INTERUNIVERSITAIRE MANAMA-OPLEIDING JEUGDGEZONDHEIDSZORG

DE 'GEZONDHEIDSCHECK'
ONDERZOEK NAAR DE HAALBAARHEID VOOR HET TOEPASSEN VAN EEN ONLINE VRAGENLIJST BIJ VLAAMSE JONGEREN

Dr. Caroline VAN DAMME

Dr. Nelly VANDEWALLE

Promotor en copromotoren:

Prof. Dr. Karel HOPPENBROUWERS

Dr. Anouk VAN LANDER

Dr. Ann DE VRIENDT

Verhandeling voorgedragen tot het behalen van de graad van ManaMa in de Jeugdgezondheidszorg

Datum verdediging: 14-06-2017

Inhoudstafel

ABSTRACT 4

DANKWOORD 5

1. INLEIDING 6

1.1 Situering 6

1.2 Jeugdgezondheidszorg in België 7

1.3 'Gezond leven, check het even' = de 'Gezondheidscheck' (9,10) 8

1.4 Motivering 11

2. LITERATUURONDERZOEK 13

2.1 Inleiding 13

2.2 Methodologie 14

2.3 Resultaten 14

2.3.1 Theoretische denkkaders 14

2.3.2 Oplossingsgerichte therapie? 15

2.3.3 Zelfdeterminatietheorie (ZDT) 16

2.3.3.1 Wat is de Zelfdeterminatietheorie? 16

2.3.3.2 Toepassing van de ZDT binnen de preventieve gezondheidszorg 16

2.3.4 Motiverende gespreksvoering Rollnick en Millner 17

2.3.4.1 Wat is motiverende gespreksvoering? 17

2.3.4.2 Toepassing van motiverende gespreksvoering binnen jeugdgezondheidszorg (ook online) 20

2.3.5 Gebruik van online-tools – toepassingen binnen de gezondheidszorg 23

3. VELDONDERZOEK 25

3.1 Inleiding 25

3.2 Onderzoeksdoelstelling en onderzoeksvragen 25

3.3 Methoden 26

3.3.1 Onderzoeksopzet 26

3.3.2 Steekproeftrekking en rekrutering van scholen/klassen en leerlingen 27

3.3.3 Instrumenten 28

3.3.3.1 Vragenlijsten 28
3.3.3.2 Focusgesprekken 30
3.3.4 Praktisch verloop 31
3.3.5 Analysemethoden 33
3.3.5.1 Kwantitatieve analyse 33
3.3.5.2 Kwalitatieve analyse 33
3.3.6 Ethische aspecten 34
4. RESULTATEN 35
4.1 Kenmerken deelnemers 35
4.2 Wat vinden Vlaamse jongeren algemeen van deze nieuwe aanpak? 37
4.2.1 De applicatie 37
4.2.1.1 Kwantitatieve resultaten met betrekking tot de applicatie 37
4.2.1.2 Kwalitatieve resultaten met betrekking tot de applicatie 37
4.2.2 De nieuwe methodiek 39
4.2.2.1 Kwantitatieve resultaten met betrekking tot de methodiek 39
4.2.2.2 Kwalitatieve resultaten met betrekking tot de gebruikte methodiek 40
4.2.3 Vertrouwelijkheid 42
4.2.4 De inhoud van de applicatie 46
4.2.4.1 Kwantitatieve resultaten met betrekking tot de inhoud 46
4.2.4.2 Kwalitatieve resultaten met betrekking tot de inhoud 50
4.2.5 Het praktisch verloop 53
4.2.5.1 Kwantitatieve resultaten met betrekking tot het praktisch verloop 53
4.2.5.2 Kwalitatieve resultaten met betrekking tot het praktisch verloop 54
4.3 Hebben Vlaamse jongeren nood aan dergelijke nieuwe aanpak? 56
4.3.1 De nood (*Actual use en Intention to use*) 56
4.3.1.1 Kwantitatieve resultaten met betrekking tot de nood 56
4.3.1.2 Kwalitatieve resultaten met betrekking tot de nood 56
4.3.2 Ervaring met het huidig medisch onderzoek (kwalitatieve resultaten) 59
4.4 Praktisch verloop vanuit het perspectief van de onderzoekers 62

5. DISCUSSIE 65
5.1 De applicatie = de ‘Gezondheidscheck’ 65
5.2 De applicatie gezien in een ruimer kader van ‘het medisch consult’ 68
5.3 Belangrijke verschillen tussen de verscheidene onderwijstypes: 69
5.4 Haalbaarheid van het toepassen van de ‘Gezonheidscheck’ in Vlaanderen 70
5.5 Sterktes en zwaktes van deze studie:.....71
5.6 De Gezondheidscheck en theoretische denkkaders: suggesties vanuit de literatuur ...73
5.7 Aanbevelingen voor verder onderzoek 74
6. CONCLUSIE 75
7. BIJLAGE 76
8. REFERENTIES 77

ABSTRACT

DE 'GEZONDHEIDSCHECK'. Een onderzoek naar verschillende aspecten van de haalbaarheid voor het toepassen ervan bij Vlaamse jongeren.

Doel: Een online vragenlijst, de 'Gezondheidscheck' introduceren in Vlaanderen als methodiek om adolescenten naar een 'medisch consult' toe te leiden. Hierbij worden volgende aspecten van een haalbaarheidsonderzoek, gedefinieerd volgens Bowen et al (1), geëvalueerd: *aanvaardbaarheid, nood/vraag, aanpassingen* en *praktisch verloop.*
Design: kwalitatief onderzoek gecombineerd met kwantitatief onderzoek
Methodiek: In totaal maakten 39 leerlingen, gemiddelde leeftijd 15.2 jaar, kennis met de online vragenlijst en beantwoordden nadien een enquête ter evaluatie nadien. 25 leerlingen, gemiddelde leeftijd 15 jaar, namen deel aan focusgesprekken. De verschillende aspecten van een haalbaarheidsstudie kwamen tot stand uit de analyse van de enquêtes en de focusgesprekken met jongeren.
Resultaten: De *aanvaardbaarheid* voor het gebruik van de online vragenlijst kan als bevredigend beschouwd worden. Het toepassen van de 'Gezondheidscheck' als methodiek om jongeren naar een medisch onderzoek toe te leiden wordt door hen algemeen positief ervaren. De *nood/vraag* tot dergelijke methodiek is tweevoudig. Wat betreft lichamelijke problemen ervaren jongeren geen nood tot het aanpassen van de klassieke methodiek. Zij hebben wel vraag naar individueel aangepaste en correcte informatie. Ook wat betreft hulp bij psychosociale problemen stellen we wel een nood vast bij jongeren. Het *praktische verloop* van de vernieuwde methodiek wordt algemeen positief geëvalueerd door de jongeren. Vanuit het perspectief van de onderzoekers, die tegelijk ook CLB-artsen zijn, worden nog technische belemmeringen gezien. Er is ook nood aan eenduidige afspraken voor het vervolg na het invullen van de online vragenlijst. De suggesties tot *aanpassingen* vloeien voort uit de mening van de jongeren gecombineerd met de blik van de onderzoekers. Als belangrijkste suggesties weerhouden we dat bijzondere aandacht nodig is voor het garanderen van de vertrouwelijkheid en een voldoende lage drempel tot een consult. Randvoorwaarden waaraan in dit onderzoek onvoldoende voldaan werd.
Besluit: De 'Gezondheidscheck' kan een gepaste methodiek zijn om jongeren tot een medisch onderzoek te leiden. De aspecten aanvaardbaarheid en nood/vraag beschouwen we als voldaan en voldoende onderbouwd door dit onderzoek. Voor de evaluatie van het praktisch verloop en van de nodige gedetailleerde aanpassingen, geeft dit onderzoek een zeker idee, maar beschouwen we het nodig dat er verder onderzoek gebeurt op grotere schaal.

DANKWOORD

In de eerste plaats zijn wij onze partners dankbaar voor het scheppen van de mogelijkheid binnen ons gezin om de opleiding jeugdgezondheidszorg te kunnen volgen. Een groot deel van onze tijd werd het voorbije jaar tenslotte besteed aan het schrijven van deze masterproef. De morele en technische hulp die we kregen valt niet te onderschatten en draagt bij tot het eindresultaat. Bedankt ook aan Sophia en Elliot, onze kinderen, die onze drijfveer zijn geweest om deze thesis op tijd te kunnen indienen.

Professor Dr. Karel Hoppenbrouwers, promotor van deze masterthesis zijn wij erg dankbaar voor het delen van zijn wetenschappelijke kennis, het reviseren en mee bewaken van onze timing. Onze persoonlijke timing zorgde af en toe voor tijdsdruk, desondanks werd door Professor Dr. Hoppenbrouwers steeds de kalmte bewaard en konden we onze koers aanhouden.

Het schrijven en uitvoeren van dit onderzoek gebeurde eveneens in samenwerking met onze copromotoren en VWVJ-leden, Dr. Anouk Van Lander en Dr. Ann Devriendt. Wij zijn hen dankbaar voor het mee reflecteren, de praktische hulp en hun deskundig advies waar mogelijk. Zij hebben gezorgd voor het idee van de 'Gezondheidscheck' en geholpen met het realiseerbaar maken ervan in onze Centra voor LeerlingenBegeleiding (CLB's).

Wij willen het niet nalaten ook Professor Dr. Lieve Peremans te bedanken voor haar methodologisch advies in dit onderzoek. Dank zij haar steun hebben wij veel bijgeleerd over het uitvoeren van kwalitatief onderzoek.

Verder willen wij onze directies en collega's bedanken. Zonder hen zou deze masterproef moeilijk uit te voeren geweest zijn. Bedankt voor de ondersteuning, hulp en positieve bekrachtiging.

Tenslotte willen wij graag elkaar bedanken. Nelly, bedankt voor je aanmoedigingen en constructieve terugkoppelingen. Je "structureringstalent" was een echte meerwaarde voor mijn analytisch maar eerder chaotisch brain! Ik had mij geen betere partner kunnen bedenken om deze masterproef te schrijven.

Het samenwerken met Caroline was ook voor mij een bijzonder aangename ervaring. Bedankt, Caroline, voor je enorme en volgehouden inzet voor deze masterproef tijdens je zwangerschap en ook na de geboorte van je zoontje. Ik ben je dankbaar voor de '*brain-picking'*, wat mij meermaals inspireerde voor deze masterproef, maar ook in mijn werk als CLB-arts.

1. INLEIDING

1.1 Situering

Deze masterproef kadert in een ruimer onderzoek naar het gebruik van een Vlaamse versie van de Nederlandse online applicatie en bijhorende follow-up (*de 'Gezondheidscheck'*) bij Vlaamse adolescenten, dat gevoerd wordt door de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (VWVJ) in opdracht van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

In dit masterproefonderzoek willen we te weten komen hoe Vlaamse jongeren een nieuwe methodiek binnen de jeugdgezondheidszorg ervaren en of het haalbaar is om een bestaand Nederlands instrument te gebruiken.
Het betreft een onderzoek waarin, in overeenstemming met richtlijnen geformuleerd door Bowen et al. in 2009 (40), vier aspecten van haalbaarheid worden onderzocht, namelijk (i) de aanvaardbaarheid ('*acceptability*') voor jongeren van de applicatie, (ii) de mate waarin de applicatie voldoet aan een nood/vraag ('*demand*') van jongeren, (iii) de aanpassingen aan de Vlaamse context die volgens jongeren aan de applicatie moeten gebeuren ('*adaptation*'), en (iv) een eerste indicatie van het praktische verloop ('*practicality'*) bij het toepassen van de applicatie in Vlaamse scholen.

Aan de hand van dit onderzoek willen wij:

- een algemeen beeld krijgen van de ervaring van jongeren t.o.v. de nieuwe methodiek;
- de eventuele nood van jongeren aan een nieuwe aanpak binnen de jeugdgezondheidszorg in kaart brengen;
- met behulp van de feedback van jongeren suggesties en aanbevelingen uitschrijven met als doel de applicatie te verbeteren en aan te passen aan de Vlaamse context;
- een toekomstig groter haalbaarheids- en validiteitsonderzoek, over meerdere CLB's voorbereiden.

Het werk werd zo opgedeeld dat elke onderzoeker een eigen literatuuronderzoek uitvoerde met accenten op verschillende theoretische denkkaders/methodieken die kunnen gebruikt worden bij de uitwerking van een (online) interventie bij jongeren. Tijdens het veldonderzoek richtte elke onderzoeker zich tot een ander onderwijsniveau, het Algemeen Secundair onderwijs (ASO) en het Technisch Secundair Onderwijs (TSO) enerzijds en het Beroeps Secundair Onderwijs (BSO) anderzijds. Uiteindelijk werden de resultaten samengevoegd om tot één congruent geheel te komen. De applicatie en de manier van werken verschillen namelijk niet zo veel in de drie onderwijstypes, wat een gezamenlijke analyse verantwoordt en meer "bewijskracht" (*power*) geeft aan het onderzoek.

Caroline richtte zich in de literatuur tot de oplossingsgerichte therapie en de zelfdeterminatietheorie. Nelly doorzocht de literatuur rond motiverende gespreksvoering en toepassingen hiervan in preventieve jeugdgezondheidszorg.
Het veldonderzoek werd zo verdeeld dat Caroline Van Damme data verzamelde en analyseerde bij de BSO-groep. Deze leerlingen zijn afkomstig uit een school verbonden aan het CLB waar Nelly Vandewalle werkzaam is. Nelly verzamelde en analyseerde data bij de ASO- en TSO-groep. Deze leerlingen komen uit scholen verbonden aan de werkplaats van Caroline Van Damme. Beide onderzoekers rekruteerden scholen en leerlingen verbonden aan het CLB van hun tewerkstelling. Praktische voorbereidingen, nodig om de leerlingen te laten kennismaken met de applicatie en het onderzoek op te zetten, werden op die manier door elke onderzoeker voor de ander voorbereid.

1.2 Jeugdgezondheidszorg in België

Jongeren van 12-19 jaar kunnen erg onzeker zeker zijn door de grote lichamelijke en psychosociale veranderingen die zo typisch zijn voor deze levensfase. Ze hebben hier vaak vragen en zorgen over maar delen deze niet noodzakelijk meer met hun ouders. Bovendien komen er in deze groep risicovolle gedragingen voor die de gezondheid kunnen beïnvloeden voor en testen jongeren heel wat uit. De stap zetten naar (professionele) hulp kan echter erg moeilijk zijn, ook al hebben ze ernstige problemen(2). Tegemoetkomen aan deze vragen en zorgen, met respect voor hun nood aan zelfstandigheid en voor hun zoektocht naar een eigen identiteit, maakt deel uit van de doelen van jeugdgezondheidszorg.
De missie van jeugdgezondheidszorg in het algemeen is gericht op het beschermen, bewaken en bevorderen van de gezondheid en het welzijn van kinderen en jongeren. Systematische contacten met alle kinderen en jongeren in het kader van preventieve consulten is in de CLB's een veel gebruikte methodiek om deze doelstelling te bereiken. Deze contacten kunnen bijdragen tot vroege signalering van ongezond gedrag, psychosociale problemen en schooluitval, en maakt tijdige interventie mogelijk(3). In België hebben de CLB's een prominente rol in het aanbod van jeugdgezondheidszorg voor schoolgaande kinderen en jongeren. Momenteel worden er gedurende de ganse schoolloopbaan zeven contactmomenten georganiseerd, waarvan twee consulten zich richten tot adolescenten, namelijk in het eerste en in het derde jaar secundair onderwijs. De minimale inhoud van deze consulten is wettelijk vastgelegd en deze onderzoeken zijn verplicht voor alle Vlaamse schoolgaande kinderen en jongeren(4).

In januari 2016 publiceerde de VWVJ een onderbouwd advies om de organisatie van jeugdgezondheidszorg en in het bijzonder de rol van de CLB's te actualiseren(3).
De differentiatie van het zorgaanbod in functie van de noden van elk kind/ adolescent, wordt hierin benadrukt. Dit opdat preventie en meer middelen terecht zouden kunnen komen bij de 'juiste' jongeren(3). Vooralsnog ontbreken echter de instrumenten om deze uitgangspunten van de preventieve zorg op een doeltreffende wijze te realiseren.
In de visietekst wordt er bovendien voor gepleit om adolescenten, naar aanleiding van de systematische contacten, aan te zetten om te reflecteren over de eigen gezondheid, en de regie ervan zelf in handen te nemen(3). Dit advies vloeit voort uit een vernieuwde definitie van gezondheid die in 2011 werd gepubliceerd door een groep wetenschappers uit de zorgsector en het sociale domein. "*Health is the ability to adapt and self-manage in the face of social, physical and emotional challenges"*. Hiermee geeft men aan dat gezondheid een dynamisch gegeven is en dat de aandacht voor gezondheid moet worden gezien als een onlosmakelijk onderdeel van de levenskunst(5). Dit pleit ervoor om juist bij jongeren ook aandacht te hebben voor het versterken van hun veerkracht, zelfregie en gezondheidsvaardigheden.

Meerdere studies hebben aangetoond dat gezond gedrag en levensstijl in belangrijke mate bijdragen tot het algemeen welzijn, en tot een afname van morbiditeit en mortaliteit, en zo ook tot een vermindering van de steeds toenemende kosten in de gezondheidszorg. Het is dus erg belangrijk om in te zetten op gedragsverandering om zowel de levensduur als de kwaliteit van leven te verhogen (en om het gezondheidssysteem betaalbaar te houden)(6,7).
Het decreet integrale jeugdhulp van 2015 benadrukt o.a. dat er meer moet ingezet worden op preventie en vroegtijdige detectie in de brede zin van het woord*;* hierbij wordt gesuggereerd om *"instrumenten te ontwikkelen of bestaande instrumenten te valideren voor scholen en centra voor leerlingbegeleiding om preventief risicoleerlingen te kunnen detecteren en hen preventief te kunnen begeleiden"*(8)*.*

1.3 'Gezond leven, check het even' = de 'Gezondheidscheck' (9,10)

In Nederland werd, op advies van het Centrum Jeugdgezondheidszorg (JGZ), een extra contactmoment ingevoerd op de leeftijd van 15-16 jaar. Het belang van dit extra contactmoment wordt breed onderschreven en een aantal JGZ-organisaties zijn overgegaan tot het uitvoeren hiervan in verschillende varianten, en met gebruik van uiteenlopende methodieken*.*

De Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) Gelderland-Midden, die onder andere verantwoordelijk is voor het aanbod jeugdgezondheidszorg in deze regio, heeft een online applicatie ontwikkeld ('Gezond leven, check het even', kortweg 'Gezondheidscheck'), bestaande uit een online vragenlijst met elektronische feedback, eventueel gevolgd door een consult met een jeugdarts of jeugdverpleegkundige. Met hun methodiek leggen ze de nadruk op een oplossingsgerichte manier van werken. Uitgangspunt is dat jongeren op een positieve manier worden uitgenodigd om na te denken over hun eigen gezondheid en leefstijl en de keuzes die ze daarin maken. Ook moeten jongeren zich laagdrempelig uitgenodigd voelen om hun vragen te stellen.

De thema's die in de online applicatie aan bod komen zijn (i) lichamelijke gezondheid, (ii) sociaal-emotionele gezondheid (welbevinden, pesten en gepest worden, mishandeling), (iii) verslaving (roken, alcohol, drugs en gamen), (iv) seksualiteit, en (v) leefomstandigheden (schoolklimaat, relaties met anderen, schoolverzuim, thuissituatie en financiën).

De inhoud van deze applicatie is ontworpen met input van bestaande vragenlijsten, waarbij de vragen vervolgens oplossingsgericht geformuleerd (positief of neutraal, schaalvragen, 'wat past bij jou' vragen) werden. Een eerste conceptversie werd voorgelegd aan deskundigen in het oplossingsgericht werken, en aan inhoudelijke experts m.b.t. de thema's die in de applicatie aan bod komen. Hierna zijn de formuleringen aangepast. Vervolgens is met inbreng van jongeren de formulering van de vragen verder aangepast, zodat ze eenduidig waren, gemakkelijk te begrijpen en geen vragen meer opriepen.

De evaluatie van het contactmoment gebeurde in verschillende fasen, waarbij input van zowel jongeren, ouders, verzorgers als andere partijen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg werd gevraagd.

In Nederland is gekozen om VMBO leerlingen (komt ongeveer overeen met het BSO en de eerder praktische richtingen van het TSO in Vlaanderen) in het derde jaar (15-jarigen) de online applicatie aan te bieden. Men koos ervoor om al deze leerlingen nadien uit te nodigen voor een persoonlijk gesprek. In het VMBO/HAVO/VWO (VHV) (komt overeen met het ASO en de meer theoretische richtingen van het TSO in Vlaanderen)(11) wordt de applicatie pas aangeboden in het vierde jaar (16-jarigen), en volgt nadien alleen een uitnodiging voor een persoonlijk gesprek als daar een aanleiding voor is of als de jongere zelf aangeeft dit te wensen. Dit verschil in strategie volgens onderwijstype in Nederland is ingegeven door: (i) de ervaring dat een vragenlijst voor jongeren op de lagere onderwijsniveaus niet altijd een goede methode is om vragen te stellen, en er dus best systematisch een persoonlijk contact met een jeugdarts of jeugdverpleegkundige op volgt, (ii) het feit dat jongeren van een beroepsrichting vaker dubbelen en dus gemiddeld ouder zijn in het derde jaar van het secundair onderwijs, en (iii) het feit dat zorgcoördinatoren aangaven dat problemen bij deze doelgroep frequenter voorkomen en vaak op jongere leeftijd beginnen.

De antwoorden op vragen van de online vragenlijst kunnen tot verschillende vervolgacties leiden:

a. De jongeren krijgen online relevante informatie die tot doel heeft hen aan het denken te zetten en nieuwsgierig te maken naar meer informatie over het betreffende onderwerp;
b. Zij kunnen bij alle onderwerpen aangeven of zij een vraag hebben, en of zij hier digitaal informatie over willen ontvangen of een gesprek of een medisch onderzoek.

De afdeling eerstelijnsgeneeskunde van de universiteit van Nijmegen onderzocht hoe jongeren het extra contactmoment ervaren en maakte ook een globale inschatting van de sensitiviteit en bruikbaarheid van de applicatie. In een pilootonderzoek bij 500 jongeren, werd een aselecte steekproef van 102 leerlingen in verschillende onderwijstypes geïnterviewd met behulp van zowel kwantitatieve als kwalitatieve vragen.

Algemeen waren de ervaringen van de leerlingen positief en het extra contactmoment lijkt te voorzien in een behoefte van jongeren. Het contactmoment in zijn geheel werd beoordeeld met een gemiddelde score van 7,6 op 10 en 95% van de respondenten vond dat het contactmoment met de arts of verpleegkundige nuttig is voor jongeren. De gezondheidsboodschappen kregen de laagste score. Slechts de helft van de geïnterviewde leerlingen had naar de gezondheidsboodschappen gekeken en 1/4 van de jongeren die wel keek naar de boodschappen, vond deze niet interessant.

Op basis van deze eerste evaluatie heeft men de wijze van uitnodigen op het consult gewijzigd, de gezondheidsboodschappen oplossingsgerichter geschreven en zijn er vragen over de thuissituatie toegevoegd.

De prevalentie van probleemsituaties bij de antwoorden op vragen over pesten, roken, alcohol, drugs, seks en psychosociale problemen kwam in deze eerste evaluatie grotendeels overeen met gerapporteerde cijfers in andere onderzoeken. Het onderzoek toonde ook aan dat de applicatie vermoedelijk voldoende adequaat is om mogelijke problemen te identificeren voor een vervolggesprek. Zo blijkt dat de manier waarop het contactmoment is opgezet jongeren genoeg vertrouwen geeft om eerlijk te rapporteren over hun gedrag en leefstijl en vragen te stellen over hun gezondheid en welzijn.

Intussen vulden in 2015 al 6500 jongeren de applicatie in en werd deze overgenomen door andere GGD’s in Nederland.

1.4 Motivering

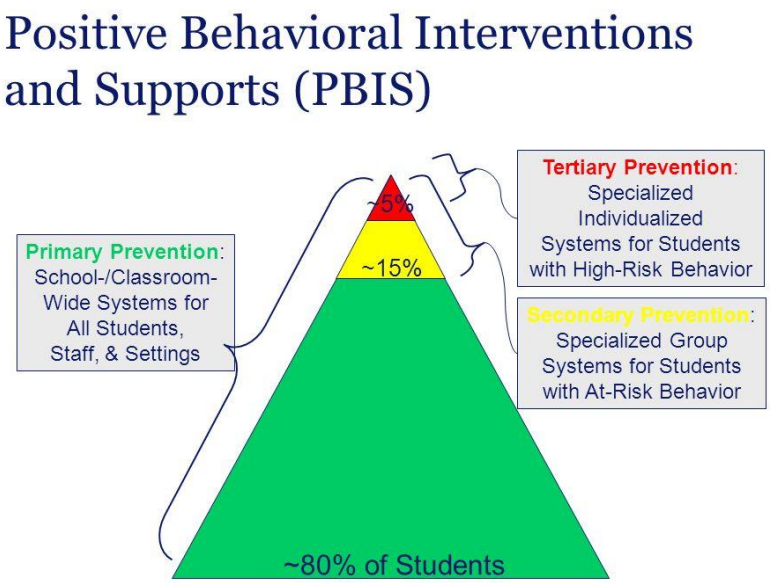
Bij de uitwerking van deze masterproef werken twee studenten van de masteropleiding Jeugdgezondheidszorg samen, met name Nelly Vandewalle en Caroline Van Damme. Hun gezamenlijk doel is meedenken en onderzoeken hoe het systematisch contact met adolescenten kan geoptimaliseerd worden.

Volgens de huidige CLB-regelgeving worden jongeren uit het derde jaar van het secundair onderwijs uitgenodigd voor een laatste preventief consult tijdens hun schoolloopbaan, eerst bij een CLB-verpleegkundige en vervolgens bij een CLB-arts. Dit contact biedt aan deze arts en verpleegkundige de mogelijkheid om een inschatting van de gezondheid bij de jongere te maken en in te gaan op thema's die zijn of haar algemene gezondheid kunnen verbeteren. Het contact biedt aan jongeren de kans om vragen te stellen in een vertrouwelijke sfeer.

Hoewel deze unieke gelegenheid er is, bestaat de indruk dat ze onvoldoende benut wordt. Jongeren lijken op te zien tegen 'het medisch onderzoek', eerder dan het als een kans te zien. Jongeren stellen weinig vragen. De arts en verpleegkundige gaan in op gezondheidsthema's zonder een eenduidige systematiek en zonder te weten of dit de jongere ook effectief aanzet tot de gewenste gedragsverandering. De consulten zoals deze nu worden georganiseerd, zijn bovendien tijdrovend en de inhoud ervan is slechts in beperkte mate gebaseerd op wetenschappelijke evidentie.

In modellen van getrapte zorg (zoals bv. het '*Risk to intervention*' model (RTI), (figuur 1) wordt ervan uitgegaan dat in een goed opgezet zorgsysteem voor ongeveer 80 % van de jongeren/kinderen het basisaanbod zal volstaan, en 15 à 20 % een supplementair aanbod zal nodig hebben omwille van een verhoogd risico(12).

<u>Overgenomen uit:</u> "State of the art Preventieve Gezondheidszorg in de Centra voor Leerlingenbegeleiding, december 2010": *"Zorgmodellen met een getrapt aanbod, waarvan de graad van intensiteit en de mate van individualisering van de interventie verhoogt naarmate de nood aan zorg toeneemt, worden sinds enige jaren toegepast in diverse domeinen van de gezondheidszorg en onderwijs. Vertaald naar jeugdgezondheidszorg laat een dergelijk getrapt model toe om flexibilisering en differentiatie van het aanbod te voorzien in functie van de gesignaleerde noden van een kind en zijn omgeving, en dit onder de vorm van (1) een basisaanbod voor de hele populatie, (2) een supplementair aanbod voor subgroepen, en (3) een individueel (intensief en op maat gesneden) aanbod. Het model laat bovendien ook toe om mensen met de best gepaste expertise in te zetten op het gepaste niveau (…)".*



Figuur 1: Schematische voorstelling van een getrapt zorgmodel, met een basisaanbod (groen), supplementair aanbod (geel) en een individueel aanbod (rood) (aangepast aan Positive Behavioural Interventions and Supports (PBIS) (Bron: www.pbis.org))

Het principe van een algemeen consult dat zeer laagdrempelig is, kan een grote troef zijn om deze jongeren met risicofactoren te detecteren en vroegtijdig op te treden. In de praktijk wordt er echter veel tijd gespendeerd aan de grote groep jongeren zonder problemen en is het aanbod weinig gedifferentieerd. Op die manier is de beschikbare tijd voor specifieke zorg aan de 20 % jongeren die het echt nodig hebben, te beperkt.

