adolescenten hun huisarts minstens 1 maal per jaar bezoekt, wat de huisarts toch de nodige kansen biedt om de jongeren op hun mogelijk risicogedrag aan te spreken. (2) Ook andere bronnen bevestigen dat de meeste adolescenten (tussen de 75% en 90%) hun huisarts minstens 1 maal per jaar bezoeken. (7)

Naar mogelijke hindernissen om open met de adolescent over zijn mogelijk risicogedrag te kunnen spreken, worden vooral vertrouwelijkheid en bereikbaarheid/laagdrempeligheid vermeldt, dit in verscheidene bronnen. (2, 7)

In een onderzoek van Mauerhofer en Berchtold kwam naar voor dat jongeren met depressieve gevoelens over het algemeen niet gemakkelijk hulp zoeken. Toch ziet bijna 80% van hen minstens jaarlijks hun huisarts. Jongeren die hun huisarts 2 keer of meer per jaar zagen waren meer geneigd deze depressieve gevoelens te bespreken met hun huisarts. Men raadt dus aan steeds een open en vriendelijke houding aan te nemen als huisarts en systematisch de gemoedstoestand na te vragen bij jongeren. (7)

De hindernissen bij de huisarts die vermeld worden zijn tijdsgebrek en een gebrek aan training in het communiceren met jongeren. Verschillende overkoepelende organisaties in de Verenigde Staten, Australië en Europa deden al moeite om extra opleiding in verband met het communiceren met jongeren binnen de eerste lijn aan te bieden, gezien dit een gekend knelpunt is. (8)

In een onderzoek van Goodwin (9) werd nagegaan hoe vaak huisartsen preventieve adviezen geven aan jongeren en risicogedrag dus bespreken. In Amerika zijn duidelijke richtlijnen van kracht die de huisartsen informeren welke topics ze moeten bespreken met de jongeren en hoe ze dit moeten doen. Toch werd slechts in 37,5% van de consultaties 1 of meerdere topics besproken. Dit illustreert dat huisartsen over het algemeen niet gemakkelijk aan preventie doen bij jongeren en dat alle instrumenten om dit te vergemakkelijken welkom zijn. Ook wordt hier aangehaald dat de consultaties bij de huisarts vaak gericht zijn op het oplossen of verhelpen van een medische, meestal lichamelijke, klacht; er wordt de vraag gesteld of een ingepland preventieconsult niet nodig is.

Beschikbare screeningsinstrumenten

Verschillende instrumenten zijn beschikbaar. Sommige instrumenten screenen specifiek naar 1 type van risicogedrag, anderen screenen breder naar verschillende soorten van risicogedrag. Sommige instrumenten zijn wijdverspreid, anderen worden slechts 1- of 2-malig vermeld. Ook de lengte van de afname varieert. Er zijn instrumenten die tot 2-3h vragen om volledig toe te passen. (10-12) De instrumenten die relevant leken en wijdverspreid zijn werden besproken.

De **CRAFFT**-vragenlijst (waarbij ‘CRAFFT’ staat voor car, relax, alone, forget, family or friends, trouble) is een screeningsinstrument dat zich vooral toespitst op middelenmisbruik. Het is een relatief korte vragenlijst bestaande uit 6 vragen en kan dus relatief snel worden afgenomen. Het instrument is zeer

sensitief maar indien er misbruik wordt vastgesteld zal een aanvullend instrument of een aanvullende vragenlijst of een aanvullende diepte-anamnese nodig zijn om de ernst van het misbruik te evalueren. (10)

De **PHQ-A** (the Patient Health Questionnaire for Adolescents) is een versie op maat van adolescenten van de PHQ-9. Dit instrument screent via het bevragen van de gemoedstoestand, verveling en dergelijke naar psychiatrische stoornissen, voornamelijk depressie. De vragenlijst bestaat uit 9 vragen die voornamelijk de DSM-IV criteria voor depressie overlopen. Ook het gebruik ervan in de eerste lijn werd gevalideerd. (13)

Ook de '**Pediatric Symptom Checklist**' is een internationaal erkende vragenlijst om cognitieve, emotionele en gedrags- problemen bij kinderen en adolescenten zo vroeg mogelijk op te sporen. Er bestaat een versie voor kinderen vanaf 4 jaar en een versie voor adolescenten vanaf 11 jaar. De vragenlijst kan op en 10-tal minuten worden ingevuld. Een deel wordt door de ouder ingevuld en een deel moet door het kind/de adolescent zelf worden ingevuld. (13)

Ook de '**Child Behavior Checklist**' is een internationaal erkende vragenlijst om gedragsproblemen te detecteren bij adolescenten van 6 tot 18 jaar. (14)

Interessanter zijn de instrumenten die breder screenen en meerdere domeinen bevragen.

De '**GAPS Questionnaire**' (waarbij GAPS staat voor Guidelines for Adolescent Prevention Survey) bestaat uit 2 delen: een vragenlijst die door de ouder moet ingevuld worden en een vragenlijst die door de adolescent moet worden ingevuld. Er is een versie voor adolescenten tussen de 11 en de 14 jaar en een versie voor adolescenten tussen de 15 en de 21 jaar. Deze vragenlijsten polsen breed naar onder andere de algemene gezondheid van de adolescent, naar lichamelijke klachten, bezorgdheden van de ouders, familiale context, school, middelenmisbruik, de veiligheid van de adolescent, zelfbeeld en seksuele activiteit. (15)

Ook **KIDSCREEN**, een Europees initiatief dat ontwikkeld werd met de hulp van jongeren via FOCUS-groepen, (16) peilt via een vragenlijst naar het psychosociaal welbevinden van de adolescent. Hoewel zowel de mentale als fysieke gezondheid worden bevraagd gaat er geen specifieke aandacht uit naar seksuele activiteit noch middelenmisbruik. De vragenlijst kan relatief snel worden ingevuld (in minder dan een kwartier).

De **HEADSS- of HEEADSSS**-vragenlijst peilt zeer breed naar psychosociaal welbevinden, net als fysieke gezondheid en risicogedrag. Dit instrument, dat oorspronkelijk werd ontwikkeld om 'runaway youth' te evalueren in eerstelijnscentra (17), geeft de aanzet om een open gesprek te voeren met de patiënt. Het is dus geen in te vullen vragenlijst, wel een lijst met open, niet dreigende vragen die per onderwerp zijn gecategoriseerd om de huisarts te begeleiden in het aangaan van een gesprek met de adolescent. Er worden 8 domeinen bevraagd: 'Home' of de thuissituatie, 'Education and employment' of de schoolsituatie, 'Eating and exercise' of het eetpatroon en de sportactiviteiten, 'Activities' of de activiteiten die de adolescent in zijn vrije tijd doet, 'Drugs' of het middelengebruik en de perceptie ervan, 'Sexuality' of de seksuele activiteit, 'Suicide/depression' of de gemoedstoestand en eventuele depressieve gevoelens en tenslotte 'Safety' of hoe veilig de adolescent zich voelt. (18, 19)

HEADSS/HEEADSSS

De HEADSS- of HEEADSS-vragenlijst werd reeds in vele verschillende contexten gebruikt en geëvalueerd. Zowel in de 2de of 3de lijn als in de eerste lijn. Zo werd de HEEADSSS-vragenlijst al gebruikt op een reumatologie-afdeling (20) om na te gaan of de afname een meerwaarde kan betekenen naar het begeleiden van de vrouwelijke adolescente patiënten toe, en dit in het

kader van hun reproductieve gezondheid. Ook op verschillende spoedgevallendiensten werd de HEEADSSS-afname gebruikt. (21, 22) Het includeren van een HEEADSSS-afname bij een spoedconsult was volgens de deelnemende artsen een goede manier om toch een grondige psychosociale anamnese te bekomen, iets waar vaak weinig aandacht voor is op een spoedgevallendienst. Er werd ook aangehaald dat een aanmelding op de dienst spoedgevallen de ideale opportuniteit is om de jongeren te screenen op risicogedrag gezien vele van deze jongeren snel hun toevlucht nemen tot spoed en niet zozeer naar de huisarts gaan met hun klachten. Zelfs in een tertiair pediatrisch centrum (23) bleek het bevragen van risicogedrag en het in kaart brengen van de psychosociale gezondheid van de adolescent vaak onvoldoende. Via het gebruik van de HEEADSSS-vragenlijst trachtte men dit systematisch wel te doen.

