Aanpak van jongerenwelzijn bij Brugse huisartsen en mogelijke samenwerking met Route 36

Hannelore Ysebaert, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Sara Willems, Universiteit Gent

Co-promotoren: Kaatje Van Roy, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2019 – 2020

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Aanpak van jongerenwelzijn bij Brugse huisartsen en mogelijke samenwerking met Route 36.

Inleiding

Jongeren in België zijn niet geheel tevreden over hun algemeen welzijn, één op vier geeft aan geestelijke gezondheidsproblemen te ondervinden. Jeugdhulp in België wordt structureel ingedeeld, waarbij de rechtstreeks toegankelijke hulp voor deze jongeren een eerste stap is die ze al dan niet zelf kunnen nemen in het aanpakken van hun welzijnsproblemen. In Brugge zijn verschillende jeugdhulporganisaties die binnen deze rechtstreeks toegankelijke hulp passen, letterlijk samengebracht in het jongerenhuis Route 36, maar samenwerking met huisartsen is er niet. Komen huisartsen in contact met deze jongeren, en hoe pakt de huisarts deze problemen aan? Kan een samenwerking met Route 36 een optie zijn om jongerenwelzijn te verbeteren?

Methode

Er werd een kwalitatieve studie uitgevoerd aan de hand van semigestructureerde interviews, om zo de opinie van zeven artsen en één medewerker van Route 36 te kunnen verzamelen. Deze interviews werden via het programma Nvivo gestructureerd en gecodeerd.

Resultaten

Huisartsen in Brugge komen wel degelijk in contact met jongeren, echter schuilt een psychisch of algemeen welzijnsprobleem soms achter een fysieke aanmeldingsklacht. De huisarts probeert dit probleem aan te pakken via het achterhalen van het volledige problemen, en het opbouwen van een vertrouwensband. De artsen geven aan dat ze op een bepaald punt (psychotherapie, nood aan medicatie, algemene welzijnsvragen waar de huisarts onvoldoende mee kan helpen, crisissituaties) de hulp in roepen van andere hulpverleners. De meeste verwijzingen gebeuren richting een privé psycholoog, slechts af en toe naar een specifiekere instantie zoals het centrum voor algemeen welzijn. Drempels bij verwijzen zijn timing, feedback, kennis van juiste indicaties, het beroepsgeheim, de houding van de patiënt zelf en de kostprijs voor verdere behandeling of hulp. Drempels bij de aanpak van algemene welzijnsproblemen zijn het oppikken van signalen, het diagnosticeren van het probleem, het motiveren van een patiënt, en drempels bij jongeren zelf om met dergelijk probleem hulp te vragen aan een huisarts. Uit de literatuur blijkt dat jeugdvriendelijke organisaties zoals Route 36 van groot belang zijn om jongeren te kunnen begeleiden en helpen met hun welzijnsproblemen. Echter geen enkele arts kende Route 36 als overkoepelend jongerenhuis. Wel bleek een samenwerking nuttig om jongeren met algemene welzijnsklachten te kunnen begeleiden. Voornamelijk de persoonlijke trajectbegeleiding voor jongeren die aangeboden wordt door Route 36 leek interessant. Andere organisaties binnen Route 36 leken minder nuttig om rechtstreeks mee samen te werken als arts.

Conclusie

Huisartsen komen zeker en vast in contact met jongeren, dit voornamelijk voor fysieke problemen maar ook welzijnsproblemen zijn voor de huisartsen gekend. Aanpak gebeurt onder de vorm van achterhalen van het probleem en de context, waarna verwijzing een veel gebruikte methode is om dergelijke problemen aan te pakken en de jongere te kunnen helpen. Er dient echter meer aandacht te zijn voor het oppikken van signalen en diagnosticeren van deze welzijnsproblematiek, om de jongeren zo beter te kunnen ondersteunen. Route 36 lijkt een goede optie te zijn om jongeren verder te begeleiden, maar geen enkele huisarts kende de organisatie. Een kennismaking tussen beide partijen zou de start kunnen zijn van een samenwerking tussen Route 36 en Brugse huisartsen. Hiervoor kan een voorstelling op een bijscholing van de huisartsenkring gebeuren.

