KU LEUVEN

FACULTEIT GENEESKUNDE

Toegankelijkheid van de huisarts en Awel voor jongeren en jongvolwassenen

Accessibility of the GP and Awel for adolescents and young adults

Masterproef voorgedragen tot het behalen van de graad van master in de geneeskunde door

Birgit EYCKERMAN

Afdeling: Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde

Departement: Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg

Promotor: Prof. dr. Birgitte SCHOENMAKERS
Begeleiding: Awel

Leuven, 2023-2024

"Dit proefschrift is een examendocument dat na verdediging niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. In publicaties mag naar dit werk gerefereerd worden, mits schriftelijke toelating van de promotor(en) die met naam vermeld zijn op de titelpagina."

COVER LETTER

Eyckerman Birgit - KU Leuven
birgit.eyckerman@student.kuleuven.be

Prof. Dr. Schoenmakers Birgitte - Ku Leuven
Birgitte.schoenmakers@kuleuven.be

Geachte mevrouw/meneer,

Met veel genoegen stel ik u mijn thesis genaamd “Toegankelijkheid van de huisarts en Awel voor jongeren en jongvolwassenen met gezondheidsgerelateerde vragen” voor ter overweging van een publicatie in [naam tijdschrift]. Deze masterpaper werd geschreven onder toezicht en begeleiding van Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers. Deze thesis is een prospectief sociaalwetenschappelijk onderzoek geschreven als proefschrift voor het behalen van de graad van master in de geneeskunde. Voor dit onderzoek werkten we samen met Awel (www.awel.be).

België heeft een ruim hulplandschap en veel jongeren hebben nood aan hulp. Desondanks zijn er veel drempels die in de weg staan tot het ontvangen van die hulp. Om deze drempels en toegankelijkheid te onderzoeken, namen we in deze thesis de huisarts als voorbeeld van een laagdrempelige eerstelijnsarts en Awel als voorbeeld van een online hulplijn.

Via een anonieme vragenlijst bevroegen we de ervaringen van jongeren en jongvolwassenen met hun huisarts en Awel en welke drempels zij ondervinden in het contact. Verder analyseerden we verslagen van Awel-gesprekken met doorverwijzing naar een arts. Als voornaamste resultaten vonden we dat jongeren en jongvolwassenen de huisarts vooral als een toegankelijke hulpbron beschouwen voor ernstige lichamelijke klachten. Bij vragen/problemen omtrent seksueel en mentaal welzijn krijgen bekenden en gespecialiseerde hulp vaak de voorkeur. Een goede arts-patiëntrelatie werkt opvallend drempelverlagend. Stigma blijft een van de belangrijkste drempels, ook bij anonieme hulplijnen zoals Awel. In de Awel-verslagen werd frequent gewezen op het beroepsgeheim van artsen. We concluderen ook dat het waardevol kan zijn om als arts zelf dit beroepsgeheim te benadrukken bij jongeren op consultatie.

Gezien de maatschappelijke relevantie van dit onderzoek hopen we dat dit proefschrift in aanmerking komt voor publicatie in [naam tijdschrift].

Dit manuscript werd nog niet gepubliceerd noch ter publicatie aangeboden aan een ander tijdschrift.

Graag zie ik uw reactie tegemoet.

Met vriendelijke groeten

Prof. Dr. Schoenmakers Birgitte

Birgit Eyckerman

KU LEUVEN

FACULTEIT GENEESKUNDE

Toegankelijkheid van de huisarts en Awel voor jongeren en jongvolwassenen

Accessibility of the GP and Awel for adolescents and young adults

Masterproef voorgedragen tot het behalen van de graad van master in de geneeskunde door

Birgit EYCKERMAN

Afdeling: Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde

Departement: Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg

Promotor: Prof. dr. Birgitte SCHOENMAKERS
Begeleiding: Awel

INHOUDSOPGAVE

COVER LETTER 3
SAMENVATTING (NL) 6
ABSTRACT (ENG) 7
INLEIDING 8
METHODEN 10
Onderzoeksopzet: onderzoeksvragen en uitkomstmaten 10
Populatie: setting en deelnemers 10
Dataverzameling 11
Data-analyse 12
Ethische implicaties 13
RESULTATEN 14
Kwantitatief 14
Kwalitatief 19
DISCUSSIE 22
Voornaamste bevindingen 22
Beperkingen 23
Implicaties 23
Conclusie 24
LITERATUURLIJST 25
BEVESTINGSDOCUMENT ETHISCHE GOEDKEURING 27
AUTEURS 32
CONFLICT OF INTEREST 32
FINANCIAL DISCLOSURE 32
ACKNOWLEDGEMENT 32

SAMENVATTING (NL)

INTRODUCTIE

België beschikt over een uitgebreid hulplandschap voor jongeren en jongvolwassenen. Desondanks blijven er belangrijke barrières zoals schaamtegevoelens bestaan. De huisarts is een professionele eerstelijnsarts met een ruime kijk op de patiënt. Online hulplijnen zoals Awel bieden anoniem een luisterend oor.

ONDERZOEKSVRAGEN

Ervaren jongeren en jongvolwassenen de huisarts en Awel als laagdrempelig? Hoe verloopt de doorverwijzing van Awel naar de (huis)arts als het gaat om gezondheidsgerelateerde vragen van jongeren?

METHODEN

In het onderzoek werd een prospectieve vragenlijst gelanceerd voor 12- tot 25-jarigen, wonende in België. Deze vragenlijst peilde naar ervaringen en drempels bij de huisarts en Awel. Via een retrospectief deel analyseerden we Awel-verslagen met doorverwijzing naar een arts. Voor het kwantitatief deel gebruikten we univariabele descriptieve statistiek, voor de kwalitatieve delen een thematische analyse.

RESULTATEN

We bereikten 404 participanten met de vragenlijst, 318 vulden deze volledig in. 74,7% definieerde zich als vrouw, de gemiddelde leeftijd was 20,25 jaar. De deelnemers voelden zich algemeen gemiddeld 7,24/10 comfortabel bij de huisarts en 5,44/10 bij Awel. De huisarts werd vooral als toegankelijk beschouwd voor lichamelijke en ernstige klachten, bij seksueel en mentaal welzijn werden bekenden en gespecialiseerde hulp verkozen. De belangrijkste barrière bij Awel was schaamte. In de Awel-verslagen werd er voor diverse vragen doorverwezen naar een arts en werd het beroepsgeheim vaak benadrukt.

DISCUSSIE – CONCLUSIE

De meeste jongeren zien de huisarts als een toegankelijke hulpverlener voor fysieke klachten. Een goede arts-patiëntrelatie zorgt voor vertrouwen waardoor jongeren sneller over hun mentale en seksuele gezondheid praten. Stigma blijft een belangrijke drempel, ook bij anonieme hulplijnen zoals Awel.

ABSTRACT (ENG)

INTRODUCTION

Belgium has an extensive support landscape for adolescents and young adults. Nevertheless, there are significant barriers such as feelings of shame. The general practitioner (GP) is a professional primary care physician with a broad patient view. Online helplines such as Awel offer an anonymous listening ear.

RESEARCH QUESTIONS

Do adolescents and young adults experience the GP and Awel as approachable? How is the referral from Awel to the (family) doctor when it comes to health-related questions of adolescents?

METHODS

The study launched a prospective questionnaire for 12-25-year-olds living in Belgium. This questionnaire probed for experiences and thresholds at the GP and Awel. A retrospective part analysed Awel reports with referral to a doctor. For the quantitative part, we used univariate descriptive statistics, for the qualitative parts thematic analysis.

RESULTS

We reached 404 participants with the questionnaire, 318 participants completed it. 74.7% defined themselves as women, the mean age was 20.25y. They felt on average 7.24/10 comfortable with the GP and 5.44/10 with Awel. The GP was mainly considered accessible for physical and serious complaints, they preferred acquaintances or specialised help for sexual and mental well-being. The main barrier at Awel was shame. Referrals were made for various problems/questions in the Awel-reports, professional confidentiality was frequently emphasised.

DISCUSSION - CONCLUSION

Most young people see the GP as an accessible counsellor for serious and physical complaints. A good doctor-patient relationship creates trust that makes young people more likely to talk about mental and sexual health. Stigma remains a major barrier, even with anonymous helplines such as Awel.