In de eerste lijn werd ook al geëxperimenteerd met de HEEADSSS-vragenlijst. Zo werd dit instrument reeds gebruikt in een onderzoek in Australië waarbij eerstelijnsartsen vrouwelijke patiënten screenden op risicogedrag om zo te bepalen of al dan niet verder onderzoek of verdere begeleiding nodig was. (24) De HEEADSSS-vragenlijst is in dit kader een goede tool gezien deze systematisch de verschillende domeinen bevraagt en men de vragenlijst ook gemakkelijk kan aanpassen naargelang de situatie/de patiënt. Ook werd de HEEADSSS-vragenlijst reeds gebruikt in een onderzoek in een centrum voor dakloze jongeren, specifiek voor het screenen naar seksueel risicogedrag om zo te bepalen of verder onderzoek naar SOA's nodig was. (25) Ook om specifiek te screenen naar depressie en naar de preventie van zelfdoding toe, werd de HEEADSSS-vragenlijst reeds gebruikt. Zo werd deze afgenomen bij een grote groep middelbare schoolstudenten. (26)

Conclusie

De nodige cijfers bevestigen dat jongeren hun gezondheid en mogelijk zelfs hun eigen leven in gevaar kunnen en zullen brengen door hun gedrag. Screenen naar risicogedrag kan dus zeker gerechtvaardigd worden. De vraag is eerder: hoe screenen? Hoewel het zeker zo is dat er een zeer grote verscheidenheid aan screeningsinstrumenten bestaat, kozen de onderzoekers voor de HEEADSS-vragenlijst. Dit om verschillende redenen: dit instrument omvatte een brede screening waarbij veel verschillende domeinen werden bevraagd, de tijd die nodig was om het instrument te gebruiken kon aangepast worden en zo kon dit instrument ook in een huisartsenpraktijk gebruikt worden, het instrument bestond niet uit een droge in te vullen lijst maar was eerder een instrument om de arts te wapenen met de juiste open vragen om zo een gesprek aan te kunnen gaan over de psychosociale gezondheid en eventueel gesteld risicogedrag bij zijn of haar adolescente patiënten.

Doel praktijkonderzoek

Onderzoeksvraag: betekent het afnemen van de HEEADSS-vragenlijst een meerwaarde voor de arts? Leidt de bekomen informatie tot een betere behandeling? Is het afnemen van de vragenlijst tijdens een consultatie haalbaar? Wat zijn mogelijke struikelblokken?

Onderzoeksmethodiek

Voor het praktijkonderzoek baseerde men zich op de HEEADSSS-vragenlijst die in het artikel van Marijke Avonts (27) werd gebruikt.

Situering

Het onderzoek zal doorgaan in 2 huisartsenpraktijken: WGC Medikuregem te Anderlecht waar Victor Camerlynck als eerstejaars HAIO aan de slag was en WGC Zuidrand te Antwerpen waar Maud Mittler (auteur van deze masterproef) aan de slag was. Beide praktijken zijn wijkgezondheidscentra en dus multidisciplinaire forfaitaire praktijken. Deze forfaitaire setting zorgt ervoor dat de kostprijs geen drempel kan zijn voor de adolescenten om een arts te raadplegen. Anderzijds is de patiëntenpopulatie van een doorsnee WGC niet dezelfde als deze van een doorsnee Vlaamse huisartsenpraktijk. Het gaat vaak om lagere sociale klassen en een meer multiculturele mix.

WGC Zuidrand is een relatief jonge praktijk die werd opgestart in 2011, waardoor het aandeel oudere patiënten ook relatief klein is. Er werken 4 huisartsen en 1 HAIO, 1 verpleegkundige en 1 sociaal assistent. Het artsenteam bestaat uit 4 vrouwen en 1 man en de leeftijden liggen tussen de 27 en de 53 jaar. Bij WGC Medikuregem is het aandeel oudere patiënten veel groter gezien dit WGC is ontstaan uit een klassieke huisartsenpraktijk die reeds 10-tallen jaren bestond. Er werken 7 huisartsen en 1 HAIO, 2 verpleegkundigen, 1 sociaal assistent, 3 halftijdse psychologen, 1 diëtiste en 1 gezondheidspromotor. Het artsenteam bestaat uit 5 mannen en 3 vrouwen en de leeftijden variëren tussen de 26 en de 63 jaar.

Bij WGC Zuidrand wordt zowel met vrije consultatie als met consultatie op afspraak gewerkt. Vrije consultatie houdt in dat de patiënten zich steeds mogen aanmelden tussen 16h en 18h en dan sowieso gezien worden door een arts, soms lopen de wachttijden natuurlijk wel op. Bij WGC Medikuregem wordt enkel op afspraak gewerkt.

Opzet onderzoek

De opzet van het onderzoek was om in elke praktijk 30 HEEADSSS-interviews af te nemen. Het onderzoek zou starten op 1 april 2015 en zou eindigen zodra de kaap van 30 afnames bereikt werd. Alle artsen zouden deelnemen.

Inclusiecriteria: ingeschreven patiënt bij WGC Medikuregem of WGC Zuidrand, leeftijd vanaf 12 tot en met 20 jaar.

Exclusiecriteria: huisbezoeken, weigering tot deelname door patiënt of door de ouder van de patiënt, patiënt die niet alleen kan bevraagd worden, urgenties, (psychiatrische) problematiek waar naar inschatting van de arts de afname van een interview tegenaangewezen is, tijdsgebrek van de arts (< 20 min) of het niet invullen van de evaluatie door de arts. Ook werd afgesproken dat elke deelnmende arts minimum 3 HEEADSSS-interviews moest afgenomen hebben voor zijn of haar interviews werden geïncludeerd.

Het onderzoek: praktisch

Voor het onderzoek van start ging werd er een korte inleidende informatiesessie georganiseerd voor de deelnemende artsen en nadien ook een uitgebreidere praktische sessie, deze laatste net voor het onderzoek van start zou gaan. De korte inleidende informatiesessie had als doel om iedereen al eens kennis te laten maken met het begrip HEEADSS en de redenering die vooraf was gegaan. In de uitgebreidere sessie werden alle opgestelde formulieren overlopen (zoals het informed consent en het sjabloon met de vragen voor het interview en dergelijke) en werd al eens geoefend onder elkaar door

middel van een rollenspel. Ook werden alle praktische zaken toegelicht en konden de artsen al hun vragen stellen.

Net voor het onderzoek van start ging werd er een poster in de wachtzaal opgehangen waarin aan de patiënten werd meegedeeld dat er een onderzoek in de praktijk liep over de leefwereld van jongeren en dat het dus mogelijk was dat bepaalde patiënten werden uitgenodigd deel te nemen.

Het onderzoek hield in: dat elke arts een patiënt die binnen de inclusie- en exclusiecriteria viel zou uitnodigen om deel te nemen aan het onderzoek. Dit bij aanvang van de consultatie of nadat de aanmeldingsklacht was afgehandeld. De arts overliep dan een informatieblad met de patiënt en lichtte toe wat het doel was van het onderzoek en hoe het zou verlopen. Indien de patiënt instemde ontving hij het informatieblad om bij te houden en moest hij of zij het toestemmingsformulier ondertekenen. De arts begon dan aan het HEEADSSS-interview aan de hand van het vooropgesteld sjabloon (hierover meteen meer). De arts kon tijdens het interview noteren wat de patiënt zei of nadien. Deze informatie werd elektronisch geregistreerd in het dossier. Als het interview was afgelopen gaf de arts het evaluatieformulier voor de patiënt mee aan de patiënt. De patiënt kon dit dan invullen nadat hij of zij de consultatieruimte had verlaten en anoniem deponeren aan het onthaal. Nadat de arts de patiënt had buitengelaten moest de arts zelf het evaluatieformulier voor de arts invullen, dit gebeurde schriftelijk.

Het afnameformulier of sjabloon (zie bijlage 1): het HEEADSSS-interview bevraagt 8 domeinen binnen het leven van de adolescent. ‘H’ staat voor ‘Home and environment’ of de thuissituatie en omgeving, ‘E’ staat voor ‘Education and employment’ en peilt naar het schoolgaan of het werken moest de jongere niet langer naar school gaan, de tweede ‘E’ staat voor ‘Eating and exercises’ en vraagt naar eetgewoontes en sportgewoontes, ‘A’ staat voor ‘Activities’ en peilt naar de vrije tijdsbesteding van de adolescent, ‘D’ staat voor ‘Drugs’ en peilt naar middelengebruik (zowel alcohol, als roken, als drugs), de eerste ‘S’ staat voor ‘Sexuality’ en peilt naar relaties en seksuele activiteit en contraceptie, de tweede ‘S’ staat voor ‘Suicide and depression’ en evalueert de algemene gemoedstoestand van de jongere en de derde ‘S’ tenslotte staat voor ‘Safety’ waarbij de eigen waargenomen veiligheid wordt bevraagd. Het aantal open, niet bedreigende vragen dat per domein volgens de HEEADSS kan gebruikt worden is groot. Daarom werd geopteerd om per domein enkele vragen uit te kiezen. Dit vooral om de uniformiteit van de afnames te optimaliseren en ook om de afname niet te tijdsintensief te maken. Per domein werden er minimum 1 en maximum 4 vragen geselecteerd. Dit sjabloon werd in elke praktijk elektronisch ingevoerd in het medisch programma. De respectievelijke onderzoekers deden dit voor de eigen praktijk. In Antwerpen werd er met Medidoc gewerkt en werd het sjabloon als Word-bestand ingevoegd bij de sjablonen (ontwerpen voor onder andere doorverwijsbrieven en dergelijke). De arts kon dus vanuit het dossier van de patiënt het HEEADSSS-sjabloon openen en dan in het document beginnen typen. Nadien werd het document bewaard en kon het steeds vanuit het dossier geopend worden. In Brussel werd er met Medigest gewerkt en daar kan men per consultatie een ‘template’ openen, bijvoorbeeld ‘luchtweginfectie’ of ‘diabetes’, er kunnen per consultatie meerdere templates worden geopend. Er werd een template HEEADSSS gecreëerd. De artsen vulden de bekomen gegevens in en dan werd de consultatie bewaard in het dossier van de patiënt. Ook moest de begintijd van het interview en de eindtijd genoteerd worden in het sjabloon. Dit gaat dus specifiek om het interview, niet om de begintijd en de eindtijd van de consultatie.