Inhoudstafel

Abstract 2
1. Inleiding 5
1.1. Keuze van het onderwerp 5
1.2. Aanpak van jongerenwelzijn binnen de eerstelijnsgezondheidszorg 6
1.2.1. Jongerenwelzijn 6
1.2.2. Eerstelijnsgezondheidszorg 6
1.2.3. Cijfers en aanpak in België 7
1.3. Route 36 10
1.3.1. Ontstaan 10
1.3.2. Verschillende organisaties 11
1.4. Doel van de studie 12
2. Methode 13
2.1. Literatuurstudie 13
2.2. Veldstudie 14
2.2.1. Onderzoeksdesign 14
2.2.2. Deelnemers 14
2.2.3. Gegevensverzameling 14
2.2.4. Gegevensanalyse 14
3. Resultaten 15
3.1. Demografische gegevens geïnterviewden 15
3.2. Contact met jongeren 15
3.3. Aanpak van algemeen welzijn bij jongeren door de huisarts 16
3.3.1. Probleem opsporen 16
3.3.2. Doorverwijzing 16
3.3.3. Moeilijkheden bij aanpak van algemeen welzijn bij jongeren 20
3.4. Route 36 23
3.4.1. Kennis 23
3.4.2. Nut van samenwerking tussen huisartsen en Route 36 23
3.4.3. Verwijzen naar Route 36 24
3.4.4. Positieve punten van samenwerken met Route 36 25
3.4.5. Drempels van samenwerken met Route 36 26
3.4.6. Bekendheid bij huisartsen verbeteren 26
4. Discussie 27
4.1. Zwaktes van de studie 31
4.2. Sterktes van de studie 31

4.3. Praktijkimplicaties 31
5. Besluit 32
6. Referenties 33
7. Bijlagen 34
7.1. Goedgekeurd protocol aanvraag ethisch comité 34
7.2. Informatiebrief en toestemmingsformulier deelnemer 41
7.3. Goedkeuring ethisch comité 45
7.4. Protocol interview 47

1. Inleiding

1.1. Keuze van het onderwerp

Geestelijke gezondheidsproblemen krijgen steeds vaker de aandacht binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Jongeren daarentegen blijven het moeilijk hebben om voor deze problematiek hulp te zoeken of vinden. Er wordt verondersteld dat huisartsen als eerstelijnsgezondheidsmedewerkers in contact komen met jongeren met dergelijke problemen, en deze op correcte manier kunnen begeleiden. (1, 2)

Tijdens mijn eerste jaar als huisarts-in-opleiding kwam een 19 jarige jongeman op consultatie. Hij vertelde me dat hij thuis problemen had met zijn vader en stiefmoeder, en moest zorgen voor eigen kost en inwonen. Verder vertelde hij me dat hij besefte dat hij een “slechte vriendengroep” had; ze zaten de hele dag lang op café en druggebruik was vaak een van de bezigheden. Hij wou zichzelf losmaken van deze groep, werk zoeken en ander sociaal contact opzoeken. Aangezien hij het financieel niet breed had, en ook niet op zijn vader kon rekenen hiervoor, waren verschillende sociale activiteiten zoals fitness of culturele activiteiten onmogelijk gezien de kostprijs. Hij wist daarnaast niet goed hoe hij de problemen thuis kon aanpakken, maar ook een privé psychologe was financieel onmogelijk. Uiteindelijk stuurde ik deze jongeman door naar het centrum voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) en het OCMW om verder hulp te kunnen zoeken, wetende dat dit – ondanks meegeven van alle mogelijke contactgegevens en reeds een aanmelding maken – een hele zoektocht zou worden en het lang zou duren vooraleer deze jongere geholpen zou worden.

Enkele weken later kwam ik omwille van deze masterproef in contact met een medewerker van Route 36. Route 36 is een samenwerkingsverband voor jongerenwelzijn van Stad Brugge, OCMW vereniging SPOOR Brugge en CAW Noord-West-Vlaanderen, dat opgericht werd in 2017 naar aanleiding van een onderzoek naar jongerenwelzijn in Brugge. (3) Verschillende organisaties die zich inzetten voor jongerenwelzijn, werden samengebracht in dit jongerenhuis. Hier willen ze welzijn van jongeren versterken, door een plaats en activiteiten te bieden om jongeren te ondersteunen vanuit hun eigen noden en behoeften. (4)

Deze organisatie zou, mijns inziens, perfect geweest zijn om de jongeman die ik enkele weken ervoor had leren kennen hulp te bieden. Jammer genoeg kende ik het initiatief niet op dat moment, en was er ook een praktisch probleem gezien ik in een praktijk werk in Knokke-Heist, en deze organisatie zich in centrum Brugge bevindt.