INLEIDING

Omgaan met de noden van jongeren is niet eenvoudig, terwijl de vraag om hulp groot is. Dit betreft zowel vragen rond fysieke gezondheid, seksuele bezorgdheden, als milde emotionele moeilijkheden en psychiatrische diagnosen. Het merendeel van de jongeren is al minstens eenmaal geconfronteerd met een emotioneel of mentaal probleem (1,2). België beschikt over een groot hulpnetwerk voor jongeren en jongvolwassenen, dit zowel professioneel bij bv. de huisarts of de psycholoog, als informeel op school, bij hulplijnen etc. Ondanks de beschikbaarheid en uitgebreidheid hiervan vindt niet elke jongere de nodige hulp, zeker wanneer het mentaal welzijn betreft (2).

De huisarts treedt op als een van de belangrijkste eerstelijns professionele hulpverleners, waarbij ook jongeren eenvoudig terechtkunnen. Dankzij hun ruime kijk op de patiënt, op diens familiale omstandigheden en medische verleden lijken deze de ideale personen om de gezondheid op een holistische manier in kaart te brengen (3).

Een andere belangrijke pijler binnen het hulpsysteem zijn de online hulplijnen. Hun anoniem, gratis en vanop afstand aangeboden luisterend oor kan belangrijke struikelblokken omzeilen (3–5). Jongeren nemen contact op met een hulplijn voor diverse zaken zoals intrafamiliale problemen, zich ‘down’ voelen, vriendschap, seksualiteit etc. (4,8). Het belangrijkste is dat de jongere zich na het gesprek begrepen en versterkt voelt (4,9,10). In dit onderzoek wordt Awel als voorbeeld van zo’n hulplijn gebruikt. Nederlandstalige kinderen en jongeren in België kunnen Awel anoniem contacteren. Awel beschikt over vier kanalen (telefoon, chat, mail en forum) en draait voor een belangrijk deel op vrijwilligers (6). Aangezien contact met Awel in principe eenmalig is, worden de oproepers soms ook doorverwezen naar andere hulpbronnen. Zo werd er in het jaar 2022 bij 4% van de Awel-contacten doorverwezen naar een (huis)arts (7).

In de zoektocht naar hulp zijn er echter belangrijke drempels. De allerbelangrijkste barrière is stigma. Dit betreft zowel zelfstigma, zichzelf ‘zwak’ vinden, als publiek stigma bij het hebben van mentale problemen (2,11). Daarnaast zijn er andere drempels zoals het feit dat sommige jongeren hun problemen als onvoldoende ernstig ervaren, het liefst onafhankelijk zijn en alles zelf willen oplossen, ze bang zijn hun naasten ongerust te maken of hun plek in hun sociale groep te verliezen (2,11). Jongeren beschikken niet altijd over voldoende kennis over (mentale) gezondheid en het zoeken naar de juiste hulp of twijfelen aan het nut hiervan (11). Ten slotte wordt de voorkeur gegeven aan praten met vrienden of familie alvorens externe hulpverlening in te schakelen (11)

Zo zijn er ook belangrijke barrières en vooroordelen in de relatie tussen jongeren en hun huisarts. Veel jongeren zien hun huisarts alleen als hulpbron voor lichamelijke gezondheid (2,11–13). Jongeren hechten veel waarde aan een goede continuïteit van zorg, aan het krijgen van voldoende gesprekstijd en het ontvangen van empathie, aan zich serieus genomen voelen en aan het hebben van een vertrouwensband. Wanneer deze factoren niet aanwezig zijn, vormt dit een belangrijke drempel tot het bieden van hulp (12). Daarnaast zijn er ook huisartsen die problemen ondervinden bij het werken met jongeren zoals het idee dat jongeren hen niet vertrouwen en het gevoel van onvoldoende opleiding en kennis, zeker wat betreft mentaal welzijn (13–15).

Net zoals er in het contact met de huisarts drempels zijn, is dit ook het geval in contact met Awel. Ondanks de anonieme werking van hulplijnen kunnen schaamtegevoelens aanwezig blijven (3,4). Verder nemen jonge kinderen, jongens, genderdiverse jongeren en jongeren uit kwetsbare milieus relatief minder contact op (4,8). Andere belemmeringen zijn onder andere angst voor de ouders, een moeilijke thuissituatie en culturele verschillen (4).

Uit de vorige paragrafen blijkt dus dat er, ondanks de grote nood aan hulp en het uitgebreide hulplandschap, toch belangrijke drempels bestaan die jongeren en jongvolwassenen tegenhouden om de juiste hulp te krijgen. Om de toegankelijkheid van het hulplandschap in beeld te brengen nemen we in deze thesis enerzijds de huisarts als prototype van een professionele hulpverlener, en anderzijds Awel als toonbeeld van een hulplijn voor jongeren.

In dit onderzoek gaan we na hoe laagdrempelig Belgische jongeren en jongvolwassenen de huisarts en Awel ervaren, bij wie specifieke thema's terechtkomen en hoe de doorverwijzingen van Awel naar de (huis)arts verlopen.

METHODEN

Onderzoeksopzet: onderzoeksvragen en uitkomstmaten

Uit de introductie volgt onze primaire onderzoeksvraag: *Ervaren jongeren en jongvolwassenen de huisarts en Awel als laagdrempelig?* In deze thesis onderzoeken we of deze bevolkingsgroep de huisarts en Awel als toegankelijk ervaart, welke drempels ze ervaren en met welke thema's ze zich aanmelden.

Verder proberen we in dit onderzoek een antwoord te bieden op onze secundaire onderzoeksvraag: *Hoe verloopt de doorverwijzing van Awel naar de (huis)arts als het gaat om gezondheidsgerelateerde vragen van jongeren en jongvolwassenen?*

Om een antwoord te krijgen op onze primaire onderzoeksvraag gingen we prospectief te werk via de lancering van een vragenlijst voor jongeren en jongvolwassenen. Om de secundaire onderzoeksvraag te beantwoorden analyseerden we via een retrospectief luik verslagen van de luisterlijn Awel met doorverwijzing naar een (huis)arts.

Populatie: setting en deelnemers

Voor het prospectief deel van het onderzoek werd een vragenlijst voor jongeren en jongvolwassenen opgesteld en gepubliceerd. Deze vragenlijst was online beschikbaar gedurende twee maanden in de periode van 04/09/2023 tot en met 04/11/2023. De rekrutering van deelnemers verliep grotendeels via publieke sociale media en via de sociale media van Awel (Facebook, Instagram en LinkedIn). Bij de link naar de vragenlijst werd, om informatie te bieden, steeds een korte wervingstekst geplaatst. Het was mogelijk om de link naar de vragenlijst te delen.

Om deel te nemen aan de vragenlijst dienden deelnemers aan de drie inclusiecriteria te voldoen:

- Voldoende kennis van het Nederlands
- Woonachtig in België
- Leeftijd: 12-25 jaar

Deze gegevens werden in het begin van de enquête bevraagd. Voor deelnemers die niet voldeden aan de drie bovenstaande criteria werd de vragenlijst stopgezet.

Ons doel was het bereiken van minstens 385 jongeren van de +/- 1 250 000 Belgische inwoners met een leeftijd van 12-25 jaar die Nederlands spreken (16). Dit gewenste aantal participanten, waarbij de bekomen resultaten als representatief kunnen worden beschouwd, werd uitgerekend via een sample calculator (17). Vooraf werd beslist om de vragenlijst twee maanden beschikbaar te houden.

Voor het retrospectief deel van deze thesis werden verslagen van Awel met doorverwijzing naar een (huis)arts geanalyseerd. Hierbij werden alle verslagen met deze doorverwijzing van Awel van het jaar 2022 geïncludeerd. Deze verslagen hebben betrekking op de contactkanalen telefoon, chat en mail.

Dataverzameling

De data voor deze thesis werden verzameld via enerzijds een prospectief anoniem deel en anderzijds een retrospectief anoniem deel. De bekomen gegevens zijn mixed kwalitatief-kwantitatief.

Prospectief anoniem deel: vragenlijst voor jongeren en jongvolwassenen:

De vragenlijst werd opgesteld op basis van de literatuur en de input van een huisarts en de medewerkers van Awel (zie Bijlage III).

De vragenlijst besloeg in het totaal 29 vragen waarvan 21 meerkeuzevragen, 3 open vragen en 5 vragen met een schaal van 1 tot 10. Bij 11 van de 21 meerkeuzevragen hadden de deelnemers de mogelijkheid om meerdere antwoordopties te selecteren. Van de 29 vragen waren er 10 die enkel werden weergegeven wanneer de deelnemers bepaalde antwoordopties aangeduid hadden. De vragenlijst werd op maat van jongeren en jongvolwassenen gemaakt en getoetst op leesbaarheid door een staflid van Awel. De vragenlijst werd opgesteld en afgenomen met behulp van Qualtrics.