Ook werd er een informed consent of toestemmingsformulier opgesteld (zie bijlage 2). Dit moest door de patiënt ondertekend worden nadat deze had ingestemd met het deelnemen aan het onderzoek en voor het interview van start ging. Bij het informed consent hoorde ook een informatiedocument. De informatie die op dit document stond werd mondeling door de arts reeds besproken met de patiënt

voor het interview van start ging. De geschreven informatie werd nadien ook meegegeven met de patiënt (zie bijlage 3).

Na de HEEADSS-afname volgden nog 2 formaliteiten: enerzijds moest de arts het evaluatieformulier voor de arts (zie bijlage 4) invullen en anderzijds moest de patiënt het anonieme evaluatieformulier voor de patiënt (zie bijlage 5) invullen en indienen in een doos in de buurt van het onthaal.

Het evaluatieformulier voor de arts moest meteen na het afsluiten van het interview en het consult en na het buiten gaan van de patiënt door de arts ingevuld worden. Hij of zij moest dan de globale afname scoren en ook de afname van elk domein. Ook was er plaats voor algemene opmerkingen. Er werd ook specifiek gevraagd naar het algemene gevoel, wat volgens de arts bij deze patiënt de meerwaarde was van het interview, of de arts dingen liever anders had gedaan en welke nieuwe informatie over de patiënt bekomen werd. Ook werd nagevraagd of het haalbaar was dit allemaal neer te typen. Dit alles moest schriftelijk op het voorgedrukte formulier worden ingevuld. Deze formulieren werden nadien aan de onderzoeker overhandigd.

Het evaluatieformulier voor de patiënt werd aan de patiënt meegegeven na het interview, er werd benadrukt dat dit een volledig anoniem evaluatieformulier was en er werd gevraagd dit zo eerlijk mogelijk in te vullen na het buiten gaan en het nadien te deponeren in de doos aan het onthaal. In dit formulier werd aan de hand van 4 vragen gepeild naar het nut volgens de patiënt van dit interview, of de patiënt het aangenaam vond, of ze dachten dat hun band met de arts nu verbeterd was en naar de eerlijkheid bij antwoorden. Deze formulieren werden na afloop van het onderzoek verzameld en verwerkt. Dit zijn de enige formulieren die niet door aanduiding van een nummer gekoppeld waren aan de inhoud van het interview en de evaluatie van de arts.

Na afloop van het onderzoek werd er onder elk artsenteam (dus per WGC) nog een FOCUS-groep gehouden om het onderzoek te bespreken. Ook dit gebeurde volgens een sjabloon (zie bijlage 6). Er werd in een eerste deel vooral gepraat over de praktische aspecten van het HEEADSSS-interview en in een tweede deel werd meer over de inhoud van de afnames gepraat, wat de artsen te weten waren gekomen over de ondervraagde adolescenten.

De bekomen informatie van de patiënten werd nadien met de hulp van Nvivo geanalyseerd. Ook de informatie die de artsen aan de hand van het evaluatieformulier doorgaven werd met Nvivo geanalyseerd. De kwantitatieve data werden met de hulp van SPSS verwerkt.

Resultaten praktijkonderzoek

In verband met de interviews zelf

In WGC Medikuregem werd op 10 april 2015 gestart met de afnames. Op 6 mei 2015 werd het onderzoek afgerond en had men 48 afnames verzameld.

In WGC Zuidrand werd op 23 april 2015 gestart met de afnames. Tegen 18 juni 2015 werd de kaap van 30 afnames gehaald en werd het onderzoek afgerond.

De tijd die een arts nodig had voor een afname varieerde van 3 minuten tot 35 minuten met een mediaan van 10 minuten en een gemiddelde van 12,72 minuten. De benodigde tijd was eerder artsgebonden (weinig variatie binnen de tijden van 1 arts, wel onderling). De participatiegraad kon enkel op de gegevens van WGC Medikuregem bepaald worden gezien ze daar enkel op afspraak werken. Van de jongeren die een afspraak maakten om op consultatie te komen tijdens de studieperiode (en die daadwerkelijk aanwezig waren voor hun afspraak) nam 36% (N=138) deel aan de studie (voor de patiënten die tijdens de studietijd meer dan 1 keer op consulatie kwamen werd er slechts 1 consultatie meegerekend). Het niet deelnemen kan enerzijds het gevolg zijn van een jongere die niet wenst deel te nemen of het kan ook het gevolg zijn van een arts die een jongere niet uitnodigt om deel te nemen. De artsen scoorden de algemene vlotheid van afname gemiddeld 4,1 (N=72, gezien van de totale 78 afnames er bij 6 afnames geen score werd ingegeven bij 'algemeen'). De mogelijke drempels om een HEEADSSS-afname niet af te nemen waren verscheiden, waarbij de factor tijd de belangrijkste was (zie ook tabel 1). Bij WGC Medikuregem werd systematisch nagegaan om welke reden er een afname niet gebeurde.

Arts heeft geen tijd	41,3%
Vergeten door arts	12,1%
Reeds afgenomen	11%
Onbekend	7,3%
Weigering door patiënt	6,4%
Acute consultatie (exclusiecriterium)	6,4%
HEEADSSS in het verleden (buiten studie)	5,5%
Psychologisch probleem (exclusiecriterium)	3,7%
Niet alleen	2,7%
Arts te moe	1,8%
Overige	1,8%

Tabel 1: reden dat er geen HEEADSS-afname gebeurd was bij WGC Medikuregem

Evaluatie door de artsen na de afname

Nadat de consulatie volledig was afgelopen (HEADSS-afname + consultatie) werd er van de artsen verwacht dat zij een evaluatieformulier invulden. Dit gebeurde op papier. Ze moesten zowel elk domein (Home & environment, Education & employment, Eating & exercices, Activities, Drugs, Sexuality, Suicide/depression en Safety) scoren qua vlotheid en gemak van afname (via het omcirkelen van een getal tussen 1 en 5 waarbij 1 een moeizame afname betekende en 5 een gemakkelijke, vlotte, aangename afname) als ook de globale afname, en nadien was er ruimte om schriftelijk op enkele vragen te antwoorden (zie bijlage 4) en eventuele opmerkingen te noteren. De gemiddelde algemene score bedroeg 4,1 (N=72). Waaruit we dus kunnen besluiten dat de algemene indruk van de artsen toch was dat de afname eerder vlot ging en dit gegeven wordt bevestigd in de FOCUS-groep (zie FOCUS-groepen). De gemiddelde score voor 'Home & environment' was 4,3 (N=78); voor 'Education & employment' was dit eveneens 4,3 (N=78); voor 'Eating & Excercise' was dit 4 (N=78); voor 'Activities' was dit 4,1 (N=77); voor 'Drugs' was de gemiddelde score 4,1 (N=75); voor 'Sexuality' was dit 3,8

(N=77); voor ‘Suicide/depression’ was dit 4 (N=77) en voor ‘Safety’ was dit 4,1 (N=73). Bij de meeste afnames zijn quasi alle domeinen bevraagd. Home miste 1 maal, education miste ook 1 maal, net als eating (in 99% bevraagd). Suicide miste 2 maal, net als activities en sexuality (in 97% bevraagd). Drugs werd in 4 afnames niet bevraagd (in 95% bevraagd). Safety werd het vaakste niet bevraagd: bij 6 afnames (in 92% bevraagd). Er werd bij 7 afnames geen algemene score vermeld (9%). Ook moet worden opgemerkt dat de scores over het algemeen hoog lagen, met weinig uitschieters naar beneden toe. Voor home werd er nooit minder dan 3 gescoord, voor education en activities eveneens (de 3 domeinen die ook in de FOCUS-groep werden benoemd als ‘aangenaam, interessant, goede openers’). Ook voor safety werd nooit minder dan 3 gescoord, een domein dat tijdens de FOCUS-groep wel gemengde reacties naar vlotheid uitlokte. Voor eating werd er nooit minder dan 2 gescoord, net als bij drugs, sexuality en depressie.