Na het interview met een van de medewerkers van Route 36 werd duidelijk dat er momenteel geen samenwerking is met Brugse huisartsen. Hierbij ontstond de vraag hoe het komt dat er geen samenwerking van huisartsen is met deze organisatie. Gezien ikzelf op enkele maanden tijd reeds verschillende consultaties gehad heb met jongeren die bij Route 36 hulp zouden kunnen zoeken en krijgen, veronderstelde ik dat dit bij andere huisartsen ook zo zou zijn. Er werd beslist een onderzoek te organiseren naar de oorzaak van de geringe samenwerking, en of samenwerking een mogelijkheid zou kunnen zijn om aanpak van jongerenwelzijn door Brugse huisartsen te kunnen verbeteren.

1.2. Aanpak van jongerenwelzijn binnen de eerstelijnsgezondheidszorg

1.2.1. Jongerenwelzijn

Welzijn is de toestand waarbij iemand zich goed voelt, naar algemene tevredenheid over zijn/haar leven. Welzijn kent verschillende aspecten: gezondheid is vaak een van de belangrijkste factoren, maar verder dragen ook respect, verbondenheid, leefomstandigheden, werkomstandigheden, en financiële middelen bij tot algemeen welzijn. Deze aspecten zijn sterk met elkaar verbonden, zo dragen sociale contacten en sporten bijvoorbeeld toe tot een betere gezondheid, waardoor het welzijn positief beïnvloed wordt. (5) De bepaling van welzijn is niet zo simpel, enerzijds kan er geprobeerd worden deze objectief te bekijken, door middel van bv materiële of sociale omstandigheden. Dit is echter niet voldoende om het welzijn van een persoon te bepalen. De subjectieve benadering dient ook in rekening gebracht te worden, namelijk hoe een persoon zijn of haar welzijn ervaart, en welke factoren voor iemand persoonlijk van belang zijn. (6) Proctor et al. registreren voor bepaling van het algemeen welzijn van een individu zeventien items: lichamelijke en geestelijke gezondheid, familie, vrienden, uiterlijk, financiële situatie, woonsituatie, vrijetijdsbesteding, veiligheid, studies, informatietoegang, overige sociale contacten, liefdesleven, autonomie, plezier/genot, creativiteit en toekomstperspectief. (7)

Voor de term ‘jongeren’ wordt in veel artikels en onderzoeken een verschillende leeftijdscategorie beschouwd. Er bestaat geen officiële definitie of leeftijdscategorie voor deze term. (8) In deze masterproef wordt de leeftijd 14 – 25 jaar gehanteerd voor het uitgevoerde onderzoek.

Voor deze masterproef omvat de term jongerenwelzijn voornamelijk de geestelijke gezondheid en een aantal factoren die bijbrengen tot het algemeen welzijn, zoals sociale contacten, activiteiten, familiale omstandigheden. De focus ligt hier niet op werkomstandigheden, financiële middelen of lichamelijke gezondheid.

1.2.2. Eerstelijnsgezondheidszorg

De definitie van eerstelijnsgezondheidszorg volgens het decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieder: “eerstelijns-gezondheidszorg is zorg aangeboden door zorgverstrekkers in dat segment van de gezondheidszorg waarop gebruikers een beroep doen voor eerste deskundige opvang, behandeling of meer continue begeleiding van gezondheidsproblemen, al dan niet na verwijzing door een andere zorgaanbieder of door een organisatie, dienst of persoon met een meer gespecialiseerd zorgaanbod.” (9) Verder in het decreet wordt het volgende vermeld: “… binnen de eerstelijnsgezondheidszorg treedt de huisarts op als centrale begeleider van de gebruiker doorheen het gezondheidszorgaanbod”. (9)