De enquête bevroeg eerst demografische kenmerken van de deelnemers, met name: leeftijd, gender en nationaliteit. Hierna werd gepeild naar de ervaringen en de gevoelens die deze doelgroep heeft bij de huisarts en bij Awel wanneer ze gezondheidsgerelateerde vragen hebben. Daarnaast werden mogelijke drempels in het contact met deze hulpbronnen bevraagd.

Aangezien de vragenlijst zowel bestond uit gesloten als uit open vragen is het design van dit prospectief onderdeel mixed kwalitatief-kwantitatief.

Retrospectief anoniem deel: Analyse van Awel-verslagen met doorverwijzing naar een (huis)arts:

In een tweede deel werden Awel-verslagen (telefoon, chat en mail) met doorverwijzing naar een huisarts/specialist geanalyseerd. Aangezien Awel een anonieme dienstverlening is, bevatten de verslagen vanuit Awel geen identificatiegegevens. Awel beschikt niet over de naam, de geboortedatum, de woonplaats of andere persoonsgegevens die identificatie mogelijk maken. Naast het verhaal van de oproeper worden enkel de leeftijd en het geslacht, indien deze gekend zijn, genoteerd in het verslag. De verslagen zijn voor ontvangst van het onderzoek reeds geanonimiseerd voor deze gegevens.

Uit alle verslagen uit het jaar 2022 met een gedocumenteerde doorverwijzing naar een arts werd door een Awel-medewerker een sample getrokken. Deze verslagen werden geselecteerd op basis van de aangeduide button “Huisarts/specialist” bij het onderdeel “doorverwijzingen” in het verslag. De sample werd door de Awel-medewerker op volgende wijze willekeurig getrokken: alle verslagen met een doorverwijzing naar een arts kregen een random nummer toegewezen tussen 0 en + 1 miljoen. Vervolgens werden driemaal, eenmaal per contactkanaal, 50 verslagen geselecteerd via random nummerselectie. Het bekomen sample bevatte zo in het totaal 150 verslagen. Deze verslagen werden vervolgens geleverd aan de onderzoekers via een Excelformulier. Hieruit selecteerden de onderzoekers opnieuw driemaal vijf verslagen via random nummerselectie voor de analyse. Gezien er data-verzadiging ontstond na analyse van deze vijftien verslagen werden er geen andere verslagen ingekeken en werden de overige geleverde verslagen vernietigd.

De analyse van deze verslagen omvat het andere luik van het kwalitatieve deel van deze thesis.

Data-analyse

Kwantitatief

Voor het kwantitatieve deel van het onderzoek werd een univariabele descriptieve statistische benadering gebruikt. Met behulp van Qualtrics werd het gemiddelde en de standaarddeviatie (SD) van de scorevragen automatisch weergegeven. Daarnaast werden de antwoorden op de multiple choice vragen in percentages en absolute aantallen bezorgd.

De door Qualtrics voorziene percentages werden berekend op basis van: *# keer optie geselecteerd / totaal # geselecteerde opties x 100%.* Aangezien de deelnemers bij elf meerkeuzevragen de mogelijkheid hadden om meerdere antwoordopties te selecteren, vertegenwoordigde het door Qualtrics geleverde percentage bij deze vragen de reacties op de antwoordopties ten opzichte van het totaal aantal aangeduide antwoordopties, en niet ten opzichte van het totaal aantal deelnemers. Bijgevolg berekenden we zelf handmatig het percentage, tot op twee decimalen nauwkeurig, ten opzichte van het totaal aantal deelnemers gezien dit in praktijk relevanter is.

Voorbeeld: Op de vraag *"Waarvoor ben je al bij de huisarts geweest?"* (selectie van meerdere antwoordopties mogelijk) duidden de 340 deelnemers in het totaal 582 antwoordopties aan. 337 van de 340 deelnemers gaven aan naar de huisarts te zijn geweest met vragen/problemen rond lichamelijke gezondheid. Qualtrics berekende hierbij automatisch een percentage van 58% (337/582 x100%). We berekenden handmatig het percentage van de deelnemers dat deze antwoordoptie aanduidde, namelijk 99,12% (337/340 x100%).

Het gemiddelde en de standaarddeviatie van de variabele 'leeftijd' werd berekend met behulp van Excel.

Kwalitatief

Voor de analyse van het kwalitatieve deel van het onderzoek, met name open vraag 12 en de verslagen van Awel, werd thematische analyse aangewend. Met vraag 12 wordt de twaalfde vraag van de enquête bedoeld, namelijk: w*aarom gaf je die scores op de vorige vragen?*. Deze vraag had betrekking op de drie voorgaande vragen, namelijk hoe groot de kans is dat de deelnemer naar de huisarts gaat voor respectievelijk lichamelijke, seksuele en mentale klachten of vragen. Thematische analyse kan gebruikt worden bij kwalitatief onderzoek om verschillende thema's te onderscheiden en vervolgens te rapporteren (18). Hierbij worden de data in zes opeenvolgende stappen verwerkt: verkenning, codering, thematisering, herziening, structurering en presentatie (18).

Eerst namen we de data uitgebreid door om zo reeds een goed overzicht te bekomen. Tijdens de coderingsfase gaven we verschillende elementen uit de data verschillende kleuren, elke kleur stelde een andere code voor. Een voorbeeld hiervan is het ontstaan van de code "gynaecoloog". Deze stap doorliepen we viermaal voor vraag 12. Vervolgens voegden we de codes samen onder verscheidene thema's. Zo ontstond bijvoorbeeld het thema "andere hulpbronnen" na het samenvoegen van onder andere de codes "gynaecoloog" en "psycholoog". Hiervoor gebruikten we verschillende kleuren en verbonden we op een visuele manier de samenhangende codes. Na een grondige herziening en structurering kwamen we uiteindelijk uit op respectievelijk acht en drie thema's bij vraag 12 en de verslagen van Awel. De acht thema's van vraag 12 zijn: *schaamte/*stigma, *beschikbaarheid*, *ernst & zelfstandig oplossen*, *onwetendheid omtrent hulp niet-fysieke klachten*, *biopsychosociaal-spiritueel perspectief arts*, *andere hulpbronnen*, *arts-patiëntrelatie*, *overige drempels*. De finale thema's uit de analyse van de Awel-verslagen zijn: *thematiek*, *informatie vanuit Awe*l en *drempels*.

De geanalyseerde Awel-verslagen worden niet toegevoegd als bijlage van deze thesis gezien dit in het vertrouwelijkheidsengagement van Awel afgesproken werd et als doel de anonimiteit van de oproepers de waarborgen.

Ethische implicaties

Starten aan de vragenlijst was slechts mogelijk na het lezen en goedkeuren van de informatiebrief (zie Bijlage I). Aangezien we ook jongeren onder de 16 jaar includeerden, werd er tevens een informatiebrief gericht aan de ouders van de jongeren van 12-15 jaar voorzien (zie Bijlage II). Via de link naar de enquête konden ouders en kinderen aangeven of ze het onderzoek begrepen en wilden deelnemen. Hierbij was er naast de knop voor toestemming van het kind ook een aparte knop voor toestemming van de ouders. Toestemming van de ouders van deelnemers met de leeftijd van 12 tot 15 jaar was verplicht, dit werd ook uitdrukkelijk vermeld in de informatiebrief. In die informatiebrieven werd uitgebreid duiding gegeven over het onderzoek en meer specifiek over de vragenlijst. Hierbij werden de doelstellingen, de methoden, de verbonden risico's en de voor- en nadelen toegelicht. De vragenlijst kon, zonder enig negatief gevolg voor de deelnemer, op elk moment worden beëindigd.

Aangezien anonimiteit een belangrijk basisprincipe is van de organisatie Awel werd voor inzage van de verslagen een vertrouwelijkheidsengagement ondertekend.

Voor deze studie (MP023332) werd toestemming gevraagd aan de Ethische Commissie van UZ/KU Leuven. Hierbij werd een protocol ingediend met de vragenlijst, de informatiebrieven en de sociale mediaberichten als bijlagen. Het protocol werd tweemaal gereviseerd. Bij de derde indiening werd op 12/07/2023 een gunstig advies verleend door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU. Hierbij werd het protocol besproken door de Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven. (Zie Bijlage IV)

RESULTATEN

Kwantitatief

Deelnemers: respons en demografie

Tijdens de twee maanden waarin de enquête openstond, bereikten we 404 respondenten. Hiervan werden 13 personen geëxcludeerd; 6 personen voldeden niet aan het criterium woonplaats en 7 niet aan het leeftijdscriterium. Daarnaast vulden 74 deelnemers de vragenlijst niet volledig in. De enquête werd door 317 personen gefinaliseerd.