In het licht van de hoger genoemde bezorgdheden en ontwikkelingen, biedt de Nederlandse applicatie de 'Gezondheidscheck' interessante mogelijkheden. Het instrument is gebaseerd op een wetenschappelijk onderbouwde methodiek om jongeren aan te zetten tot reflectie en gedragsverandering.

Een moderne JGZ moet zich aanpassen aan een snel veranderende maatschappij en moet samenwerken met jongeren en ouders als gelijkwaardige partners. Van een sterk medisch gericht model enkele decennia geleden, evolueert JGZ naar een meer biopsychosociale benadering, waarin artsen hun expertise op een gepaste manier inzetten en afzien van een betuttelende, moraliserende en paternalistische houding. Nieuwe methodieken, zoals de 'gezondheidscheck' kunnen hiertoe bijdragen.

2. LITERATUURONDERZOEK

2.1 Inleiding

De ‘Gezondheidscheck’ kan op twee vlakken vernieuwend genoemd worden. Enerzijds is het een instrument dat ontwikkeld werd in het perspectief van een onderliggende theorie, namelijk oplossingsgericht werken. Anderzijds wordt gebruik gemaakt van een online methodiek om de doelgroep van jongeren op een effectieve manier te bereiken.

Oplossingsgericht werken is een theorie die geïntroduceerd werd in de jaren ‘80 van de vorige eeuw en inmiddels succesvol is doorgedrongen in de wereld van coaching en onderwijs.

Mogelijks bestaan er echter nog andere theoretische kaders/methodieken die in mindere of meerdere mate aansluiten bij het oplossingsgericht werken en die kunnen gebruikt worden om jongeren te motiveren tot gedragsverandering. De zelfdeterminatietheorie en motiverende gespreksvoering zijn hier twee voorbeelden van. De zelfdeterminatietheorie biedt meer specifiek handvaten om de kwaliteit van de motivatie te verhogen terwijl motiverende gespreksvoering de communicatietechnieken aanreikt om de patiënten te gidsen doorheen de verschillende fasen van het veranderingsproces. Beide methodieken sluiten aan bij het oplossingsgericht werken, worden in de literatuur vaak geciteerd en aangeprezen en zijn bovendien complementair.

In dit literatuuronderzoek gaan we dieper in op hogervermelde vernieuwende aspecten.

Het doel van deze literatuurstudie is de wetenschappelijke onderbouw voor de verschillende achterliggende theorieën weer te geven en te bestuderen in welke mate het bereiken van jongeren met een online instrument een meerwaarde kan bieden.

De volgende onderzoeksvragen werden gesteld:

Caroline Van Damme:

A/ Welke methodieken om adolescenten te motiveren tot reflectie en gedragsveranderingen worden in de wetenschappelijke literatuur beschreven?

B/ Wat is de zelfdeterminatietheorie? Welke interventies gebaseerd op deze theorie worden beschreven in de wetenschappelijk literatuur, en welke zijn de aangetoonde effecten?

C/ Biedt een online interventie een meerwaarde bij het induceren van gedragsverandering bij adolescenten in vergelijking met andere types interventies?

Nelly Vandewalle:

A/ Wat is motiverende gespreksvoering? Welke interventies binnen de preventieve zorg voor adolescenten gebaseerd op deze techniek worden beschreven in de wetenschappelijke literatuur, en welke zijn aangetoonde effecten?

B/ Biedt een online interventie gebaseerd op de techniek van motiverende gespreksvoering een meerwaarde t.o.v. *face-to face* interventies gebaseerd op dezelfde techniek?

2.2 Methodologie

De literatuurverkenning is in eerste instantie gebaseerd op teksten die door de promotoren en experts werden aangereikt en nadien verder aangevuld met eigen literatuuronderzoek.

Hierbij valt op dat er heel wat onderliggende theorieën bestaan om jongeren te motiveren tot gedragsverandering. Er werd beslist om een keuze te maken om enkele theoretische kaders wat meer in detail te bespreken in deze masterproef.

Het literatuuronderzoek werd na een eerste gezamenlijke verkenning van de literatuur, zo opgedeeld dat Caroline Van Damme zich meer toespitste op de methodiek van het oplossingsgericht werken en de zelfdeterminatietheorie, terwijl Nelly Vandewalle zich heeft gefocust op motivationele gespreksvoering. Door beiden werd literatuur gevonden met betrekking tot het toepassen van online interventies bij jongeren.

In bijlage 1 en bijlage 2 wordt de methodologie van respectievelijk Caroline Van Damme en Nelly Vandewalle gedetailleerd beschreven.

2.3 Resultaten

2.3.1 Theoretische denkkaders

De wetenschap van gedragsverandering is volop in ontwikkeling. Het belang van gedrag en levensstijl in het voorkomen van ziekte en sterfte wordt ondertussen niet meer in twijfel getrokken (6).

Een tweede belangrijke evolutie is de toenemende belangstelling om gedragsinterventies te baseren op onderliggende theorieën. Uit vele studies blijkt namelijk dat het toepassen van een theoretisch denkkader een gunstig effect heeft op de effectiviteit van de interventie, en bijgevolg op de beoogde gedragsverandering (6,13,14).

Daarenboven, wanneer verschillende theorieën gecombineerd worden, blijkt het effect nog groter te zijn (15).

Theorieën dragen bij tot het identificeren van onderliggende mechanismen die gedragsverandering kunnen verklaren (mediërende variabelen) en brengen op die manier mogelijke doelwitten voor interventie aan het licht (6,16,17).

Vaak wordt in studies wel vermeld op welke theorie de interventie gebaseerd is, maar wordt er weinig beschreven over hoe deze theorie concreet wordt toegepast in de interventie (16).

Plotnikoff et al. halen in hun systematische *review* een aantal sociaal-cognitieve theorieën aan die gebruikt kunnen worden om de intentie om meer te bewegen bij adolescenten te verklaren: de '*theory of planned behaviour'*, de Zelfdeterminatietheorie en het transtheorethische model van Prochaska en Diclemente worden hier o.a. vermeld (18).

Ook in andere onderzoeken en toepassingen worden verschillende onderliggende theorieën beschreven (7,13,14,19).

2.3.2 Oplossingsgerichte therapie?

Oplossingsgerichte therapie biedt een denkkader aan over hoe men iemand moet benaderen bij het zoeken naar oplossingen voor problemen, en het reikt gesprekstechnieken aan om iemand te doen reflecteren over zijn eigen gedrag en dit gedrag te veranderen. Bij het oplossingsgericht werken staat de cliënt met zijn eigen ambities en mogelijkheden centraal. Oplossingen werken namelijk beter als ze vanuit de persoon zelf komen.
Een positieve benadering is hierbij van cruciaal belang. Mensen krijgen namelijk meer energie door over successen te praten dan over problemen (20).

Tijdens de evolutie die de aanpak van oplossingsgerichte therapie doormaakte werd duidelijk dat de oplossingen voor problemen bij de patiënt zelf konden gevonden worden. Het is ondertussen een gevestigde methodiek binnen de psychotherapie en coaching, waarvoor een goede wetenschappelijke basis bestaat (21).
Uit een *review* van Bond et al. blijkt bovendien dat oplossingsgerichte therapie in het bijzonder effectief lijkt te zijn bij vroege interventies wanneer de problemen nog niet ernstig zijn (22).

Oplossingsgerichte therapie werd in de loop van de tijd ook meer en meer gezien als een samenwerking tussen de therapeut en de patiënt (21). De basishouding van de hulpverlener is hierbij fundamenteel. Er worden vragen gesteld in de plaats van te vertellen wat de patiënt moet doen, en er wordt gezocht naar vaardigheden waarover de jongere zelf beschikt (20).

Een laatste belangrijk element binnen het oplossingsgericht werken is de holistische benadering van de patiënt en het in rekening brengen van zijn volledige (sociale) context.
De omgeving waarin de patiënt zich bevindt heeft een grote impact op de mogelijke ontwikkeling van problemen, maar kan ook een belangrijke rol spelen bij het zoeken naar oplossingen voor deze problemen (21).

2.3.3 Zelfdeterminatietheorie (ZDT)

2.3.3.1 Wat is de Zelfdeterminatietheorie?

De zelfdeterminatietheorie is een algemene theorie over menselijke motivatie en gedrag die procesgewijs ontstaan is in de jaren ‘70 en ‘80 van vorige eeuw, onder leiding van verschillende experten, waaronder Edward L. Deci en Richard M. Ryan. Deze theorie benadrukt voornamelijk de mate waarin het gedrag autonoom is (d.i. vanuit zichzelf) versus gecontroleerd (d.i. van buitenaf) wordt, en identificeert drie psychologische basisnoden die belangrijk zijn om het internalisatieproces van dit gedrag te ondersteunen: autonomie, competentie en verbondenheid (6,15,23,24).

Door te voldoen aan deze drie psychologische noden verhoogt men de kans dat een bepaald gedrag dat van buitenaf wordt opgelegd (extrinsiek) geïntegreerd wordt binnen de normen en waarden van de patiënt en deze op die manier meer (intrinsiek) gemotiveerd zal zijn om datzelfde gedrag te (blijven) herhalen. Wanneer bijvoorbeeld het competentiegevoel versterkt wordt door positieve feedback, een goede communicatie of een beloning, zal de intrinsieke motivatie vergroten. Negatieve feedback daarentegen heeft het tegenovergestelde effect. Desalniettemin hebben latere studies aangetoond dat het versterken van het competentiegevoel enkel een gunstige invloed heeft op motivatie wanneer het gepaard gaat met een zeker gevoel van autonomie (15).

De gezondheid en het welzijn van mensen wordt sterk beïnvloed door de mate waarin de sociale context erin slaagt te voorzien in deze drie boven vernoemde psychologische noden (25,26).

2.3.3.2 Toepassing van de ZDT binnen de preventieve gezondheidszorg

In de voorbije 10 tot 15 jaar, is er meer en meer onderzoek verricht naar de toepasbaarheid van de ZDT binnen de gezondheidssector. Hieruit blijkt dat het toepassen van de ZDT binnen een interventie succesvol kan zijn in verschillende domeinen zoals depressie, rookstop, lichaamsbeweging, gewichtsverlies, tandzorg, *compliance*, alcohol- en druggebruik en gedragsverandering op lange termijn teweegbrengt (6,7,25).

Moti-4 is bijvoorbeeld een individueel gesprekkentraject, ontwikkeld in Nederland dat deels gebaseerd is op inzichten van de ZDT. Dit betekent concreet dat er getracht wordt omstandigheden te creëren die de persoonlijke autonomie, het competentiegevoel en de verbondenheid van de jongere versterken om de meest effectieve vorm van motivatie te bereiken. Een studie van Dupont et al. bij jonge cannabisgebruikers toonde aan dat er na de Moti-4 interventie een significant verschil was in hoeveelheid geld dat wordt uitgegeven aan cannabis, dat de frequentie van gebruik significant gedaald was, de motivatie om te veranderen toegenomen was, en zowel het plannen om te stoppen als de wens om te stoppen met cannabisgebruik sterk verhoogd was (19).

Volgens Dishman et al. en Gillison et al. is autonome motivatie ook sterk gecorreleerd met meer fysieke activiteit bij jongeren (25,27). Op het vlak van dieetadvies toonden verschillende studies bij jongeren eveneens aan dat de ZDT effectief is (6,25).
De meta-analyse van Ng et al. toonde een positieve correlatie tussen een gezondheidszorg klimaat waarbij autonomie wordt aangemoedigd enerzijds en fysieke gezondheid anderzijds, alsook een positieve correlatie tussen een autonomie bevorderend klimaat en mentale gezondheid. Dezelfde meta-analyse ziet ook bewijzen van het belang om de patiënt centraal te stellen binnen de gezondheidszorg (7).
Chatzisarantis N en Hagger M concluderen uit hun studie over fysieke activiteit bij jongeren dat de ZDT een nuttig kader biedt voor de ontwikkeling van op school gebaseerde interventies met als doel het niveau van fysieke activiteit bij schoolgaande jongeren te verhogen (28).
Londsdale et al. zijn bezig met een onderzoek waarbij sportleerkrachten worden getraind in motivationele technieken gebaseerd op de ZDT. De eindresultaten hiervan zijn nog niet gepubliceerd. Maar voorgaande studies konden reeds aantonen dat training van leerkrachten volgens ZDT-principes de autonome motivatie van studenten en hun intentie om meer fysiek actief te zijn in hun vrije tijd kon verhogen (29). Ng et al. beschrijven dat ook aan gezondheidsmedewerkers kan geleerd worden om de autonomie van hun patiënten te ondersteunen (7).

2.3.4 Motiverende gespreksvoering Rollnick en Millner

2.3.4.1 Wat is motiverende gespreksvoering?

Hulpverleners proberen met motiverende gespreksvoering cliënten in beweging te brengen om hun levenswijze te veranderen. De kern van deze benadering is dat mensen gaan inzien dat zij een probleem hebben en gemotiveerd raken om dit aan te pakken.

Motiverende gespreksvoering is geen theorie, maar een stijl of filosofie waarmee de hulpverlener de motivatie van cliënten om te veranderen kan versterken en hun ambivalentie kan verminderen (30).
Miller en Rollnick definiëren motiverende gespreksvoering als een cliëntgerichte maar directieve methode. Volgens hen is motiverende gespreksvoering gebaseerd op 4 principes: (1) empathie uitdrukken, (2) ontwikkelen van discrepantie, (3) vermijden van discussie, omgaan met weerstand en (4) *self-efficacy* ondersteunen. Essentieel is een empathische, open, niet-veroordelende houding tijdens het gesprek. Om gedragsverandering te bekomen bij de cliënt, is het nodig dat er discrepantie ontstaat tussen zijn of haar huidige gedrag en belangrijke doelen of waarden die de cliënt heeft. De cliënt moet zelf ontdekken waarom het belangrijk is voor hem of haar om te veranderen (principe 2) Het werkt averechts als een hulpverlener in discussie gaat of rechtstreeks probeert te overtuigen. Bij weerstand moet de hulpverlener dit zien als een signaal om van strategie te veranderen (principe 3). *Self-efficacy* is het geloof dat een cliënt in zichzelf heeft om tot gedragsverandering te komen. Met het ondersteunen van *self-efficacy* wordt bedoeld dat als een hulpverlener vertrouwen heeft in een cliënt en dat laat merken, dit dan werkt als een *selffulfilling prophecy*: ook de cliënt raakt overtuigd van zijn capaciteiten (principe 4). Die overtuiging bij de cliënt zelf is volgens Miller en Rollnick een belangrijke voorwaarde voor gedragsverandering (31).
Volgens Barteling moet de motivatie tot veranderen worden beschouwd als iets wat de hulpverlener bij de cliënt uitlokt in plaats van oplegt. Door zijn/haar reactie op de hulpverlener laat een cliënt zien waarom hij aarzelt in de aanpak van zijn problemen. Van de hulpverlener mag worden verwacht dat hij die aarzelingen herkent en richting geeft aan de cliënt om ze te onderzoeken en op te lossen (32).

Oorspronkelijk is motiverende gespreksvoering gebaseerd op onderzoek en theorievorming over veranderprocessen bij mensen door Prochaska en DiClemente (33).
Volgens Prochaska en Diclemente doorlopen cliënten achtereenvolgens 6 stadia en vallen zij gewoonlijk één of meerdere keren terug in een eerder stadium alvorens zij erin slagen om het nieuwe gedrag te handhaven. Volgens hen neemt een cliënt pas het besluit om zijn/haar gedrag te veranderen wanneer hij zich bewust is van zijn/haar probleem, dit ook als zodanig erkent en voldoende vertrouwen heeft in zijn/haar mogelijkheden om te veranderen (figuur 2, tabel 1) (23,33).

Figuur 2: Veranderstadia binnen een motivationele cirkel (23).

Voorbeschouwing (precontemplatie)
Er is geen intentie om te veranderen, men is zich niet bewust van het probleem, is te ontmoedigd of ontkent het probleem.
Overpeinzing (beschouwing, contemplatie)
In deze fase is men er zich van bewust dat er een probleem is en er wordt overwogen tot verandering, zonder men er zich echt al op toe te leggen. Dit stadium kent een paradox: aan de ene kant is men bereid om over het probleem en een mogelijke actie na te denken, maar aan de andere kant kent men ook een sterke ambivalentie waarin kan vastgelopen worden en die van contemplatie een chronische toestand kan maken.
Voorbereiding (preparatie)
In deze fase wordt de beslissing genomen om iets te doen aan het probleem en er wordt een plan opgemaakt waarmee het gedrag kan veranderen. Ambivalentie kan nog steeds aanwezig zijn en het besluitvormingsproces (voor- en nadelen) zet zich nog voort.
Actie
Men onderneemt actie. Dit kan zowel door eigen gedrag als door zijn omgeving aan te passen. Er is een duidelijke toewijding en volgehouden inspanning te zien in het uitvoeren van het veranderplan. Men besteedt een aanzienlijke mate van tijd en energie aan veranderen en er zijn reeds duidelijke gedragsveranderingen zichtbaar.
Onderhoud (consolidatie)
Wanneer men 6 maanden in de actiefase zit, wordt er overgegaan naar de onderhoudsfase. In dit stadium probeert men het vernieuwde gedrag in zijn dagelijks leven te integreren en het zo te consolideren tot een permanente verandering. Desondanks is deze onderhoudsfase geen statische fase en kan er nog steeds terugval optreden.
Terugval
Ook terugval is een onderdeel van het veranderingsproces. Meestal lukt immers niet om het bereikte resultaat vanaf de eerste keer voor altijd vast te houden. Terugval betekent niet dat men opnieuw van voor af aan moet beginnen aangezien er gedurende het veranderproces reeds bepaalde leerervaringen opgedaan zijn die bij een hernieuwde poging kunnen gebruikt worden.

Tabel 1: omschrijving van de veranderstadia binnen een motivationele cirkel (23).

Ondertussen formuleerden verschillende auteurs kritiek op het bovenstaande model. Littell en Girvin concluderen dat het model kan gezien worden als een ideaal voor gedragsverandering, dat hulpverleners een houvast biedt voor het aanmoedigen en helpen veranderen van menselijke gedragingen. In werkelijkheid kunnen mensen één of meerdere stadia overslaan, overlappen de motivatiestadia elkaar en volgen ze elkaar niet zo duidelijk op (34).

2.3.4.2 Toepassing van motiverende gespreksvoering binnen jeugdgezondheidszorg (ook online)

In de literatuur vinden we verschillende voorbeelden terug van het gebruik van motivationele gespreksvoering in de preventieve zorg bij adolescenten. De vormen waaronder de theorie van motivationele gespreksvoering wordt toegepast zijn echter zeer divers, wat interpretatie van de resultaten bemoeilijkt. Vaak wordt ook niet uitsluitend motivationele gespreksvoering gebruikt als methodiek, maar wordt er gecombineerd met andere methodieken. De verschillende vormen van interventies gebaseerd op motivationele gespreksvoering gaan van één korte interventie tot verschillende intensievere tussenkomsten, door middel van een of meerdere gesprekken, telefonisch of *face-to-face* of door middel van een softwareprogramma op PC.

In de gevonden literatuur gaat het ook telkens over preventieve interventies gericht op één thema rond gezondheid (35–44).

Wat betreft aangetoonde effectiviteit, toonden de meeste interventies met gebruik van een bepaalde vorm van motivationele gespreksvoering, een positief effect (35–38,40,41,43,44). Eén meta-analyse toonde een negatief effect aan van een gebruikte component binnen motivationele gespreksvoering, namelijk het opwekken van ambivalentie bij een cliënt, maar zij nuanceren hun resultaat aangezien dit werd besloten uit een klein aantal studies (37).

Algemeen is het interpreteren van resultaten moeilijk omwille van de grote heterogeniteit in de toepassingen van motiverende gespreksvoering en in gemeten eindpunten. Verschillende studies pleiten voor verder onderzoek (37,39).

Hieronder volgt een beschrijving van de gevonden studies. Een meta-analyse uitgevoerd door De Silva et al. onderzocht de effectiviteit van preventieve acties ter bevordering van mondhygiëne bij kinderen. Deze studie kon aantonen dat interventies waarbij men educatie rond mondgezondheid ging combineren met een andere professionele preventieve actie, zoals motivationele gespreksvoering, een positieve impact hadden op het aantal cariëslaesies. Van de 39 geïncludeerde studies, werd helaas slechts in drie studies

motivationele gespreksvoering gebruikt in de preventieve actie. Slechts één van die drie studies gebruikte adolescenten als doelgroep. De twee andere studies richtten zich met hun preventie naar de ouders van jongere kinderen (35,36).

Een Amerikaanse meta-analyse bestudeerde het verschil in effectiviteit tussen interventies via PC en *face-to-face* interventies, meer specifiek het effect op alcoholgebruik bij studenten. Zij stelden vast dat ongeacht het medium, interventies effectiever zijn, wanneer de interventie bepaalde componenten bevat. Zo zijn interventies effectiever wanneer gepersonaliseerde feedback wordt gebruikt rond consumptie. Ook wanneer ingegaan wordt op risico's en problemen verbonden aan alcoholgebruik, veranderstrategieën aan bod komen, er educatie over bloedspiegels in verwerkt zitten en positieve gevolgen van alcohol in vraag worden gesteld zou de interventie meer effect hebben. Deze componenten zijn onderdelen van cognitieve gedragstherapie, en bepaalde componenten sluiten aan bij motivationele gespreksvoering. Er was één component van interventies die helaas een mindere uitkomst gaf, namelijk wanneer gebruik gemaakt werd van een oefening waarbij men poogde de ambivalentie voor het veranderen van een gedrag te verminderen. Nochtans is ook dit een onderdeel van motivationele gespreksvoering. De minder goede uitkomst wordt echter genuanceerd, gezien dit resultaat gebaseerd is op een klein aantal studies en dit effect verdween wanneer men ging vergelijken met andere componenten van de interventies. In de *review* concludeert men dan ook dat verder onderzoek nodig is om deze laatste conclusie te staven (37).

In een *review* door Barnett et al. over het gebruik van motivationele gespreksvoering bij middelen gebruikende adolescenten (alcohol, tabak, marihuana, algemeen middelengebruik) werden 39 studies geïncludeerd. In 26 van de 39 (67%) studies werd een statistisch positief effect gevonden, waarbij middelengebruik verminderde na de interventie. De interventies, gebaseerd op motivationele gespreksvoering in de verschillende studies, liepen wel erg uiteen, gaande van een telefonisch gesprek tot een *face-to-face* interventie, gericht op de adolescent alleen of op de adolescent en een ouder (38).

Een Canadese *review* beveelt aan om motivationele gespreksvoering te incorporeren in programma's gericht op het verbeteren van de slaaphygiëne van adolescenten. Zij stellen vast in hun review dat bestaande programma's effectief zijn in het verhogen van kennis bij adolescenten, maar er helaas niet in slagen om gedragsverandering te bekomen. In de interventies die zij analyseerden werd motivationele gespreksvoering echter nog niet gebruikt (39).

Een RCT (*Randomised Controlled Trial*) door Kiene en Barta onderzocht of een korte interventie via PC, gebaseerd op principes van motivationele gespreksvoering, het seksueel risicogedrag kon verlagen. Elementen uit de theorie van motiverende gespreksvoering werden vertaald in een interactieve software applicatie. Het onderzoek bevestigde dat de applicatie bijdroeg tot voorspellende factoren voor veiliger seksueel gedrag. Dit bleek effectief te zijn. Men kon aantonen dat vier weken na de interventie de deelnemers vaker condooms beschikbaar hielden en dat hun brede kennis over condooms was toegenomen (40).

In Australië werd rond slaaphygiëne een RCT uitgevoerd waarin men motivationele gespreksvoering toepaste bij adolescenten. Dit in de vorm van een vierdelige lessenreeks onder leiding van iemand getraind in motivationele gespreksvoering. De controlegroep kreeg de lessenreeks niet. Hun resultaten toonden dat de kennis toenam bij adolescenten, ook hun motivatie tot het hebben van een regelmatig slaapritme verhoogde en er was een trend tot het verhogen van hun motivatie tot het hebben van meer uren slaap. Hun functioneren verbeterde overdag, maar dit was niet significant verschillend met de controlegroep (41).

In de VS werd een programma gelanceerd (*New Moves intervention*) met als doel een gezond gewicht te bekomen en te behouden voor adolescente meisjes. Het programma bestond uit verschillende componenten. Onder andere een individueel gesprek, gebaseerd op de techniek van motivationele gespreksvoering. In deze studie kon men echter de effectiviteit tot gedragsverandering niet aantonen (43).
Vergelijkbaar met de voorgaande studie werd ook een programma voor schoolgaande jongens tussen 10 en 14 jaar oud gelanceerd. Ook dit programma bestond onder andere uit een sessie met een verpleegkundige getraind in motivationele gespreksvoering. Bij de evaluatie van het programma kon men vaststellen dat het nodig was bij deze jongens om zowel open als gesloten vragen te formuleren. Dit omdat er bij de jongens niet altijd een goed antwoord kwam op een open reflectieve vraag. De studie suggereert om eerst een open en reflectieve vraag te stellen, gevolgd door een gesloten vraag. Er werd geadviseerd om verpleegkundigen hier specifiek in te trainen (44).

2.3.5 Gebruik van online-tools – toepassingen binnen de gezondheidszorg

Het gebruik van digitale technologieën om interventies rond gezond gedrag te implementeren biedt een aantal voordelen: je kunt (i) een groot aantal personen bereiken aan een relatief lage kost, (ii) de zekerheid bieden dat de interventie 24uur op 24 beschikbaar is,(iii) het gebruik van interactieve methodes vergemakkelijken (bijvoorbeeld het geven van gepersonaliseerde feedback) (13,16). De laagdrempeligheid van een online interventie blijkt een belangrijke factor voor adolescenten en jongvolwassenen (9,17,29).

Bovendien zou het gebruik van online tools extra relevant zijn bij jongeren, die de grootste gebruikers blijken te zijn van deze technologieën (13).

In industrielanden/ontwikkelde landen heeft meer dan 90 % van de kinderen en adolescenten toegang tot internet op school en/of thuis. Zij zien internet ook als hun eerste bron om informatie over hun gezondheid op te zoeken (16).

De laatste decennia ziet men niet alleen dat het aantal online interventies om gezond gedrag te promoten toeneemt, maar ook dat de evidentie groeit dat ze effectief zijn in hun opzet. Kwantitatieve studies over online interventies rapporteren een positief maar eerder variabel en klein effect op gedrag (14,17).

Drie kenmerken van een interventie zouden deze impact mogelijks kunnen beïnvloeden: (i) de theoretische basis van een interventie, (ii) de gebruikte technieken, en (iii) het medium waarmee deze technieken worden aangeboden (14).

U@Uni is een interventie bestaande uit een online website en mobiele applicatie. Deze werd ontwikkeld voor eerstejaars studenten aan de universiteit met als doel om gedragsverandering te stimuleren in verschillende domeinen (voornamelijk rookgedrag, consumptie van groenten en fruit, fysieke activiteit en alcoholgebruik). Ook de invloed van de interventie op sociale cognitieve variabelen (intentie, *self-efficacy*, *perceived control*, attitude, subjectieve normen en planning) werd onderzocht. De resultaten van deze RCT waren tegenstrijdig. Het gebruik van de applicatie U@Uni had een statistisch significant effect op het verminderen van het roken, maar niet op de andere gedragingen. Ook de resultaten i.v.m. sociale cognitieve variabelen waren eerder inconsistent (13). Dezelfde bevindingen vindt men ook terug in grotere systematische *reviews* (16).

De systematische *review* van Webb et al. leert ons dat online interventies gemiddeld een klein positief effect hebben op gezond gedrag (t.o.v. niet op internet gebaseerde interventies).

De belangrijkste effecten werden gezien wanneer de interventies stress management voorzagen of training in algemene communicatieve vaardigheden. Deze werkten beide onrechtstreeks op het gedrag door het probleemoplossend vermogen te versterken, *self-*

efficacy te promoten of de impact van stressfactoren die een bepaalde gedragsverandering verhinderen, te verminderen (14).