Eerstelijnsgezondheidszorg kan dus gezien worden als de rechtstreeks toegankelijke hulp en zorg. Eerstelijnsgezondheidsmedewerkers zijn huisartsen, kinesisten, apotheken, tandartsen, thuisverpleegkundigen, vroedvrouwen, ergotherapeuten, podologen, eerstelijnspsychologen, diëtisten, tandartsen… In België bestaat het SEL (samenwerkingsverband eerstelijnsgezondheidszorg), hierbij wordt samengewerkt met alle genoemde gezondheidswerkers, als ook organisaties die de eerstelijnsgezondheidszorg bijstaan. Enkele van deze organisaties zijn bv centra voor leerlingenbegeleiding (CLB), centra voor algemeen welzijnswerk (CAW), openbare centra voor maatschappelijk welzijn (OCMW), maar verder ook rusthuizen, lokale dienstencentra, diensten voor oppashulp, centra voor kortverblijf, diensten voor maaltijdbedeling.. (10)

Zoals hoger vermeld, wordt de huisarts gezien als centrale figuur binnen de eerste lijn, de coördinator van de zorg.

1.2.3. Cijfers en aanpak in België

In België werd in 2003 het Jeugdonderzoeksplatform (JOP) opgericht, dit is een interdisciplinair en interuniversitair samenwerkingsverband tussen de KU Leuven, VUB en UGent. (11) In 2018 werden nieuwe data verzameld bij meer dan 11 000 kinderen en jongeren via 3 studies: JOP-monitor 4 (14-25 jarigen), JOP-kindermonitor 2 (10-13 jarigen) en JOP-schoolmonitor 4 (secundair onderwijs), om de staat van de jeugd in Vlaanderen in beeld te brengen. Verschillende thema's werden onderzocht: schoolbeleving, daderschap en criminaliteit, etnische intergroepsrelaties, het welbevinden, politiek, slachtofferschap, vrijetijdsbesteding en de betekenis hiervan, en genderidentiteit. De resultaten werden gekoppeld in het boek 'Jongeren in cijfers en letters 4'. (6)

Voor deze masterproef zijn voornamelijk de gegevens uit de JOP-monitor nuttig gezien de leeftijdscategorie van 14-25 jaar van toepassing is bij deze masterproef. De JOP-monitor werd voor het eerst gebruikt in 2006 (JOP-monitor 1), en later herhaald in 2008, 2013 en de meest recente versie dateert van 2018. Gezien telkens ongeveer dezelfde thema's onderzocht werden, kan er een vergelijking gemaakt worden over een periode van ongeveer twaalf jaar. (6) De thema's welbevinden en vrijetijdsbesteding blijken de meest interessante te zijn voor deze masterproef.

Uit de JOP- monitor 4 blijkt dat de helft van de Vlaamse jongeren tussen 16 en 18 jaar ooit mentale gezondheidsproblemen ervaren heeft, en deze problemen kunnen aanleiding geven tot alcohol- en drugsmisbruik, sociale isolatie, vroegtijdig schoolverlaten, automutilatie en zelfmoord. Jongeren ondervinden steeds meer druk en stress, onder andere door grote sociale druk die jongeren vaak ook online beleven. (6)

De studie onderzoekt de subjectieve component van welzijn: algemene levenstevredenheid en emotioneel welbevinden.

De algemene levensstandaard werd onderzocht aan de hand van de vijf items van de Satisfaction With Life Scale – Child Version (SWLS-CV). 77,8% van de jongeren geeft aan dat ze blij zijn met hun leven, slechts 5,7% is hier (helemaal) niet mee eens. Echter 1/3^{e} van de jongeren geven aan nog niet alles bereikt te hebben wat ze zouden willen op dat ogenblik in hun leven, waarbij ze hun leven op een andere manier zouden aanpakken als dit mogelijk zou zijn.

Het emotioneel welbevinden werd bevraagd via de Scale of Positive And Negative Experience (SPANE), waarbij aangegeven dient te worden hoe vaak een aantal positieve en negatieve emoties beleefd werden in de afgelopen vier weken. Deze worden op een schaal gezet, waarbij een eindbalans wordt uitgerekend: een negatieve balansscore geeft aan dat er voornamelijk negatieve gevoelens waren de voorbije vier weken, omgekeerd voor een positieve balansscore. Hieronder worden de resultaten in een tabel weergegeven.