Voor de kwalitatieve gegevens werd gewerkt met Nvivo zoals eerder vermeld. Er moet ook opgemerkt worden dat er bij bepaalde afnames vragen open gelaten werden, waar niets van extra info werd gegeven. Wat ook opvalt is dat de vraag ‘Wat is de toegevoegde waarde van de afname?’ en de vraag ‘Wat was je anders nooit te weten gekomen?’ zeer gelijkaardige en overlappende antwoorden genereren over het algemeen.

De eerste bijkomende (open) vraag waar de arts op moest antwoorden op het evaluatieformulier peilde naar de algemene indruk/het algemene gevoel bij de afname. Van de 79 afnames waren er 5 afnames waar niets werd vermeld bij deze open vraag. Gezien er verschillende elementen in het antwoord konden geformuleerd worden kon 1 antwoord verschillende zaken naar voor brengen. 9 maal werd er iets over **aarzeling** bij de patiënt gerapporteerd. Dit kon gaan van ‘Jongen in het begin wat afstandelijk, maar toch redelijk vlotte afname.’ tot ‘Vertelt niet zo heel vlot, maar toch geen probleem om over seks en drugs te praten. Moet het er wel uittrekken.’. 3 keer werd er iets neergeschreven over dat **de arts zelf een drempel ervaarde** tijdens de afname. 1 maal werd er expliciet vermeld dat dit een **gezonde jongere was zonder alarmtekens of risicogedrag**. Liefst 60 keer werd er vermeld dat het **een aangenaam gesprek was, dat het goed vlotte**. Dit ging van ‘Vlotte afname.’ tot ‘Heel goed gevoel. Bedankt op het eind expliciet.’. Bij 6 afnames schrijft de arts neer dat hij twijfelt **of de patiënt wel de volledige waarheid vertelt**. De arts uit dit zo: ‘Redelijk oké, wel niet alles verteld denk ik.’, of zo: ‘Eerder bedeesd. Heeft alles wel beantwoord maar niet helemaal zeker of eerlijk antwoord dan wel "sociaal wenselijk".’. 4 maal wordt er gemeld dat de afname **niet zo vlot loopt, dat het een moeilijker gesprek** is. Vaak wordt het woord ‘onnatuurlijk’ dan gebruikt. 1 maal schreef de arts neer dat **de patiënt expliciet had gevraagd om bepaalde zaken niet neer te schrijven** en dus niet te registreren. Eveneens 1 keer vermeldt de arts **dat de vragen in verband met seksualiteit moeilijk te bevragen waren**.

De tweede bijkomende (open) vraag was de volgende: ‘Wat is de toegevoegde waarde van de vragenlijst bij deze patiënt?’. Bij 15 afnames van de 79 werd er hier niets neergeschreven. 37 maal werd er vermeld dat de afname vooral **de arts patiënt-relatie ten goede kwam en dat de arts wat meer algemene informatie over de patiënt** had te weten gekomen. Dit gaat van ‘Stille patiënt, die uit zichzelf niet veel zou vertellen. Dus dit gaf toch een open atmosfeer.’ tot ‘Heeft nu vertrouwenspersoon: weet dat ze hier terecht kan.’ en ‘Info die je anders toch niet kent. Vertrouwelijkheid aan jongen uitleggen. Ze zien zonder ouders.’. 15 maal komt er **negatieve informatie** naar boven, dus informatie die toont dat de jongere op psychosociaal vlak of op medisch vlak problemen kent of risicofactoren kent. Dit kan gaan van vaststellen dat de patiënt al zeer vaak verhuisd is op korte tijd tot te weten komen dat er geweld plaats vindt thuis of nog vaststellen dat een patiënt zich op abnormale wijze fixeert op haar of zijn gewicht. Bij 4 afnames werd expliciet vermeld dat er **niet echt een toegevoegde waarde** bestaat. En tenslotte bij 3 afnames werd vermeld dat men

van de ondervraagde jongere kon besluiten dat **hij/zij gezond** was en dat er dus niet meteen gezondheidsrisico's bestonden.

De derde (open) vraag van het evaluatieformulier voor de arts was: 'Wat had ik liever anders gedaan?'. Bij 36 van de 79 afnames werd hier niets genoteerd. Het vaakst (18) werd meegedeeld dat de arts liever **meer tijd had gehad of dat hij of zij had willen doorvragen** (soms met specificatie van waarover). 12 maal wordt gerapporteerd dat de arts **niets** anders had willen doen. 9 keer wordt er genoteerd dat men liever **de vragen op een andere manier had gesteld**. Dit ging van 'De vragen nog neutraler gesteld?' tot 'Meer tijd genomen om vragen op andere manier te benaderen.'. 7 keer werd er vermeld dat de arts de afname **sneller** had willen doen. Wel moet hier worden opgemerkt dat de 7 vermeldingen (100%) door 1 arts werden gemaakt. Dit is de enige vaststelling voor het gehele formulier waar er geen duidelijk heterogeniteit is welke artsen eenzelfde iets aangeven.

De vierde (open) vraag luidde 'Wat was ik nooit te weten gekomen zonder deze vragenlijst?'. Van de 79 afnames waren er 20 waar niets werd genoteerd bij deze vraag. Hier werden de gegevens in 2 grote groepen onderverdeeld: een groep met gegevens die, hoewel ze iets zeiden over de patiënt, medisch gezien niet meteen een meerwaarde hadden; en een groep met gegevens die wel betekenis had binnen de medische context. 36 keer werden er gegevens gerapporteerd die **iets zeiden over de patiënt maar die niet strikt medisch relevant waren**. Dit kon informatie zijn over de hobby's van de ondervraagde patiënt, wat hij of zij later wilde worden, zijn of haar toekomstplannen of meer informatie over het gezin en de onderlinge relaties. 15 keer werden er **gegevens gerapporteerd die wel medisch relevant zijn**. Dit kon gaan om informatie rond de seksuele activiteit, of er werd gerapporteerd dat de patiënt in kwestie gepest werd en daar mentaal enorm onder leed, of informatie rond abusus.

De vijfde en laatste (open) vraag die de artsen na de afname schriftelijk moesten beantwoorden was: 'Hoe ging het om dit allemaal te noteren (te typen)?'. Slechts in 10 afnames werd er niets genoteerd als antwoord op deze vraag. 42 keer werd er gemeld dat het registreren **goed ging, haalbaar was**. 14 maal werd er dan weer gerapporteerd dat het **moeizaam was, moeilijker ging**. Over wanneer de artsen registreerden weten we het volgende: 15 keer werd er vermeld dat de arts in kwestie **na de afname alles registreerde**, 5 keer werd er vermeld dat de arts tijdens de afname al dingen registreerde maar **nadien wel nog moest aanvullen**, en 3 keer werd er expliciet vermeld dat de arts **tijdens de afname zo goed als alles reeds had kunnen registreren**. Verder werd er 5 maal vermeld dat de arts **stopte met registreren zodra er moeilijkere onderwerpen** (seksualiteit bijvoorbeeld) aan bod kwamen.

Feedback patiënten

Na de afname en de consultatie werd het gesprek afgesloten en vertrok de patiënt. Hij of zij had dan een formulier meegekregen met 4 eenvoudige vragen op (zie bijlage 5). Bij elke vraag waren er reeds 3 of 4 antwoordmogelijkheden beschikbaar en de patiënt moest enkel het antwoord dat voor hem of haar van toepassing was omcirkelen. Nadien kon de patiënt het formulier in een doos deponeren naast het onthaal. Deze evaluatie gebeurde dus volledig anoniem.

De eerste vraag was 'Vond je deze vragenlijst nuttig?'. De grootste groep (64%) vond de afname nuttig. 22% vond het een beetje nuttig maar eerder wel, 9% vond het een beetje nuttig maar eerder niet en 5% van de ondervraagde patiënten vond het niet nuttig.

De tweede vraag was 'Vond je het een aangenaam gesprek?'. Geen enkele jongeren (0%) rapporteerde dat hij of zij het gesprek onaangenaam vond. 26% stond neutraal tegenover deze vraag en 74% vond het een aangenaam gesprek.

De derde vraag was ‘Heb je het gevoel dat je band met de dokter nu verbeterd is?. Geen enkele ondervraagde patiënt (0%) vond dat zijn band met de arts niet verbeterd was, eerder verslechterd. 19% vond dat zijn of haar band met de arts niet verbeterd was maar ook niet verslechterd en 81% vond dat de band verbeterd was.

De vierde en laatste vraag was ‘Heb je eerlijk kunnen antwoorden?’. 5% geeft aan zo goed als nooit eerlijk te hebben kunnen antwoorden. 2,5% heeft meestal niet eerlijk kunnen antwoorden. 16,3% heeft meestal wel eerlijk kunnen antwoorden en 76% heeft bijna altijd eerlijk kunnen antwoorden.