Iedere leeftijd tussen 12-25 jaar werd vertegenwoordigd in de vragenlijst. De gemiddelde leeftijd van de participanten bedroeg 20,25 jaar met een standaarddeviatie (SD) van 3,18. De meerderheid van de deelnemers definieerde zich als vrouw, namelijk 74,74%. In dalende lijn gevolgd door man, non-binair, queer en overige. Tabel 1 biedt een volledig overzicht van de demografische kenmerken.

Tabel 1: Demografische kenmerken van de participanten van de vragenlijst:

Variabelen		**N *(%)***	**Gemiddeld (standaarddeviatie)**
Woonplaats			
	België	383 *(98,46%)*	
	Ander land	6 *(1,54%)*	
	Totaal	389 *(100%)*	
Leeftijd			
	12j	2 *(0,53%)*	
	13j	3 (*0,79%)*	
	14j	12 *(3,16%)*	
	15j	19 *(5,00%)*	
	16j	37 *(9,74%)*	
	17j	26 *(6,84%)*	
	18j	13 *(3,42%)*	
	19j	12 *(3,16%)*	
	20j	41 *(10,79%)*	
	21j	38 *(10,00%)*	
	22j	55 *(14,47%)*	
	23j	78 *(20,53%)*	
	24j	26 *(6,84%)*	
	25j	15 *(3,95%)*	
	Overige	3 *(0,79%)*	
	Gemiddeld		20,25j (3,18)
	Totaal	380 *(100%)*	
Gender			
	Vrouw	284 *(74,74%)*	
	Man	83 *(21,84%)*	
	Non-binair	5 *(1,32%)*	
	Queer	5 *(1,32%)*	
	Overige	3 *(0,79%)*	
	Totaal	380 *(100%)*	

N = aantal deelnemers dat deze vraag beantwoordde

Stellingen vragenlijst

In tabel 2 worden de resultaten van de vragenlijst weergegeven.

De deelnemers gaven een gemiddelde score van 7,24/10 (SD 1,87) aan op de vraag in hoeverre ze zich op hun gemak voelen bij de huisarts. Voor het contact met Awel bedroeg deze score 5,44/10 (SD 2,61). De kans dat ze de huisarts zouden contacteren of vroeger al contacteerden is in dalende lijn voor respectievelijk fysieke, seksuele en mentale klachten. Wat betreft het contact met Awel is dit net omgekeerd. Daarnaast gaf een groot deel van de deelnemers aan zich te wenden tot personen die ze goed kennen bij problemen omtrent seksueel (52,83% (168/318)) en mentaal welzijn (63,52% (202/218)).

51,18% (174/340) van de participanten gaf aan liefst alleen naar de huisarts te gaan, 32,35% (110/340) samen met een ouder(s) en 3,24% (11/340) samen met iemand anders. De overige 13,24% (45/340) gaf aan geen voorkeur te hebben.

De meest frequent aangeduide drempels in contact met de huisarts zijn *"ik ga niet graag naar de huisarts"* in 29,11% (99/340) en *"ik kan enkel voor lichamelijke klachten terecht bij de huisarts"* in 17,94% (61/340). Ook andere drempels speelden een belangrijke rol, 50,00% (170/340) van de participanten gaf aan het met geen van de stellingen eens te zijn. Wat betreft het contact met Awel werden de drempels *"ik zoek liever ergens anders hulp"* (42,03% (139/323)) en *"ik ben bang voor wat mijn vrienden, familie of kennissen gaan denken"* (22,91% (74/323)) het meest gekozen. Hier geeft 36,84% (119/323) aan zich in geen van de voorgestelde drempels te vinden.

10,00% (9/90) van de deelnemers die reeds contact had met Awel werd doorverwezen naar een arts, hiervan ging 77,78% (7/9) effectief naar de arts.

Ten slotte gaf 20,75% (66/318) van de participanten aan zorgen, vragen, problemen of mogelijks nood aan hulp te hebben. Dit ging grotendeels over mentale zorgen/problemen, namelijk in 90,77% (59/65).

Tabel 2: Resultaten stellingen vragenlijst:

Stelling (score 1-10)	**Gemiddeld**	**Standaard-deviatie**
Hoe erg voel je je op je gemak bij de huisarts? (N=340)	7,24	1,87
Hoe groot is de kans dat je naar de huisarts gaat als je lichamelijke klachten of vragen hebt (bv. verkoudheid, spierpijn)? (N=340)	6,69	2,34
Hoe groot is de kans dat je naar de huisarts gaat als je seksuele klachten of vragen hebt (bv. anticonceptie, seksuele klachten…)? (N=340)	4,92	2,79
Hoe groot is de kans dat je naar de huisarts gaat als je mentale klachten of vragen hebt (bv. depressieve gevoelens, verslavingen, stress…)? (N=340)	3,51	2,60
Hoe erg zou je je op je gemak voelen om Awel te contacteren? (N=323)	5,44	2,61
Stellingen met antwoordopties (meerdere opties aanduiden mogelijk)		**N *(%)* absoluut**
Ga je het liefst alleen of samen met iemand naar de huisarts? (N=340) - Alleen - Met ouder(s) - Met iemand anders - Geen voorkeur		 174 *(51,18%)* 110 *(32,35%)* 11 *(3,24%)* 45 *(13,24%)*
Waarvoor ben je al bij de huisarts geweest? (N=340) - Vragen of problemen rond lichamelijke gezondheid - Vragen of problemen rond seksuele gezondheid - Vragen of problemen rond mentale gezondheid - Ik ben nog nooit bij de huisarts geweest - Zeg ik liever niet - Andere		 337 *(99,12%)* 137 *(40,29%)* 96 *(28,24%)* 2 *(0,59%)* *1 (0,29%)* 9 *(2,65%)*
Met welke stellingen over een bezoek aan de huisarts ben je het eens? (N=340) - Ik schaam me als ik naar de huisarts moet/zou moeten - Ik ben bang voor wat mijn vrienden, familie of kennissen gaan denken - Ik ben bang van de huisarts - Ik ga niet graag naar de huisarts - Ik zoek liever ergens anders hulp - De huisarts is te duur - Ik kan enkel voor lichamelijke klachten terecht bij de huisarts - De huisarts kan mij niet helpen - De huisarts neemt mij niet serieus - De huisarts heeft niet genoeg tijd om zich met mij bezig te houden - Ik ben het met geen enkele van bovenstaande stellingen eens		 23 *(6,76%)* 12 *(3,53%)* 16 *(4,71%)* 99 *(29,12%)* 19 *(5,59%)* 6 *(1,76%)* 61 *(17,94%)* 16 *(4,71%)* 18 *(5,29%)* 39 *(11,47%)* 170 *(50,00%)*
Heb je al eens gehoord van Awel? (N=340) - Ja - Nee - Ik weet het niet		 312 *(91,76%)* 23 *(6,76%)* 5 *(1,47%)*

Met welke stellingen over een contact met Awel ben je het eens? (N=323)	
- Ik zou me schamen als ik contact zou opnemen met Awel	45 *(13,93%)*
- Ik ben bang voor wat mijn vrienden, familie of kennissen gaan denken	74 *(22,91%)*
- Ik ben bang voor Awel	8 *(2,48%)*
- Ik zoek liever ergens anders hulp	139 *(43,03%)*
- Awel kan mij niet helpen	41 *(12,69%)*
- Awel neemt mij niet serieus	5 *(1,55%)*
- Awel heeft niet genoeg tijd om zich met mij bezig te houden	29 *(8,98%)*
- Ik kan door mijn thuissituatie geen contact opnamen met Awel	4 *(1,24%)*
- Ik ben het met geen enkele van bovenstaande stellingen eens	119 *(36,84%)*
Heb je al eens contact gehad met Awel? (N=323)	
- Ja	93 *(28,79%)*
- Nee	229 *(70,90%)*
- Zeg ik liever niet	1 *(0,31%)*
Waarvoor heb je Awel al gecontacteerd? *(Indien 'ja' op contact gehad met Awel)* (N=90)	
- Vragen of problemen rond lichamelijke gezondheid	2 *(2,22%)*
- Vragen of problemen rond seksualiteit	13 *(14,44%)*
- Vragen of problemen rond mentale gezondheid	68 *(75,56%)*
- Zeg ik liever niet	9 *(10,00%)*
- Andere	15 *(16,67%)*
Ben je doorverwezen naar een andere hulpbron? *(Indien 'ja' op contact gehad met Awel)* (N=90)	
- Ja, naar de huisarts of een andere arts (bv. specialist, CLB-arts)	9 *(10,00%)*
- Ja, naar een andere hulpbron (bv. JAC, TEJO, Zelfmoordlijn, psychloog, 1712)	18 *(20,00%)*
- Nee	43 *(47,78%)*
- Ik weet het niet meer	27 *(30,00%)*
- Zeg ik liever niet	1 *(1,11%)*
Heb je toen effectief contact genomen met de arts? *(Indien 'doorverwijzing naar arts')* (N=9)	
- Ja	7 *(77,78%)*
- Nee	2 *(22,22%)*
- Zeg ik liever niet	0 *(0,00%)*
Zou je het leuk vinden als Awel je rechtstreeks zou kunnen verbinden met een arts? *(Indien 'doorverwijzing naar arts')* (N=9)	
- Ja	6 *(66,67%)*
- Nee	2 *(22,22%)*
- Zeg ik liever niet	1 *(11,11%)*
Heb je toen effectief contact opgenomen met de hulpbron? *(Indien 'doorverwijzing naar andere hulpbron')* (N=18)	
- Ja	14 *(77,78%)*
- Nee	4 *(22,22%)*
- Zeg ik liever niet	0 *(0,00%)*
Met wie zou je contact opnemen voor vragen of problemen rond lichamelijke gezondheid? (N=318)	
- De huisarts	294 *(92,45%)*
- Awel	5 *(1,57%)*
- Iemand die ik goed ken	153 *(48,11%)*
- Iemand anders of een andere organisatie	16 *(5,03%)*
- Niemand	12 *(3,77%)*
- Zeg ik liever niet	0 *(0,00%)*