	(heel) zelden of nooit	Soms	(heel) vaak of altijd
Positieve gevoelens	6,6%	29,4%	64,1%
Negatieve gevoelens	53,8%	35,6%	10,6%

Bron: JOP-schoolmonitor 2 (2018)

De meeste jongeren ervaren voldoende positieve gevoelens, echter 46,2% van de schoolgaande jongeren hebben de laatste vier weken soms tot heel vaak negatieve gevoelens ondervonden. Als de leeftijdscategorieën apart bekeken werden in de studie, ondervond men dat de oudste leeftijdsgroep het laagst scoort, en de jongste groep het hoogst in positieve balansscore. (6)

Verder werd ook het domein specifieke levenstevredenheid nagegaan, gebaseerd op verschillende gevalideerde levenskwaliteit instrumenten, zoals de levenskwaliteit schaal van de WHO (WHOQOL), de Personal Well-being Index (PWI), de Perceived Life Satisfaction Scale en de Multidemensional Student's Life Satisfaction Scale. De meerderheid van de Vlaamse jongeren is tevreden over de verschillende domeinen. De meeste ontevredenheid wordt gezien bij de vraag over het liefdesleven, hierbij is slechts 48,2% tevreden. Uiterlijk en sociale contacten met mensen naast vrienden en familie zijn de twee andere determinanten die minder goed scoren. De meeste tevredenheid wordt gezien bij toegang tot informatie, gevoel van veiligheid, sociale contacten met vrienden, en de mate waarin genoten kan worden. (6)

Interessant hierbij is de geestelijke gezondheid: 73,8% is (helemaal) tevreden over de geestelijke gezondheid, 16,6% geeft aan "tussen beide" tevreden te zijn, 9,7% geeft aan (helemaal) niet tevreden te zijn. Ongeveer 1/4^{e} van de Vlaamse jongeren is dus niet geheel tevreden over zijn geestelijke gezondheid. (6) De exacte resultaten vergelijken met resultaten van eerdere JOP-monitor edities is moeilijk, aangezien er voor de JOP-monitor 4 een andere indeling gekomen is bij de navraag van de verschillende domeinen. Wel wordt in de JOP-monitor 2 gezien dat er een significante daling was van de zelfwaardering van jongeren ten opzichte van de JOP-monitor 1, het absolute verschil bleef echter klein. (12)

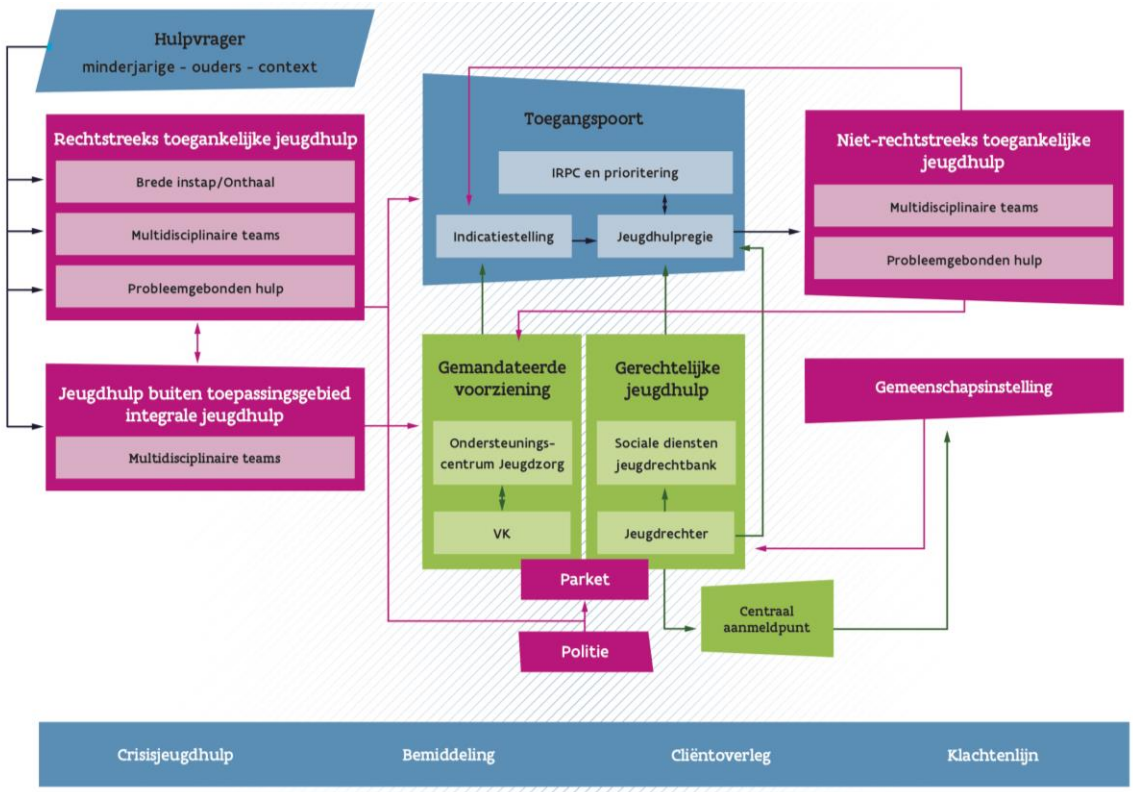
Naast de specifieke componenten hierboven besproken, wordt algemeen gezien dat ongeveer een op de tien Vlaamse jongeren met leeftijd tussen 12 en 21 jaar zich grotendeels ontevreden voelt over hun leven. Bij deze Vlaamse studie wordt gezien dat onderwijsvorm en sociaaleconomische status geen voorspellers zijn van het gerapporteerde welzijn, enkel geslacht (licht positievere resultaten bij jongens) en gezinssituatie (jongeren die niet in een intact gezin wonen, ondervinden een lager welbevinden) blijken van groter belang te zijn in voorspellen van het algemene welzijn.
Daarnaast blijkt de geestelijke gezondheid een sterk verband te hebben met het globaal welbevinden, ze kunnen elkaar zowel positief als negatief versterken. (6)