FOCUS-groepen

Enkele weken nadat de studie was afgerond werd in beide centra afzonderlijk met het artsenteam samen gezeten en werd er besproken wat de algemene indrukken waren en wat de eventuele opmerkingen waren bij het gebruik van de HEADSS-vragenlijst. Het sjabloon gebruikt voor deze FOCUS-groepen kan u terugvinden bij de bijlages (bijlage 6). Een eerste deel handelde over het praktisch gebruik van de HEADSS-vragenlijst en een tweede deel over de inhoud en wat ermee gedaan kan worden.

<u>Evaluatie/bespreking van het praktisch gebruik</u>

Qua tijdsrovend karakter waren de meeste artsen het erover eens dat eenmaal je het eens probeert, je merkt dat het eigenlijk wel meevalt. Niettegenstaande: de afname kost tijd en dat is dus tijd die je niet aan iets anders kan spenderen, het vraagt dus wel extra tijd. Uiteraard werd er ook opgemerkt dat je de afname zo lang kan maken als je wilt. Maar een korte, bondige afname was voor de meeste artsen wel mogelijk. Er werd ook opgemerkt dat de meeste jongeren consulteren met eerder banale klachten en dat de klacht dus snel genoeg afgehandeld kan worden zodat er nog tijd is voor de HEADSS-afname. Bij de artsen van WGC Zuidrand werd wel opgemerkt dat er bij drukke vrije raadplegingen wel tijdsdruk was en dat het dan moeilijker was om de HEADSS-afname toe te passen. Op afspraak vormde dit al minder een probleem.

Qua praktisch gebruik naar registreren toe, vonden de meeste artsen een document dat je vanuit het dossier kon openen zeer gebruiksvriendelijk. Wel werd opgemerkt dat er nog moet nagedacht worden over: vul je het document telkens aan, of maak je per HEADSS (bijvoorbeeld 2 jaar later, als je nog eens wil evalueren) een nieuw document aan? De meeste artsen gaven aan tijdens de afname enkele kernwoorden te noteren en na de consultatie deze kernwoorden wat aan te vullen zodat de registratie ook door andere collega’s kon gebruikt worden. Enkelingen (een minderheid) slaagden erin te registreren tijdens de afname. Verder wordt ook vermeld dat typen tijdens het bespreken van gevoelige onderwerpen moeilijk ligt, de artsen willen dan echt tonen dat ze luisteren.

Wat alle artsen wel aangaven is dat ze nadat het onderzoek ten einde liep, de HEEADSSS-afname amper opnieuw hadden gebruikt. Enkele vragen, naargelang de context, wel hier en daar maar dus geen volledige afname. Er wordt ‘moeheid’ vermeld, net zoals bij andere ‘extra’ zaken die van de huisarts worden verwacht (zoals het GMD+).

Er werd ook geopperd de patiënten uit te nodigen voor een jaarlijkse afname, zowel omdat het dan wordt ingepland en je verplicht bent het te doen en ook omdat er dan tijd voorzien is. Verder wordt ook vermeld dat jongeren evolueren en dat een afname dus niet eindeloos meegaat. Tevens merkt men ook op dat als je al iets over de psychosociale context van de patiënt registreert in het journaal, deze informatie vaak verloren gaat. Als deze informatie op een vastgelegde plek wordt geregistreerd kan je deze ook gemakkelijker terugvinden.

Over de leercurve bij de afnames zijn de artsen ook éénduidig: eigenlijk heb je het snel onder de knie en je merkt ook snel op dat de patiënten eigenlijk heel open staan naar zo'n gesprek. Dus: de eerste afname vormt een drempel maar nadien loopt het vlot. Het zijn vooral de vragen die je je nog wat eigen moet maken, en na een tijd merk je ook welke bewoording wel werkt en welke niet.

Bij WGC Medikuregem, waar veel van de oudere artsen de families (en dus de ouders) al een lange tijd kennen, werd gerapporteerd dat men toch eerder het gevoel had dat de jongeren gemakkelijker een jongere arts raadplegen voor moeilijkere kwesties (bijvoorbeeld seksuele problemen) en dus ook gemakkelijker zaken vertellen tegen een jongere arts.

Evaluatie/bespreking van de inhoudelijke (meer)waarde

Over de opbouw waren de artsen het eens: de gemakkelijker onderwerpen om mee te openen (home, education) waren leuk om te bevragen, vooral omdat de jongeren er zeer open over praatten. Seksualiteit (naar het einde toe) vond iedereen moeilijker. Er werd ook de vraag gesteld of de jongeren daar wel eerlijk antwoordden? Safety en Depression was ook niet steeds gemakkelijk omdat sommige artsen deze vragen weinig natuurlijk vonden en soms de indruk hadden dat de jongeren dit vreemde vragen vonden. Andere artsen vonden dit dan weer wel interessant (gemengde antwoorden dus). De verveel-vraag en de cijfer-vraag (scoor jezelf naar gevoel tussen 0 en 10) werden wel als nuttig ervaren, maar dus niet steeds duidelijk onthaald door de jongere. Er wordt ook expliciet vermeld dat de score-vraag soms heel onverwachtse antwoorden naar boven bracht: een lage score na een aangenaam gesprek waar niet veel bijzonders uit naar boven kwam. Men vraagt zich af of dat niet bij de adolescentie hoort, laagtes en hoogtes en vooral het snel overgaan van het een in het ander.

Zeker bij de bevraging van seksualiteit hebben de meeste artsen toch het gevoel dat de jongeren niet altijd volledig eerlijk zijn. (Er moet wel worden opgemerkt dat de meeste bevraagde jongeren van thuis uit in een andere cultuur werden opgevoed.)

Een volledig anonieme vragenlijst is natuurlijk niet haalbaar in de huisartsenpraktijk. Sommige artsen vragen zich ook af of de adolescenten het begrip beroepsgeheim begrijpen.

Wat ook wordt vermeld is dat religie niet vaak ter sprake komt, noch onder activiteiten, noch onder omgeving. Enkel als de artsen hier specifiek achter vroegen werd dit vermeld. Zeker in de bevraagde populaties valt dit toch op (gezien een groot deel moslim is). Indien men als arts werkt binnen een populatie waar zowel Westerse waarden als ook andersculturele waarden bestaan, is het daarom misschien nuttig hier nog een extra vraag over te includeren.

Het sjabloon was summier en dit bevestigden de artsen. Als je wilde doorvragen over een onderwerp moest je echt wel bijkomende vragen hanteren (die ook ter beschikking werden gesteld). Maar iedereen was natuurlijk vrij om door te vragen waar hij of zij dat nodig achtte.

Qua meerwaarde geven de artsen toe dat je over het algemeen niet zo heel veel concrete zaken bijleert over de jongere. Dus als we het bekijken als een instrument om risicogedrag mee op te sporen blijkt dit minder te kloppen. Wel versterkt dit de band en heb je wat achtergrondinformatie over de jongere in kwestie. Uiteraard is dit ook logisch: bij de overgrote meerderheid van de jongeren mogen we er toch wel van uit gaan dat er geen ernstige gezondheidsproblemen aanwezig zijn. Verder wordt ook 'preventie' vermeld: eigenlijk open je een deur indien er problemen zouden ontstaan. 'Een instrument om een gesprek te creëren.' Er wordt dus in beide artsengroepen beaamd dat het vooral een instrument is dat je bij zoveel mogelijke jongeren zou moeten gebruiken, als instrument om de psychosociale omkadering te kennen, als er dan ook nog iets uitkomt waar je als arts iets mee kan doen (doorverwijzen, begeleiden, educatie aanbieden) dan is dat mooi meegenomen. De overgrote

meerderheid van de afnames bracht geen belangrijke zaken aan het licht maar schetste wel een beeld van de jongere dat de arts vaak niet kende.

Er werd verder ook gesproken over een sociaal dossier, niet enkel voor jongeren maar voor alle patiënten, waarbij er een vaste plaats zou zijn in het dossier om de psychosociale toestand van de patiënt te registreren en dat deze informatie zo gemakkelijk zou kunnen worden teruggevonden en ook bijgevuld en aangepast.

Discussie

De HEADSS-vragenlijst en het gebruik in de huisartsenpraktijk

Het is niet vanzelfsprekend de resultaten van dit onderzoek zomaar te extrapoleren naar eender welke Belgische huisartsenpraktijk. De setting van een wijkgezondheidscentrum en ook de gemiddelde populatie van een wijkgezondheidscentrum is niet gelijk aan die van een doorsnee huisartsenpraktijk. Toch heeft elke huisartsenpraktijk een jongerenpopulatie onder zijn patiënten, in mindere of meerdere mate. Ook weten we dat elke volwassen patiënt vanaf een bepaalde leeftijd recht heeft op een GMD-plus (waar ook, weliswaar kort, wordt gepolst naar de mentale gezondheid) en dat er geen equivalent bestaat voor deze jongeren, die toch vaak extra kwetsbaar zijn voor gezondheidsgerelateerd risicogedrag.