Met wie zou je contact opnemen voor vragen of problemen rond seksualiteit? (N=318)	
- De huisarts	166 *(52,20%)*
- Awel	31 *(9,75%)*
- Iemand die ik goed ken	168 *(52,83%)*
- Iemand anders of een andere organisatie	88 *(27,67%)*
- Niemand	45 *(14,15%)*
- Zeg ik liever niet	0 *(0,00%)*
Met wie zou je contact opnemen voor vragen of problemen rond mentale gezondheid? (N=318)	
- De huisarts	84 *(26,42%)*
- Awel	83 *(25,79%)*
- Iemand die ik goed ken	202 *(63,52%)*
- Iemand anders of een andere organisatie	141 *(44,34%)*
- Niemand	43 *(13,52%)*
- Zeg ik liever niet	1 *(0,31%)*
Heb je momenteel zorgen, vragen of problemen, mogelijks nood aan hulp? (N=318)	
- Ja	66 *(20,75%)*
- Nee	227 *(71,38%)*
- Zeg ik liever niet	25 *(7,86%)*
Met welke thematiek van zorgen, vragen of problemen zit je? *(Indien 'ja op mogelijks nood aan hulp)* (N=65)	
- Lichamelijk	13 *(20,00%)*
- Seksueel	9 *(13,85%)*
- Mentaal/sociaal	59 *(90,77%)*
- Zeg ik liever niet	1 *(1,54%)*
- Andere	2 *(3,08%)*
Heb je of ga je contact opnemen voor verdere hulp? *(Indien 'ja op mogelijks nood aan hulp)* (N=65)	
- Ja	34 *(52,31%)*
- Nee	11 *(16,92%)*
- Ik twijfel	20 *(30,77%)*
- Zeg ik liever niet	0 *(0,00%)*
Waarom twijfel je/ ga je geen contact opnemen voor verdere hulp? *(Indien 'nee' of 'ik twijfel' op contact opnemen voor verdere hulp)* (N=31)	
- Ik schaam me	12 *(38,71%)*
- Ik ben bang voor wat mijn vrienden, familie of kennissen gaan denken	15 *(48,39%)*
- Ik ben bang	15 *(48,39%)*
- Ik zoek liever geen hulp	6 *(19,35%)*
- Ik zoek liever hulp in mijn kenniskring	5 *(16,13%)*
- Ik weet niet waar ik terecht kan	4 *(12,90%)*
- Het is te duur	7 *(22,58%)*
- Zeg ik liever niet	1 *(3,23%)*
- Andere	6 *(19,35%)*

N = aantal deelnemers dat deze vraag beantwoordde

Kwalitatief

Open vraag vragenlijst

De open vraag *"Waarom gaf je die scores op de vorige vragen?"* (Vraag 12) had betrekking op de drie voorgaande vragen, namelijk: *"Hoe groot is de kans dat je naar de huisarts gaat als je lichamelijke klachten of vragen hebt?", "Hoe groot is de kans dat je naar de huisarts gaat als je seksuele klachten of vragen hebt?"* en *"Hoe groot is de kans dat je naar de huisarts gaat als je mentale klachten of vragen hebt?".* Deze open vraag was vrij te beantwoorden, in totaal gaven 225 participanten hierop een antwoord. Hiervoor voerden we een thematische analyse uit en bekwamen we acht thema's.

Schaamte/stigma:

Deelnemers vermeldden het bestaan van een belangrijk maatschappelijk stigma rond het zoeken naar hulp, vooral wanneer het gaat over mentale gezondheid. Daarnaast zijn mentaal welzijn en seksualiteit ook in bepaalde contexten (familie en vrienden) nog taboe, bv.: "*Bij ons thuis zijn seksualiteit en mentale gezondheid eerder een taboe"*. Door dit stigma trad er vaak latentie op in het zoeken naar en het vinden van hulp. In het algemeen ondervonden de jongeren weinig schaamtegevoel om een huisarts te consulteren met fysieke klachten.

Beschikbaarheid:

Veel jongeren gaven aan te denken de huisarts lastig te vallen aangezien die het vaak heel druk lijkt te hebben, bv.: *"Het is een automatisme te denken dat de huisarts het te druk heeft voor mijn banale klachten"*. Sommigen gaven lange wachttijden op voor het maken van een consultatie, daarentegen vermeldden anderen op de mogelijkheid van urgentieconsultaties. Verder kwam het belang van voldoende consultatietijd naar voren, zeker wanneer het mentale gezondheid betreft. Daarnaast waren er ook individuen die door hun eigen drukke leven moeilijk de huisarts konden consulteren.

Ernst & zelfstandig oplossen:

Veel deelnemers meldden dat ze de huisarts enkel met ernstige klachten zouden consulteren. Zeker wanneer het gaat om fysieke klachten hadden velen het gevoel te storen met minder dringende klachten. Ditzelfde was echter ook terug te vinden in het mentale luik, bv.: *"alleen als het niet anders meer kan".* Velen gaven aan initieel afwachtend te zijn en eerst hun problemen zelf trachten op te lossen, uit te zieken of op te kroppen. Enkelingen gaven aan dat ze niet serieus genomen werden.

Onwetendheid omtrent hulp bij niet-fysieke klachten:

Vanuit de kant van jongeren en jongvolwassenen werd dikwijls (alleen) de associatie tussen de huisarts en lichamelijke gezondheid gelegd, bv.: *"Ik vind eigenlijk dat de huisarts vooral dient voor lichamelijke dingen"*. Heel wat jongeren zagen geen link tussen de huisarts en niet-fysieke klachten, vooral wat het mentale betreft, bv.: *"Ik wist niet dat je daarvoor bij een huisarts terecht kan".* Daartegenover staan ook participanten die vermeldden dat de huisarts patiënten op "alle vlakken" kan bijstaan.

Biopsychosociaal-spiritueel perspectief arts:

Er werd ook door participanten aangegeven dat het soms juist vanuit de kant van de huisarts is dat er onvoldoende holistisch werd gehandeld. De meeste jongeren zagen de huisarts als goede kennisbron omtrent fysiek en seksueel welzijn, maar velen niet voor het mentale aspect, bv.: *"Mijn huisarts is geen psychiater dus kan me de juiste hulp daarrond niet bieden."* Naast een gebrek aan kennis gaven sommige deelnemers onvoldoende ontvankelijkheid aan. Ook hier waren er terug jongeren die juist het omgekeerde aangaven.

Andere hulpbronnen:
Vooral bij mentaal en seksueel welzijn vermeldden veel deelnemers een voorkeur voor andere hulpbronnen: enerzijds het internet en informele hulp (bv. familie), anderzijds specialistische hulpbronnen. Voor de mentale problematiek werden o.a. psychologen, psychiaters, Awel en studentenbegeleiders vermeld. Bij seksualiteit was dit vooral de gynaecoloog. Toch zien velen, zeker bij het fysieke, de huisarts wel als een toegankelijke hulpverlener, bv.: "*laagdrempelig startpunt die veel zelf kan oplossen en verwijzen zo nodig".*

Arts-patiëntrelatie:
Een positieve arts-patiëntrelatie en positieve ervaringen kwamen naar voren als drempelverlagers, bv.: *"veilig vertrouwenspersoon"*, *"ik kan er terecht met eender welk probleem", "heb het allemaal al gedaan en weinig drempel ervaren*" … Daartegenover stonden jongeren die vermeldden een onvoldoende band te hebben, bv. door het ontbreken van continuïteit van zorg *"ken de huisarts niet genoeg hiervoor"*, of zich geremd voelen door negatieve ervaringen.