Een klein maar significant verschil werd aangetoond wanneer er geautomatiseerde feedback op maat werd gegeven of extra informatie werd aangeboden in de vorm van een link, boek, getuigenissen en videos (14). Gepersonaliseerde feedback bleek ook uit de systematische *review* van Tebb et al. effectief (17). Interventies die de mogelijkheid boden om advies te vragen aan een expert hadden een klein tot middelmatig effect op het gedrag. Dit effect was minder groot bij een vastgelegd contactmoment met een hulpverlener of een *peer* groep. Het gebruik van sms had een groot effect op het gewenst gedrag (14).

In de literatuur zijn nog andere voorbeelden te vinden over positieve resultaten van online interventies, alleen is hun superioriteit t.o.v. andere types interventies nog niet éénduidig ondanks de theoretische voordelen (16,17). Er werden studies gevonden waarbij men PC interventies vergeleek met *face-to-face* interventies qua effectiviteit op gedragsverandering. De *face-to-face* interventies bleken effectiever.

Carey et al. bestudeerden in een meta-analyse het verschil in effectiviteit tussen interventies via PC en *face-to-face* interventies, meer specifiek het effect op alcoholgebruik bij studenten. Zij concluderen dat beide types interventies geassocieerd zijn met minder alcoholgebruik op korte termijn, maar *face-to-face* interventies zorgen voor een hoger preventief effect door op meer eindpunten effectief te zijn. De deelnemers in de *face-to-face* interventie dronken minder, minder frequent en rapporteerden minder problemen bij follow-up op korte, middellange en lange termijn, vergeleken met een controlegroep. De deelnemers die aan een PC interventie onderworpen werden, dronken kleinere hoeveelheden, dronken minder frequent en de intoxicatiegraad was lager vergeleken met hun controle groep. In diezelfde meta-analyse werd binnen de groep van *face-to-face* interventies meer homogeniteit vastgesteld in effectiviteit dan in de interventies via PC. Het lijkt erop dat de effectiviteit van digitale interventies afhankelijk is van de inhoud, de manier van personaliseren en de methode van toegang tot de interventie (inloggen van thuis uit, met smartphone of eerder in de werkomgeving) (37).

Een andere studie van Walton et al. in 2010 vergeleek *face-to-face* feedback versus een feedback via PC. Er was een significant voordeel voor de *face-to-face* feedback, waarbij deze effectiever blijkt (42).

Tebb et al. concluderen uit hun systematische review dat ook korte online interventies werkzaam zijn, wat met het oog op de ‘Gezondheidscheck’ erg hoopvol is.

Algemeen is literatuur over de haalbaarheid en de aanvaardbaarheid van smartphone apps bemoedigend. Er is echter heel weinig onderzocht over hoe jongeren deze apps voor gedragsverandering beleven en gebruiken (45).

3. VELDONDERZOEK

3.1 Inleiding

Binnen het vakgebied van de gezondheidspromotie streeft men er, zoals in andere gebieden van de gezondheidszorg, meer en meer naar om *evidence-based* interventies te implementeren.

Volgens Bowen et al. (1) betekent een interventie elk programma of dienstverlening bedoeld om invloed uit te oefenen op, of een verandering teweeg te brengen in sociale of organisatorische situaties van mensen, alsook in hun keuzes, attitudes, overtuigingen en gedragingen. Volgens dezelfde auteurs dienen interventies zich te focussen op veranderbare gedragingen en doelstellingen, vertrekkende van de evidentie dat gedrag aan gezondheid linkt. Daarnaast dienen ze relevant te zijn voor de doelpopulatie en in staat te zijn de beoogde doelstellingen te bereiken.

Een haalbaarheidsstudie in de brede betekenis staat voor elke soort studie die onderzoekers kan helpen in de voorbereiding van onderzoek op grotere schaal dat kan leiden tot een interventie. Mede op basis van de bevindingen van haalbaarheidsstudies kan men bepalen of een interventie kan worden aanbevolen voor het uittesten op werkzaamheid op grotere schaal. Dergelijke studies helpen dus te identificeren wat in de methodiek of in het protocol dient aangepast te worden maar ook hoe deze veranderingen dienen te gebeuren (1).

3.2 Onderzoeksdoelstelling en onderzoeksvragen

In dit haalbaarheidsonderzoek, waarbij een bestaande interventie (de ‘Gezondheidscheck’) werd toegepast in een nieuwe situatie, werden vier aspecten van haalbaarheid onderzocht, namelijk (i) de aanvaardbaarheid (‘*acceptability*’) voor jongeren van de applicatie, (ii) de mate waarin de applicatie voldoet aan een nood/vraag (‘*demand*’), (iii) de aanpassingen aan de Vlaamse context die volgens jongeren in de applicatie moeten gebeuren (‘*adaptation*’), en (iv) een eerste indicatie van het praktische verloop (‘*practicality’*) bij het toepassen van de applicatie in Vlaamse scholen. Onderstaande figuur (figuur 3) geeft weer welke aspecten van een haalbaarheidsstudie volgens Bowen et al. in deze masterproef werden onderzocht.

De uiteindelijke onderzoeksvragen luiden als volgt:

Hoe ervaren Vlaamse jongeren (14-16 jaar) het gebruik van een online applicatie, de ‘Gezondheidscheck’ (online vragenlijst en online feedback met gezondheidsboodschappen), in het kader van het aanbod preventieve gezondheidszorg van de centra voor leerlingenbegeleiding (CLB)?

- Wat vinden Vlaamse jongeren in het algemeen van deze nieuwe aanpak (o.a. in vergelijking met huidige consulten) ?
- Hebben Vlaamse jongeren nood aan dergelijke nieuwe aanpak?
- Zijn er nog verbeteringen in deze methodiek aan te brengen?

3.3 Methoden

3.3.1 Onderzoeksopzet

Om enkele van de aspecten van haalbaarheid in kaart te brengen, werden verschillende methodieken gekozen. Er werd gebruik gemaakt van zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek. Het betrof een kleinschalig demonstratief onderzoek, waarin een beperkte steekproef van leerlingen het traject van de 'Gezondheidscheck' doorliep, en nadien via een schriftelijke vragenlijst en focusgesprekken bevraagd werden over hun ervaringen. De antwoordprofielen van de leerlingen werden geëvalueerd en de procesevaluatie vanuit het perspectief van de CLB-arts werd meegenomen in de resultaatsverwerking.

De aanvaardbaarheid, de vraag en het praktische verloop werden onderzocht in focusgroepen en in vragenlijsten. In de focusgroepen werd ingegaan op het gebruik van de applicatie met het oog op de eventuele noodzaak tot aanpassingen aan de specifieke Vlaamse context. We pogen vanuit ons perspectief als onderzoeker en CLB-arts suggesties te kunnen doen tot aanpassing, gebaseerd op de procesevaluatie. Deze procesevaluatie dient ook als beschrijving van het praktische verloop. Figuur 3 geeft weer welk onderzoeksopzet werd gebruikt om de verschillende aspecten van haalbaarheid voor de 'Gezondheidscheck' in kaart te brengen.

	Can it work? *Is there some evidence that X might work?*	**Does it work?** *Is there some evidence that X might be efficacious under ideal or actual conditions compared to whatever other practices might be done in stead.*	**Will it work?** *Will it be effective in real-life contexts, settings, and cultures/populations that might adopt the intervention as practice?*
Acceptability	Vragenlijsten en focusgesprekken bij adolescenten		
Demand	Vragenlijsten en focusgesprekken bij adolescenten		-indicatief door evaluatie antwoordprofielen in 'De Gezondheidscheck'
Implementation			
Practicality	-procesevaluatie vanuit perspectief CLB arts - Vragenlijsten en focusgesprekken bij adolescenten		
Adaptation			- focusgesprekken bij adolescenten -procesevaluatie vanuit perspectief CLB arts
Integration			
Expansion			
Limited efficacy			

Figuur 3 : aspecten van een haalbaarheidsstudie volgens Bowen et al. (1) met gekozen methodiek, die in deze masterproef aan bod komen.

3.3.2 Steekproeftrekking en rekrutering van scholen/klassen en leerlingen

Voor deze haalbaarheidsstudie werden twee steekproeven getrokken, namelijk (i) leerlingen die op het moment van het onderzoek in het derde jaar van het BSO (3BSO) zitten, en (ii) leerlingen die op het moment van het onderzoek in het vierde jaar TSO of ASO zitten (4TSO / 4ASO). Hiertoe werden in twee CLB's (d.i. waar beide onderzoekers als arts werkzaam zijn) drie klassen van 3BSO, één klas van het 4ASO en één klas van het 4TSO gerekruteerd. Net zoals in Nederland werd gekozen voor een verschillende strategie volgens onderwijstype.

Elke onderzoeker contacteerde een aantal scholen verbonden aan het CLB van tewerkstelling om te vragen naar eventuele interesse om mee te werken aan het project.

Vanuit het CLB in Brussel werd er positief geantwoord door twee scholen. Uit elk van deze scholen werd respectievelijk een klas 4ASO (Economie) en een klas 4TSO (Wetenschappen Techniek) gevraagd om mee te doen aan het onderzoek.

Vanuit het CLB in Kortrijk was er interesse vanuit één school. Na overleg met de directie om een diverse steekproef te verkrijgen en akkoord van klastitularissen werden drie klassen uit het 3BSO gekozen namelijk; 3BME (Metaal), 3BTX (Textiel) en 3PDMA (Plant Dier Milieu A klas).

Met alle betrokkenen werden data voor de verschillende contactmomenten afgesproken.

De ouders en leerlingen werden begin januari 2017 geïnformeerd over het project a.d.h.v. een informatiebrief (bijlagen 3, 4, 5, 6). Zowel ouders als leerlingen dienden toestemming te geven voor deelname aan het onderzoek. Enerzijds werd toestemming tot het kennismaken met de 'Gezondheidscheck' gevraagd en anderzijds werd ook toestemming tot deelname aan een focusgesprek gevraagd aan beide partijen. Dit gebeurde a.d.h.v. een 2de formulier. (bijlagen 7, 8, 9, 10).

3.3.3 Instrumenten

3.3.3.1 Vragenlijsten

De schriftelijke vragenlijst (zie bijlage 11) is gebaseerd op de vragenlijst die gebruikt is in het Nederlands, semi-kwalitatief evaluatieonderzoek van de applicatie 'Gezondheidscheck', aangevuld met specifieke vragen die verband houden met haalbaarheid, en/of die verband houden met de specifieke Vlaamse CLB-context waarin het onderzoek wordt uitgevoerd. Bijkomend werd voor enkele vragen geput uit de MIDI-vragenlijst (**M**eet**I**nstrument **D**eterminanten van **I**nnovaties). Dit instrument wordt frequent gebruikt in onderzoek naar innovaties in de jeugdgezondheidszorg in Nederland (46).

De determinanten uit het wetenschappelijk meetinstrument (MIDI) van Fleuren, die in onze vragenlijst aan bod komen, hebben betrekking tot de 'Gezondheidscheck' zelf (of 'de innovatie') en tot de jongere (of 'de gebruiker').
Meer specifiek werd de procedurele helderheid (vragen 4 en 5), het persoonlijk voordeel/nadeel (vraag 6), de uitkomstverwachting (vragen 16 en 17), de tevredenheid (vraag 15 en vraag naar een algemene score op 10) en de medewerking (vragen 8 en 12) bevraagd.

De procedurele helderheid komt overeen met onze onderzoeksvraag naar het praktisch verloop (of "*practicality*") en de ervaring van de Vlaamse jongeren hierbij.

De vragen die ook in het Nederlandse evaluatieonderzoek werden gesteld werden toen samengesteld door een panel van drie onderzoekers (een jeugdarts, een biomedisch wetenschapper en een antropoloog) en deels gebaseerd op de *Consumer Quality Index* (CQ-index). Met deze CQ-index wordt de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief in kaart gebracht (47).
In de vragenlijsten is gebruik gemaakt van een vijfpunten likert-schaal. Een deel van de vragenlijst bestaat uit stellingen waarbij de leerlingen gevraagd worden om aan te geven in hoeverre zij het eens of oneens waren met een stelling. Het gebruik maken van de likert-schaal geeft de respondenten de mogelijkheid om zo genuanceerd mogelijk hun mening betreffende de stelling aan te geven (48).

Verder wordt ook geïnformeerd naar het potentieel voordeel/nadeel van een gesprek op vraag. Hiermee tracht men de ervaring van de jongeren ten opzichte van meer beslissingsrecht in het ganse proces van de 'Gezondheidscheck' te evalueren (is dit voor hen aanvaardbaar?).
Door het effect van de gezondheidsboodschappen bij jongeren te bevragen (uitkomstverwachting) was de bedoeling om een zicht te krijgen op de" *limited efficacy"* van de nieuwe interventie.
De tevredenheid wordt voornamelijk gemeten door aan de jongeren te vragen een algemene score te geven op 10, daarnaast peilt men ook of de adviezen voor hen interessant waren. Dit kadert binnen het onderzoek naar de aanvaardbaarheid van de 'Gezondheidscheck' in ons haalbaarheidsonderzoek. Ook belangrijk om de aanvaardbaarheid van een interventie te analyseren is te bepalen in welke mate de jongeren bereid zijn (de intentie hebben) om mee te werken aan de nieuwe interventie (Vullen ze de vragenlijst eerlijk in? Kijken ze effectief ook naar de gezondheidsboodschappen?).
Bij het opstellen van de vragenlijst werd getracht voldoende variatie te brengen in het soort vragen en antwoordcategorieën. Deze laatsten dienden exhaustief en exclusief te zijn.
Gezien het doelpubliek werd ook aandacht geschonken aan het taalgebruik.
Om de betrouwbaarheid van de vragenlijst te vergroten werd de vragenlijst bewust kort en bondig gehouden.
De focusgesprekken achteraf lieten toe om dieper in te gaan op sommige interessante onderwerpen.

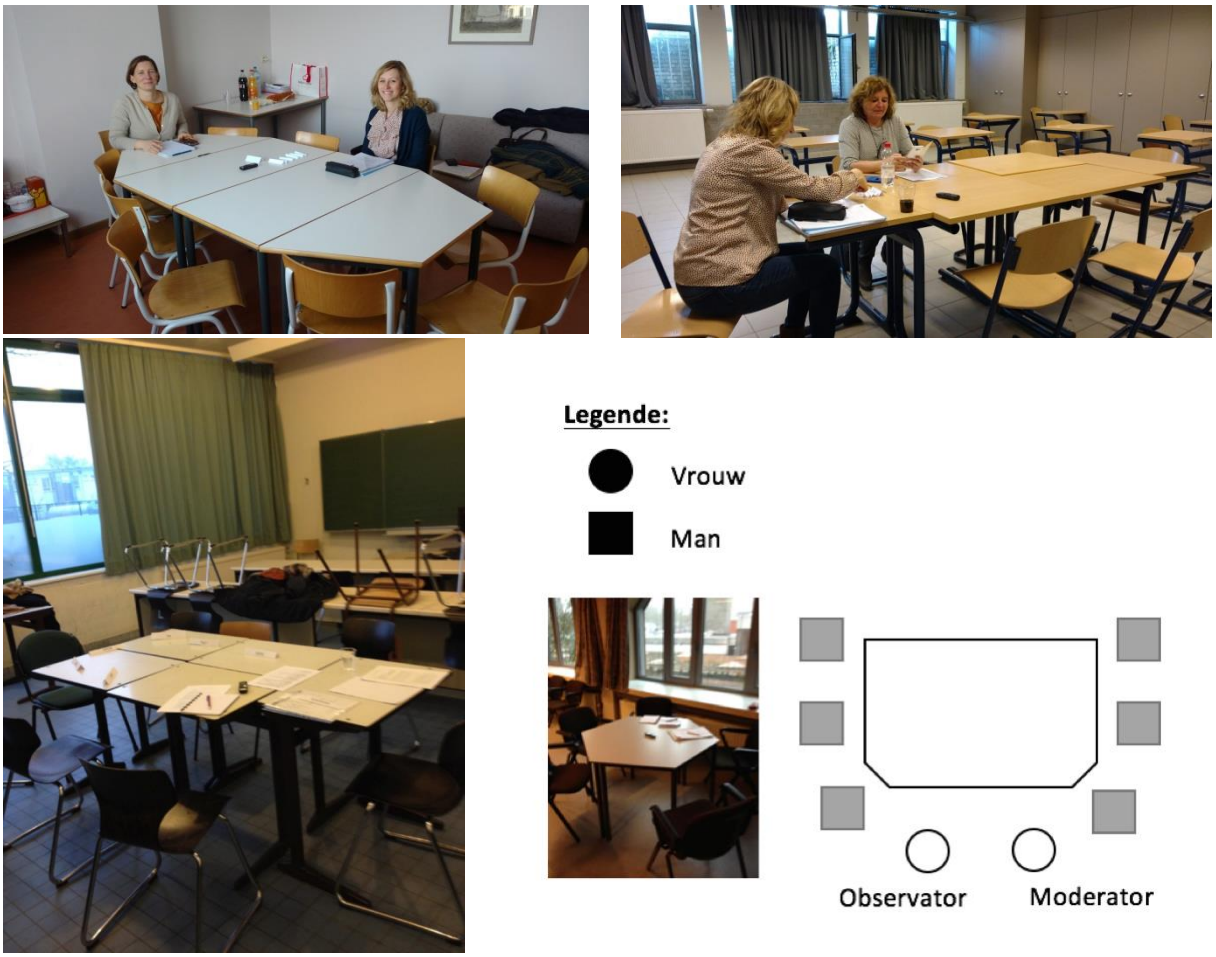
De vragenlijsten werden op voorhand niet gevalideerd door jongeren omwille van het feit dat het gerekruteerde aantal leerlingen te laag was en we door het valideren van de vragenlijst onze steekproef verder zouden verkleinen. Na een eerste afname van de vragenlijst in de klassen 4ASO en 4TSO bleek dat de vragen niet altijd duidelijk waren en dat we uit sommige vragen weinig informatie zouden halen. Behalve een foutieve nummering die werd opgemerkt door een leerling werd echter beslist om de vragenlijst niet aan te passen om identieke gegevens te kunnen analyseren in beide groepen (ASO/TSO en BSO).

3.3.3.2 Focusgesprekken

In ideale omstandigheden, hangt het aantal focusgroepen af van de datasaturatie, maar uit praktische overwegingen (kleine steekproef en laag aantal toestemmingen tot deelname aan de 'Gezondheidscheck' en de focusgesprekken) werd vooraf gestreefd naar minstens 1 focusgesprek per klasgroep, zijnde 2 focusgesprekken met 3BSO leerlingen, 1 met 4ASO leerlingen en 1 met 4TSO leerlingen. Dit kon doorgaan tijdens de lesuren. Er werd geopteerd om niet te mixen tussen klasgroepen en studierichtingen om praktische redenen, maar ook om een veilig gevoel binnen de groep te garanderen voor het gesprek.
Uit de groep leerlingen die toestemming gaven om mee te doen aan de focusgesprekken werden telkens 6 à 7 leerlingen geselecteerd door de onderzoekers op basis van hun geslacht en geanonimiseerd antwoordprofiel. Indien mogelijk werd er gelet op een gelijke verdeling tussen jongens en meisjes. Er werd ook gepoogd zoveel mogelijk heterogeniteit op vlak van het doorlopen traject van de 'Gezondheidscheck' te verkrijgen (al dan niet vraag naar een gesprek, al dan niet verontrustende antwoorden).
Voor de focusgesprekken werd op voorhand een script (bijlage 13) opgesteld en gevolgd door de moderator. Het gesprek werd echter niet te veel gestuurd om ruimte te laten voor eigen inbreng van de leerlingen.

Na de eerste focusgesprekken door Nelly Vandewalle in de ASO- en TSO-groep werden enkele kleine aanpassingen aangebracht. Onder andere werd de openingsvraag/ 'ijsbreker' veranderd om het gesprek wat beter op gang te laten komen. Eveneens in bijlage 13 is te zien wat de wijzigen waren na het 1ste focusgesprek.

De observator kreeg vooraf ook een script en enkele richtlijnen (bijlage 14). Een observatieverslag werd geschreven met visuele voorstelling van de ruimte, de positie van de deelnemers en de tussenkomsten via non-verbale communicatie (figuur 4).



Figuur 4: Situatieschets van boven naar onder en van links naar rechts focusgroep 1 t.e.m. 4.

3.3.4 Praktisch verloop

Voor BSO-leerlingen werd het aanbod al in het 3e jaar middelbaar onderwijs gedaan en werden alle leerlingen enkele weken later op het reguliere consult gezien. Dit consult werd voor deze groep opgevat als het 'gespreksmoment' dat in de procedure van de 'Gezondheidscheck' is voorzien. De wettelijk verplichte topics zoals wegen, meten, puberteitsonderzoek, voedingsanamnese, gehooronderzoek, mondhygiëne (4) bleven uiteraard in dit consult behouden. Er werd eenzelfde systematiek toegepast bij alle deelnemende leerlingen tijdens het medisch onderzoek: de deelnemers werden eerst gezien door een verpleegkundige en nadien door de arts. Het wegen, meten, voedingsanamnese, gehooronderzoek en vaccineren werd door de CLB-verpleegkundige opgenomen. De CLB-arts nam het puberteitsonderzoek en bespreken/onderzoeken van de mondhygiëne voor zich. Verder werd er alleen door de CLB-arts ingegaan op vragen of verontrustende zaken

die de deelnemende leerlingen hadden aangegeven eerder in de vragenlijst. Er werd wel systematisch de vraag gesteld aan leerlingen of ze bijkomende zaken wilden bespreken. Reden hiervoor was dat er 3 weken verlopen waren tussen het invullen van de applicatie en het medisch onderzoek.

Voor leerlingen in een ASO of TSO richting werd het aanbod van de 'Gezondheidscheck' pas in het 4e jaar gedaan en werden alleen leerlingen met vragen of verontrustende zaken in hun antwoorden uitgenodigd op een extra consultmoment. Leerlingen werden persoonlijk, via sms of via e-mail uitgenodigd voor het gesprek. Zij kregen hierbij de vermelding van de datum, het uur en de plaats van de afspraak. Het was de bedoeling dat enkel de onderwerpen die werden aangeduid door de leerling of verontrustende zaken die uit de 'Gezondheidscheck' bleken, te bespreken tijdens dit consult.

De inschatting of een gesprek al dan niet nodig was gebeurde door de betrokken CLB-arts. De applicatie helpt hierbij door aan te geven a.d.h.v. symbolen welke antwoorden 'bijzondere aandacht' (**B**) vereisen en welke leerlingen absoluut moeten worden uitgenodigd voor een gesprek omwille van het feit dat ze zelf aangaven vragen te hebben of omwille van verontrustende antwoorden (⚠).

Elke CLB-arts deelde de informatiebrieven uit, gaf uitleg bij het invullen van de applicatie en volgde de leerlingen met vragen verder op in de scholen waar zij is tewerkgesteld.

De focusgesprekken en de analyse van de resultaten (van de vragenlijst en de focusgesprekken) gebeurde, omwille van privacy-redenen en een mogelijk belangenconflict, door de CLB-arts en onderzoeker die niet verbonden was aan de scholen van eigen tewerkstellingsplaats. Concreet betekende dit dat Caroline de brieven heeft uitgedeeld, de applicatie heeft laten invullen en de leerlingen verder heeft opgevolgd uit 4ASO en 4TSO uit de regio Brussel. De focusgesprekken heeft Caroline gedaan met de leerlingen van 3BSO uit de regio Kortrijk. Nelly heeft de leerlingen van 3BSO begeleid doorheen het ganse proces (informatie geven, invullen applicatie en consult) en deed de focusgesprekken met de leerlingen uit 4ASO en 4TSO uit de regio Brussel.

Gezien dit onderzoek kadert binnen een opleiding jeugdgezondheidszorg, die beide onderzoekers volgen, leek het evident dat de onderzoekers ook zelf de focusgesprekken gingen modereren. Copromotor en VWVJ lid, Anouk Van Lander observeerde tijdens focusgesprek 1. De observator van FG 2, was een collega arts van Caroline, Dr. Marleen Huybrechts FG 3 en 4 werden geobserveerd door verpleegkundige Nele Lavens, collega van Nelly.

Op voorhand werd een lijst opgemaakt met de verschillende fases van het onderzoek. Beide onderzoekers konden hierop aanduiden welke fase reeds doorlopen werd. De tijdsduur en opmerkingen over elke fase werden eveneens bijgehouden om suggesties te kunnen formuleren voor toekomstig onderzoek.

3.3.5 Analysemethoden

3.3.5.1 Kwantitatieve analyse

Er werd gebruik gemaakt van het programma Microsoft Excel voor de kwantitatieve analyse van de vragenlijsten.

Op voorhand werd nagedacht over welke informatie relevant zou zijn voor het beantwoorden van onze onderzoeksvragen en welke verbanden mogelijks pertinent kunnen zijn voor de interpretatie (op die manier werden de antwoorden op vraag 13,18 en 19 weggelaten).

3.3.5.2 Kwalitatieve analyse

Transcriptie:

Na de focusgroepen werden de eigen opnames door elke onderzoeker afzonderlijk uitgeschreven in Microsoft Word. Nota's van observator en moderator werden aan het transcript toegevoegd. Namen van deelnemers werden geanonimiseerd. Voor het uitschrijven werd door Nelly Vandewalle www.otranscribe.com gebruikt. Dit is een gratis, online tool die het makkelijker maakt om audio-opnames uit te schrijven. De privacy wordt gegarandeerd doordat noch het transcript, noch de audio-opname je eigen PC verlaten.

Uiteindelijk werd een transcript bekomen van 8900 woorden en 25 A4-vellen voor de focusgroepen bij de BSO-leerlingen en van 6670 woorden en 11 A4-vellen voor de focusgroepen bij TSO- en ASO-leerlingen.

Er werd zoveel als mogelijk *ad verbatim* (letterlijk) uitgeschreven. Het transcript bevat dus op veel plaatsen dialect, tussentaal, onnodige herhalingen, versprekingen en stopwoorden. Bij de bespreking van de resultaten werden de citaten wat aangepast voor hun leesbaarheid. Alle aanpassingen aan citaten zijn op kritische wijze gebeurd en in overleg tussen beide onderzoekers om een zo objectief mogelijke weergave te geven van de realiteit. Dit geldt ook voor de toegevoegde, contextuele verduidelijking tussen rechte haakjes.

Coderen: **Thematische analyse**

Na het transcriptieproces werd het transcript volledig doorgelezen. Het doel was grote thema's of concepten identificeren. Dit deels op deductieve wijze door de onderzoeksvraag met subvragen in gedachten te houden. Sommige informatie paste echter niet helemaal binnen deze verdeling, maar was wel relevant voor deze masterproef. Deze informatie werd op een inductieve manier gecodeerd, op basis van de aangeleverde data.

Om tot verschillende thema's en subthema's te komen werd vertrokken van de letterlijke tekst van het transcript. Aan tekstfragmenten en citaten werden descriptieve codes toegekend. In een tweede fase werden descriptieve codes geïnterpreteerd. In een derde fase werden deze interpretatieve codes gecategoriseerd tot grotere thema's en subthema's '*within case'* (binnen 1 focusgesprek). Beide onderzoekers doorliepen voorgaande stappen minstens 2 keer om voldoende reflectie over het interpreteren toe te laten.

Na een eerste codering door de onderzoeker/moderator zelf, werden het codeboek voorgelegd aan de andere onderzoeker. Dit opdat er een 2de controle over de interpretatie van informatie kon worden uitgevoerd en opdat er ook een codering '*cross-case'* (over de verschillende focusgesprekken heen) kon gebeuren. Er werd door de 2 onderzoekers uiteindelijke gezamenlijk een codeboom opgesteld (bijlage 15). Dit was noodzakelijk om de resultaten als één geheel te kunnen bespreken.

Tijdens het coderen werd steeds de onderzoeksvraag voor ogen gehouden. Informatie die niet relevant was voor deze masterproef werd weggelaten. Informatie die voor de onderzoeker niet duidelijk genoeg te interpreteren viel, werd eveneens weggelaten.

De open vragen uit de vragenlijsten werden net zoals de informatie uit de focusgesprekken gecodeerd en verder geanalyseerd.

3.3.6 Ethische aspecten

Zoals hoger beschreven werd geïnformeerde toestemming gevraagd aan ouders en jongeren voor deelname aan het onderzoek en verwerking van de verzamelde gegevens.

Dit onderzoek werd uitgevoerd met goedkeuring van de commissie medische ethiek van de Katholieke Universiteit Leuven. Op 13/12/2016 werd hiervoor een gunstig advies verleend (bijlage 16).