De cijfers uit het thema vrijetijdsbesteding tonen aan dat ongeveer 55% van de jongeren actief deelneemt aan een georganiseerde vrijetijdsbesteding, dit houdt onder andere jeugdclub, leerlingenraad, speelpleinwerking, muziekschool, tekenacademie, toneel, jeugdbeweging en sportclubs in. Jongeren houden zich frequenter bezig met niet georganiseerde vrijetijdsbesteding zoals sport en spel, uitgaan, culturele activiteiten, en familiale activiteiten. Voornamelijk activiteiten met de familie en langsgaan bij vrienden zijn een wekelijkse bezigheid bij de meeste jongeren. Onlinevrijetijdsbesteding werd verder uitgespit, waarbij gezien wordt dat 14-25 jarigen minstens 2,5 uur per dag bezig zijn met televisie/video en sociale media tijdens de week, en in het weekend stijgt het aantal uur per dag naar 3-3,5 uur gemiddeld per dag. Internet en sociale media blijken bij jongeren een groot deel van de dagbesteding in te vullen, echter het resultaat van de JOP monitor toont aan dat verenigingen en fysiek sociaal contact met familie of vrienden hierdoor niet in het gedrang gebracht worden. (6)

Uit dit cijfermateriaal blijkt dat jongeren zelf aangeven niet geheel tevreden te zijn over hun algemeen welzijn. Waar kan een jongere hiermee terecht, en hoe kan dit aangepakt worden?

Naast cijfermateriaal werd ook onderzoek verricht naar wat de huidige mogelijke aanpak kan zijn voor jongerenwelzijn in België. In 2013 werd het decreet betreffende de integrale jeugdhulp opgesteld, waarbij een samenwerking tussen alle sectoren betrokken bij de jeugdhulp in Vlaanderen verankerd werden. (13)

Figuur 1 toont het jeugdhulplandschap in Vlaanderen, die de verschillende soorten hulp omvat.



Bron: Vlaamse overheid, jeugdhulplandschap (https://www.jeugdhulp.be/over-jeugdhulp/jeugdhulplandschap)

Wanneer er hulp gezocht wordt door de hulpvrager – dit kan de jongere zelf zijn, maar ook de ouders of iemand anders uit de nabije context – wordt een eerste verschil gemaakt tussen rechtstreeks toegankelijke en niet-rechtstreeks toegankelijke hulp. Rechtstreeks toegankelijke hulp is de hulp waar kinderen, jongeren en ouders zelf naartoe kunnen stappen voor informatie, hulp of ondersteuning. Dit zijn onder andere organisaties zoals kind & gezin, CLB, Jongeren Adviescentra maar ook huisartsen, politie, context- of dagbegeleiding. Dit zijn de meest toegankelijke mogelijkheden voor jongeren en hun ouders om in België hulp te kunnen krijgen, en bevat alsook de eerstelijnsgezondheidsdzorg. De niet-rechtstreekse hulp is hulp waar enkel op beroep gedaan kan worden na verwijzing door een meer gespecialiseerde hupverlener. (14) In deze masterproef is enkel de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp van belang, en wordt hier verder op ingegaan.