Het gebruik van de HEADSS-vragenlijst door de artsen tijdens het onderzoek werd globaal als positief ervaren. Dit bevestigt het kwalitatieve luik van de evaluatie door de arts: niet minder dan 60 vermeldingen dat het een positief gesprek was, een aangename afname (81%). Ook tijdens de FOCUS-groep werd dit bevestigt: hoewel de artsen vooral initieel wel een drempel ervaarden stonden ze ervan versteld hoe vlot het eigenlijk ging zodra ze het eens probeerde. Het was dus vooral de eerste afname die een drempel vormde voor de meeste artsen. Qua haalbaarheid waren er wel de nodige hindernissen. Tijd vormt de belangrijkste. In WGC Medikuregem werd ook bijgehouden wat de reden was van een jongere waarbij geen afname werd verricht (zie tabel 1) en daaruit kwam naar voor dat de belangrijkste reden een gebrek aan tijd was (in 41%). Ook in de FOCUS-groepen en uit de evaluatie bij de arts kwam vooral de tijdsfactor naar voor als belangrijke drempel. En hoewel de artsen wel meestal een meerwaarde zagen in een afname, gaven de meeste artsen in de FOCUS-groep wel toe de HEADSS-vragenlijst niet meer te hebben gebruikt nadat het onderzoek was afgelopen. Wel werd vermeld dat er elementen uit deze vragenlijst door bepaalde artsen nog waren gebruikt. Een zekere drijfkracht om de afname te vermelden en ze ook te voeren is dus wel nodig. Het blijft namelijk een tijdsintensieve handeling, en net dat is wat alle artsen steeds tekort komen: tijd. Hoewel tijd steeds terugkomt als de grootste drempel voor een afname, werden bij het gros van de afnames toch alle domeinen bevraagd (in 91%). Als de arts er éénmaal aan begint lukt het in de overgrote meerderheid van de gevallen dus wel om alle domeinen van de HEADSS-vragenlijst aan te raken. Via het evaluatieformulier voor de arts kwam ook naar voor dat een groot deel van de artsen na de afname niets anders hadden willen doen (in 28% van de afnames waarbij dit item werd geëvalueerd). Het grootste punt dat naar voor kwam bij deze vraag (‘Wat had ik liever anders gedaan?’) blijft wel meer tijd nemen en meer doorvragen (in 42% van de gevallen).

Qua inhoud van de afname werd met de resultaten van de evaluatie van de arts bevestigd wat er in de FOCUS-groepen naar voor kwam: *home* en *education* scoren het hoogst qua vlotheid van afname, gevolgd door *activities*. Maar ook *drugs* scoort relatief hoog (gedeelde 2de plaats), net als *safety*; over dit laatste onderwerp waren de meningen verdeeld in de FOCUS-groep, sommige artsen vonden dit een moeilijk te bevragen onderwerp, anderen vonden dit wel nuttig en vonden dit niet vreemd overkomen naar de jongere toe (de standaardvraag was ‘Voel je je veilig?’). Nadien komen *suicide/depression* en *eating*. Op de laatste plaats, zoals ook naar voor kwam uit de FOCUS-groepen, staat *sexuality*. Dit laatste werd verschillende malen gerapporteerd: het bevragen van de seksuele activiteit en de visie over seksualiteit vonden de meeste artsen moeilijk, ook hadden ze soms twijfels bij de eerlijkheid waarmee de patiënten op deze vragen antwoordden. Het begrip confidentialiteit en beroepsgeheim werd nochtans uitgelegd voor de aanvang van het interview en de confidentialiteit werd beloofd, de vraag blijft: vatten adolescenten dit wel? En vertrouwen ze de arts?

Qua meerwaarde van het interview op basis van de HEADSS-vragenlijst werd vooral gerapporteerd dat de artsen het vooral een goed instrument vinden om een gesprek te starten, om de arts patiënt-relatie te versterken. Als goed screeningsinstrument werd het gebruik van deze vragenlijst niet echt bevestigd, of zo ervaarden de artsen dit althans. Bij 24% van de afnames waar ook informatie werd ingegeven door de arts op de vraag 'Wat is de meerwaarde?' werd gemeld dat er negatieve informatie (dus informatie die een risico voor de jongere bloot legt dat van medisch belang is, op fysiek of mentaal vlak) naar boven kwam. Dit is toch geen onbelangrijk deel van de afnames. Dit werd bevestigd bij de vraag 'Wat was je anders niet te weten gekomen?', waarbij er bij 25% van de afnames waar ook de genoemde vraag beantwoord werd door de arts opnieuw werd meegedeeld dat er medisch relevante informatie naar voor kwam.

Hoewel dit niet tot het doel van deze thesis behoort, is het toch de moeite te vermelden dat bij de anonieme patiëntenevaluatie geen enkele melding gemaakt werd dat de patiënt het een onaangenaam gesprek vond. Wat zou kunnen bevestigen dat de afname de arts patiënt-relatie ten goede komt, ook vanuit het standpunt van de patiënt.

Beperkingen van dit onderzoek

Toen de kwantitatieve gegevens met behulp van SPSS en een experte op dit gebied (medewerkster Biostat Ugent) werden verwerkt, werd al snel duidelijk dat ons onderzoek te klein was om in bepaalde subgroepen conclusies te trekken. Zo werd de vraag gesteld of het geslacht van de arts of de leeftijd van de arts een invloed had op de vlotheid van de afname. Dit kon aan de hand van ons onderzoek niet beantwoord worden gezien het aantal afnames hier veel te beperkt voor was. Wat men zich wel kan afvragen is: is dit van belang? Moest blijken dat een mannelijke arts beter een mannelijke jongere kan bevragen en een vrouwelijke arts een vrouwelijke jongere, is dit dan iets waar men mee verder kan in de huisartsenpraktijk? Dit lijkt onwaarschijnlijk. Het is zo al moeilijk genoeg om de afnames daadwerkelijk te uit te voeren, vooral omwille van de tijdsdruk, moesten er nog extra criteria aan verbonden worden (bijvoorbeeld enkel afname bij jongere van hetzelfde geslacht als de arts die de afname uitvoert) dan zou dit het aantal afnames alleen maar verkleinen. Verder zou dit ook geen positief signaal zijn: men gaat mee in de veronderstellingen, de vooroordelen, waar dat men dit als huisarts net wil open trekken lijkt me. Al neemt dit niet weg dat het wel interessant is te weten of deze factoren invloed hebben.

Bij het bekijken van de resultaten van de evaluatie van de arts viel ook meteen op dat vraag 4 (Wat was ik nooit te weten gekomen zonder deze vragenlijst?) zeer overlappend is met vraag 2 (Wat is de toegevoegde waarde van de vragenlijst bij deze patiënt?), vraag 4 had dus weggelaten kunnen worden of door een betere vraag vervangen geworden. De resultaten op deze vragen liggen ook in dezelfde lijn, wat ons dus weinig nieuwe informatie oplevert.

Een andere bemerking bij de opzet van dit onderzoek is of er door iedere arts bij iedere afname echt de tijd werd genomen om zorgvuldig de evaluatie in te vullen. Tijd bleek namelijk wat elke arts steeds tekort kwam. Werden er niet snel enkele cirkels getrokken, vaak dezelfde? Ook bij de schriftelijke antwoorden op de vragen van het tweede luik van de evaluatie is de vraag of er voldoende tijd was om doordacht en volledig te antwoorden. Bij een ideaal onderzoek zou hier systematisch tijd voor voorzien moeten worden, iets wat natuurlijk bij deze huisartsenpraktijken niet echt haalbaar was. De kwaliteit van registreren en van evalueren achteraf zal dus beïnvloed geweest zijn door de tijd voorhanden en de drukte die op dat moment heerste.

Besluit

De jongeren binnen een huisartsenpopulatie interviewen gebruik makend van de HEADSS-vragenlijst biedt voor de arts zeker een meerwaarde. Men bekomt informatie over de psychosociale achtergrond van de jongere die men anders niet had gekend. Ook is dit een goed instrument om de arts patiënt-relatie te verbeteren en om duidelijk te maken aan de jongere dat een heleboel onderwerpen bespreekbaar zijn (seksualiteit, druggebruik, depressieve gevoelens en zo verder). Dit kan de begeleiding en de behandeling van de adolescente patiënten zeker ten goede komen. De grootste drempel voor de huisarts blijft tijdsgebrek. Toch is een afname mogelijk op gemiddeld 13 minuten, wat de afname zeker haalbaar maakt op minder drukke momenten of mits wat extra planning. Ook de drempel die de arts voelt om aan een interview te beginnen kan een struikelblok vormen, dit wordt vaak overwonnen door aan de slag te gaan en enkele interviews af te nemen. Als screeningsinstrument naar risicogedrag is de waarde van deze interviewmethode niet volledig duidelijk. Men kan zeker bepaald risicogedrag detecteren maar of men elk risicogedrag kan detecteren is niet duidelijk gezien men ook gemerkt heeft dat niet elke jongere bereid is in volledige eerlijkheid op alle vragen te antwoorden.