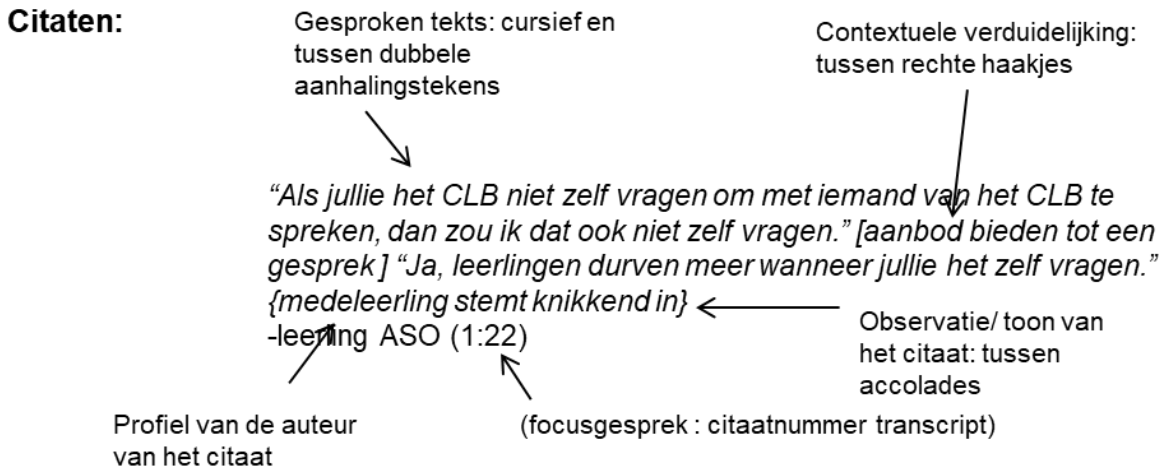
4. RESULTATEN

Voor de bespreking van de resultaten werd ervoor gekozen om de structuur van de onderzoeksvragen als leidraad te gebruiken.

Eerst volgt een algemene beschrijving van het profiel van de deelnemers. Nadien worden per onderzoeksvraag eerst de kwantitatieve resultaten weergegeven, nadien volgen de kwalitatieve resultaten.

Bij de kwantitatieve resultaten wordt de letterlijke vraag telkens herhaald, zoals in de vragenlijst gericht aan de jongeren.

Bij het rapporteren van de kwalitatieve data wordt deels gebruik gemaakt van de indeling van het codeboek en worden de citaten steeds op dezelfde manier weergegeven (figuur 5). Op het einde van elk onderdeel wordt een aantal kernboodschappen beschreven.



Figuur 5: legende bij de resultaatsbespreking van het kwalitatief onderzoek.

4.1 Kenmerken deelnemers

Er werden in totaal 52 deelnemende leerlingen gerekruteerd voor de kennismaking met de applicatie 'De Gezondheidscheck'. Hiervan volgden 19 leerlingen ASO, 10 leerlingen TSO en 23 leerlingen een BSO-richting. Van deze deelnemende leerlingen gaven er 42 toestemming om de applicatie en een schriftelijke vragenlijst in te vullen.

studierichting	n	♂	♀	Minimum leeftijd	Maximum leeftijd	Gemiddelde leeftijd	n vraag tot gesprek	N gesprek nodig (***)
ASO	13	5	8	15	16	15,2	3	3
TSO	6	0	6	15	17	16	2	3
BSO	20 (*)	14 (**)	5	14	15	14,5	13	15
Totaal	39	22	20	14	17	15,2	18	21

Tabel 2: Profiel van de deelnemers voor het invullen van de applicatie en het invullen van de schriftelijke vragenlijst.

(*) Op het moment van het invullen van de schriftelijke vragenlijst waren er 3 leerlingen afwezig
(**) Een leerling vulde geen geslacht in bij het invullen van de schriftelijke vragenlijst
(***) Dit is de som van de leerlingen die een gesprek hebben aangevraagd en de leerlingen die geen gesprek hebben aangevraagd maar wel verontrustende antwoorden hebben gegeven

Van de 52 deelnemende leerlingen, gaven 35 leerlingen toestemming om deel te nemen aan de focusgesprekken. Dit waren 12 leerlingen ASO, 6 leerlingen TSO en 17 leerlingen BSO. Per focusgesprek werden er telkens 6 of 7 leerlingen geselecteerd door de onderzoekers om deel te nemen (de selectie van deelnemers gebeurde op basis van volgende criteria (geslacht, al dan niet vraag naar een gesprek, al dan niet verontrustende antwoorden). Zie ook hoger punt 3.3.3.2. en onderstaande tabel 3) .

N°	studierichting	n	♂	♀	gemiddelde leeftijd (j)	n vraag tot gesprek	n gesprek nodig (*)	duur opname
1	**ASO**	7	3	4	15,3	2	2	00:38:07
2	**TSO**	6	0	6	16,0	2	3	00:33:06
3	**BSO**	6	3	3	14,3	2	3	00:34:40
4	**BSO**	6	6	0	14,5	4	6	00:26:57
totaal	-	25	12	13	15,0	10	14	-

Tabel 3: Profiel van de deelnemers aan focusgesprekken.

(*) Dit is de som van de leerlingen die een gesprek hebben aangevraagd en de leerlingen die geen gesprek hebben aangevraagd maar wel verontrustende antwoorden hebben gegeven.

4.2 Wat vinden Vlaamse jongeren algemeen van deze nieuwe aanpak?

4.2.1 De applicatie

4.2.1.1 Kwantitatieve resultaten met betrekking tot de applicatie

In de schriftelijke bevraging na de applicatie werd volgende vraag gesteld:

" Wat is jouw algemene score voor deze nieuwe manier van werken? *(Geef een score van 0 tot 10 waarbij 0 betekent dat je ze erg slecht vond en 10 betekent dat je ze erg goed vond) "*

	ASO	TSO	BSO	Totaal
maximum	10	9	10	10
minimum	4	7	7	4
gemiddelde	7,5	8	8,9	8,3
mediaan	8,5	8	9	8

Tabel 4: Algemene score (op 10) voor de nieuwe manier van werken.

4.2.1.2 Kwalitatieve resultaten met betrekking tot de applicatie

Medium

De meerderheid van de jongeren verkiest een online vragenlijst t.o.v. een schriftelijke. Zij zien het als praktischer, maar het sluit ook beter aan bij hun 'digitale leefwereld'.

Een minderheid geeft aan geen voorkeur te hebben. Er is 1 TSO meisje die het invullen van een schriftelijke vragenlijst verkiest omdat lezen op een scherm hoofdpijn kan veroorzaken.

"Een online vragenlijst is aangenamer om in te vullen dan zo een blad. Het is sjieker om dat gewoon aan te klikken of iets te typen"

-leerling BSO (3:18)

"We hebben ook gemakkelijker een gsm mee dan een stylo, dus ja dat is gemakkelijk."

-leerling BSO (4:23)

“Ik denk ook dat je meer zin gaat hebben om vragen te beantwoorden op je gsm dan echt naar een medisch onderzoek te gaan. Dat is leuker.”
-leerling ASO (1:42)

“Je kan het ook niet verliezen”
-leerling BSO (3:20)

“Ik vind het op papier beter. Met een scherm krijg ik meestal hoofdpijn. Als ik iets moet lezen op papier is dat beter.”
-leerling TSO (2:23)

Locatie

In alle opleidingsniveaus wordt aangehaald dat de vragenlijst ook thuis zou kunnen ingevuld worden. De jongeren benadrukken dat het belangrijk is om voldoende tijd te hebben om de vragen te kunnen beantwoorden. Er wordt door een TSO leerling wel vermeld dat er thuis geen verduidelijking van de vraag kan worden gesteld, wat dan pleit tegen het thuis invullen van de vraag.

“Ik zou het liever thuis invullen dan op school. Omdat je alleen bent, rustig, op je gemak en dan neem je de tijd om het in te vullen.”
-leerling ASO (1:15)

“[Rustig de vragen kunnen invullen is belangrijk?] Ja, omdat wij een lesuur hebben van 50 min en als je rustig op je gemak die vragen wilt beantwoorden, dan gaat dat niet, want je moet snel doorklikken omdat er veel vragen zijn en thuis kan dit rustig”
-leerling TSO (2:20)

“Bijvoorbeeld als je thuis zegt, ik wil dat een keer doen, dan doe je dat en dat je dat dan direct kunt doorsturen naar het CLB of zo.”
-leerling BSO (3:54)

“Bijvoorbeeld als je een vraag niet snapt, kun je het snel aan iemand vragen wat ermee bedoeld wordt. Thuis gaat dat niet.”
-leerling TSO (2:21)

Naast het hebben van voldoende tijd voor het invullen van de vragenlijst wordt door leerlingen aangehaald dat een vertrouwelijke sfeer om de app te kunnen invullen belangrijk is. Men doet de suggestie om de applicatie in een apart lokaal in te vullen of in een hoek in de klas waar alvast geen andere leerlingen kunnen meelezen.

"Ik denk dat het beter zou zijn dat het gewoon iedereen apart is. Zo niet dat iedereen samen in hetzelfde lokaal is, want dat kan u misschien beïnvloeden op uw antwoorden. Je gaat misschien in uw gedachten hebben van die gaat dat misschien zien als die naar rechts kijkt. Je zou misschien liever in een hoekje zijn en het dan zo invullen."
-leerling TSO (2:17)

"Sommigen hebben druk door de anderen, dus, alle, weten dat er andere mensen rond zitten, misschien hebben ze daar moeilijkheden mee."
-ASO leerling (1:13)

Kernboodschappen

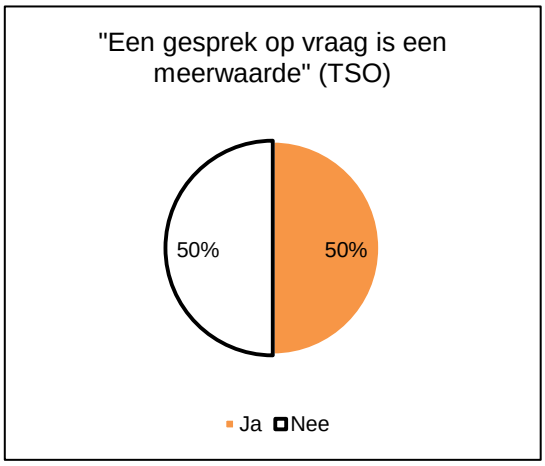
- De gemiddelde score die jongeren geven voor de applicatie is 8,3/10.
- Een online applicatie wordt over het algemeen als een meerwaarde gezien. Het is een relevant medium voor jongeren vandaag de dag.
- Een gesprek biedt de mogelijkheid om antwoorden te nuanceren. Dit is belangrijk voor een BSO-leerling.
- Het gezamenlijk invullen van de applicatie in een klaslokaal biedt over het algemeen onvoldoende veiligheid/vertrouwen.
- Leerlingen stellen voor om de doelpopulatie van de vragenlijst uit te breiden (mogelijkheid om het in te vullen op vraag).

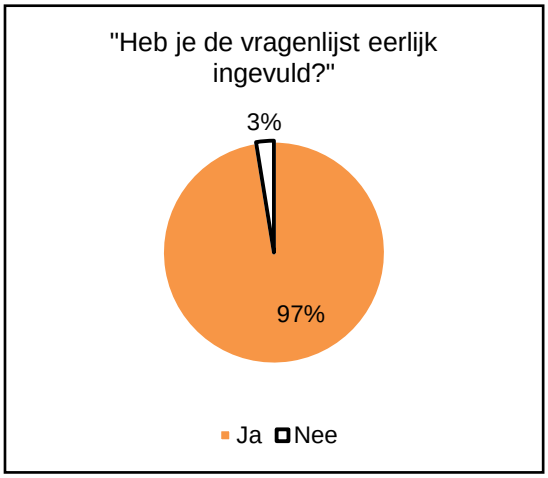
4.2.2 De nieuwe methodiek

4.2.2.1 Kwantitatieve resultaten met betrekking tot de methodiek

In de schriftelijke bevraging na de applicatie werd volgende vragen gesteld:

- *"Vind je het een meerwaarde dat je enkel als je dat wil, op gesprek kan komen bij de dokter?" (4ASO en 4TSO)*
- *"Vind je het een meerwaarde dat je enkel met de dokter over zaken kan spreken die je zelf kiest?" (3BSO)*
- *"Heb je de vragenlijst eerlijk ingevuld?" (alle leerlingen)*





4.2.2.2 Kwalitatieve resultaten met betrekking tot de gebruikte methodiek

Ervaring met autonomie

Ongeacht het opleidingsniveau, ervaren leerlingen het algemeen als positief wanneer ze zelf mogen aangeven of ze informatie wensen over een onderwerp.

Het wordt ook positief ervaren om de keuze te hebben om al dan niet op gesprek te komen.

"Bijvoorbeeld als je gewoon naar iemand gaat en die persoon zegt van ja gezonde voeding, terwijl je het eigenlijk niet nodig vindt, is dat wel beter als je het zelf kunt kiezen." [om die informatie te krijgen]

-leerling BSO (3:29)

"We mogen zeggen wat we willen" [gesprek of niet]

-ASO leerling (1:23)

“Ik vind dat zelf keuze maken tot een gesprek een verbetering, omdat het meisje of jongen er spontaner over kan praten en die wil er ook over praten en bijvoorbeeld in het andere geval, als de arts dan vragen stelt, dan gaat die persoon antwoorden, maar wil hij misschien niet per se op die vraag antwoorden, maar doet ie het wel omdat het gewoon zo moet zijn.”
-leerling TSO (2:26)

Er zijn echter verschillende leerlingen, zowel uit het ASO als TSO, die aangeven dat het geen goed idee is om de leerling zelf te laten beslissen of er een onderzoek van het gehoor of zicht nodig is. Zij argumenteren dat leerlingen dit niet goed kunnen inschatten en dat ze dit nochtans wel belangrijk vinden.
Een BSO leerling maakt het verschil tussen ernstige en minder ernstige problematiek. Bij ernstige problemen zou een consult verplicht moeten zijn.

“Er zijn mensen die gewoon kunnen zeggen 'neen ik heb geen oogproblemen' terwijl dat ze dat wel hebben. Voor mijn part is het denk ik beter dat we persoonlijk naar het CLB gaan om te zien of het echt goed gaat of niet.”
-leerling TSO (2:1)

“Ik denk dat het beter is om medisch onderzoek te krijgen, omdat bij die applicatie, mag je zelf zeggen ja ik wil naar die en je denkt dat je goed kan zien enzo, maar wanneer je bij het medisch consult gaat, kan je toch niet goed zien.”
-ASO leerling (1:24)

“Dat je niet de verplichting hebt om te gaan. Maar als het echt ernstig is, zou ik wel zeggen van ja je bent verplicht. Ja ik weet het, het is te zien bij wat.”
-leerling BSO (3:43)

Er is een ASO leerling die zegt dat indien er geen aanbod tot een gesprek en/of onderzoek zou zijn, hij ook de stap niet zou durven zetten naar het CLB. Een BSO leerling geeft aan dat hij sowieso op gesprek zou komen als er aanbod is.

“Als jullie, het CLB, niet zelf vragen om met iemand van het CLB te spreken, dan zou ik dat ook niet zelf vragen. [Aanbod bieden tot een gesprek?] Ja, leerlingen durven meer wanneer jullie het zelf vragen.”
-leerling ASO (1:22)

“Maar ik zou het wel doen, sowieso op gesprek komen.”
-leerling BSO (4:36)

Kernboodschappen:

- 77 % van de ASO-leerlingen vinden een gesprek op vraag een meerwaarde, tegenover 50 % van de TSO-leerlingen. 70 % van de BSO-leerlingen vinden het goed dat ze zelf mogen kiezen welke onderwerpen aan bod komen tijdens het consult achteraf.
- Alle leerlingen, behalve één leerling TSO, vermelden dat zij de applicatie eerlijk invulden.
- Zelf de keuze in handen hebben tot het verkrijgen van informatie of het voeren van een gesprek voelt goed.
- Verplicht aanbod is vooral voor lichamelijke problemen (m.n. zicht en gehoor) wel nodig
- Voorstel: verplicht aanbod voor ernstige problemen
- Een verzekerd aanbod verlaagt de drempel tot het CLB

4.2.3 Vertrouwelijkheid

Laagdrempelig

De meeste leerlingen in de verschillende onderwijstypes geven aan dat het gemakkelijker is om over gevoelige onderwerpen vragen te beantwoorden achter de computer dan in een gesprek.

“Ik vind dat een voordeel [online aangeven waar je vragen over hebt], omdat je misschien als er een persoon voor u zit, je daar misschien niet over durft te praten, met een computer zie je de persoon niet en ga je misschien sneller antwoorden. “
-leerling TSO (2:25)

“Ik vind dat niet zo leuk om over mijn familie en vrienden en zo te praten met de persoon die ik niet ken. Ik vind het beter om te schrijven en niet weten wie het nadien leest.”
-leerling ASO (1:25)

“Er waren een paar vragen dat echt goed waren dat erin stonden en mensen durven antwoord op geven op PC in plaats van in het echt.”
-leerling TSO (2:3)

“Soms van het soort onderwerpen waar dat sommige mensen misschien niet durven over praten tegen andere mensen maar dat ze misschien wel op die applicatie zouden durven aanklikken. Dat dat misschien beter is voor die personen”
-leerling BSO (3:38)

Eerlijk antwoorden

De meerderheid van de leerlingen in de focusgesprekken heeft de indruk dat het gemakkelijker is om te liegen bij het invullen van een online applicatie t.o.v. tijdens een gesprek.

Wanneer de moderator vraagt of die persoon de vragen eerlijk heeft ingevuld is het antwoord wel steeds positief. Dit is ook wat we in de schriftelijke vragenlijst vaststellen.

“Ik vind dat het makkelijk is om te liegen. Of om gewoon iets te schrijven. Bijvoorbeeld ik voel me goed, alles gaat goed met mijn familie en eigenlijk gaat het niet goed.”
-leerling ASO (1:27)

“Je kan altijd liegen, maar het is moeilijker om te liegen tegen een persoon dan gewoon op internet schrijven.”
-leerling ASO (1:28)

Weten waar de ingevulde informatie naartoe gaat zou bijdragen tot eerlijker antwoorden. Dit kwam aan bod bij de verschillende opleidingsniveaus. Een BSO leerling zei dat het hem niet had tegengehouden om eerlijk te antwoorden, maar hij had wel de bedenking gemaakt dat de informatie eventueel naar zijn ouders zou kunnen gaan.

"Eigenlijk gewoon een beetje informatie geven over waar de antwoorden naartoe gaan. Zodat de jongeren dan weten waar het gewoon naartoe gaat en dat het geheim blijft."
-ASO leerling (1:32)

"Misschien niet iedereen, maar mensen die niet zo zeker zijn van zichzelf of niet snel vertrouwen geven aan iemand, dat ze dan misschien voorbeeld ja, als ze moeten kiezen tussen 0 en 1, 1 en 2 dat ze misschien iets minder of meer gaan geven dan het eigenlijk wel is."
-ASO leerling (1:31)

"Ik drink graag alcohol en zo. Ik vond dat ook wel wat moeilijk voor in te vullen [hoeveelheid alcohol drinken]. Ja, omdat ik ook dacht dat mijn ouders dat zouden weten… en dat euh… (leerling giechelt) Maar ik ben dan wel eerlijk geweest."
-BSO leerling (4:2,3,4)

Belang van beroepsgeheim

Beroepsgeheim lijkt een belangrijk gegeven voor de jongeren, zeker als het gaat om persoonlijke informatie. Dit werd aangehaald in alle focusgesprekken. Voor de leerlingen mogen mensen van het CLB de info lezen, maar zeker niet hun ouders en school. Over het algemeen gaan jongeren er wel vanuit dat de gegevens binnen het CLB vertrouwelijk worden behandeld.

Het hangt er van af over welke vragen. Bijvoorbeeld als het gaat over iets persoonlijks, dan kunnen mensen zich makkelijker zorgen daarover [het beroepsgeheim] maken, dan als het gewoon gaat over familie en het gaat goed.
Ik denk dat als het echt iets heel persoonlijk is, dat het moeilijk is om te aanvaarden dat mensen het gaan doorvertellen."
-leerling ASO (1:30)

"[Waren jullie bezorgd over wat met die informatie zou gebeuren?] Ja toch wel. Omdat je toch wel wil weten waar die informatie naartoe gaat, of die informatie in je dossier komt of niet, want je naam staat er toch wel op.
-leerling TSO *(2:28)*

"Allé, bij sommige vragen heb je dat toch liever dat het anoniem [er wordt bedoeld: 'vertrouwelijk'] blijft"
-leerling BSO(4:41)

" [Wie mag van jullie de antwoorden lezen?] Ik denk iemand van het CLB, dokter of zoiets, niet iedereen zoals ouders of vrienden"
-leerling ASO (1:34)

Een leerling BSO maakt zich ook zorgen rond het garanderen van het beroepsgeheim in een online vragenlijst.

"Soms heb ik daar wel mijn bedenkingen bij [vertrouwelijkheid van de informatie]. Want internet ge weet nooit. Dat is nooit echt volledig betrouwbaar. Ze zeggen soms 't is anoniem of zo. Ik weet dat dat nu wel anoniem is maar op sommige websites zeggen ze ook 't is anoniem maar het is niet altijd zo."
-leerling BSO (3:21)

Enkele leerlingen doen suggesties om het beroepsgeheim met betrekking tot de informatie in de applicatie duidelijk te maken. Ze stellen voor om zowel mondeling als in de applicatie te informeren hierover, vooraleer de applicatie wordt ingevuld. Een andere suggestie is het maken van een illustratieve film.

"Ik denk dat het beter is om het zowel mondeling als op de test te zetten [waar info naartoe gaat]. In het begin, als we het op het einde doen, dan kun je op vorige vragen gelogen hebben".
-leerling ASO (1,33*)*

“Ik had gedacht om misschien op dat moment dan een videootje te maken en dan alles laten zien wat erna komt en welke personen het dan kunnen lezen.”
-Leerling TSO (2,32)

Kernboodschappen

- Het invullen van een online vragenlijst is voor veel jongeren laagdrempelig
- Jongeren hebben de indruk dat het gemakkelijker is om te liegen via een online applicatie maar geven tegelijkertijd aan de vragenlijst zelf wel eerlijk ingevuld te hebben.
- Jongeren vinden het erg belangrijk om te weten wie de informatie kan lezen en wat ermee gebeurt. Ouders en school mogen niet op de hoogte gesteld worden.
- Jongeren hebben over het algemeen wel vertrouwen in het beroepsgeheim van het CLB.
- Jongeren stellen voor om op voorhand goed geïnformeerd te worden over het beroepsgeheim/ de vertrouwelijkheid van de informatie. Dit zou volgens hen op verschillende manieren kunnen (mondeling, schriftelijk, filmpje). Herhaling van deze boodschap wordt aangeraden.

4.2.4 De inhoud van de applicatie

4.2.4.1 Kwantitatieve resultaten met betrekking tot de inhoud

In de schriftelijke bevraging na de applicatie werden volgende vragen gesteld:

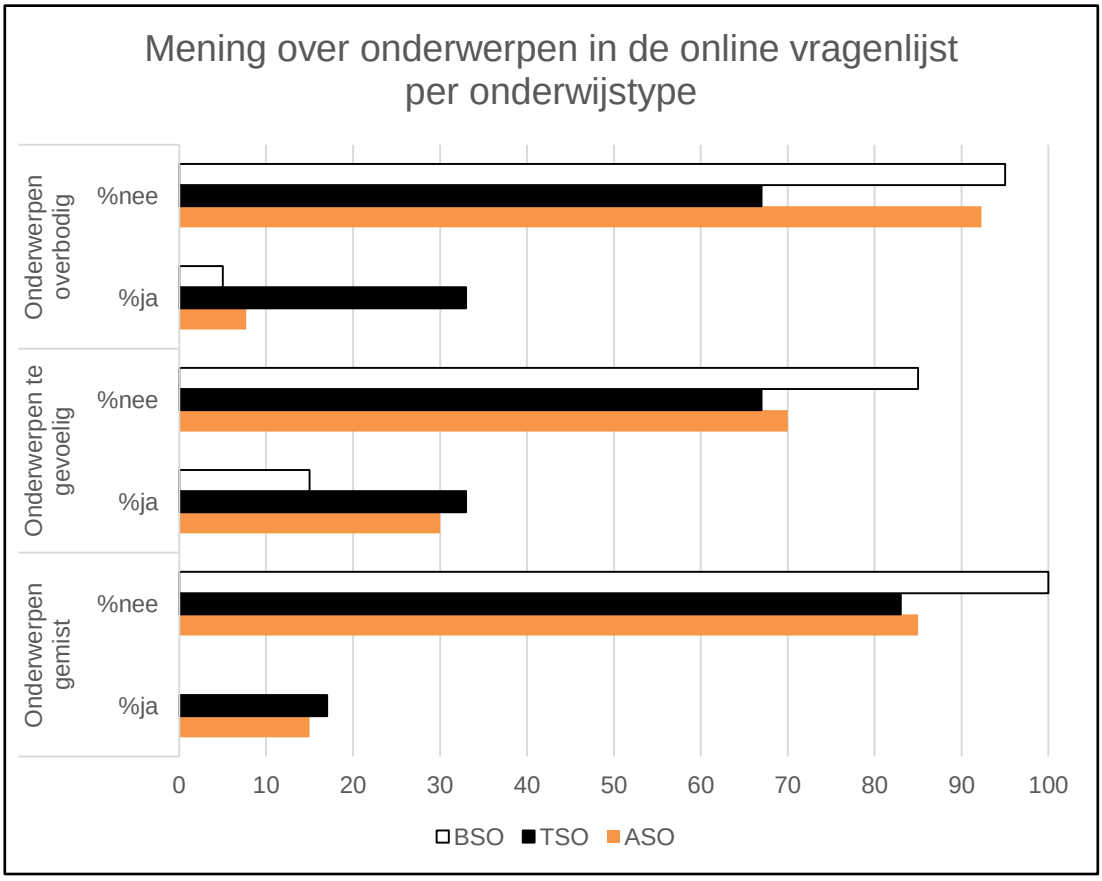
- “Wat vind je van de inhoud van de vragenlijst? *(Geef een score van 0 tot 10, waarbij 0 betekent dat je het erg slecht vond en 10 betekent dat je het erg goed vond)*” (tabel 5)
- “Zijn er onderwerpen die hier volgens jou niet thuis horen?” (zie figuur 6)
- “Waren bepaalde vragen of onderwerpen te gevoelig om op te antwoorden?” (figuur 6)
- “Heb je bepaalde onderwerpen gemist?” (figuur 6)
- “Heb je na het invullen van de vragenlijst gekeken naar de gezondheidsboodschappen?” (figuur 7)

- “Geef een algemeen cijfer over de gezondheidsboodschappen in de applicatie.” *(Geef een score van 0 tot 10, waarbij 0 betekent dat je ze erg slecht vond en 10 betekent dat je ze erg goed vond)*
- “Was het advies interessant?” (tabel 6)
- “Na het lezen van de boodschap ben ik meer gaan nadenken over mijn gedrag.” *(zie figuur 8)*
  (1) Helemaal mee oneens /(2) mee oneens /(3) neutraal/ (4) mee eens/ (5) helemaal mee eens
- “Na het lezen van de boodschap ben ik meer geneigd om vragen te stellen.” (zie figuur 8)
  (1) Helemaal mee oneens /(2) mee oneens /(3) neutraal/ (4) mee eens/ (5) helemaal mee eens

De gemiddelde scores voor de inhoud van de vragenlijst liggen in alle opleidingsniveaus hoog (tabel 5).
Slechts weinig leerlingen hebben onderwerpen in de vragenlijst gemist (7,9 %) of vonden bepaalde onderwerpen overbodig (10 %).
23 % van alle leerlingen vonden bepaalde onderwerpen te gevoelig. Dit percentage ligt wat hoger in de ASO- en TSO-groep (30 en 33 % respectievelijk) t.o.v. de BSO-groep (15 %) (figuur 6).

	ASO	**TSO**	**BSO**	**Totaal**
maximum	10	9	10	10
minimum	7	8	5	5
gemiddelde	7,8	8,3	8	8
mediaan	8	8	8	8

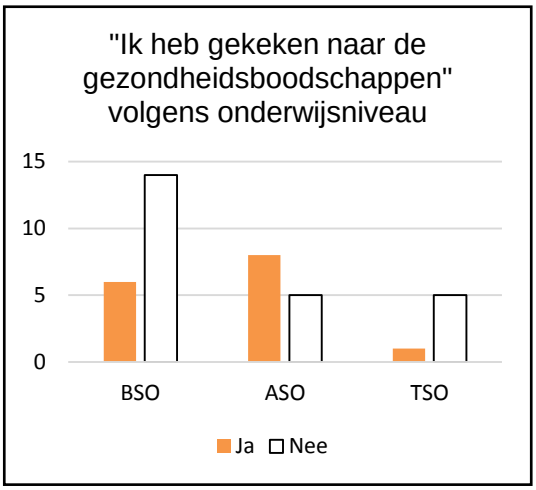
Tabel 5: Score op 10 voor de inhoud.