Overige drempels:
Een noemenswaardige drempel betreft het gezin dat bij dezelfde huisarts gaat, vooral bij bv. familiaal geweld, maar ook bij mentale of seksuele klachten. Dit vooral uit angst dat de ouders alles te weten zouden komen. De aanwezigheid van ouders op de consultatie werd door sommige participanten aangegeven als een remmende factor, bv. *"Als ik alleen naar de huisarts mag zou ik meer delen dan dat ik samen met mijn ouders moet gaan"*. Daarnaast komen nog enkele specifieke drempels naar voren zoals het voorschrijfgedrag van bepaalde artsen, angst voor naalden of verdere stappen.

Awel-verslagen

Om onze secundaire onderzoeksvraag te beantwoorden analyseerden we vijftien Awel-verslagen met doorverwijzing naar een arts. Hierbij legden we vooral de aandacht op de thematiek, gegeven informatie vanuit de Awel-vrijwilligers en drempels.

Thematiek:

De thema's waarbij er doorverwezen werd, betroffen zowel fysieke, seksuele als (socio)mentale gezondheid. Problemen/vragen die meermaals in verslagen voorkwamen waren vragen over gezond leven, eetstoornissen, allerlei fysieke klachten en angst voor zwangerschap. Daarnaast kwamen we o.a. vragen over een operatie, concentratiemoeilijkheden, seksueel misbruik en alcoholproblematiek bij een ouder tegen.

(Drempelverlagende) informatie:

De Awel-vrijwilligers benadrukten vaak de eed en het beroepsgeheim van artsen, bv.: *"Weet dat hij/zij beroepsgeheim heeft en dus zeker niet zal doorvertellen wat jij met hem/haar bespreekt"*, *"plicht om op een eerlijke manier te helpen"*. Er werd door de hulpverleners frequent vermeld dat ze zelf de medische details niet weten en een arts beter medisch advies kan geven, er kan zijn om de jongere te ondersteunen etc. De huisarts werd vaak omschreven als een toegankelijke en betrouwbare eerstelijnsarts.

Drempels/reactie vanuit jongere:

Jongeren vermeldden in de Awel-contacten verscheidene drempels in verband met het contacteren van een (huis)arts. Zo werden de drempels *"angst, schaamte en reputatie"* vermeld. Sommige oproepers gaven aan geen arts te kunnen contacteren zonder hun ouders. Daarnaast stelden enkelingen de vraag of ze terechtkunnen bij de huisarts met onderwerpen zoals gezonder leven en vermageren en gaf iemand aan het raar te vinden een huisarts te contacteren met iets dat niet op te lossen is met medicatie.

DISCUSSIE

In deze thesis stelden we de vraag of jongeren en jongvolwassenen de huisarts en Awel als laagdrempelig beschouwen. We kunnen concluderen dat de huisarts door deze populatie vooral als een toegankelijke hulpverlener gezien wordt wanneer het gaat om ernstige en fysieke klachten. Bij psychosociale en seksuele vragen contacteren velen liever een naaste of meer gespecialiseerde hulp. Een goede arts-patiëntrelatie en positieve ervaringen zorgen voor vertrouwen en lijken zo sterk drempelverlagend te werken. Awel-vrijwilligers verwijzen voor diverse thema's door naar de (huis)arts en het beroepsgeheim wordt frequent benadrukt. In het algemeen blijft stigma een belangrijke drempel, ook bij anonieme hulplijnen zoals Awel.

Voornaamste bevindingen

Circa een op de vijf deelnemers had op het moment dat ze de enquête invulden nood aan hulp, in het merendeel op het vlak van mentaal welzijn. Schaamte en angst blijken de grootste drempels te zijn in de zoektocht naar verdere hulp. Dit resultaat stemt overeen met andere onderzoeken waarin schaamte als een van belangrijkste barrières naar voren komt (2,11).

Een van de belangrijkste bevindingen is dat de huisarts vooral op het vlak van fysieke gezondheid als een toegankelijke hulpverlener wordt beschouwd. De huisarts kan dienen als een ideale eerstelijnsarts met een holistische kijk op de patiënt en de omgeving (3). Toch wenden veel jongeren zich bij mentale of seksuele klachten liever tot iemand anders. Bij vragen of klachten omtrent seksualiteit geven veel deelnemers van de enquête de voorkeur aan bekenden of een meer gespecialiseerde hulpverlener, met name de gynaecoloog. Eerder onderzoek toonde aan dat veel jongeren zich schamen bij het consulteren van hun huisarts omtrent seksuele gezondheid. Daarnaast zijn velen ook bang dat alles zou worden doorverteld aan hun ouders (19,20). Wat betreft de mentale gezondheid geven velen aan om enerzijds vooral informele hulp te zoeken en anderzijds juist meer gespecialiseerde hulpbronnen te contacteren. Veel jongeren associëren de huisarts niet met mentale gezondheidsproblemen. Anderen hebben het gevoel dat de huisarts te weinig kennis heeft of niet ontvankelijk is hiervoor. Dat sommige jongeren hun huisarts alleen als hulpbron voor lichamelijke problemen beschouwen werd ook aangetoond in eerder onderzoek (2,11–13). Veel huisartsen geven zelf aan onvoldoende getraind te zijn in het omgaan met de mentale noden van jongeren (14,15,21).

Een opvallend resultaat is dat veel jongeren het idee hebben dat ze de huisarts enkel kunnen consulteren met ernstige klachten. Dit is deels te verklaren doordat veel jongeren graag onafhankelijk zijn, graag afwachten en hun problemen zelf willen oplossen (2,11). Een ander luik van deze verklaring is dat veel jongeren het gevoel lijken te hebben de drukke huisarts te storen met niet-ernstige klachten. De resultaten komen overeen met vorig onderzoek waaruit ook bleek dat jongeren liefst eerst met vrienden of familie praten voor ze externe hulpverlening inschakelen en het gevoel hebben de tijd van hun huisarts te verspillen (2,11,20)

In het algemeen lijken de belangrijkste drempelverlagende factoren een goede arts-patiëntrelatie en positieve ervaringen te zijn. Wanneer jongeren aangeven met alles, en dus ook mentale problemen, terecht te kunnen bij de huisarts gaat dit vaak gepaard met het vermelden van een goede band: vertrouwen, zich op hun gemak voelen, positieve ervaringen… Het belang van deze relatie komt overeen met eerder onderzoek. Een goede relatie, continuïteit van zorg en voldoende gesprekstijd zijn factoren die in belangrijke mate bijdragen tot verhoogde toegankelijkheid (12).

In eerdere onderzoeken kwam het financiële aspect van hulpverlening vaak als een belangrijke hindernis naar boven, terwijl dit hier geen duidelijke belemmering vormde (2,11). Enerzijds is dit

wellicht omdat de gezondheidszorg in België goedkoper is in vergelijking met veel andere landen. Daarnaast richt dit onderzoek zich hoofdzakelijk op de gratis hulplijn Awel en op de huisarts die een relatief goedkope eerstelijnsarts is. We kunnen hieruit concluderen dat de huisarts voor de meeste jongeren en jongvolwassenen financieel goed toegankelijk is.

Een interessante bevinding is dat de deelnemers meer schaamte en angst ervaren in contact met Awel dan in contact met de huisarts. Dit is opmerkelijk aangezien Awel, in tegenstelling tot de huisarts, een volledig anonieme werking heeft. Hierdoor zou men juist verwachten dat het schaamtegevoel vermindert. Overeenkomend met eerder onderzoek blijft er dus een belangrijke mate van stigma en schaamte bestaan (3,4). Wellicht hebben positieve ervaringen in contact met Awel, net zoals bij de huisarts, een drempelverlagend effect.

Beperkingen

We bereikten in het totaal 404 personen met de enquête, de rekrutering gebeurde voornamelijk via de sociale media van Awel en publieke sociale media. Het gebruik van de sociale media van Awel was belangrijk omdat we zeker enkele jongeren die ervaring hebben met Awel wilden bereiken onze secundaire onderzoeksvraag. Wellicht zijn de percentages met betrekking op de ervaringen en het kennen van Awel hierdoor beïnvloed. Daarnaast is het mogelijk dat er relatief meer jongeren met mentale moeilijkheden de sociale media van Awel volgen en hierdoor de vragenlijst hebben ingevuld. Een bepaalde leeftijdsgroep kwam opvallend meer aan bod, dit omwille van het gebruik van de publieke sociale media. We bereikten de 12-15-jarigen veel minder.