Referenties

1. Nightingale EO, Fischhoff B. Adolescent risk and vulnerability: overview. J Adolesc Health. 2002;31(1 Suppl):3-9.
2. McPherson A. Adolescents in primary care. BMJ. 2005;330(7489):465-7.
3. België ADSeEI. Overlijdens naar oorspronkelijke doodsoorzakengroep, geslacht en leeftijdsgroep http://statbel.fgov.be/nl/binaries/NL%20-%20Tableau%201.3_T_pdf_tcm325-210617.pdf2009.
4. WHO. Adolescent health epidemiology http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/2012.
5. Bush R, Dekker A, Feldman E, Waitz M. Family physicians and health care for adolescents. J Adolesc Health. 2002;31(3):221-2.
6. Brown JD, Wissow LS. Discussion of sensitive health topics with youth during primary care visits: relationship to youth perceptions of care. J Adolesc Health. 2009;44(1):48-54.
7. Mauerhofer A, Berchtold A, Michaud PA, Suris JC. GPs' role in the detection of psychological problems of young people: a population-based study. Br J Gen Pract. 2009;59(566):e308-14.
8. Michaud PA, Stronski S, Fonseca H, Macfarlane A, Eu TWG. The development and pilot-testing of a training curriculum in adolescent medicine and health. J Adolesc Health. 2004;35(1):51-7.
9. Goodwin MA, Flocke SA, Borawski EA, Zyzanski SJ, Stange KC. Direct observation of health-habit counseling of adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med. 1999;153(4):367-73.
10. Ham P, Allen C. Adolescent health screening and counseling. Am Fam Physician. 2012;86(12):1109-16.
11. Daniel J. Pilowsky L-TW. Screening instruments for substance use and brief interventions targeting adolescents in primary care: A literature review. Addictive Behaviors. 2013;38(5):2146-53.
12. WILLIAMS ST. Mental Health Screening and Assessment Tools for Children, Literature Review: The Northern California Training Academy; 2008.
13. Reijneveld SA, Vogels AG, Hoekstra F, Crone MR. Use of the Pediatric Symptom Checklist for the detection of psychosocial problems in preventive child healthcare. BMC Public Health. 2006;6:197.
14. Simeonova DI, Nguyen T, Walker EF. Psychosis risk screening in clinical high-risk adolescents: a longitudinal investigation using the Child Behavior Checklist. Schizophr Res. 2014;159(1):7-13.
15. Webb BD, Barrera M, Beyene J, Carcao M, Daneman D, Elliott I, et al. Determinants of quality of life in children with chronic somatic disease: pilot data from the GapS Questionnaire. Qual Life Res. 2013;22(2):339-49.
16. Detmar SB, Bruil J, Ravens-Sieberer U, Gosch A, Bisegger C, European Kg. The use of focus groups in the development of the KIDSCREEN HRQL questionnaire. Qual Life Res. 2006;15(8):1345-53.
17. Cohen E, Mackenzie RG, Yates GL. HEADSS, a psychosocial risk assessment instrument: implications for designing effective intervention programs for runaway youth. J Adolesc Health. 1991;12(7):539-44.
18. Katzenellenbogen R. HEADSS: The "Review of Systems" for Adolescents. Virtual Mentor. 2005;7(3).
19. Jones S, Mertyn E, Alhucema P, Monagle P, Newall F. HEEADSSS assessment for adolescents requiring anticoagulation therapy. Arch Dis Child. 2012;97(5):430-3.
20. Ronis T, Frankovich J, Yen S, Sandborg C, Chira P. Pilot study of reproductive health counseling in a pediatric rheumatology clinic. Arthritis Care Res (Hoboken). 2014;66(4):631-5.
21. Van Amstel LL, Lafleur DL, Blake K. Raising our HEADSS: adolescent psychosocial documentation in the emergency department. Acad Emerg Med. 2004;11(6):648-55.
22. Hicks CF, Ward MJ, Platt SL. Adolescents' and young adults' perspectives on their emergency care. Pediatr Emerg Care. 2014;30(8):529-33.
23. Yeo MS, Bond LM, Sawyer SM. Health risk screening in adolescents: room for improvement in a tertiary inpatient setting. Med J Aust. 2005;183(8):427-9.

24. Carr-Gregg MR, Enderby KC, Grover SR. Risk-taking behaviour of young women in Australia: screening for health-risk behaviours. Med J Aust. 2003;178(12):601-4.
25. Eade DM, Henning D. Chlamydia screening in young people as an outcome of a HEADSS; Home, Education, Activities, Drug and alcohol use, Sexuality and Suicide youth psychosocial assessment tool. J Clin Nurs. 2013;22(23-24):3280-8.
26. Biddle VS, Sekula LK, Zoucha R, Puskar KR. Identification of suicide risk among rural youth: implications for the use of HEADSS. J Pediatr Health Care. 2010;24(3):152-67.
27. Avonts M. VLA. In gesprek met jongeren over hun leefwereld. Gebruik van HEADSS in de praktijk. Huisarts Nu. 2012(41):196-201.

Bijlagen

1. Het HEADSS-afnameformulier
2. Het informed consent
3. Het informatieblad
4. De evaluatie door de arts
5. De anonieme evaluatie door de patiënt
6. Sjabloon FOCUS-groep
7. Protocol aanvraag goedkeuring Ethisch Comité
8. Goedkeuring Ethisch Comité

Bijlage 1: Het HEADSS-afnameformulier

HEADSS afnameformulier

Begintijd:

1. Home & environment

- Waar woon je en wie woont er bij je?
- Is er recent thuis iemand nieuw bijgekomen of iemand weggegaan?

2. Education & Employment

- Ga je naar school? (Zo niet: peilen naar werk.)
- Waar ben je goed in op school? Wat is moeilijker voor jou? Wat voor punten haal je?
- Ben je de laatste jaren van school veranderd?
- Wat wil je doen na je opleiding? Toekomstplannen/doelen/dromen?

3. Eating & Exercices

- Wat vind je leuk en niet leuk aan je lichaam?
- Hoeveel doe je gemiddeld aan sport/fysieke activiteit per dag?
- Wat denk je dat gezonde voeding is? In welke mate is dat anders dan jouw huidig eetpatroon?

4. Activities

- Wat doe je voor je plezier? Wat doe je met je vrienden? Wat doe je in je vrije tijd?
- Hoe denk je dat je vrienden je omschrijven?

5. Drugs

- Rookt één van je vrienden? Gebruikt er iemand alcohol? Andere drugs? En jij?
- Rookt er iemand thuis? Zijn er ooit problemen geweest met alcohol of drugs in jouw familie?

6. Sexuality

- Heb je ooit een relatie gehad?
- Heb je ooit seks gehad? Voel je je goed bij seksuele activiteit?
- Wat betekent de term ‘veilig vrijen’ voor jou?

7. Suicide/Depression

- Verveel je je continu?
- Voel je je vaker dan normaal slecht of down? Hoe voel je je nu op een schaal van 0 tot 10?

8. Safety

- Voel je je veilig? Is de school een veilige plaats? En thuis?

Eindtijd:

Bijlage 2: Het informed consent

TOESTEMMINGSFORMULIER

What's in their HEADSS? Evaluatie van een psychosociaal interviewmodel voor adolescenten in de huisartspraktijk: visie van de huisarts.
What's in their HEADSS? Evaluatie van een psychosociaal interviewmodel voor adolescenten in de huisartspraktijk: wat leren we over de patiënt?

Deel bestemd voor de deelnemer:

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

Ik heb begrepen dat ik mijn deelname aan dit onderzoek op elk ogenblik mag stopzetten nadat ik de onderzoeker hierover heb ingelicht, zonder dat dit mij enig nadeel kan berokkenen.

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

Ik stem geheel vrijwillig toe om deel te nemen aan dit onderzoek en om mee te werken aan alle gevraagde onderzoekshandelingen (deelname aan een interview).

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

Bijlage 3: Het informatieblad

INFORMATIEDOCUMENT VOOR DE DEELNEMER

Titel van het onderzoek:
What's in their HEADSS? Evaluatie van een psychosociaal interviewmodel voor adolescenten in de huisartspraktijk: visie van de huisarts.

Beste deelnemer,

U wordt uitgenodigd om vrijwillig deel te nemen aan een onderzoek waarbij een nieuw soort vragenlijst voor jongeren wordt getest. Vooraleer u toestemt om aan dit onderzoek deel te nemen is het belangrijk dat u dit informatiedocument leest.

- **Studiespecifieke inlichtingen**

Doel en beschrijving van het onderzoek

Dit is een wetenschappelijk onderzoek waaraan naar verwachting in totaal 60 personen zullen deelnemen. Dit onderzoek gaat van de universiteiten KU Leuven en UGent uit.