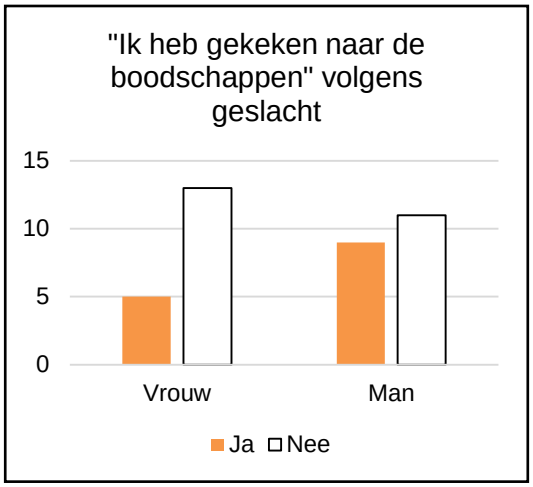
Figuur 6: Mening over onderwerpen in de online vragenlijst per onderwijstype.

Slechts 14 leerlingen van de 39 (1/3) gaven een score voor de gezondheidsboodschappen. Slechts 15 leerlingen van de 39 gaven ook aan naar de gezondheidsboodschappen gekeken te hebben. Dit is minder dan de helft. Het percentage leerlingen dat naar de gezondheidsboodschappen keek ligt opvallend hoger in de ASO-groep (62 % t.o.v. van 17 % en 15 % in de TSO- en BSO-groep).

Algemeen keken meer jongens dan meisjes naar de gezondheidsboodschappen (figuur 7 en 8).



Figuur 7.



Figuur 8.

De gemiddelde score voor de gezondheidsboodschappen, gegeven door leerlingen in verschillende opleidingsniveaus, is 8/10 (tabel 6).

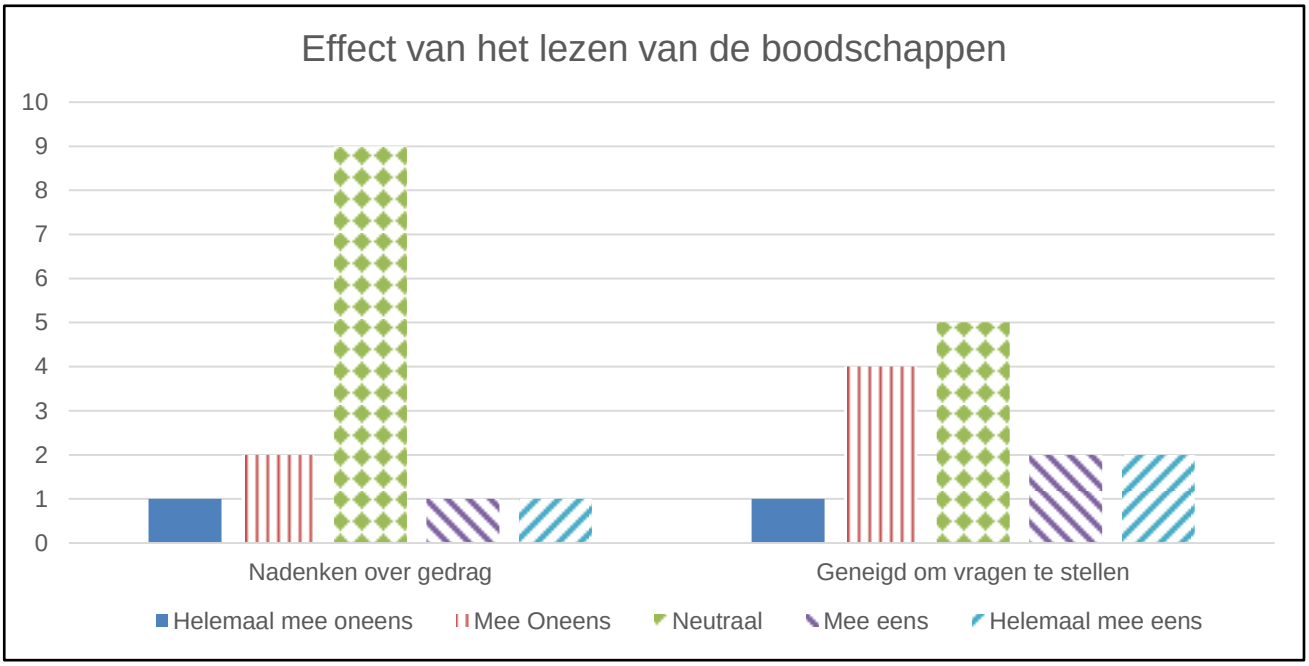
	Totaal
maximum	10
minimum	6
gemiddelde	8
mediaan	8

Tabel 6: score gezondheidsboodschappen (n=14).

Alle leerlingen die naar de gezondheidsboodschappen keken vonden het advies die ze kregen wel interessant (tabel 7).
De meerderheid van de leerlingen rapporteren weinig effect bij het lezen van de gezondheidsboodschappen op het nadenken over hun gezondheidsgedrag of op hun intentie om vragen te stellen (figuur 9). De antwoorden zijn gelijkaardig in de verschillende onderwijstypes. Er worden in het algemeen veel 'neutrale' antwoorden gegeven.

	Ja	Nee	%ja
"advies interessant"	14	0	100

Tabel 7: Mening over de adviezen.



Figuur 9: Effect van het lezen van de boodschappen.

4.2.4.2 Kwalitatieve resultaten met betrekking tot de inhoud

Vragen

Jongeren vinden het positief dat de vragenlijst uitgebreid was. Hierdoor kwamen voor hen veel verschillende onderwerpen aan bod, wat ze nodig vinden omdat elke jongere andere noden heeft.

"Het is ook veel uitgebreider. Je kunt er veel meer inzetten (…). Das goed dat er veel keuzes in zitten. Veel soorten onderwerpen want je weet niet wie wat al in zijn verleden heeft meegemaakt dus."
-leerling BSO (3:36)

"[vergelijking met persoonlijke vragenlijst vooraf aan een klassiek medisch onderzoek] Voordelen, want als we naar het CLB gaan en dan zo een blaadje moeten invullen voor het onderzoek, dan gaan we niet per se over dat onderwerp praten, terwijl dat als op de pc die vragen wel komen, omdat het uitgebreider is, dan komt het onderwerp toch voor en dat is dan misschien beter."
-leerling TSO (2:24)

Meerkeuzevragen worden positief onthaald door de jongeren in alle opleidingsniveaus. Zij vinden het praktisch en geschikt. Toch hebben voor veel jongeren open vragen ook hun nut. De informatie die je eruit haalt is genuanceerder.

"Ge moet niet zo precies uitleggen. Je kunt mooi aanklikken wat dat je eigenlijk echt wilt."
-leerling BSO (3:17)

"Als je een vraag krijgt is het gemakkelijker om te kunnen kiezen tussen meerdere mogelijkheden, maar soms is er geen andere oplossing dan een open vraag."
-leerling ASO (1:18)

"Ik denk dat het beter zou zijn dat we geen meerdere antwoorden hebben, maar dat je zelf je antwoord gaat opschrijven. Zo gaat het duidelijk zijn voor het CLB welke problemen hij of zij heeft, dan kunnen jullie meer specifieker gaan"
-leerling TSO (2:32)

In één van de focusgesprekken met BSO-leerlingen komt de moeilijkheid van schaalvragen meerdere keren spontaan aan bod. Zij stellen voor om hun score te kunnen nuanceren. Ze willen kunnen aangeven waarom ze precies die punten hebben gegeven.

"Soms vond ik het moeilijk om een score op 10 te geven."
-leerling BSO (3:10)

"Maar bijvoorbeeld als je een vraag hebt of iets extra wil bij de score bij een schaalvraag, dat je het er wel bij kunt typen of zo."
-leerling BSO (3:12)

Advies en informatie

Er wordt door leerlingen aangegeven dat ze het goed vinden om informatie via het internet te verkrijgen.

"Dat vind ik wel handig [om informatie via Internet te krijgen]. Bijvoorbeeld dat je een link krijgt naar een website. Bijvoorbeeld als je niet gezond eet of zo iets, dat je kunt doorgaan naar een andere website om er dan wel iets aan te doen of zo."
-leerling BSO (3:22)

"Dat is wel gemakkelijker [rechtstreeks informatie krijgen via internet]".
-leerling BSO (4:28)

"Het was goed dat je op het einde informatie en zo kan lezen. Bijvoorbeeld als je zegt van ik heb buikpijn, dat je dan informatie krijgt."
-leerling ASO (1:41)

Door sommige leerlingen wordt gezegd dat ze een korte boodschap verkiezen boven het verwezen worden naar een website omdat een korte boodschap snel kan gelezen worden. Lezen op een website is voor jongeren tijdrovender omdat ze meer moeten zoeken naar de juiste informatie. Mogelijks komt het er daardoor ook niet meer van om de informatie effectief te lezen.

“Ik heb liever een kleine boodschap, dan opzoeken op een website (…) Op die website moet je echt alles gaan lezen en gaan zoeken wat je eigenlijk wil.”
-leerling ASO (1:43)

“Ik denk dat de korte boodschap beter is, want ja, misschien heb je dan zo het gevoel, van nu wil ik het niet meer, dus ik ga niet op die site gaan, of ik zal dat wel later zien en dat dat dan toch niet gebeurt. Een kleine boodschap vind ik beter.”
-leerling ASO (1:44)

De gezondheidsboodschappen in de applicatie zoals de jongeren die te zien kregen, werden niet duidelijk begrepen.
Het was voor velen onduidelijk waar ze die konden lezen.

[Gezondheidsboodschappen] “Stond dat daarin? Dat heb ik niet gezien.”
“Ik ook niet”
-leerlingen BSO (4:24)

Kernboodschappen

- De inhoud van de vragenlijst is vrij volledig volgens de jongeren.
- BSO-leerlingen lijken minder moeite te hebben met “gevoelige onderwerpen” in de vragenlijst.
- Minder dan de helft van de jongeren (38%) keek achteraf naar de gezondheidsboodschappen. De ASO-leerlingen hebben opvallend meer gekeken naar het gezondheidsadvies dan TSO- of BSO-leerlingen.
- Informatie via Internet is goed. De combinatie van korte boodschappen en verwijzingen naar een website is nodig.
- BSO-leerlingen zouden graag hun antwoord nuanceren bij een schaalvraag.
- Leerlingen geven aan dat open vragen in sommige gevallen geschikter zijn om de juiste informatie te verkrijgen, *multiple-choice* vragen zijn vooral handig.

4.2.5 Het praktisch verloop

4.2.5.1 Kwantitatieve resultaten met betrekking tot het praktisch verloop

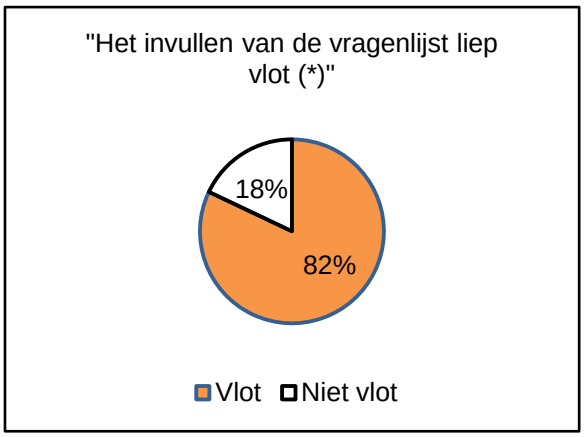
In de schriftelijke bevraging na de applicatie werd volgende vragen gesteld:

- "Het was voor mij steeds duidelijk wat ik moest doen en wat de verschillende stappen waren" (*antwoordmogelijkheden: (1) Helemaal mee oneens /(2) mee oneens /(3) neutraal/ (4) mee eens/ (5) helemaal mee eens)*
- "Het invullen van de applicatie in de klas, liep vlot" (*antwoordmogelijkheden: (1) Helemaal mee oneens /(2) mee oneens /(3) neutraal/ (4) mee eens/ (5) helemaal mee eens)*

Voor 77% van de leerlingen was het duidelijk wat er moest gebeuren. In de ASO-groep was het voor alle leerlingen behalve één iemand duidelijk wat van hen verwacht werd. In de BSO-groep was dat slechts voor 65 % van de leerlingen duidelijk.

Volgens 82% van de leerlingen verliep het invullen van de applicatie in de klas vlot. Dit percentage is erg gelijklopend in de verschillende onderwijsniveaus (figuur 10).

Er werden algemeen meer "neutrale antwoorden" gegeven in de BSO-groep.



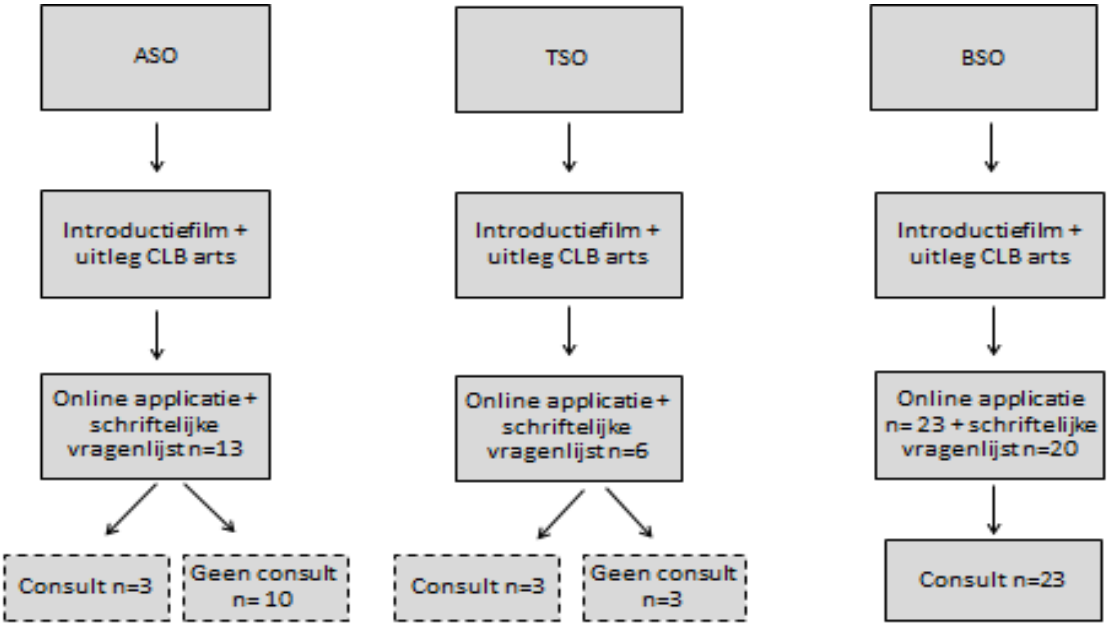
Figuur 10 (*) "Vlot" wordt gedefinieerd als het mee eens zijn of helemaal mee eens zijn met de stelling (**)"Duidelijk" wordt gedefinieerd als het mee eens zijn of helemaal mee eens zijn met de stelling

Wat betreft resultaten rond het doorlopen van het traject de 'Gezondheidscheck' werd een schematische voorstelling gemaakt in figuur 11.

20 BSO leerlingen die kennismaakten met de applicatie vulden 20 of 21 dagen na het doorlopen van de applciatie de schriftelijke vragenlijst in.

De 13 deelnemende leerlingen van het ASO vulden 16 dagen na het invullen van de applicatie de schriftelijke vragenlijst in. De 6 deelnemende leerlingen van het TSO vulden 9 dagen na het invullen van de applicatie de schriftelijke vragenlijst in.

De (maximale) duur voor het invullen van de online vragenlijst verschilt volgens onderwijstype. In de ASO-klas duurde het invullen maximaal 20 minuten, in de TSO-klas 30 minuten en in de BSO-klassen 40 minuten.



Figuur 11 schematische voorstelling praktisch verloop.

4.2.5.2 Kwalitatieve resultaten met betrekking tot het praktisch verloop

Leerlingen van het BSO (beide gesprekken) geven aan dat er te veel tijd zat tussen het invullen van de vragenlijst en het consult. Zij willen in het algemeen sneller feedback over hun antwoorden.

> *"Ik had heel wat vragen ingevuld blijkbaar. Maar ik wist er zelf niets meer van. Dus ik wist niet meer wat de vragen waren. Ik vind het een beetje onhandig dat het zo'n verre periode is. Redelijk ver."*
> -leerling BSO (4:32)
>
> *"Voor mij persoonlijk zou dat gelijk rapper achter elkaar moeten [invullen app en gesprek/onderzoek nadien]. Dat daar niet bijvoorbeeld twee weken tussen zit."*
> -leerling BSO (3:45)

In de vier focusgesprekken komt het belang van het beroepsgeheim en de vertrouwelijkheid van de informatie aan bod. Blijkt dat dit voor de jongeren op voorhand niet duidelijk genoeg was. Eerder kwam ook al aan bod dat dit een impact kan hebben op het eerlijk antwoorden van jongeren in de app.

"Ik wist gewoon niet waar die informatie naartoe ging."
-leerling BSO (3:14)

In de verschillende groepen liepen ook een aantal praktische zaken eerst fout (log in's, juiste website, lokaal zonder wifi). In één van de focusgesprekken bij BSO-leerlingen komt er heel wat commentaar op problemen met log in's en de website. Ook zwijgzamere leerlingen durven nu spontaan het woord te nemen.
Leerlingen hechten dus veel belang aan het vlot verloop van het invullen van de vragenlijst.

"Een nadeel van dit ding was gelijk dat die codes niet gingen of zo."
-leerling BSO (3:47)

"Maar een gehoortest hebben we ook allemaal gedaan. Dan snap ik niet waarom je zou invullen of je het wilt of niet als het dan toch gebeurt."
-BSO leerling (4:40)

Kernboodschappen

- De meerderheid van de leerlingen vond de stappen in de nieuwe methodiek duidelijk en vond dat het algemeen ook vlot verliep.
- De leerlingen geven wel aan dat er minder tijd zou moeten zitten tussen het invullen van de app en het gesprek of onderzoek nadien.
- Leerlingen hechten veel belang aan de vertrouwelijkheid van de informatie en worden hier graag op voorhand duidelijk over ingelicht.
- Leerlingen hechten veel belang aan een vlot verloop (geen technische problemen).
- Leerlingen vinden het ook belangrijk dat de vragen in de applicatie correct zijn afgestemd op de procedure die volgt.

4.3 Hebben Vlaamse jongeren nood aan dergelijke nieuwe aanpak?

4.3.1 De nood (*Actual use en Intention to use*)

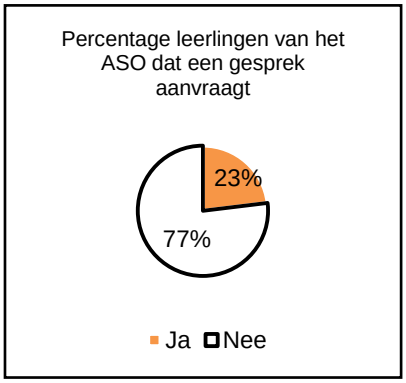
4.3.1.1 Kwantitatieve resultaten met betrekking tot de nood

43 % van de leerlingen vraagt een gesprek aan naar aanleiding van de vragen in de applicatie. Hoe meer praktijkgericht het onderwijstype, hoe groter het percentage leerlingen dat een gesprek aanvraagt (figuren 12, 13 en 14).

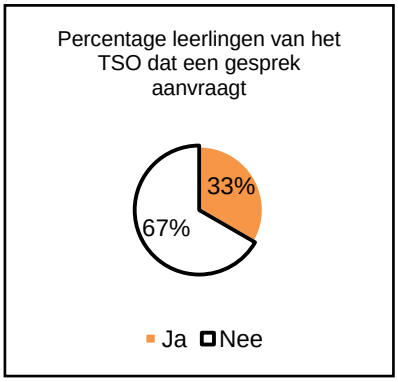
In de TSO- en in de BSO-groep zijn er een aantal leerlingen die verontrustende antwoorden geven maar toch geen gesprek vragen met het CLB. Dit is één leerling op 4 in de TSO-groep en 2 leerlingen op 10 in de BSO-groep.

In de ASO-groep is dat geen enkele leerling.

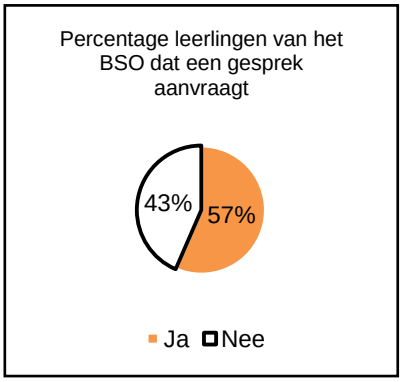
In de BSO-groep ligt het aantal verontrustende antwoorden hoger dan in de andere groepen.



Figuur 12



Figuur 13



Figuur 14

4.3.1.2 Kwalitatieve resultaten met betrekking tot de nood

Informatie-en hulpbronnen voor jongeren

Dezelfde antwoorden kwamen telkens terug bij de jongeren, uit alle opleidingsniveaus. Zo blijkt dat leerlingen hulp of advies zouden vragen aan hun ouders of vrienden. Dit verkiezen ze omdat ze het belangrijk vinden dat ze de persoon kennen. Een BSO leerling gaf aan dat hij hulp zou vragen aan een opvoeder van het internaat, omdat hij niet bij zijn ouders terecht kan. De opvoeder kan hier ook beschouwd worden als iemand die de leerling dagelijks ziet en goed kent.

[informatie] "Liefst van iemand die je kent, zoals vrienden, je ouders."
-leerling ASO (1:6)

"Ik zou mijn ouders ook aanspreken. Als ik echt hulp zou nodig hebben of als er iets is, zou ik het wel altijd zeggen aan mijn ouders."
-leerling BSO (3:7)

Het internet is voor de jongeren een alternatief, vooral als zij niet willen dat iemand (al) weet dat zij met die vraag zitten of wanneer ouders of vrienden geen antwoord kunnen bieden.

"Internet. Zodat je niets moet vragen aan je ouders of je vrienden. Dan blijft het persoonlijk."
-leerling ASO (1:6)

"Ik ga altijd] eerst vragen aan mijn vrienden wat zij daarover vinden. En als ze het zelf niet weten dan ga ik het gaan opzoeken." [op het internet]
-leerling BSO (3:3)

"Ja en ook als je het opzoekt, 't is gemakkelijk. Bijvoorbeeld als het een gênant probleem is, je zoekt het dan op en niemand weet het."
-leerling BSO (4:13)

Bepaalde hulpverleners worden genoemd als mogelijke informatiebron. Dit gaat dan over diensten of personen waar een geïnterviewde jongere zelf al mee in contact kwam of men noemt een hulpverlener vanuit de derde persoon, zonder aan te geven of men deze bron persoonlijk zou gebruiken of niet. Deze worden dus vermeld, maar staan niet op de eerste plaats voor de meeste jongeren.

"Ik ga soms met zo'n vraag ook wel een keer naar het JAC."
-leerling BSO (3:6)

“Je kunt dat ook bij de huisarts doen.” [spreken over gezonde levensstijl]
-leerling BSO (4:15)

[Het CLB is een veilige manier] “omdat CLB veel bezig is met kinderen en jongeren, dus als we bij hun gaan, kunnen zij misschien de beste weg vinden, of zij kunnen zelf helpen.”
-meisje TSO (2:12)

Als jongeren toch denken aan hulp of informatie halen bij een externe bron, dan wensen ze ook iemand die expertise heeft in deze specifieke problematiek.

“Bij mensen die zich gespecialiseerd hebben in dit onderwerp.”
-ASO leerling (1:7)

De school als hulpbron of informatiebron wordt slechts één keer vernoemd door een BSO leerling die lessen PAV (Project Algemene Vakken) krijgt. Dit zijn thematische lessen, gekozen op maat van de klas.
In de ASO-groep werd de school gesuggereerd door de moderator, waarop gelachen werd en iemand uitdrukkelijk ‘neen’ zei.

“School. Gelijk in PAV kun je toch wel, als je iets niet weet kun je dat toch gewoon vragen…”
-leerling BSO (4:9)

[Ik heb nu gehoord het internet, ik vraag het aan mijn ouders, ja, Zijn dat voor jullie de belangrijkste manieren? School?]
“Neen!” {lachen door alle leerlingen}
-leerling ASO (1:11)

<u>Kernboodschappen</u>

- Liefst vragen jongeren hulp of informatie aan mensen die ze kennen en vertrouwen, zoals ouders en vrienden
- Het internet is een alternatief voor zaken die jongeren nog niet durven delen met iemand of voor zaken waar ouders of vrienden geen antwoord op weten.
- Externe hulpverlening kan voor hen ook een informatie-of hulpbron zijn. Zij verkiezen dan mensen met expertise in de specifieke problematiek waarover ze vragen hebben.
- School als hulp-of infobron kwam bijzonder weinig (en zelfs negatief) naar voor.

4.3.2 Ervaring met het huidig medisch onderzoek (kwalitatieve resultaten)

Jongeren ervaren het huidig medisch onderzoek algemeen als goed. De positieve reacties kwamen vooral uit het TSO en BSO. Het positieve is ook dat men meteen antwoord krijgt op vragen en meteen weet of men goed bezig is.

"Dat iedereen apart is en dat het een grondig onderzoek is. Dat ze je algemeen bekijken qua zicht, gehoor, hoe je je voelt en andere dingen. En dat die dat ook bijhouden."
-TSO leerling (2:33)

"Als die persoon over zijn problemen gaat praten en dat de dokter die jongen of meisje gaat aanmoedigen, dat dan ook een groter effect zal hebben dan op computer of op een andere manier."
-TSO leerling (2:37)

"Maar het is handig hé. Je weet dan ik weeg zoveel, ik ben zo groot, wat is er goed aan is, wat is er niet goed. Je weet dan direct hoe dat het zit hé."
-BSO leerling (4:46)

"Je krijgt ook direct antwoorden op je vragen. Als je bvb met je gewicht struikelt. Ik heb het gevoel dat ik te dik ben. Is mijn BMI wel goed voor mijn lengte en leeftijd, dan kunnen ze dat direct zien en zeggen van ja het is goed, en is dat ook een aanmoediging. Dan moet je ook niet wachten op een antwoord. Ze zeggen het direct."
-TSO leerlinge (2:38)

Een TSO leerling benadrukte dat ze het medisch onderzoek ook erg goed vindt om over je zorgen, problemen te kunnen spreken.

“ Echt met de persoon zelf praten, dan kun je je hart luchten en zeggen wat er allemaal niet goed gaat.”
-TSO leerling (2:36)

Een ASO leerling vindt dat het medisch onderzoek niet op het juiste moment komt.

“Eigenlijk vind ik dat op ongepaste momenten, want soms heb je geen medisch onderzoek nodig en dan moet je er naartoe gaan. Dan is het beter als je mag zeggen wanneer je een gesprek nodig hebt of een test wilt laten doen.”
-leerling ASO (1:40)

Sommige leerlingen vinden het medisch onderzoek gênant, maar anderen dan weer niet. Een BSO leerling benoemt specifiek het puberteitsonderzoek als ‘niet leuk’.

“Misschien kan het voor sommige mensen gênant zijn omdat ze niet zo blij zijn met hun lichaam. De mensen van het CLB ken je niet per se zo goed en dan sta je daar zo in hemdje voor hen.”
-meisje TSO (2:34)

“Ik totaal niet. Ofwel blijf je gewoon in je kabine tot dat de dokter komt en je naam roept, maar je hoeft niet per se buiten te wachten in de gang.”
-TSO leerling (2:35)

“Goed [huidig medisch onderzoek], maar het puberteitsonderzoek vind ik niet leuk.”
-BSO leerling (4:43)

Een BSO leerling maakt de bedenking dat het medisch onderzoek vooral van belang is, wanneer men niet voldoende op zijn eigen ouders kan rekenen.