In de secundaire onderzoeksvraag stelden we onder andere de vraag hoe effectief de doorverwijzingen van Awel zijn en met name of ze de huisarts (of andere hulpbronnen) effectief gecontacteerd hebben. Voor dit deel bereikten we weinig participanten die hiermee ervaring hadden waardoor die resultaten wellicht onvoldoende representatief zijn.

Implicaties

Een belangrijke implicatie van dit onderzoek is het belang van een goede arts-patiëntrelatie. Door empathie, voldoende gesprekstijd en het creëren van vertrouwen kunnen jongeren zich op hun gemak voelen bij de huisarts en zo gemakkelijker problemen of vragen uiten. Het ontwikkelen van een goede relatie heeft tijd nodig, het is dus belangrijk om ondanks de drukte voldoende (gespreks)tijd te voorzien. Verder kunnen we ons de vraag stellen hoe het meer en meer opkomen van groepspraktijken deze vertrouwensband in de weg kan staan. Groepspraktijken bieden veel voordelen zoals bevorderlijke intercollegiale samenwerking en feedback, continuïteit van zorg tijdens de afwezigheid van een huisarts, meer flexibele werkuren etc. Daartegenover staat dat de één-op-één continuïteit wel onder druk staat, waardoor het moeilijker is een individuele vertrouwelijke arts-patiëntrelatie uit te bouwen (22,23).

Ondanks het beroepsgeheim gaven meerdere jongeren aan een drempel te ervaren als andere gezinsleden naar dezelfde huisarts gaan. Hierdoor voelden ze zich enerzijds minder comfortabel om zaken die het hele gezin betreffen te delen, maar anderzijds ook om mentale en/of seksuele gezondheid te bespreken. Hieruit volgt dat het nuttig kan zijn om als arts het beroepsgeheim expliciet te benoemen, dit kwam ook naar boven in eerder onderzoek (19). Verder zien sommige jongeren de aanwezigheid van ouders op consultatie als een hinderende factor. Een mogelijke oplossing zou kunnen zijn om als huisarts te durven vragen de jongere even alleen te spreken, een aanbeveling die ook reeds terug te vinden is (19).

Meerdere participanten van de vragenlijst duidden erop dat ze hun huisarts onvoldoende getraind vinden in het omgaan met mentale problemen en dat sommige artsen dit ook zelf aangeven. Eerder onderzoek toonde al aan dat huisartsen zeer frequent geconfronteerd worden met problemen en vragen omtrent mentale gezondheid, maar aangeven onvoldoende opleiding hiervoor te hebben gehad. De vraag stelt zich dan opnieuw of hier in het curriculum geneeskunde niet meer aandacht aan zou moeten worden geschonken (14,15,21).

De laatste jaren wordt er in de maatschappij veel aandacht geschonken aan mentaal welzijn. Dat is ook te zien aan het grote aandeel van de deelnemers dat Awel kent. Ondanks de mooie evolutie blijft er een belangrijk stigma rond hulp voor mentaal welzijn hangen. Hopelijk wordt geestelijke gezondheid in de toekomst nog bespreekbaarder in de maatschappij.

Conclusie

In onze primaire onderzoeksvraag wilden we te weten komen hoe laagdrempelig jongeren en jongvolwassenen de huisarts en Awel ervaren. Als belangrijkste conclusie weerhouden we dat de meeste jongeren de huisarts als een laagdrempelige hulpverlener zien voor fysieke klachten. Wanneer jongeren een goede arts-patiëntrelatie ervaren, zijn seksuele en psychosociale klachten ook meer bespreekbaar. Anders komen deze vragen vooral terecht bij naasten en bij meer gespecialiseerde hulpverleners. Ondanks de anonimiteit van Awel voelen veel deelnemers een vorm van schaamte als ze Awel zouden contacteren. Aangezien contact tussen Awel en jongeren in principe eenmalig is, verwijzen de vrijwilligers frequent door naar andere hulpverleners. In onze secundaire onderzoeksvraag vroegen we ons af hoe de doorverwijzingen van Awel naar de (huis)arts verlopen. We ondervonden dat de Awel-hulpverleners voor diverse thema's naar de huisarts doorverwezen en zij de jongeren vaak gerust probeerden te stellen door te wijzen op het beroepsgeheim.

LITERATUURLIJST

1. Polanczyk G V., Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry [Internet]. 2015 Mar 1 [cited 2023 Mar 17];56(3):345–65. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpp.12381

2. Salaheddin K, Mason B. Identifying barriers to mental health help-seeking among young adults in the UK: a cross-sectional survey. Br J Gen Pract. 2016 Oct 1;66(651):e686–92.

3. Mitchell C, McMillan B, Hagan T. Mental health help-seeking behaviours in young adults. Br J Gen Pract [Internet]. 2017 Jan 1 [cited 2023 Mar 12];67(654):8–9. Available from: /pmc/articles/PMC5198588/

4. Mathieu SL, Uddin R, Brady M, Batchelor S, Ross V, Spence SH, et al. Systematic Review: The State of Research Into Youth Helplines. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2021 Oct 1;60(10):1190–233.

5. King R, Bambling M, Lloyd C, Gomurra R, Smith S, Reid W, et al. Online counselling: The motives and experiences of young people who choose the Internet instead of face to face or telephone counselling. Couns Psychother Res [Internet]. 2006 Sep 1 [cited 2023 Feb 28];6(3):169–74. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1080/14733140600848179

6. Awel Vzw. Awel | Awel [Internet]. [cited 2024 Apr 7]. Available from: https://awel.be/

7. Awel. Awel doorverwijzingen in 2022. 2023. p. 2.

8. Watling D, Batchelor S, Collyer B, Mathieu S, Ross V, Spence SH, et al. Help-seeking from a national youth helpline in australia: An analysis of kids helpline contacts. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2023 Feb 28];18(11):6024. Available from: /pmc/articles/PMC8199956/

9. Sindahl TN, Fukkink RG, Helles R. SMS counselling at a child helpline: Counsellor strategies, children's stressors and well-being. Br J Guid Counc [Internet]. 2020 Mar 3 [cited 2023 Feb 28];48(2):263–75. Available from: https://doi.org/10.1080/03069885.2019.1580676

10. Bechmann Jensen T, Sindahl TN, Wistoft J. Children's experiences texting with a child helpline. Br J Guid Counc [Internet]. 2018 Mar 3 [cited 2023 Apr 8];48(2):251–62. Available from: https://www-tandfonline-com.kuleuven.e-bronnen.be/doi/abs/10.1080/03069885.2018.1519182

11. Radez J, Reardon T, Creswell C, Lawrence PJ, Evdoka-Burton G, Waite P. Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2021 Feb 1;30(2):183–211.

12. Appleton R, Gauly J, Mughal F, Singh SP, Tuomainen H. Perspectives of young people who access support for mental health in primary care: a systematic review of their experiences and needs. Br J Gen Pract [Internet]. 2022 Mar 1 [cited 2023 Mar 12];72(716):e161–7. Available from: https://bjgp.org/content/72/716/e161

13. Leahy D, Schaffalitzky E, Saunders J, Armstrong C, Meagher D, Ryan P, et al. Role of the general practitioner in providing early intervention for youth mental health: a mixed methods

investigation. Early Interv Psychiatry [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2022 Nov 12];12(2):202–16. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/eip.12303

14. Roberts J, Crosland A, Fulton J. Patterns of engagement between GPs and adolescents presenting with psychological difficulties: a qualitative study. Br J Gen Pract [Internet]. 2014 May 1 [cited 2023 Mar 12];64(622):e246–54. Available from: https://bjgp.org/content/64/622/e246

15. O'Brien D, Harvey K, Howse J, Reardon T, Creswell C. Barriers to managing child and adolescent mental health problems: a systematic review of primary care practitioners' perceptions. Br J Gen Pract [Internet]. 2016 Oct 1 [cited 2023 Mar 12];66(651):e693–707. Available from: https://bjgp.org/content/66/651/e693

16. Algemene Directie Statistiek - Statistics Belgium. Bevolking naar woonplaats, nationaliteit (Belg/niet-Belg), burgerlijke staat, leeftijd en geslacht [Internet]. Statbel. 2023 [cited 2023 May 6]. Available from: https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=161080d2-d411-4e40-9a0f-a27db5e2b6e1

17. Qualtrics. Sample Size Calculator - Qualtrics [Internet]. Qualtrics. 2023 [cited 2024 Feb 9]. Available from: https://www.qualtrics.com/blog/calculating-sample-size/