In dit onderzoek worden aan onze jongere patiënten (tussen 12 en 20 jaar) enkele vragen gesteld om meer te weten te komen over hun achtergrond (thuissituatie, schoolsituatie, vriendenkring en zo verder). Dit onderzoek wordt in 2 huisartsenpraktijken uitgevoerd.
Met dit onderzoek willen we nagaan of deze vragenlijst nut heeft zowel voor de patiënt als voor de arts.

Duur van het onderzoek

Dit onderzoek zal ongeveer 15 minuten duren.

Voor- en nadelen

Door deel te nemen aan dit onderzoek zal u geen nadelen ondervinden. De arts zal uw zorgvraag even aandachtig en grondig behandelen.

De informatie die dit onderzoek oplevert, kan bijdragen tot een betere kennis over de leefwereld en noden van jongeren.

- **Algemene informatie over de deelname aan een onderzoek**

Vrijwillige deelname

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

Bescherming van de persoonlijke levenssfeer / privacy

Uw identiteit en uw deelname aan dit onderzoek worden strikt vertrouwelijk behandeld. U naam zal niet worden gebruikt bij het verdere onderzoek. Uw gegevens zullen anoniem worden verwerkt.

Indien u nog vragen hebt kan u deze altijd stellen aan de onderzoekers (info op achterkant).

Opdrachtgevers:
KU Leuven en UGent

Promotor:
Professor Goedhuys Jo, KUL

Onderzoekers:
– *Mittler Maud, HAIO bij WGC Zuidrand (De Bosschaertstraat 289, 2020 Antwerpen, 03/237 13 72) en ingeschreven aan de Ugent voor de master-na-master huisartsgeneeskunde. E-mailadres: maud.mittler@ugent.be*
– *Camerlynck Victor, HAIO bij WGC Medikuregem (Jozef Dujardinstraat 8, 1070 Anderlecht, 02/522 32 87) en ingeschreven aan de KUL voor de master-na-master huisartsgeneeskunde. E-mailadres: victor_camerlynck@hotmail.com*

Commissie voor Medische Ethiek:
Commissie Medische Ethiek UZ KU Leuven / Onderzoek
Campus Gasthuisberg
Herestraat 49, B-3000 Leuven
016/34 86 00, ec@uzleuven.be

Bijlage 4: De evaluatie door de arts

HEADSS: evaluatie gebruik door arts

1: slecht interview, (quasi) geen informatie bekomen, het gesprek kwam niet op gang
2: eerder moeilijk interview, moeizame afname
3: matige afname
4: het gesprek kwam goed op gang, eerder goede afname
5: zeer vlotte afname, veel informatie bekomen

(Indien u een domein niet bevroeg, gelieve geen getal te omcirkelen.)

1. Home & environment

Vlotheid bevraging: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

2. Education & Employment

Vlotheid bevraging: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

3. Eating & Exercices

Vlotheid bevraging: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

4. Activities

Vlotheid bevraging: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

5. Drugs

Vlotheid bevraging: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

6. Sexuality

Vlotheid bevraging: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

7. Suicide/Depression

Vlotheid bevraging: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

8. Safety

Vlotheid bevraging: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

9. Algemeen

Vlotheid bevraging: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

10. Bijkomende vragen

Algeme(e)n(e) indruk/gevoel:

……
……
……

Wat is de toegevoegde waarde van de vragenlijst bij deze patiënt:

……
……
……

Wat had ik liever anders gedaan:

……
……
……

Wat was ik nooit te weten gekomen zonder deze vragenlijst:

……
……
……

Hoe ging het om dit allemaal te noteren (te typen):

……
……

Bijlage 5: De anonieme evaluatie door de patiënt

Geef ons feedback!

Dit formulier is volledig anoniem.

Omcirkel het streepje voor de zin die het best bij jouw mening past.

1. Vond je deze vragenlijst nuttig?

– Niet nuttig.

– Een beetje nuttig maar eerder niet.

– Een beetje nuttig maar eerder wel.

– Nuttig.

2. Vond je het een aangenaam gesprek?

– Onaangenaam.

– Neutraal.

– Aangenaam.

3. Heb je het gevoel dat je band met de dokter nu verbeterd is?

– Niet verbeterd, eerder verslechterd.

– Niet verbeterd, niet verslechterd.

– Verbeterd.

4. Heb je eerlijk kunnen antwoorden?

– Zo goed als nooit.

– Meestal niet, soms wel.

– Meestal wel, soms niet.

– Bijna altijd wel.

Bijlage 6: Sjabloon FOCUS-groep

Sjabloon FOCUS-groep

Praktisch gebruik van de vragenlijst
– Tijdrovend of niet? Gebruiksvriendelijk? Andere drempels? Nadien nog gebruikt?
– Leereffect? Vlottere afnames tegen het einde?
– Hoe lukte het noteren?

Inhoudelijk
– Welke vragen waren leuk te bevragen, of welke vragen vonden jullie goede, bruikbare vragen? Welke vragen waren niet leuk of moeilijker? Wat ontbreekt er nog?
– Is het een nuttig instrument? Zijn de artsen dingen te weten gekomen die medisch relevant zijn? Of overschatten we de vragenlijst en verandert dit interview niet veel?

Confronteren met enkele bevindingen
– Gemiddelde afnametijd.
– Zijn de bevraagde patiënten eerlijk? Zeker over seksualiteit?

Bijlage 7: Protocol aanvraag goedkeuring Ethisch Comité

(De onderstaande tekst is een verkorte versie van de methodologie die we in onze aanvraag aan de voor-commissie van de KUL hebben vermeld. Gezien we enkel de voor-commissie hebben moeten raadplegen hebben we niet gebruik moeten maken van het klassieke aanvraagformulier en hebben we dus ook geen protocol, zoals beschreven in het klassieke aanvraagformulier, moeten bijvoegen.)

Studiepopulatie
Inclusiecriteria: ingeschreven patiënten bij WGC Medikuregem te Anderlecht en bij WGC Zuidrand te Antwerpen die zich aanbieden op de consultatie van de deelnemende huisartsen, patiënten vanaf 12 jaar tot en met 20 jaar, zowel meisjes als jongens.
Exclusiecriteria: weigering tot deelname van de patiënt, tijdsgebrek waardoor de kwaliteit van afname niet gegarandeerd kan worden (dit is het geval wanneer de arts beschikt over minder dan 20 minuten voor de consultatie), een afname van een HEADSS-vragenlijst in het verleden, hoogacute problemen of zeer specifieke (complexe) hulpvragen die ervoor zorgen dat het introduceren van de HEADSS-vragenlijst tijdens de consultatie niet mogelijk is, huisbezoeken.
De arts moet elke patiënt die voldoet aan de criteria uitnodigen om deel te nemen aan het onderzoek.

Ontwerp studie
Indien de patiënt binnen de studiepopulatie valt stelt de huisarts voor een psychosociaal interview af te nemen. Dit interview is gestructureerd aan de hand van de HEADSS-vragenlijst. HE(E)ADSS(S) is een acroniem voor de acht domeinen die ondervraagd worden: Home/Environment, Education/Employment, Eating/Exercice, Activities, Drugs, Sexuality, Suicide/Depression en Safety. De arts beschikt voor het afnemen van het interview over een vast sjabloon dat als leidraad dient. In dit sjabloon worden er per domein 1 tot 3 vaste vragen opgelijst. Per afname beschikt de arts over een bundel vaste documenten die per afname ook genummerd zijn.
– Formulier 1: het informed consent of toestemmingsformulier en het informatiedocument. Het eerste deel bevat algemene informatie over het onderzoek en mag de patiënt houden. Het tweede deel moet door de patiënt ondertekent worden, hij of zij stemt daarmee in deel te nemen.
– Formulier 2: de evaluatie van het interview door de arts. Dit formulier wordt na afname van de vragenlijst en na het afronden van de consultatie door de arts ingevuld en peilt naar de ervaring van de arts bij het afnemen van de vragenlijst.
– Formulier 3: de evaluatie van het interview door de patiënt. De patiënt wordt gevraagd dit formulier na de consultatie en anoniem in te vullen en te deponeren in een gesloten doos bij de onthaalbalie. In dit formulier worden enkele korte concrete vragen gesteld over het verloop van het interview.
De arts beschikt over een digitaal sjabloon van de HEEADSSS-vragenlijst, gekoppeld aan het elektronisch medisch dossier (EMD). Dit sjabloon moet enkel geactiveerd worden bij de start van de consultatie, na instemming van de patiënt om deel te nemen. In dit sjabloon kan de informatie bekomen via het interview tijdens of na het interview worden ingebracht. Het document wordt daarna elektronisch opgeslagen in het medisch dossier van de patiënt.
Als streefdoel wordt het afnemen van 60 interviews vooropgesteld: 30 per wijkgezondheidscentrum.

Bijlage 8: Goedkeuring Ethisch Comité

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "What's in their HEADSS? Evaluatie van een psychosociaal interviewmodel voor adolescenten in de huisartspraktijk: hoe ervaart de arts het gebruik?" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.