“Ik denk bijvoorbeeld als je goede ouders hebt, die altijd goed voor je zorgen en zo, dat je eigenlijk niet naar het medisch onderzoek moet gaan. Omdat, als je zegt dat je bijvoorbeeld sowieso om de zoveel maanden een keer naar de dokter kunt of als je ziek bent ofzo dat je direct naar de dokter toe kunt, of als je naar de tandarts kunt gaan, dat dat sowieso in orde is en dat je niet expres daarvoor naar het medisch moet gaan.”
-BSO leerling (3:39)

“Maar ik vind wel goed dat het er is omdat sommige mensen hebben niet zo’n goeie ouders of zo die niet achter hun kijken en die hen gewoon laten doen en als ze ziek zijn of zo dat ze het soms zelf niet weten dus ja. “
-BSO leerling (3:40)

Een TSO meisje suggereert om een psycholoog deel te laten uitmaken van het medisch onderzoek, omdat een psycholoog beter de jongeren kan laten spreken over mogelijke problemen.

“Ik had misschien gedacht dat het een goed idee zou zijn om ook een psycholoog daar te hebben om dan 5 min daarmee te kunnen praten. Want er zijn mensen die niet durven zeggen dat ze problemen hebben, zelfs al is het tegen een dokter ofzo en dat ze bij die psycholoog, omdat dat een psycholoog is, dat die mensen daar meer vertrouwen in gaan hebben. Dat die psycholoog hen dan kan laten spreken, een muur kan kapot maken, opdat die jongeren daar dan gewoon mee gaan praten.”
-meisje TSO (2:39)

<u>Kernboodschappen</u>

- Het medisch onderzoek zoals nu georganiseerd, wordt algemeen als positief ervaren. Men vindt het goed omdat het een grondig algemeen onderzoek is, maar ook omdat het een kans is om problemen met iemand te bespreken.
- Een medisch onderzoek is vooral goed wanneer er niet op de ouders kan gerekend worden om tijdig medische zorgen te krijgen.
- Het medisch onderzoek komt niet altijd op het juiste moment, soms heb je het op dat moment niet nodig.

- Specifiek het puberteitsonderzoek en het moeten verschijnen in ondergoed wordt door sommigen als gênant ervaren.
- Een psycholoog ter beschikking hebben tijdens een medisch onderzoek, kan een meerwaarde zijn.

4.4 Praktisch verloop vanuit het perspectief van de onderzoekers

Tijdens het verloop van dit onderzoek werd door de beide onderzoekers een checklist bijgehouden. Deze checklist is een weergave van de verschillende stappen bij het introduceren van de 'Gezondheidscheck' bij Vlaamse jongeren in de huidige praktijk. De verschillende stappen werden vooraf opgesteld. Elke onderzoeker stipte gedurende het proces het tijdsbestek van elke stap aan en kon becommentariëren.
Tabel 8 is de samenvatting van de verschillende stappen, enkel de stappen en commentaren relevant voor toekomstig onderzoek of toepassing van de 'Gezondheidscheck' werden weerhouden.

Stappen	duur	commentaar
Introductie van de 'Gezondheidscheck' mondeling en door middel van een filmpje	10 min	• WIFI verbinding in de klas? • Zo niet, filmpje op stick mee • PC moet nog opgestart worden -> kost tijd • Ruimte voorzien om vragen te beantwoorden nadien
Informatiebrieven de 'Gezondheidscheck' uitdelen op school	10 min	• Leerlingen willen weten of het verplicht is
Toegang tot de applicatie	5-10 min	• Er is verwarring over de link naar de applicatie. Er bestaat een www.checkheteven.nl en www.checkheteven.be. • Een correcte schrijfwijze van de link is ook moeilijk voor sommige leerlingen • WIFI in de klasruimte nodig • Persoonlijke logins belangrijk voor de leerlingen, werden meegebracht door de onderzoekers • Reservelogins nodig
Invullen online vragenlijst	20 min (ASO) 30 min (TSO) 40 min (BSO)	• De duur van het invullen van de applicatie is afhankelijk van het opleidingsniveau (ASO< TSO <BSO) • Er wordt in alle opleidingsniveaus verduidelijking gevraagd bij bepaalde vragen (BSO > TSO >ASO) • Leerlingen zijn gedurende het klassikaal invullen frequent vragen of thema's met elkaar aan het bespreken • De leerkracht loopt rond in het lokaal, er worden ook aan de leerkracht vragen gesteld • Er komen vragen over het verplicht invullen van een vraag: "Wat als ik een vraag niet wil beantwoorden?" • Niet alle leerlingen vullen e-mail adres of gsm-nummer in • Het aanmaken van een eigen login a.d.h.v. een e-mail adres is niet mogelijk. • Een leerkracht Nederlands vulde de vragenlijst in en wees ons op een aantal taalfouten • Voorstel van de leerkracht om een optie te kunnen aangeven om informatie via internet te krijgen EN een gesprek aan te vragen

Evalueren samenvattingen van de leerlingen	1u/20 leerlingen (ASO en TSO) 1u/10 leerlingen (BSO)	• Samenvattingen werden aanvankelijk niet gegenereerd (technische fout) • Leren kennen van de symbolen in de app • Samenvattingen lezen is een intensieve, maar belangrijke stap in de 'Gezondheidscheck' • Nood aan afspraken rond follow-up van verontrustende antwoorden van leerlingen die niet op gesprek wensen te komen • Nood aan contactgegevens van alle leerlingen • Nood aan afspraken rond wat te doen met antwoorden die niet meteen verontrustend zijn, maar wel 'bijzondere aandacht' vereisen • Nood om te verduidelijken welke informatie wordt bijgehouden in het dossier van de leerlingen
Het gesprek plannen (ASO + TSO)		• Nood aan afspraken rond hoe een leerling die dit wenst op een gesprek wordt uitgenodigd (visitekaartje met gegevens en concrete afspraak?/mailen/sms…) • Nood aan discretie op school voor diegenen die wensen op gesprek te komen • Nood aan een lage drempel om effectief op gesprek te kunnen komen
Het consult voorbereiden (BSO)		• Nood aan het kennen of het erbij halen van de vragenlijst in de app om het gesprek voor te bereiden. (Welke vraag heeft de leerling precies? Op welke vraag antwoordde deze leerling verontrustend?) • Nood aan duidelijke afspraken tussen arts en verpleegkundige wie wat opneemt in het consult dat op dit moment in duo gebeurt.

Tabel 8.

5. DISCUSSIE

In de onderstaande bespreking worden belangrijke conclusies beschreven m.b.t. de haalbaarheid van toepassen van de 'Gezondheidscheck'. De bevindingen worden met eerdere literatuur vergeleken en vervolgens gekaderd in de ruimere organisatie van preventieve consulten in Vlaanderen.

5.1 De applicatie = de 'Gezondheidscheck'

Algemeen zijn de jongeren bijzonder **positief** over het gebruik van deze applicatie en dit in alle opleidingsniveaus. De applicatie wordt beoordeeld met een gemiddelde score van 8,3/10. Dit is hoger dan de gemiddelde score die in het Nederlandse evaluatierapport werd gegeven (7,6/10) (9).

PC's en smartphones zijn ingebed in de huidige jongerencultuur, wat ervoor zorgt dat een applicatie invullen de meesten meer aanspreekt dan een schriftelijke vragenlijst. Jongeren vinden het **moderner** en **gemakkelijk**. Dit is tegenstrijdig met de conclusies die Biesbrouck M. trok in een voorgaande masterthesis. Hij komt tot de conclusie dat adolescenten tevreden zijn met een schriftelijke vragenlijst en dat de voordelen van een app mogelijks onvoldoende opwegen tegen het mogelijk nadeel van oneerlijker antwoorden (49). Hoewel dit ook in deze masterthesis genoemd wordt, blijkt dat, indien jongeren voldoende geïnformeerd zijn over de vertrouwelijkheid van de informatie, zij geen problemen zien in een digitale vragenlijst (zie verder). Het sluit ook aan bij de bevindingen van Epton et al die bevestigen dat jongeren digitale media wel relevant blijken te vinden (13).

De ***multiple choice*** **vragen en schaalvragen** in de app zien jongeren als **praktisch**, met een simpele klik hebben ze de vraag beantwoord. Het lijkt echter nodig dat multiple choice vragen **gecombineerd worden met open vragen**. Dit komt overeen met wat Robbins et al suggereren naar aanleiding van de evaluatie van een interventie bij schoolgaande jongens rond fysieke activiteit (44). Leerlingen zijn zelf vragende partij om sommige vragen te kunnen nuanceren. De vraag hiertoe komt vooral van de BSO leerlingen.

De deelnemers ervaren het als positief dat de vragenlijst **uitgebreid** is omdat er op die manier tegemoet gekomen wordt aan alle jongeren. Bijna iedereen is het erover eens dat ze ook uitgebreid genoeg is. Omdat de vragenlijst vrij uitgebreid is, vonden sommige leerlingen het voorziene tijdsbestek, 1 lesuur, te kort. Zij gaven aan dat ze hierdoor sneller door de vragen gingen.

De **locatie** (klas) waar de vragenlijst moest worden ingevuld ervaren de leerlingen als onvoldoende vertrouwelijk. Medeleerlingen zouden niet in staat mogen zijn om mee te kunnen lezen, want dit beïnvloedt of ze al dan niet eerlijk antwoorden op vragen. Het feit dat de vragenlijst op school moest worden ingevuld kwam op zich niet slecht over, maar er werd wel voorgesteld om de mogelijkheid te hebben om ook thuis de app in te vullen. Thuis zouden jongeren meer tijd kunnen nemen en wordt de vertrouwelijkheid beter gegarandeerd.

Het belang van het **vertrouwelijk blijven van de persoonlijke informatie** in de app komt sterk naar voor bij de jongeren. Zij vinden het absoluut ondenkbaar dat hun ouders of de school deze persoonlijke informatie te zien krijgen. Hoewel beide onderzoekers mondeling hebben toegelicht dat de informatie enkel door het CLB zou worden ingekeken en dat het zowel in het introductiefilmpje als bij het starten van de vragenlijst vermeld wordt, gaven jongeren in de focusgesprekken aan dat het onvoldoende duidelijk was waar de informatie naartoe ging en wat er verder mee zou gebeuren. Hun voorstel om de garantie op vertrouwelijkheid t.a.v. ouders en school mondeling en in de applicatie zelf toe te lichten, eventueel met gebruik van beeldmateriaal, is dus eerder verrassend. Het wijst er echter wel op dat hier nog veel meer moet op ingezet worden. Leerlingen vermoeden namelijk dat bij onduidelijkheid over de vertrouwelijkheid van de informatie medeleerlingen minder eerlijk zouden antwoorden. De meeste leerlingen gaven desondanks aan dat ze genoeg vertrouwen hadden in het CLB, o.a. met betrekking tot hun beroepsgeheim, om de vragen in dit onderzoek eerlijk te beantwoorden.

Het **internet** is voor jongeren een belangrijke **bron** om aan informatie of hulp te geraken, maar in tegenstelling tot wat Lau et al vinden, is het meestal niet de eerste informatiebron die ze willen raadplegen (16). Het liefst vragen jongeren hun **ouders of vrienden** om raad. Internet beschouwen jongeren in dit onderzoek als een alternatief voor zaken die ze nog niet willen delen of gênant vinden. De jongeren zien de school doorgaans niet als een goede informatie-of hulpbron. Enkel de BSO groep vermeldt de lessen PAV als mogelijke informatiebron. De ASO jongeren in dit onderzoek lachten het voorstel zelfs weg. We houden er wel rekening mee dat de ASO jongeren in dit onderzoek uit een school komen waar nog een sterk autoritaire sfeer hangt

Het is wel zo dat jongeren **websites** over specifieke topics waar ze vragen over hebben **interessant en gemakkelijk** vinden. Bij het verkrijgen van online informatie, specifiek in de app, gaat hun voorkeur uit naar **korte boodschappen**. Volgens jongeren kost het veel tijd om op een website de nodige informatie te filteren. Zij vermoeden ook dat velen nadien niet meer de tijd zullen nemen om dit te doen en vinden dan beter dat er eventueel nog een effect op het gedrag kan worden verkregen door een korte boodschap mee te geven.

Voorafgaande literatuurstudie leert ons ook dat *face-to-face* interventies algemeen effectiever zijn dan interventies enkel via PC (37,42). Men kan er dus van uitgaan dat bij jongeren persoonlijk contact bovenop een online interventie gewenste gedragsverandering verder versterkt en dat de combinatie van beide strategieën de voorkeur verdient.

In de app zoals de deelnemers die te zien kregen, was het voor vele leerlingen niet duidelijk waar en wanneer de **gezondheidsboodschappen** te zien waren. Dit was vooral het geval voor de **BSO leerlingen**. Mogelijks werden deze leerlingen hierover vooraf onvoldoende geïnformeerd, maar het zou ook kunnen dat net deze leerlingen minder intuïtief zijn in het gebruik van de app. Dit laatste kan dus een extra argument zijn om hoe dan ook een gesprek/ consult te plannen met deze leerlingen (zie ook verder).
Dat leerlingen meer zouden gaan nadenken over hun gedrag of meer geneigd zouden zijn om vragen te stellen na het lezen van de gezondheidsboodschappen, werd hoofdzakelijk negatief of neutraal beantwoord. Deze kwantitatieve resultaten betreffende het effect van die gezondheidsboodschappen beschouwen we als onvoldoende betrouwbaar en moeilijk te interpreteren net om bovenstaande reden. Bovendien valt op dat op deze vragen veel neutrale antwoorden werden gegeven, wat een belangrijke valkuil is bij een oneven aantal antwoordmogelijkheden. We vermoeden ook dat deze reflectieve vragen voor verschillende leerlingen te moeilijk waren om te beantwoorden.

Zoals toegepast in dit onderzoek, vonden jongeren dat de nieuwe methodiek algemeen vlot verliep. Er waren wel **technische moeilijkheden** om ingelogd te geraken en om op de WIFI van de school te geraken, wat leerlingen stoorde. Men vindt het ook belangrijk dat de vragen in de app correct zijn afgestemd op de procedure die volgt, wat nu soms niet zo was. Belangrijk negatief punt was het feit dat er vrij veel **tijd** (tot 3 weken) verliep tussen het invullen van de app en het gesprek of het onderzoek nadien, waardoor veel leerlingen niet meer wisten welke vragen ze toen hadden of wat ze precies hadden geantwoord. Net dit is een positief punt van het klassieke medisch onderzoek waarbij ze meteen antwoorden krijgen.

5.2 De applicatie gezien in een ruimer kader van ‘het medisch consult’

Het huidige medisch onderzoek wordt door jongeren **verrassend positief** ervaren. Jongeren vinden het nodig dat specifiek **gehoor en visus** worden onderzocht bij iedereen en dat dit ook **verplicht is**. Jongeren begrijpen niet altijd waarom het puberteitsonderzoek nodig is, velen vinden het nog steeds gênant. Het is duidelijk dat jongeren het medisch onderzoek vooral zien als een **lichamelijk onderzoek**. Dit blijkt ook uit het feit dat naar voor kwam dat jongeren het minder nodig vinden om op medisch onderzoek te gaan, wanneer ze ouders hebben die gemakkelijk toegang hebben tot medische zorgen, waarmee ze specifiek zorgen bij ziekte en tandzorg bedoelden. Jongeren zijn volgens ons nog onvoldoende op de hoogte van de nieuwere definitie van gezondheid die ruimer is dan fysieke gezondheid. **De huidige term ‘medisch onderzoek’** draagt volgens ons ook bij tot het feit dat jongeren het medisch onderzoek onderbenutten als hulpmogelijkheid bij psychosociale problemen. We kunnen ons zelfs afvragen of **de term ‘gezondheidscheck’** een goede keuze is voor de applicatie, gezien vele jongeren gezondheid onvoldoende breed definiëren.

In deze masterproef wilden we graag ook jongeren bevragen over hun ervaring met **autonomie** in het beslissen tot een ‘medisch onderzoek’. We kunnen vermoeden dat jongeren hierbij vooral aan lichamelijke problemen dachten en minder aan psychosociale problemen. De jongeren beschrijven dat het **goed voelt om zelf in de hand te hebben** wat er aan bod komt in een **gesprek** of om de keuze te hebben om niet op gesprek te komen omdat men het op dat moment niet nodig heeft. Het blijkt echter dat jongeren wel in één of andere vorm een **verzekerd aanbod** voor een gesprek nodig hebben. De drempel is in de huidige context te hoog om zelf de vraag te stellen tot een gesprek met iemand van het CLB. Mogelijks speelt mee dat jongeren dit bijna niet ongemerkt in de klasgroep/school kunnen doen en het niet gewoon zijn om op afspraak bij de schoolarts te komen. Dit blijkt ook uit het feit dat er geen enkele leerling 4ASO/TSO opdaagde wanneer dit tijdens de lesuren werd georganiseerd en zij hiervan persoonlijk en op voorhand over werden geïnformeerd.

5.3 Belangrijke verschillen tussen de verscheidene onderwijstypes:

Het percentage leerlingen dat naar de gezondheidsboodschappen keek, lag beduidend hoger in de ASO-groep (62%) t.o.v. de TSO- (17%) en BSO- groep (30%). Zoals eerder vermeld kan een mogelijke verklaring hiervoor zijn dat er onvoldoende informatie gegeven werd vooraf. In de ASO- en TSO-groep werden door dezelfde onderzoeker echter dezelfde informatie en instructies gegeven, waardoor deze verklaring minder aannemelijk is. Een andere verklaring kan zijn dat ASO-leerlingen meer interesse hebben in een gezonde levensstijl. Uit de resultaten van de HBSC *("Health Behaviour in School-aged Children")*-studie in Vlaanderen blijkt dat het opleidingsniveau een sterke indicator is voor de sociaal economische status en een belangrijke parameter is voor de verschillen in risicogedrag bij jongeren (50). ASO-leerlingen zijn over het algemeen gezonder dan BSO-leerlingen en toch keken ze vaker naar de gezondheidsboodschappen in de applicatie. Dit fenomeen ziet men vaker bij interventies rond gezond gedrag, namelijk het voorkomen van een selectiebias van de '*worried well'* en het versterken van sociale ongelijkheid in gezondheidsgedrag.
Uit de (beperkte) analyse van het antwoordprofiel van de deelnemers, leren we ook dat hoe lager het onderwijstype, hoe groter het percentage leerlingen dat een gesprek aanvraagt (ASO: 23%, TSO: 33%, BSO: 57%). Eén op vijf van de BSO-leerlingen en een kwart van de TSO-leerlingen met verontrustende antwoorden vraagt evenwel geen gesprek aan terwijl in de ASO-groep geen enkele leerling met verontrustende antwoorden geen gesprek aanvraagt. Bovendien ligt het aantal verontrustende antwoorden beduidend hoger in de BSO-groep. Het verschil zou theoretisch kunnen te maken hebben met een verschillende interpretatie door de CLB-artsen van wat "verontrustend" is en wat niet. Tegelijk kan men vermoeden dat aangezien BSO-leerlingen vaker risicogedrag vertonen, dit ook daadwerkelijk blijkt uit hun antwoorden.

Ten slotte vermoeden we dat hoe lager het opleidingsniveau, hoe vaker de vragen niet altijd goed begrepen worden en men meer uitleg over de vraag wil krijgen of een antwoord wil kunnen nuanceren. Het feit dat lagere opleidingsniveaus het moeilijker hadden met de vragenlijst kan ook blijken uit de tijd die ze nodig hadden om deze in te vullen. Dit tijdsbestek nam toe naarmate het opleidingsniveau daalde (maximaal 20 minuten in het ASO, 30 minuten in het TSO en 40 minuten in het BSO). Dit is ook een van de redenen waarom men in Nederland besliste om alle BSO leerlingen nadien op gesprek te zien.

Ondanks de kleine steekproef en dus beperkte bewijskracht van voorgaande kwantitatieve resultaten, kunnen bovenvernoemde verschillen een gedifferentieerde aanpak volgens onderwijstype, net zoals in Nederland, ook bij ons rechtvaardigen. Ten slotte komen deze bevindingen ook terug in de verschillende focusgesprekken waarbij vooral de BSO-leerlingen tevreden waren over een verzekerd aanbod en de meerwaarde van een gesprek t.o.v. een louter digitaal consult/vragenlijst aanhaalden.

5.4 Haalbaarheid van het toepassen van de 'Gezonheidscheck' in Vlaanderen

Uit de combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve resultaten kan men ten eerste besluiten dat het gebruik van de applicatie de 'Gezondheidscheck' en bijhorende nieuwe methodiek **aanvaardbaar** is voor jongeren. De online vragenlijst wordt goed onthaald en het ervaren van meer autonomie en beslissingsrecht spreekt hen aan. Deze autonomie dient echter wel nog wat gestuurd te worden en is minder vanzelfsprekend als vooraf gedacht op basis van de evaluatierapporten in Nederland. De applicatie zoals in deze studie werd toegepast geeft jongeren over het algemeen genoeg vertrouwen om eerlijk te rapporteren over hun gedrag en vragen te stellen indien nodig, mits er voldoende aandacht wordt besteed aan het informeren van jongeren over de vertrouwelijkheid.

Ten tweede is gebleken dat jongeren naast de gekende en belangrijkste informatie- en hulpbronnen, zoals vrienden en ouders, ook wel **nood** hebben aan informatie, advies of een lichamelijk onderzoek door experten. Informatie op internet is vooral laagdrempelig maar niet altijd adequaat of voldoende. Onder welke vorm deze nood het best wordt ingelost blijft na dit onderzoek nog twijfelachtig. Enerzijds wordt het medisch onderzoek, zoals nu georganiseerd, met een verzekerd en verplicht aanbod, als een gunstige methodiek beschouwd voor het verschaffen van informatie en advies over lichamelijke problemen, anderzijds lijkt voor psychosociale problemen de huidige methodiek 'medisch onderzoek' onderbenut. Als het gaat over psychosociale problemen, geven jongeren aan dat zij liever op gesprek komen wanneer zij het zelf nodig achten. Een voorwaarde om hiertoe te komen is een lage drempel tot het CLB. De applicatie beantwoordt aan hun vraag hiertoe, maar het organiseren van een gesprek nadien dient verder uitgewerkt te worden met als doelstelling zo laagdrempelig mogelijk te zijn.

Uit de antwoordprofielen van onze deelnemers leiden we af dat BSO leerlingen het vaakst een gesprek aanvragen. Net in die groep vraagt men ook vaker geen gesprek aan, ondanks verontrustende antwoorden die een gesprek zouden rechtvaardigen. Deze cijfers zijn indicatief voor het feit dat de nood en de vraag hoger zou liggen bij de lagere opleidingsniveaus en daarom een gedifferentieerde aanpak verantwoorden, met inbegrip van een verplicht gesprek.

Ten derde, kunnen de ervaring van jongeren en de onderzoekers i.v.m. het **praktische verloop**, alsook de suggesties die ze gaven, gebruikt worden om de toepassing van de 'Gezondheidscheck' in Vlaamse scholen te optimaliseren. Men kan aannemen dat technische problemen gemakkelijk zullen worden opgelost. Het nadenken over een bredere toepassing van de 'Gezondheidscheck' en haar inpassing binnen de huidige CLB-werking sluit aan bij de diepgaande reflectie die momenteel aan de gang is in de sector en moet zeker nog verder uitgewerkt worden. Wanneer de applicatie zal worden toegepast in meerdere CLB's zullen voorbeelden van *good practice* en individuele creatieve oplossingen bijdragen tot meer veralgemeenbare aanbevelingen.

Wat betreft het aspect **'Aanpassingen'** binnen een haalbaarheidsonderzoek worden in dit onderzoek heel wat suggesties gedaan door jongeren en door de onderzoekers. Verder onderzoek zal deze suggesties verder moeten verfijnen.

5.5 Sterktes en zwaktes van deze studie:

Het feit dat deze masterproef door twee onderzoekers werd uitgevoerd, heeft er toe geleid dat er telkens een controle op de interpretatie van resultaten gebeurde. Het is wel zo dat beide onderzoekers ook CLB-arts en momenteel de opleiding jeugdgezondheidszorg volgen, en dus vanuit dat perspectief deze masterproef hebben benaderd.

De resultaten uit deze studie bevestigen grotendeels de bevindingen uit de literatuur en uit het Nederlandse evaluatieonderzoek. Dit versterkt het idee dat uitgebreider onderzoek op grotere schaal erg zinvol kan zijn en dat dit onderzoek een goede aanzet is hiertoe.

Deze applicatie en de methodiek die gebruikt werd om dit masterproefonderzoek op te stellen is deels gebaseerd op de kennis die we hadden uit Nederlandse ervaringen en onderzoek. Mogelijks heeft die kennis een invloed gehad op de interpretatie van gegevens, waarbij we eerdere conclusies uit Nederland meenamen in het maken van eigen conclusies.

De methodiek werd grotendeels overgenomen uit de Nederlandse praktijk. Onze organisatie van jeugdgezondheidszorg verschilt echter met de organisatie in Nederland. Voor de leerlingen BSO werd de applicatie gekoppeld aan het verplichte medisch onderzoek waardoor een aantal items sowieso aan bod kwamen en niet louter op vraag van de leerling werden besproken/uitgevoerd. Dit is ten dele in strijd met de oplossingsgerichte theorie en de zelfdeterminatietheorie waarop de app is gestoeld. Om praktische redenen was het echter niet mogelijk een extra consultmoment te voorzien voor alle deelnemende leerlingen.

Het onderzoek betrof een kleine steekproef wat bij de interpretatie van data veralgemeende conclusies bemoeilijkt. De kwalitatieve data kwamen uit een beperkt aantal focusgesprekken tot stand. Idealiter moet er datasaturatie optreden vooraleer men kan besluiten dat de steekproef voldoende groot was. Het was echter voor de planning van de scholen en binnen het tijdsbestek van de onderzoekers niet mogelijk om een grotere steekproef te voorzien. Ook is gebleken dat focusgesprekken, zelfs in de bekende klasgroep, voor bepaalde leerlingen een drempel kunnen zijn om voor hun mening uit te komen. Er werd vastgesteld dat in de focusgesprekken steeds enkele leerlingen dominant het woord voerden en andere eerder zwijgzaam waren. In de ASO groep waren de jongens opvallend zwijgzaam. Het omgekeerde zagen we in de BSO groep. Er werden alleen meisjes uit TSO bevraagd. Focusgesprekken aangevuld met individuele interviews hadden dit onderzoek meer bewijskracht gegeven.

De gerekruteerde leerlingen komen uit verschillende scholen en verschillende opleidingsniveaus, wat gezien kan worden als een sterkte. Toch gaat het slechts over een heel beperkt aantal scholen en klassen waardoor veralgemening met voorzichtigheid dient te gebeuren. We zijn er ons van bewust dat elke klas en elke school zijn eigen cultuur heeft. De deelnemende leerlingen uit Brussel hadden bovendien vaker niet dan wel het Nederlands als moedertaal. Deze taalbarrière kan wel eens resultaten hebben beïnvloed.

De vragenlijst die werd gebruikt om kwantitatieve gegevens te verzamelen werd niet vooraf gevalideerd. Tijdens het gebruik en de analyse werd vastgesteld dat sommige vragen niet werden begrepen door leerlingen, waardoor deze vragen ook niet meer te interpreteren vielen. Anderzijds werden vele van de vragen reeds in Nederland gebruikt en wel vooraf gevalideerd bij jongeren.

We vermoeden ook dat we onvolledige informatie hebben over wat jongeren vinden van de school als hulp- en informatiebron, gezien de focusgesprekken in de school werden georganiseerd.

5.6 De Gezondheidscheck en theoretische denkkaders: suggesties vanuit de literatuur

Er bestaan heel wat theorieën waarop men zich kan baseren om gedragsverandering te stimuleren. Bij de ontwikkeling van de 'Gezondheidscheck' heeft men zich vooral gebaseerd op principes uit de oplossingsgerichte therapie, zowel in de vraagstelling als bij de feedback op maat. Ook kenmerken vanuit andere theorieën herkent men zonder dat ze expliciet worden vernoemd, onder meer de zelfdeterminatietheorie en motiverende gespreksvoering.

Een systematische *review* van de literatuur i.v.m. online interventies toonde aan dat hoe meer een interventie gebaseerd is op een onderliggende wetenschappelijk erkende theorie en hoe talrijker de gebruikte technieken, hoe groter het effect op gedragsverandering (17). Bij het 'vervlaamsen' van de online vragenlijst en feedback kan getracht worden elementen uit de verschillende denkkaders verder te verwerken. Hieronder volgen een aantal suggesties.