18. Caulfield J. Een introductie tot thematische analyses | Met voorbeelden [Internet]. Scribbr. 2021 [cited 2024 Feb 12]. Available from: https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/thematische-analyse/

19. Fuzzell L, Fedesco HN, Alexander SC, Fortenberry JD, Shields CG. "I just think that doctors need to ask more questions": Sexual minority and majority adolescents' experiences talking about sexuality with healthcare providers. Patient Educ Couns [Internet]. 2016 Sep [cited 2024 Feb 23];99(9):1467–72. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.004

20. Burack R. Young teenagers' attitudes towards general practitioners and their provision of sexual health care. Br J Gen Pract [Internet]. 2000 [cited 2024 Feb 23];50(456):550. Available from: /pmc/articles/PMC1313750/?report=abstract

21. Deveugele M, Van Der Paelt T, Rogiers R. Analyse van de doorverwijzing van een patiënt met psychische klachten van de huisarts naar de psycholoog [Internet]. IHCO. 2015. Available from: https://www.icho-info.be/application/content/thesislist

22. Goedhuys, J; Thys E. Voor- en nadelen van de groepspraktijk vanuit patiëntenperspectief [Internet]. IHCO. ACHG KU Leuven; 2016. Available from: https://www.icho-info.be/application/content/thesislist

23. Lea Jabaaij L. Hingstman. Alleen is maar alleen: huisartsen steeds vaker samen. Huisarts & Wetenschap [Internet]. 2007 [cited 2024 Feb 20]; Available from: https://www.henw.org/artikelen/alleen-maar-alleen-huisartsen-steeds-vaker-samen#

BEVESTINGSDOCUMENT ETHISCHE GOEDKEURING

KU LEUVEN

UZ LEUVEN

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP023332
Uw kenmerk: Masterproef studie: Laagdrempeligheid van de huisarts en Awel
Leuven, 12-07-2023

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Professor Birgitte Schoenmakers
Geachte Birgit Eyckerman

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 12-07-2023

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

Het betreft een prospectieve studie die doelt inzichten te verkrijgen over de assumpties van jongeren over doktersafspraken. Meer specifiek, de onderzoekers vragen zich af hoe gemakkelijk jongeren afspraken zouden maken bij de huisarts en/of bij Awel en welke thema's zij denken te kunnen bespreken. Het onderzoek wordt uitgevoerd met behulp van vragenlijsten aan jongeren en retrospectieve gegevens betreffende thema's die jongeren meebrengen naar een consultatie. Jongeren met de leeftijd van 12 tot 25 jaar worden bevraagd, rekrutering gebeurt onder andere via de sociale media van Awel. In het protocol is er duidelijk beschreven dat er voor jongeren met de leeftijd van 12 to 15 jaar een informatiebrief voor de ouders wordt voorzien. Retrospectieve gegevens betreffen gegevens van chats, telefoongesprekken en emails, volgens het dossier gaat het hier altijd om anonieme gegevens. Awel anonimiseert deze gegevens standaard, enkel de leeftijd van de persoon die contact opneemt, wordt geregistreerd. In het dossier is beschreven dat het informeren van de ouders wordt gecontroleerd met een aparte knop op het formulier van de informatiebrief, dit is ok. Het protocol, de informatiebrief en vragenlijst zijn in orde. Vragenlijsten worden afgenomen met qualtrics. In het protocol is er beschreven dat er sociale media gebruikt zal worden voor de rekrutering, specifiek wordt de sociale media van de student en van Awel gebruikt waarop een standaard bericht geplaatst wordt. Dit is goed uitgewerkt. Er zijn geen verdere bezwaren tegen de studie.

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 06-07-2023 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk.
Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Our reference: MP023332
Your reference: Master's thesis study: Laagdrempeligheid van de huisarts en Awel
Leuven, 12-07-2023

DEFINITIVE FAVOURABLE ADVICE

Dear Professor Birgitte Schoenmakers
Dear Birgit Eyckerman

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven hereby grants favourable advice to the proposed study, as it was described in the protocol. The Commission is of the opinion that from an ethical standpoint there are no objections to the proposed study. The study was approved on 12-07-2023

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

Het betreft een prospectieve studie die doelt inzichten te verkrijgen over de assumpties van jongeren over doktersafspraken. Meer specifiek, de onderzoekers vragen zich af hoe gemakkelijk jongeren afspraken zouden maken bij de huisarts en/of bij Awel en welke thema's zij denken te kunnen bespreken. Het onderzoek wordt uitgevoerd met behulp van vragenlijsten aan jongeren en retrospectieve gegevens betreffende thema's die jongeren meebrengen naar een consultatie. Jongeren met de leeftijd van 12 tot 25 jaar worden bevraagd, rekrutering gebeurt onder andere via de sociale media van Awel. In het protocol is er duidelijk beschreven dat er voor jongeren met de leeftijd van 12 to 15 jaar een informatiebrief voor de ouders wordt voorzien. Retrospectieve gegevens betreffen gegevens van chats, telefoongesprekken en emails, volgens het dossier gaat het hier altijd om anonieme gegevens. Awel anonimiseert deze gegevens standaard, enkel de leeftijd van de persoon die contact opneemt, wordt geregistreerd. In het dossier is beschreven dat het informeren van de ouders wordt gecontroleerd met een aparte knop op het formulier van de

informatiebrief, dit is ok. Het protocol, de informatiebrief en vragenlijst zijn in orde. Vragenlijsten worden afgenomen met qualtrics. In het protocol is er beschreven dat er sociale media gebruikt zal worden voor de rekrutering, specifiek wordt de sociale media van de student en van Awel gebruikt waarop een standaard bericht geplaatst wordt. Dit is goed uitgewerkt. Er zijn geen verdere bezwaren tegen de studie.

Given that the study takes the form of a Master's thesis within the Group Biomedical Science, the application to the Research Ethics Committee UZ/KU Leuven was submitted to the EducationalSupport Committee.

The Committee has no objection to the project on the basis of confidential treatment of the data and compliance with the Belgian legislation concerning privacy. The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsibilities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students.

This favorable advice concerns the submission of 06-07-2023 and is given for the duration of the Master's thesis of the student(s) concerned. Any amendment to the protocol will invalidate this favorable advice. In that case, you must submit an amendment for advice to the committee that previously approved your file.

The Committee confirms that they work in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonisation Guidelines on Good Clinical Practice), with the most recent verison of the Helsinki Declaration, and with applicable laws and regulations.

The Committee confirms that in case of a conflict of interest, the members concerned have not participated in decision regarding the study.

Kind regards,

Prof. dr. Minne Casteels
President / Chairperson
Research Ethics Committee UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
President / Chairperson
Education-Support Committee for Medical Ethics KU Leuven

Points of Interests (if applicable)

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsiblities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students. The Ethics Committee refers to the guidelines of the ICH/GCP here on the website, and emphasises that GCP-training is expected from every head-researcher for studies that come under the Law on Medical Experimentation. The Ethics Committee refers at the same time to the Belgian legislation (Law from 8/12/1992 for the protection of personal privacy and Law from 22/8/2002 regarding the rights of the patient), and the General Data Protection Regulation (which comes into effect on May 25th 2018).

For use of electronic medical data, a formal agreement from the clinical board is required. The study promotor is responsible for the conformity of foreign language documents with the Dutch language version.

In vitro research on embryos comes under the Law of 11 May 2003. For such research, besides positive approval from the Ethics Committee, approval by the Federal Committee for Medical and Scientific Research on Embryos In Vitro is also necessary before a project can commence.

Before you may commence animal experimentation, approval is required from the Animal Ethics Committee. You must register with this committee for the animal testing component and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.

Research on human cadavers requires approval of the Care and Support Ethics Committee. You must therefore register with this committee and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.

This favorable opinion from the Commission does not mean that it takes responsibility for the planned study. You remain responsible for this yourself. In addition, as the principal investigator, you must ensure that the results of this research are correctly displayed in publications, reports for the government, etc.

You are reminded that any serious complication you observe must be reported immediately to both the study promotor (if applicable, the producer) and the Ethics Committee, even if the causal link with the study is unclear.

AUTEURS

Student: Birgit Eyckerman

Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers

CONFLICT OF INTEREST

Geen

FINANCIAL DISCLOSURE

Geen

ACKNOWLEDGEMENT

We bedanken in deze sectie nog graag de organisatie Awel (www.awel.be). De medewerkers van Awel verleenden ons advies bij het opstellen van de vragenlijst en de informatiebrieven. Daarnaast kregen we de opportuniteit om Awel-verslagen in te kijken en te gebruiken voor deze thesis.