Alle drie de theorieën benadrukken het stimuleren en versterken van de eigen vaardigheden (competentie) van de patiënt. Deze staat dan ook centraal in het hele proces van gedragsverandering. Uit de literatuurstudie blijkt dat de meeste interventies die gebruik maakten van een bepaalde vorm van motivationele gespreksvoering een positief effect hadden op gedragsverandering. Ons aanvoelen is echter dat CLB-artsen en CLB-verpleegkundigen op dit moment nog onvoldoende geschoold zijn in deze gesprekstechnieken. Wanneer beslist wordt om een Vlaamse versie van de 'Gezondheidscheck' te implementeren zal ook zeker nog moeten ingezet worden op training van hulpverleners. Dit kan volgens een studie van Londsdale et al. bij sportleerkrachten op een vrij eenvoudige manier (29).

Een ander aspect waar volgens de drie bovenvermelde theoretische kaders het best wordt ingezet is een goede relatie tussen de patiënt en de hulpverlener. Dit geven ook jongeren zelf aan in de verschillende focusgesprekken. De relatie tussen de jeugdarts of jeugdverpleegkundige en de jongere is echter in de huidige context van het CLB, meestal geen echte vertrouwensrelatie. De CLB-arts is niet gekend als aanspreekpunt voor jongeren en de meesten komen enkel in contact met hem/haar tijdens de medische onderzoeken. Hier zal dus bij de verdere implementatie van de applicatie in Vlaanderen best rekening mee gehouden worden.

Het laatste aspect uit de zelfdeterminatietheorie en de motiverende gespreksvoering dat reeds wordt toegepast in de ‘Gezondheidscheck’, is het beroep doen op de autonomie van de jongeren. Zoals eerder in de discussie reeds werd besproken, blijkt voor Vlaamse jongeren het “aflijnen” van deze autonomie toch nog belangrijk. Leerlingen moeten in het proces en de keuze om een gesprek of consult aan te vragen nog wat begeleid/ondersteund worden.

5.7 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Om definitief te besluiten dat de invoering van deze applicatie haalbaar is in Vlaanderen zijn nog verschillende aspecten onvoldoende verhelderd en suggereren wij ook hier verder onderzoek.

Gezien onze kleine steekproef is het moeilijk om sluitende conclusies te trekken en deze zomaar te veralgemenen. Zeker wat betreft de resultaten over het praktisch verloop en nodige aanpassingen voor definitieve toepassing in Vlaanderen zijn in dit onderzoek de conclusies als indicatief te beschouwen. Wij suggereren een pilootstudie op grotere schaal om dit beter in kaart te brengen. Er wordt verwacht dat schoolcultuur en individuele CLB-cultuur een invloed zullen hebben op deze resultaten. Het lijkt ook zinvol dat zorgstructuren binnen scholen mee rond de tafel zitten bij het implementeren van deze app en mogelijks nog belangrijker dat zij ook betrokken worden in het hervormingsproces van de ‘medische consulten’.

Er werd in Nederland een validiteitsonderzoek uitgevoerd, wat gunstige resultaten opleverde wat betreft de accuraatheid van de applicatie, maar aanvullingen hierop zouden zeker zinvol zijn.

6. CONCLUSIE

De ‘Gezondheidscheck’ kan een gepaste methodiek zijn om jongeren tot een breder ‘medisch’ onderzoek toe te leiden. Het instrument en de nieuwe manier van werken worden goed aanvaard door Vlaamse adolescenten. Belangrijke pluspunten zijn o.a. de laagdrempeligheid, het groot aantal en verscheiden aanbod aan vragen die gesteld worden en het gebruik van een geschikt medium voor jongeren (met name een online vragenlijst). Jongeren uit het BSO zien het als een meerwaarde om meer inspraak te hebben over de onderwerpen die achteraf in het consult besproken worden en leerlingen uit het ASO en TSO vinden het goed dat ze zelf mogen kiezen om op gesprek te komen. Toch zien jongeren ook de voordelen van een verzekerd aanbod, voornamelijk voor lichamelijke en “ernstigere” problemen.

Er is een nood bij jongeren aan informatie op maat en er is binnen de klassieke methodiek van ‘het medisch onderzoek’ een te hoge drempel tot hulp voor psychosociale problemen. Voor de evaluatie van het praktisch verloop en evaluatie van de nodige gedetailleerde aanpassingen, geeft dit onderzoek een zeker idee, maar beschouwen we het nodig dat er verder onderzoek gebeurt op grotere schaal. Als nodige aanpassingen weerhouden wij onder meer het belang van vertrouwelijkheid voor jongeren en meer duidelijkheid over de gezondheidsboodschappen. Vlaamse jongeren zullen ook nog wat ondersteund moeten worden bij het krijgen van meer autonomie.

We beschouwen dit onderzoek naar het gebruik van de ‘Gezondheidscheck’ als relevant om mee te nemen in een denkproces dat gaande is rondom de organisatie van preventieve gezondheidszorg, meer specifiek, de ‘medische consulten.’

7. BIJLAGE

Bijlage 1: Literatuuronderzoek Caroline Van Damme
Bijlage 2: Literatuuronderzoek Nelly Vandewalle
Bijlage 3: Informatiebrief + toestemming deelname 'De Gezondheidscheck' (versie: ASO/TSO aan ouders)
Bijlage 4: Informatiebrief +toestemming deelname 'De Gezondheidscheck' (versie: ASO/TSO aan leerlingen)
Bijlage 5: Informatiebrief + toestemming deelname 'De Gezondheidscheck' (versie: BSO aan ouders)
Bijlage 6: Informatiebrief + toestemming deelname 'De Gezondheidscheck' (versie: BSO aan leerlingen)
Bijlage 7: Toestemming deelname aan een focusgesprek (versie ASO/TSO aan ouders)
Bijlage 8: Toestemming deelname aan een focusgesprek (versie ASO/TSO aan leerlingen)
Bijlage 9: Toestemming deelname aan een focusgesprek (versie BSO aan ouders)
Bijlage 10: Toestemming deelname aan een focusgesprek (versie BSO aan leerlingen)
Bijlage 11: Schriftelijke vragenlijst ter evaluatie van 'De Gezondheidscheck'
Bijlage 12: Script focusgesprekken
Bijlage 13: Aangepaste versie script focusgesprekken
Bijlage 14: Rol als observator
Bijlage 15: Codeboek
Bijlage 16: Goedkeuring Ethische Commissie

8. REFERENTIES

1. Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Woerpel L, Linnan L, Weiner D, et al. How We Design Feasibility Studies. Am J Prev Med [Internet]. 2009 May [cited 2017 Apr 30];36(5):452–7. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19362699

2. Klooster E, Hendrix L, Kulkens M. Gezond? Dat is als je je goed voelt.' Een verkenning van de behoefte aan preventieve gezondheidszorg onder jongeren van 13 tot 19 jaar. Utrecht; 2014.

3. VWVJ. Onderbouw voor de organisatie van JGZ in de Centra voor Leerlingenbegeleiding. Leuven; 2016.

4. Vlaamse Regering. Besluit van de Vlaamse Regering tot vaststelling van de operationele doelstellingen van de Centra Voor Leerlingenbegeleiding.

5. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H v. d., Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ [Internet]. 2011 Jul 26 [cited 2017 Apr 30];343(jul26 2):d4163–d4163. Available from: http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.d4163

6. Patrick H, Williams G. Self-determination theory: its application to health behavior and complementarity with motivational interviewing. Int J Behav Nutr Pysical Act. 2012;9:18.

7. Ng J, Ntoumanis N. Self-determination theory applied to health contexts: A meta-analysis. Perspect [Internet]. 2012 [cited 2017 Apr 30]; Available from: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1745691612447309

8. Schryvers K, Parys L, Taelman M, van der Vloet T, Jans V, Persyn P. Voorstel van Resolutie: houdende aanbevelingen voor een verbeterde organisatie en werking van integrale jeugdhulp.

9. Meuwissen L, Eshuis D, Tosma N ZS. Het nieuwe JGZ contactmoment in het voorgezet onderwijs. Evaluatie van de VGGM pilot (deel 1) GGD Gelderland-Midden. 2015.

10. Zelle S, Cleven I ML. Het extra JGZ contactmoment in het voortgezet onderwijs (Deel II) - Resultaten van de VGGM pilot en eerste inzicht in validiteit van de gebruikte vragenlijst. Veiligheids-en Gezondheidsregio Gelderland-Midden.

11. Onderwijstypes in België vs. Nederland [Internet]. [cited 2017 Feb 1]. Available from: www.provil.be/vergelijking-belgie-met-nederland

12. Van Hoeck K, Hoppenbrouwers K. Onderzoek naar de wetenschappelijke state of the art van de preventieve gezondheidszorg voor schoolgaande kinderen (3-18 jaar).

13. Epton T, Norman P, Dadzie A-S, Harris PR, Webb TL, Sheeran P, et al. A theory-based online health behaviour intervention for new university students (U@Uni): results from a randomised controlled trial. BMC Public Health [Internet]. 2014 Dec 5 [cited 2017 Apr 30];14(1):563. Available from: http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-563

14. Webb TL, Joseph J, Yardley L, Michie S. Using the internet to promote health behavior change: a

systematic review and meta-analysis of the impact of theoretical basis, use of behavior change techniques, and mode of delivery on efficacy. J Med Internet Res [Internet]. 2010 Feb 17 [cited 2017 Apr 30];12(1):e4. Available from: http://www.jmir.org/2010/1/e4/

15. Ryan R, Deci E. Self-Determination Theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. Am Psychol. 2000;55:68–78.

16. Lau PWC, Lau EY, Wong DP, Ransdell L. A systematic review of information and communication technology-based interventions for promoting physical activity behavior change in children and adolescents. J Med Internet Res [Internet]. 2011 Jul 13 [cited 2017 Apr 30];13(3):e48. Available from: http://www.jmir.org/2011/3/e48/

17. Tebb KP, Erenrich RK, Jasik CB, Berna MS, Lester JC, Ozer EM. Use of theory in computer-based interventions to reduce alcohol use among adolescents and young adults: a systematic review. BMC Public Health [Internet]. 2016 Jun 17 [cited 2017 Apr 30];16(1):517. Available from: http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3183-x

18. Plotnikoff RC, Costigan SA, Karunamuni N, Lubans DR. Social cognitive theories used to explain physical activity behavior in adolescents: a systematic review and meta-analysis. Prev Med (Baltim) [Internet]. 2013 May [cited 2017 Apr 30];56(5):245–53. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091743513000261

19. Dupont HB, Lemmens P, Adriana G, van de Mheen D, de Vries NK. Developing the Moti-4 intervention, assessing its feasibility and pilot testing its effectiveness. BMC Public Health [Internet]. 2015 Dec 21 [cited 2017 Apr 30];15(1):500. Available from: http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1826-y

20. Meuwissen L ED. Achtergrondinformatie oplossingsgerichte werkwijze/methodiek.

21. Visser C. The Origin of the Solution-Focused Approach. Int J Solut Pract. 2013;1(1):7–10.

22. Bond C. Practioner Review: The effectiveness of solution focused brief therapy with children and families: a systematic and critical evaluation of the literature from 1990-2010. J Child Psychol Psychiatry. 2013;54(7):707–23.

23. Vanlander A. Gebruik van persoonlijke vragenlijsten in de systematische contacten met adolescenten in de JGZ. 2015.

24. J M. Motiveren tot gezonder eetgedrag. [cited 2017 Apr 30]; Available from: https://www.nice-info.be/documenten/nutrinews_pdf/NN_dec09_Motivatie.pdf

25. Gillison F, Standage M, Verplanken B. A cluster randomised controlled trial of an intervention to promote healthy lifestyle habits to school leavers: study rationale, design, and methods. BMC Public Health [Internet]. 2014 Dec 4 [cited 2017 Apr 30];14(1):221. Available from: http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-221

26. Vansteenkiste M. Hoe we kinderen en jongeren kunnen motiveren. Toepassingen van de zelfdeterminatietheorie. Caleidoscoop. jg 22, nr:6–15.

27. Dishman RK, McIver KL, Dowda M, Saunders RP, Pate RR. Motivation and Behavioral Regulation of Physical Activity in Middle School Students. Med Sci Sports Exerc [Internet]. 2015 Sep [cited 2017 Apr 30];47(9):1913–21. Available from: http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00005768-201509000-00018

28. Chatzisarantis NLD, Hagger MS. Effects of an intervention based on self-determination theory on self-reported leisure-time physical activity participation. Psychol Health [Internet]. 2009 Jan [cited 2017 Apr 30];24(1):29–48. Available from: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870440701809533

29. Londsdale. An internet-supported Psysical activity intervention Delivered in Secundary Schools located in low socio-economic status communities: study protocol fort he activity and motivation in physical education (AMPED) Cluster Randomized Controlled Trial. BMC Public Health. 2016;16(17).

30. Lewis T, Osborn C. Solution-focused counseling and motivational interviewing: a consideration of confluence. J Couns Dev. 2004;82:38–48.

31. Miller W, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change. The Guilford Press. 2002;

32. Bartelink C. Wat werkt: motiverende gespreksvoering?

33. Norcross PD. In search of how people change: applications to addictive behaviors. Am Psychol. 1992;42:110–1114.

34. Littell J, Girvin H. Stages of change: a critique. Behav Modif. 2002;26:233–72.

35. de Silva AM, Hegde S, Akudo Nwagbara B, Calache H, Gussy MG, Nasser M, et al. Community-based population-level interventions for promoting child oral health. In: Hegde S, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2016 [cited 2017 Apr 30]. Available from: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009837.pub3

36. Toassi R, Baumgarten A, Warmling C, Rossoni E, Rocha da Rosa ASS. Teaching at primary healthcare services within the Brazilian national health system in Brazilian healthcare professionals training. Interface. 2013;17(45).

37. Carey KB, Scott-Sheldon LAJ, Elliott JC, Garey L, Carey MP. Face-to-face versus computer-delivered alcohol interventions for college drinkers: a meta-analytic review, 1998 to 2010. Clin Psychol Rev [Internet]. 2012 Dec [cited 2017 Apr 30];32(8):690–703. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735812001146

38. Barnett E, Sussman S, Smith C, Rohrbach LA, Spruijt-Metz D. Motivational Interviewing for adolescent substance use: A review of the literature. Addict Behav [Internet]. 2012 Dec [cited 2017 Apr 30];37(12):1325–34. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306460312002651

39. Cassoff J, Knäuper B, Michaelsen S, Gruber R. School-based sleep promotion programs: Effectiveness, feasibility and insights for future research. Sleep Med Rev [Internet]. 2013 Jun [cited 2017 Apr 30];17(3):207–14. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1087079212000895

40. Kiene SM, Barta WD. A brief individualized computer-delivered sexual risk reduction intervention increases HIV/AIDS preventive behavior. J Adolesc Health [Internet]. 2006 Sep [cited 2017 Apr 30];39(3):404–10. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X05006968

41. Cain N, Gradisar M, Moseley L. A motivational school-based intervention for adolescent sleep problems. Sleep Med [Internet]. 2011 Mar [cited 2017 Apr 30];12(3):246–51. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1389945710003849

42. Walton MA, Chermack ST, Shope JT, Bingham CR, Zimmerman MA, Blow FC, et al. Effects of a Brief Intervention for Reducing Violence and Alcohol Misuse Among Adolescents. JAMA [Internet]. 2010 Aug 4 [cited 2017 Apr 30];304(5):527. Available from: http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2010.1066

43. Neumark-Sztainer D, Flattum CF, Story M, Feldman S, Petrich CA. Dietary approaches to healthy weight management for adolescents: the New Moves model. Adolesc Med State Art Rev [Internet]. 2008 Dec [cited 2017 Apr 30];19(3):421–30, viii. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19227384

44. Robbins LB, Pfeiffer KA, Wesolek SM, Lo Y-J. Process evaluation for a school-based physical activity intervention for 6th- and 7th-grade boys: Reach, dose, and fidelity. Eval Program Plann [Internet]. 2014 Feb [cited 2017 Apr 30];42:21–31. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0149718913000815

45. Dennison L, Morrison L, Conway G, Yardley L. Opportunities and challenges for smartphone applications in supporting health behavior change: qualitative study. J Med Internet Res [Internet]. 2013 Apr 18 [cited 2017 Apr 30];15(4):e86. Available from: http://www.jmir.org/2013/4/e86/

46. Fleuren MAH, Paulussen TGWM, Van Dommelen P, Van Buuren S. Towards a measurement instrument for determinants of innovations. Int J Qual Heal care J Int Soc Qual Heal Care [Internet]. 2014 Oct [cited 2017 Apr 30];26(5):501–10. Available from: https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzu060

47. Wat is de CQ-index? [Internet]. [cited 2016 Nov 1]. Available from: https://www.patientervaringsmetingen.nl/wat-is-proms-cq-index/wat-is-de-cq-index/

48. Spector P. Summated Rating Scale Construction : An introduction. 1992.

49. Biesbrouck M. Het bevragen van leefgewoonten aan leerlingen van het 3de jaar secundair onderwijs. Een kwaliteitsverbeterend project in het vCLB Roeselare. 2016.

50. HBSC- studie [Internet]. [cited 2017 Mar 1]. Available from: www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be

Bijlage 1: Literatuuronderzoek Caroline Van Damme

Er wordt in eerste instantie nagegaan welke methdodieken er worden beschreven om adolescenten te motiveren tot reflectie en gedragsveranderingen in de wetenschappelijke literatuur.

Er werd een **PICO-vraag** opgemaakt:

P	patient	Gezonde adolescenten
I	intervention	toepassing van een bepaalde methodiek om adolescenten te motiveren tot reflectie en gedragsverandering.
C	controle	geen specifieke theorie
O	outcome	Hulp vragen, gedragsverandering?

Geraadpleegde bronnen:

Quaternaire bronnen (richtlijnen, aanbevelingen)	
Bron	Aantal relevante guidelines
VWVJ: Vlaams Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg. www.vwvj.be	0
Domus medica.www.domusmedica.be	0
Nederlands huisartsengenootschap. www.nhg.org	0
Federaal Kenniscentrum Gezondheidszorg (KCE) (rapporten & richtlijnen) kce.fgov.be	0
Tertiaire bronnen (meta-analyses, systematic reviews)	
Bron	Aantal relevante artikels
Cochrane Database (*)	0
Clinical Evidence	0
Secundaire bronnen	
Bron	Aantal relevante artikels
HaPI Health and Psychosocial Instruments database	Geen toegang toe -> 0
Primaire bronnen	
Pubmed =Medline Database www.ncbi.nlm.nih.gov **(**)**	498

Pubmed:

Zoektermen	Aantal gevonden artikels
“Cognitive Therapies” [Mesh] AND “adolescent” AND “prevention”	498
“Health promotion” AND “motivation” AND “theor*”	196
“Health promotion” AND “motivation” AND “theor*” AND “behavio* change”	48
"Health promotion model" AND “motivation” AND “adolescents”	2

Meer specifiek wordt er literatuur rond de zelfdeterminatietheorie gezocht en welke interventies gebaseerd op deze theorie er worden beschreven. Zijn er ook aangetoonde effecten?

Inclusiecriteria:

- gezonde jongeren (eventueel ook jonge studenten)
- binnen de context van gezondheidspromotie/ primaire preventie
- online interventie (eventueel)
- Zelfdeterminatietheorie en Motivationeel interviewen

Exclusiecriteria:

- Volwassenen
- Toepassingen in de curatieve sector of bij zieke kinderen
- O.a. Theory of planned behaviour, Self affirmation theory, … (in een tweede tijd)

Pubmed:

Toegepaste filters
artikels gepubliceerd in de laatste 10 jaar
Jongeren (12-18j)
Kinderen (6-12j)
Artikels in het Engels, Nederlands en Frans

Zoektermen	Aantal gevonden artikels	Aantal gelezen abstracts	Aantal weerhouden artikels
“Health promotion AND motivation AND theor* AND behavio* change”	48	20	5
"Health promotion model" AND motivation AND adolescents”	2	2	1
Vansteenkiste, Maarten AND " self determination theory "	32	32	1
Edward Deci AND Richard Ryan AND " self determination theory "	12	1	0
"Self determination AND motivational interviewing”	11	11	1

Om de vraag te beantwoorden of een online interventie, tegenover andere types interventie, een meerwaarde biedt bij het induceren van gedragsverandering bij adolescenten werd een nieuwe PICO vraag opgesteld:

P	patient	Gezonde adolescenten
I	intervention	online interventie
C	controle	geen of andere type interventie
O	outcome	gedragsverandering

Zoektermen	Aantal gevonden artikels
“Internet AND Health promotion”	848
“Health promotion AND mobile application”	50
“Health promotion online AND self-efficacy”	42

Inclusiecriteria:

- gezonde jongeren (eventueel ook jonge studenten)
- binnen de context van gezondheidspromotie/ preventie.

Exclusiecriteria:

- Volwassenen
- Toepassingen in de curatieve sector of bij zieke kinderen

Toegepaste filters			
artikels gepubliceerd in de laatste 10 jaar			
Jongeren (12-18j)			
Kinderen (6-12j)			
Artikels in het Engels, Nederlands en Frans			
Zoektermen	Aantal gevonden artikels	Aantal gelezen abstracts	Aantal weerhouden artikels
"Health promotion online AND self-efficacy”	48	42	2
Health promotion AND mobile application	50	50	1

Bepaalde relevante artikels refereerden naar systematische reviews die ik ook gebruikt heb in mijn literatuuronderzoek. Artikels gevonden bij het eerste deel van het literatuuronderzoek hadden ook betrekking tot online applicaties.

Bijlage 2: Literatuuronderzoek Nelly Vandewalle

In de literatuur wordt nagegaan of er reeds voorbeelden bestaan van methodieken, gebaseerd op de theorie van motivationele gespreksvoering, binnen de preventieve zorg voor adolescenten en of er ook aantoonbare effecten zijn.

P	patient	adolescenten/ preventieve gezondheidszorg
I	intervention	motivationele gespreksvoering
C	controle	geen motivationele gespreksvoering
O	outcome	'self- empowerment', gedragsverandering, gezondheidswinst

Keywords:

	MeSH	niet-MeSH, vrije termen
Patient	jongeren **'adolescent(s)'**	jongeren **youth** **secondary school**
	preventieve gezondheidszorg **'preventive health service(s)'** **'school health service(s)'** **'adolescent health servic(s)'** **'preventive medicine'** **'public health'**	preventieve gezondheidszorg **'preventive health care'** **'school-based screening'**
Intervention	**'motivational interviewing'** **'directive counseling'**	**'motivational technique'** **'motivational counseling'**
Control	geen motivationele gespreksvoering niet opgenomen	geen motivationele gespreksvoering niet opgenomen
Outcome	Self-empowerment **'motivation'** **'power'** gedragswijzinging, gezondheidswinst **'health promotion'** **'risk reduction behavior(u)r'**	Self-empowerment **'self-empowerment'** gedragswijzinging, gezondheidswinst **'lifestyle risk reduction'**

De zoektermen werden in verschillende combinaties gebruikt. Artikels waarvan de abstract relevantie vertoode binnen dit kader, werden weerhouden.

Exclusiecriteria weerhouden:

- artikel ging niet over preventie/preventieve gezondheidszorg
- De interventie kaderde niet binnen de primaire preventie
- De interventie was op een andere theorie dan de motivationele gespreksvoering gebaseerd
- artikels meer dan 10j geleden gepubliceerd
- Artikels niet in het Nederlands, Engels of Frans
- Artikels waarin de bestudeerde populatie geen jongeren zijn

Resultaten literatuuronderzoek

Quaternaire bronnen (richtlijnen, aanbevelingen)	
Bron	Aantal relevante guidelines
VWVJ: Vlaams Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg. www.vwvj.be	0
Domus medica.www.domusmedica.be	0
Nederlands huisartsengenootschap. www.nhg.org	0
Federaal Kenniscentrum Gezondheidszorg (KCE) (rapporten & richtlijnen) kce.fgov.be	0
Tertiaire bronnen (meta-analyses, systematic reviews)	
Bron	Aantal relevante artikels
Cochrane Database (*)	1
Clinical Evidence	0
Secundaire bronnen	
Bron	Aantal relevante artikels
HaPI Health and Psychosocial Instruments database	Geen toegang toe -> 0
Primaire bronnen	
Cochrane Database (trials) **(*)**	3
Medline Database www.ncbi.nlm.nih.gov **(**)**	7
PsycArticles**(***)**	1

(*) Cochrane Database: trials

Zoektermen	Aantal gevonden artikels	Aantal relevante artikels
Motivational interviewing, preventive health, adolescent	9	1
Motivational interviewing, school health service, adolescent	17	2

(**) Pubmed Database

Zoektermen	Aantal gevonden artikels	Aantal relevante artikels
Motivational interviewing, preventive health, adolescent	26	
+ filter: laatste 10j	23	2
Motivational interviewing, school health services, adolescents	58	
+filter laatste 10j	52	1
+filter review	4	
Motivational interviewing, adolescent health services	95	
+ filter laatste 10j	85	0
+ filter: review	9	
Motivational interviewing, preventive medicine, adolescents		
+ filter laatste 10j	22	0
Motivational interviewing, public health, adolescents		
+filter laatste 10j		
+filter: review	48	4
Motivational interviewing, public health, youth		
+ filter laatste 10j en review	45	0
Motivational technique, public health, youth		
+ filters laatste 10j en review	4	0

(***) PsycArticles

Zoektermen	Aantal gevonden artikels	Aantal relevante artikels
Motivational interviewing, preventive health, adolescent +include related terms	3742	
+ filter: laatste 10j	1992	1
+filter review	4	

Bijlage 3: Informatiebrief + toestemming deelname ‘De Gezondheidscheck’ (versie: ASO/TSO aan ouders)

Informatiebrief voor ouders - ‘De Gezondheidscheck’
4e jaar ASO-TSO

Beste ouder, Datum

Ik ben dr. Caroline Van Damme en werk als arts in het vCLB Pieter Breughel.

Vorig jaar kwam uw zoon of dochter op medisch onderzoek bij ons op het centrum.

In Nederland is hiervoor onlangs iets nieuws ontworpen. We willen dit graag ook in Vlaanderen toepassen. Uw zoon of dochter kan ons daarbij helpen.

Jongeren in Nederland vullen eerst een vragenlijst over hun gezondheid in op hun smartphone of op een computer op school. Dit helpt hen om na te denken over hun gezondheid. Maar met de vragenlijst kunnen ze ook zelf kiezen over welke onderwerpen ze graag wat meer informatie willen of eventueel een gesprek met de CLB-arts wensen. Enkel bij signalen van ernstige problematiek wordt de jongere door ons uitgenodigd voor een gesprek.

We vinden het heel belangrijk om te weten wat Vlaamse jongeren van die vragenlijst en nieuwe manier van werken vinden en hopen zo onze werking te kunnen verbeteren.

Wat kan uw zoon of dochter doen om ons te helpen?

- Hij of zij vult de vragenlijst in op de smartphone of een computer van school. De antwoorden kunnen enkel door de dokter van het CLB gelezen worden.
- Kort nadien vult uw zoon of dochter een korte vragenlijst in om te zeggen wat die van de vragenlijst op de smartphone of op de computer vond. Dit is volledig anoniem.

Hoe kan uw zoon of dochter meedoen?

Uiteraard staat het uw zoon of dochter vrij om mee te doen.

Uw zoon of dochter kan enkel meedoen als we hiervoor toestemming hebben van u en van uw kind. Vul dus het strookje onderaan de brief in en geef het .... In een andere brief vragen we ook het akkoord van uw kind.

Heeft u nog vragen?

Bel of mail dan naar Dr Caroline Van Damme (telefoon; e-mailadres)

Ik ga akkoord dat mijn kind meedoet om de Nederlandse vragenlijst over de gezondheid van jongeren uit te testen en een korte vragenlijst invult om te zeggen wat hij of zij ervan vond.

Naam en voornaam van mijn kind:

School en klas van mijn kind:

Naam en voornaam van de ondertekenende ouder:

Datum: Handtekening:

Bijlage 4: Informatiebrief +toestemming deelname 'De Gezondheidscheck' (versie: ASO/TSO aan leerlingen)

Informatiebrief voor leerlingen - 'De Gezondheidscheck'
4e jaar ASO/TSO

Beste leerling, datum

Ik ben dr. Caroline Van Damme en werk als arts in het vCLB Pieter Breughel.

Vorig jaar kwamen jullie op medisch onderzoek bij ons op het centrum.

In Nederland is er onlangs iets nieuws ontworpen om dergelijk consult op een andere manier te organiseren. Wij willen dit graag ook in Vlaanderen toepassen. Wil jij ons daarbij helpen?

Jongeren in Nederland vullen een vragenlijst over hun gezondheid in op hun smartphone of op een computer op school. Dit helpt hen om na te denken over hun gezondheid. Maar met de vragenlijst kunnen ze ook zelf kiezen over welke onderwerpen ze graag meer informatie wensen of eventueel een gesprek met de CLB-arts aanvragen. Enkel bij signalen van ernstige problematiek zal je door ons uitgenodigd worden voor een gesprek.

We vinden het heel belangrijk om te weten wat Vlaamse jongeren van die vragenlijst vinden. Jullie kunnen bovendien vergelijken met het "klassiek" consult dat jullie vorig jaar hebben gehad. Grijp je kans! Zeg ons wat je denkt en help ons de CLB-werking te verbeteren!

Wat kan je doen om ons te helpen?

- Vul de vragenlijst in op je smartphone of op de computer van school. Je antwoorden kunnen enkel door de dokter van het CLB gelezen worden.
- Kort daarna vul je een korte schriftelijke vragenlijst in om te zeggen wat je van de vragenlijst op je smartphone of de computer vond. Dit is volledig anoniem.

Hoe kan je meedoen?

Uiteraard beslis je in de eerste plaats zelf of je hieraan wil meedoen.

Om mee te kunnen doen hebben we de toestemming nodig van jou en van je ouders. Vul dus het strookje onderaan de brief in en geef het tegen... aan . In een andere brief vragen we ook het akkoord van je ouders.

Heb je nog vragen?

Bel of mail dan naar de dokter van je CLB, Dr Caroline Van Damme (telefoon, e-mail)

Ik wil de Nederlandse vragenlijst over de gezondheid van jongeren graag uittesten en een korte vragenlijst invullen om te zeggen wat ik ervan vond.

Naam: Voornaam:

School: Klas:

Datum: Handtekening:

Bijlage 5: Informatiebrief + toestemming deelname ‘De Gezondheidscheck’ (versie: BSO aan ouders)

Informatiebrief voor ouders - ‘De Gezondheidscheck’
3e jaar BSO

Beste ouder, 12/01/2017

Ik ben Dr. Nelly Vandewalle en werk als dokter in het vCLB Groeninge. Ik volg de opleiding jeugdgezondheidszorg. Dit is een specialisatie voor dokters werkzaam bij Kind en Gezin en CLB. Voor deze opleiding maak ik een thesis samen met een collega, dr. Caroline Van Damme, waarvan het onderzoek ligt binnen de werking van het CLB.

Binnenkort verwachten we uw zoon of dochter op het **consult in het CLB**. De verpleegkundige en de dokter beoordelen dan hun gezondheid samen met hen.

In Nederland werd hiervoor onlangs **iets nieuws** uitgevonden. We willen dit graag in Vlaanderen testen. Uw zoon of dochter kan ons daarbij helpen.

Jongeren in Nederland vullen vóór het consult een vragenlijst over hun gezondheid in op hun smartphone of op een computer op school. Dit helpt hen om na te denken over hun gezondheid. Maar met de vragenlijst kunnen ze ook zelf kiezen wat tijdens het consult besproken zal worden.

We vinden het heel belangrijk om te weten wat Vlaamse jongeren van die vragenlijst vinden.

Wat kan uw zoon of dochter doen om ons te helpen?

- Hij of zij vult de vragenlijst in op de smartphone of op de computer van school. De antwoorden kunnen enkel door de dokter van het CLB gelezen worden.
- Hij of zij gaat op consult in het CLB. Dit is niks extra. In het derde middelbaar is dit altijd zo.
- Na het consult vult uw zoon of dochter een korte vragenlijst in om te zeggen wat die van de vragenlijst op je smartphone of op de computer vond. Dit is anoniem.

Hoe kan uw zoon of dochter meedoen?
Uw zoon of dochter kan enkel meedoen als we hiervoor toestemming hebben van u en van uw kind. Vul dus het strookje onderaan de brief in en geef het tegen..... aan .....In een andere brief vragen we ook het akkoord van uw kind.

Als uw zoon of dochter niet zou meedoen, dan verloopt het consult met de dokter en verpleegkundige van het CLB op de gewone manier.

Heb u nog vragen?
Bel of mail dan naar de dokter van je CLB: Dr. Nelly Vandewalle 056 249 700/ nelly.vandewalle@vclbgroeninge.be

---

Ik ga akkoord dat mijn kind meedoet om de Nederlandse vragenlijst over de gezondheid van jongeren uit te testen en een korte vragenlijst invult om te zeggen wat hij of zij ervan vond.

Naam en voornaam van mijn kind:

School en klas van mijn kind:

Naam en voornaam van de ondertekenende ouder:

Datum: Handtekening:

Bijlage 6: Informatiebrief + toestemming deelname ‘De Gezondheidscheck’ (versie: BSO aan leerlingen)

Informatiebrief voor leerlingen - ‘De Gezondheidscheck’
3e jaar BSO

Beste leerling, 12/01/2017

Ik ben Dr. Nelly Vandewalle en werk als dokter in het vCLB Groeninge.

Binnenkort verwachten we je op het **consult in het CLB**. Samen met jou beoordelen de verpleegkundige en ikzelf dan jouw gezondheid.

In Nederland werd hiervoor onlangs **iets nieuws** uitgevonden. We willen dit graag ook in Vlaanderen toepassen. Wil jij ons daarbij helpen?

Jongeren in Nederland vullen vóór het consult een vragenlijst over hun gezondheid in op hun smartphone of op een computer op school. Dit helpt hen om na te denken over hun gezondheid. Maar met de vragenlijst kunnen ze ook zelf kiezen wat tijdens het consult besproken zal worden.

We vinden het heel belangrijk om te weten wat Vlaamse jongeren van die vragenlijst vinden. Grijp je kans! Zeg ons wat je denkt!

Wat kan je doen om ons te helpen?

- Vul de vragenlijst in op je smartphone of op de computer van school. Je antwoorden kunnen enkel door de dokter van het CLB gelezen worden.
- Je gaat op consult in het CLB. Dit is niks extra. In het derde middelbaar is dit altijd zo.
- Na het consult vul je een korte vragenlijst in om te zeggen wat je van de vragenlijst op je smartphone of op de computer vond. Dit is anoniem (= er kan niet achterhaald worden wie wat invulde)

Hoe kan je meedoen?

Uiteraard beslis je in de eerste plaats zelf of je hieraan wil meedoen.Je kan enkel meedoen als we hiervoor toestemming hebben van jou en van je ouders. Vul dus het strookje onderaan de brief in en geef het tegen .... aan.... In een andere brief vragen we ook het akkoord van je ouders.

Als je niet wilt meedoen, dan verloopt het consult met de dokter en verpleegkundige van het CLB op de gewone manier.

Heb je nog vragen?

Bel of mail dan naar de dokter van je CLB: Dr. Nelly Vandewalle 056 249 700 of nelly.vandewalle@vclbgroeninge.be

---

Ik wil de Nederlandse vragenlijst over de gezondheid van jongeren graag uittesten en een korte vragenlijst invullen om te zeggen wat ik ervan vond.

Naam: Voornaam:

School: Klas:

Datum: Handtekening:

Bijlage 7: Toestemming deelname aan een focusgesprek (versie ASO/TSO aan ouders)

Informatiebrief voor ouders - 'De Gezondheidscheck'
4e jaar ASO-TSO- DEEL 2

Beste ouder, Datum

U gaf eerder al de toestemming aan uw zoon/dochter om deel te nemen aan ons onderzoek en een nieuwe vragenlijst in te vullen op de smartphone of op een computer op school. Uw zoon/dochter vulde bovendien een vragenlijst in om te weten wat hij/zij ervan vond.

Alvast van harte bedankt voor jullie deelname.

In een tweede fase van ons onderzoek willen wij graag wat dieper ingaan op de ervaringen van de jongeren met deze Nederlandse vragenlijst en nieuwe manier van werken.

Dit zouden wij graag doen aan de hand van groepdiscussies (ook wel focusgroepen genoemd). Deze gaan door tijdens een les of over de middag en worden geleid door een collega CLB-arts Dr. Nelly Vandewalle. De discussie zal worden opgenomen op een audiotape. Alle gegevens worden echter anoniem verwerkt.

Wat kan uw zoon of dochter doen om ons te helpen?

- Hij of zij doet mee aan een groepsdiscussie op school.

Hoe kan uw zoon of dochter meedoen?
Uiteraard staat het uw zoon of dochter vrij om mee te doen.

Uw zoon of dochter kan enkel meedoen als we hiervoor toestemming hebben van u en van uw kind. Vul dus het strookje onderaan de brief in en geef het .... In een andere brief vragen we ook het akkoord van uw kind.

Heeft u nog vragen?
Bel of mail dan naar de dokter van uw CLB: Dr Caroline Van Damme (telefoon; e-mailadres)

Ik ga akkoord dat mijn kind meedoet aan een focusgesprek om te zeggen wat hij of zij vond van de Nederlandse vragenlijst en nieuwe manier van werken.

Naam en voornaam van mijn kind:

School en klas van mijn kind:

Naam en voornaam van de ondertekenende ouder:

Datum: Handtekening:

Bijlage 8: Toestemming deelname aan een focusgesprek (versie ASO/TSO aan leerlingen)

Informatiebrief voor de leerling - 'De Gezondheidscheck'
4e jaar ASO/TSO- DEEL 2

Beste leerling, Datum

Jij hebt reeds een nieuwe Nederlandse vragenlijst over je gezondheid ingevuld en achteraf ook schriftelijk je mening gegeven over deze nieuwe manier van werken.

Alvast van harte bedankt voor je hulp en inzet!

In een tweede fase van het onderzoek willen wij graag met jullie wat dieper ingaan op de verschillende aspecten van de Nederlandse vragenlijst en nieuwe manier van werken.

Dit zouden wij graag doen aan de hand van groepdiscussies (ook wel focusgesprekken genoemd). Deze zouden doorgaan tijdens een les of over de middag en worden geleid door een collega CLB-arts Dr. Nelly Vandewalle. De discussie zal worden opgenomen op een audiotape. Alle gegevens worden echter anoniem verwerkt.

Wil jij ons daarbij helpen? Waag je kans en geef ons je mening, deze kan heel waardevol zijn om onze werking in de toekomst te verbeteren!

Wat kan jij doen om ons te helpen?

- Je doet mee aan een groepsdiscussie op school.

Hoe kan je meedoen?
Uiteraard beslis je in de eerste plaats zelf of je wil meedoen.

Je kan enkel meedoen als we hiervoor toestemming hebben van jou en jouw ouder(s). Vul dus het strookje onderaan de brief in en geef het .... In een andere brief vragen we ook het akkoord van jouw ouder(s).

Heb je nog vragen?
Bel of mail dan naar de dokter van je CLB: Dr Caroline Van Damme (telefoon; e-mailadres)

Ik wil meedoen aan een focusgesprek om te zeggen wat ik vond van de Nederlandse vragenlijst en nieuwe manier van werken.

Naam: Voornaam:

School: Klas:

Datum: Handtekening:

Bijlage 9: Toestemming deelname aan een focusgesprek (versie BSO aan ouders)

Informatiebrief voor ouders - 'De Gezondheidscheck'
3e jaar BSO- DEEL 2

Beste ouder, 12/01/2017

U gaf eerder al de toestemming aan uw zoon/dochter om deel te nemen aan ons onderzoek en een nieuwe vragenlijst in te vullen op de smartphone of op een computer op school. Uw zoon/dochter vulde bovendien een vragenlijst in om te weten wat hij/zij ervan vond.

Alvast van harte bedankt voor jullie deelname.

In een tweede fase van ons onderzoek willen wij graag wat dieper ingaan op de ervaringen van de jongeren met deze Nederlandse vragenlijst en nieuwe manier van werken.

Dit zouden wij graag doen aan de hand van groepsdiscussies (ook wel focusgesprekken genoemd). Deze gaan door tijdens een les of over de middag en worden geleid door een collega CLB-arts Dr Caroline Van Damme. De discussie zal worden opgenomen op een audiotape. Alle gegevens worden echter anoniem verwerkt.

Wat kan uw zoon of dochter doen om ons te helpen?

- Hij of zij doet mee aan een groepsdiscussie op school.

Hoe kan uw zoon of dochter meedoen?
Uiteraard staat het uw zoon of dochter vrij om mee te doen.

Om mee te kunnen doen is echter de toestemming nodig van u en van uw kind. Vul dan het strookje onderaan de brief in en geef het tegen..... aan..... In een andere brief vragen we ook het akkoord van uw kind.

Heeft u nog vragen?
Bel of mail dan naar Dr. Nelly Vandewalle (056 249 700/nelly.vandewalle@vclbgroeninge.be)

Ik ga akkoord dat mijn kind meedoet aan een focusgesprek om te zeggen wat hij of zij vond van de Nederlandse vragenlijst en nieuwe manier van werken.

Naam en voornaam van mijn kind:

School en klas van mijn kind:

Naam en voornaam van de ondertekenende ouder:

Datum: Handtekening:

Bijlage 10: Toestemming deelname aan een focusgesprek (versie BSO aan leerlingen)

Informatiebrief voor de leerling - 'De Gezondheidscheck'
3e jaar BSO- DEEL 2

Beste leerling, 12/01/2017

Jij hebt voor het medisch onderzoek reeds een nieuwe vragenlijst over je gezondheid ingevuld en achteraf ook je mening gegeven over deze nieuwe manier van werken.

Alast van harte bedankt voor je hulp en inzet!

In een tweede fase van het onderzoek willen wij graag met jullie wat dieper ingaan op de nieuwe manier van werken en jullie vragen wat jullie er van vinden.

Dit zouden wij graag doen aan de hand van groepdiscussies (ook wel focusgessprekken genoemd). Deze zouden doorgaan tijdens een les en worden geleid door een collega CLB-arts Dr Caroline Van Damme. De discussie zal worden opgenomen op een audiotape. Alle gegevens worden echter anoniem (= we weten achteraf niet wie wat gezegd heeft) verwerkt.

Wil jij ons daarbij helpen? Geef ons je mening, deze kan heel waardevol zijn om onze werking in de toekomst te verbeteren!

Wat kan jij doen om ons te helpen?

- Je doet mee aan een groepsdiscussie op school.

Hoe kan je meedoen?
Je kan enkel meedoen als we hiervoor toestemming hebben van jou en jouw ouder(s). Vul dus het strookje onderaan de brief in en geef het tegen..... aan..... In een andere brief vragen we ook het akkoord van jouw ouder(s).

Heb je nog vragen?
Bel of mail dan naar de dokter van je CLB: Dr Nelly Vandewalle (056 249 700/ nelly.vandewalle@vclbgroeninge.be)

Ik wil meedoen aan een focusgesprek om te zeggen wat ik vond van de Nederlandse vragenlijst en nieuwe manier van werken.

Naam: Voornaam:

School: Klas:

Datum: Handtekening:

Bijlage 11: Schriftelijke vragenlijst ter evaluatie van 'De Gezondheidscheck' (versie ASO/TSO)

Evaluatievragenlijst ASO/TSO "De gezondheidscheck"

Met deze vragenlijst willen wij graag weten wat jullie vinden van de online vragenlijst en wat jullie vinden van de nieuwe manier van werken.
Wanneer verschillende antwoordmogelijkheden kunnen gekozen worden, omcirkel je telkens wat voor jouw van toepassing is.

Demografische gegevens	
1. Leeftijd	.....
2. Geslacht	Man / Vrouw
3. Onderwijs	ASO/ TSO / BSO

Praktisch verloop					
antwoordmogelijkheden: (1) Helemaal mee oneens /(2) mee oneens /(3) neutraal/ (4) mee eens/ (5) helemaal mee eens					
4. Het was voor mij steeds duidelijk wat ik moest doen en wat de verschillende stappen waren.	1	2	3	4	5
5. Het invullen van de applicatie in de klas, liep vlot.	1	2	3	4	5
6. Vind je het een meerwaarde dat je enkel als je dat wil, op gesprek kan komen bij de dokter?	Ja / Neen				

Inhoud van de vragenlijst	
7. Wat vind je van de inhoud van de vragenlijst? *(Geef een score van 0 tot 10, waarbij 0 betekent dat je het erg slecht vond en 10 betekent dat je het erg goed vond)*	....
8. Heb je de vragenlijst eerlijk ingevuld?	Ja / Neen
9. Zijn er onderwerpen die hier volgens jou niet thuis horen?	Ja / Neen
10. Waren bepaalde vragen of onderwerpen te gevoelig om op te antwoorden?	Ja/ Neen

Gezondheidsboodschappen	
11. Heb je na het invullen van de vragenlijst gekeken naar de gezondheidsboodschappen?	Ja / Neen
12. -Indien je **"JA"** antwoordde op **vraag 11**; Waarom wel? -Indien je **"NEEN"** antwoordde op **vraag 11**; Waarom niet?	....
Indien je "NEEN" antwoordde op vraag 11; Ga meteen over naar vraag 18!	
13. Geef een algemeen cijfer over de gezondheidsboodschappen in de applicatie *(Geef een score van 0 tot 10, waarbij 0 betekent dat je ze erg slecht vond en 10 betekent dat je ze erg goed*	....

Bijlage 12: Schriftelijke vragenlijst ter evaluatie van 'De Gezondheidscheck' (versie BSO)

Evaluatievragenlijst BSO "De gezondheidscheck"

Met deze vragenlijst willen wij graag weten wat jullie vinden van de online vragenlijst en wat jullie vinden van de nieuwe manier van werken.
Wanneer verschillende antwoordmogelijkheden kunnen gekozen worden, omcirkel je telkens wat voor jouw van toepassing is.

Demografische gegevens	
1. Leeftijd	.....
2. Geslacht	Man / Vrouw
3. Onderwijs	ASO/ TSO / BSO

Praktisch verloop					
antwoordmogelijkheden: (1) Helemaal mee oneens /(2) mee oneens (3) neutraal/ (4) mee eens/ (5) helemaal mee eens					
4. Het was voor mij steeds duidelijk wat ik moest doen en wat de verschillende stappen waren.	1	2	3	4	5
5. Het invullen van de applicatie in de klas, liep vlot.	1	2	3	4	5
6. Vind je het goed dat je altijd nadien een gesprek krijgt met de dokter?	Ja / Neen				

Inhoud van de vragenlijst	
7. Wat vond je van de inhoud van de vragenlijst? *(Geef een score van 0 tot 10, waarbij 0 betekent dat je het erg slecht vond en 10 betekent dat je het erg goed vond)*	....
8. Heb je de vragenlijst eerlijk ingevuld?	Ja / Neen
9. Waren er onderwerpen die hier volgens jou niet thuis horen?	Ja / Neen
10. Waren bepaalde vragen of onderwerpen te gevoelig om op te antwoorden?	Ja/ Neen

Gezondheidsboodschappen	
11. Heb je na het invullen van de vragenlijst gekeken naar de gezondheidsboodschappen?	Ja / Neen
12. -Indien je **"JA"** antwoordde op **vraag 11**; Waarom wel? -Indien je **"NEEN"** antwoordde op **vraag 11**; Waarom niet?	....
Indien je "NEEN" antwoordde op vraag 11; Ga meteen over naar vraag 18!	
13. Geef een algemeen cijfer over de gezondheidsboodschappen in de applicatie *(Geef een score van 0 tot 10, waarbij 0 betekent dat je ze erg slecht vond en 10 betekent dat je ze erg goed vond)*	....

Bijlage 13: Script focusgesprekken (originele script ASO en TSO groep met aanpassingen na 1e FG)

Script focusgesprek leerlingen ASO en TSO

1. **Verwelkoming**

   Alle deelnemers verwelkomen en bedanken voor hun medewerking aan het project.

2. **Voorstellen moderator en observator**

   Moderator: Nelly Vandewalle; werkt als CLB arts in Kortrijk. In het kader van mijn master-na-master opleiding jeugdgezondheidszorg doe ik een onderzoek. **+ functie uitleggen van een moderator**
   Observator: Dr. Anouk Van Lander; werkt voor de Vlaams Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg en voorheen ook als CLB arts **+ functie van de observator laten uitleggen**

3. **Voorstellen project**

   Het project heet de 'gezondheidscheck'. Jullie vulden allen de applicatie in. Het uiteindelijke doel is onze huidige manier van werken met het medisch onderzoek verbeteren. We zien een mogelijkheid hiertoe met het gebruik van de applicatie. Deze zou echter nog moeten bijgestuurd worden omdat jullie de applicatie hebben gebruikt zoals ze in Nederland werd ontwikkeld. Graag willen we de applicatie aanpassen en doen passen voor Vlaamse jongeren, zoals jullie.
   In focusgesprekken (= groepsgesprekken) met verschillende groepjes leerlingen die de applicatie hebben uitgeprobeerd willen we jullie vragen om je mening te geven over de applicatie. Het is uiteindelijk de bedoeling om suggesties te kunnen geven, aan de hand van wat jullie vertellen, om de applicatie aan te passen en te verbeteren.

4. **Informed consent**

   Dit is de toestemming tot deelname. Dit werd vooraf ondertekend door jullie zelf en jullie ouders.

5. **Praktische afspraken**

- Het groepsgesprek zal ongeveer 45 min duren. We ronden af tegen…
- Vooraf zou ik willen vragen om jullie GSM uit te schakelen
- Het groepsgesprek wordt opgenomen. Dit wil zeggen dat we alle antwoorden, commentaren en meningen nadien kunnen herbeluisteren. We vinden het belangrijk dat er geen informatie verloren gaat, en de opname helpt ons hierbij.
- Alles wordt nadien anoniem verwerkt. Dit wil zeggen dat nadien niet meer zal kunnen achterhaald worden wie wat heeft gezegd. Na het verwerken van de opname wordt alles gedeletet.
- Voor de kwaliteit van de opname stel ik voor om niet door elkaar te spreken, maar als je iets wil zeggen, je hand op te steken.
- Indien er onder jullie mensen zijn die problemen ondervinden met de zonet beschreven werkwijze en liever niet meer deelnemen, dat is dit jullie recht.

Zijn er vragen tot nu toe?

6. Werkwijze toelichten

- Straks: inleidende vraag (=ijsbreker) met nadien 3 thema's waarbij we telkens enkele subvragen hebben.
- Document wordt uitgedeeld om enkele persoonlijke gegevens te verkrijgen (leeftijd, geslacht, klas)

7. Vragen voor de focusgroep

❖ **Ijsbreker:** ~~Jullie hebben allemaal de applicatie gebruikt. Wat is jullie bijgebleven?~~
~~alternatief: wat was jullie ervaring met het gebruiken van de applicatie?~~
aangepast de vraag na FG 1: Heb je na het invullen van de applicatie verteld aan anderen hierover? Wat hebben jullie hierover verteld?

❖ **Thema 1: noden van de jongeren qua informatie**
nood aan informatie in kaart brengen, op welke manier verkiezen ze informatie te verkrijgen? Welke vorm van informatietoedracht werkt voor hen?

a) Als jullie met vragen zitten (over je gezondheid, je gevoelens, seksualiteit,pesten, alcohol…), hoe willen jullie dan liefst aan informatie geraken hierover? Van wie wensen jullie die informatie te verkrijgen?
b) Als jullie hulp nodig ~~hadden~~hebben, hoe geraakte je daar dan aan?

- **Thema 2: Ervaringen met de applicatie**
  Sterke punten, zwakkere punten, verbetermogelijkheden wat betreft het concept en de inhoud

  a) Hoe was het voor jullie op een online vragenlijst in te vullen in de klas?
     Vergelijk eens met het klassiek consult waarbij je een schriftelijke vragenlijst invult op het moment van het medisch onderzoek. Wat spreekt jullie het meest aan of wat verkiezen jullie?
  b) Hoe was het voor jullie om informatie via internet te verkrijgen?

- **Thema 3: partners voor informatie en vertrouwelijkheid**
  Wat vinden ze van de huidige manier van werken en waar liggen verbetermogelijkheden.
  Wie kan tegemoetkomen aan de verwachtingen? Hoe kunnen we tegemoet komen aan de verwachtingen?

  a) Wat vinden jullie ervan dat jullie nu zelf kunnen kiezen om een gesprek aan te vragen?
  b) Hoe voelt het aan om zelf hierover te beslissen? (wat je leest online, waarover je onderzoek of vragen wil)
  c) Met wie zouden jullie liefst een gesprek hebben over gezonde levensstijl?
  d) Wat denken jullie over de vertrouwelijkheid van wat jullie vertellen en opzoeken? Wat weten jullie over beroepsgeheim?
     Enerzijds de vertrouwelijkheid van wat ze in de app invullen en anderzijds vertrouwelijkheid binnen een gesprek.
  e) Wat vinden jullie van onze manier van werken tot nu toe? Het klassieke medisch onderzoek.

Hebben jullie nog opmerkingen voor ons? Iets wat jullie willen vertellen dat nog niet is aan bod gekomen in dit gesprek?

8. Afsluiten en bedanking

Alle deelnemers en de observator bedanken voor het onderzoek

Bijlage 14: Rol als observator

Rol observator in een focusgesprek

- De observator zorgt dat hij een goed overzicht over de hele groep heeft en bedient de opname apparatuur.
- De observator kan best al voor het focusgesprek start, de relaties gaan observeren tussen verschillende deelnemers.
- Door wat de observator eventueel al opmerkt, kunnen de deelnemers best zo geplaatst worden dat dominante personen dicht bij de observator worden geplaatst en stillere deelnemers kunnen best in het vizier van de observator worden geplaatst.
- De observator maakt een schets van wie waar zit en hoe de opstelling (tafel/stoelen) staat.
- De observator neemt veldnotities (structuur van de vragen en antwoorden)
- De observator probeert cruciale uitspraken te noteren
- De observator geeft ook een neerslag van het non-verbaal gedrag van deelnemers

- Na het focusgesprek volgt een debriefing tussen observator en moderator, hierbij worden de indrukken, voornaamste thema's, nota's… besproken. Hieruit kunnen actie-of aandachtspunten voor het volgend interview gehaald worden.

Bijlage 15: Codeboom

1. **De applicatie :**
   - De VORM en GEBRUIK:
     - Medium (pc/gsm/schriftelijke vragenlijst/mondeling)
     - Locatie
   - De METHODIEK:
     - Ervaring met autonomie:
       - Informatie op maat
       - Informatie/gesprek op vraag
       - Verzekerd aanbod…
     - Effect van nieuwe methodiek op gedragsverandering
   - De VERTROUWELIJKHEID:
     - Laagdrempelig
     - waarheidsgetrouwe antwoorden
     - belang van beroepsgeheim
     - voorwaarde vertrouwenspersoon
   - De INHOUD:
     - Onderwerpen
       - Algemeen
       - Gevoelige thema's
     - Vragen
       - Uitgebreidheid vragenlijst
       - Multiple choice vragen
       - Schaalvragen
     - Advies en informatie
       - boodschappen en websites
   - PRAKTISCH VERLOOP

2. **Nood :**
   - Actual USE:
     - Informatiebronnen en hulpbronnen bij jongeren
       - Algemeen
       - Voor gevoelige thema's
       - Welke zeker niet
     - Vertrouwenspersoon jongeren
     - Nood aan informatie
   - Intention to USE?

3. **ervaringen huidige medisch onderzoek**
4. **suggesties jongeren**

Bijlage 16: Goedkeuring Ethische Commissie

Annette Schuermans <annette.schuermans@uzleuven.be>
di 13-12-2016 03:11

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de jeugdgezondheidszorg (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Onderzoek naar de haalbaarheid van het gebruik van de Nederlandse applicatie "de gezondheidscheck" bij Vlaamse adolescenten van 15 tot 16 jaar. Kwalitatieve bevraging." 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.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de jeugdgezondheidszorg (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Onderzoek naar de haalbaarheid van het gebruik van de Nederlandse applicatie "de gezondheidscheck" bij Vlaamse adolescenten van 15 tot 16 jaar. Kwalitatieve bevraging." and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.
Met vriendelijke groeten
Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de jeugdgezondheidszorg (Leuven e.a.)

Karel Hoppenbrouwers <karel.hoppenbrouwers@kuleuven.be>
do 8-12-2016 22:40

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven met titel

Onderzoek naar de haalbaarheid van het gebruik van de Nederlandse applicatie “de gezondheidscheck” bij Vlaamse adolescenten van 15 tot 16 jaar. Kwalitatieve bevraging.

Uw aanvraag werd goedgekeurd door uw promotor en doorgestuurd naar de opleidingsspecifieke begeleidingscommissie.
Extra informatie van promotor:

Akkoord met deze aanvraag. Werd uitgebreid besproken. Voorafgaand werd advies gevraagd m.b.t. informatie- en toestemmingsprocedure. In het onderstaande voorstel werd dit advies gevolgd.

Met vriendelijke groeten

Karel Hoppenbrouwers