Zoals op de figuur gezien kan worden, wordt de rechtstreeks toegankelijke hulp onderverdeeld in drie groepen: de brede instap, de multidisciplinaire teams en probleem gebonden hulp.
Als eerste pijler de *brede instap*, dit zijn diensten die zeer laagdrempelig zijn, en rechtstreeks gecontacteerd kunnen worden voor informatie en advies. Deze diensten omvatten de consultatiebureaus van Kind en Gezin, het centrum voor leerlingenbegeleiding (CLB) en het centrum algemeen welzijn (CAW) met de specifieke afdeling jongeren advies centrum (JAC). (15) Gezien Kind en Gezin zich richt op jongere kinderen, is dit hier niet van toepassing.

De centra voor leerlingenbegeleiding – CLB – zijn in België een belangrijke factor voor het begeleiden van kinderen en jongeren, en dit op verschillende gebieden: onderwijs, welzijn, gezondheid en werk. Er wordt opvolging voorzien van zodra een kind in het onderwijs instapt (vanaf 2,5 jaar), tot aan het verlaten van leerplichtonderwijs, tot maximaal 25 jaar. Het CLB kan door de jongere zelf, alsook door de ouders maar ook door vanuit het schoolteam gecontacteerd worden, op die manier is input van informatie wijdverspreid.

Enerzijds is er de verplichte begeleiding, bestaande uit de medische consulten, begeleiding voor tegengaan van verspreiding van besmettelijke ziekten en begeleiding in kader van problematische afwezigheden. Deze begeleiding wordt gestart vanuit initiatief van het CLB zelf. Anderzijds is er vraag gestuurde begeleiding, waarbij zorg voortkomt uit een specifieke hulpvraag van leerling/ouders/school. Er is momenteel nog steeds meer verplichte begeleiding dan vraag gestuurde begeleiding, maar deze laatste soort begeleiding groeit elk jaar meer. Dit toont aan dat jongeren of hun ouders zich steeds vaker richten naar het CLB om verdere hulp te vragen. (14)

Het centrum voor algemeen welzijnswerk (CAW) is een grote troef in het aanpakken van algemeen welzijn in België. In België zijn er 11 CAW's die samen een netwerkorganisatie vormen, en mensen helpen met al hun vragen en problemen rond welzijn, gaande van persoonlijke- of relatieproblemen tot financiële/materiële/juridische problemen. Er is een specifieke jongerenafdeling binnen het CAW, namelijk het jongerenadviescentrum (JAC). Het JAC richt zich op jongeren tussen 12 en 25 jaar, waarbij gefocust wordt op problemen die zich vaker voordoen bij deze leeftijdscategorie. De hulp (behalve bij nood aan opvang) is steeds gratis en laagdrempelig. De hulp gaat van preventie tot crisishulp, en alle problemen tussenin. (14, 16)

Als tweede pijler kan *probleem gebonden hulp* een meer specifiekere ondersteuning bieden, waarbij de focus gelegd wordt op een specifiek probleem. Diensten die hiervoor geraadpleegd kunnen worden zijn CLB, CGG, diensten thuisbegeleiding, diensten ondersteuningsplan (DOP), centra voor kinderzorg en gezinsondersteuning (CKG, Opgroeien), organisaties voor bijzondere jeugdzorg (OVBJ, Opgroeien). (15)

Indien verdere hulp nodig zou zijn, en de opgesomde diensten geen of onvoldoende hulp kunnen bieden, kan een jongere verder verwezen worden naar de derde pijler, namelijk de *multidisciplinaire teams,* in eerste of tweedelijnsgezondheidszorg.

1.3. Route 36

1.3.1. Ontstaan

'Brugge voor jongeren' is een onderzoek dat uitgevoerd werd door het stadsbestuur Brugge, OCMW Brugge en CAW regio Brugge. Het onderzoek naar reeds bestaande organisaties en nood aan begeleiding van kwetsbare jongeren in Brugge werd uitgevoerd in 2011. Er waren 3 grote vragen: Wie zijn maatschappelijk kwetsbare jongeren, en hoe groot is deze groep in Brugge? Wat is op vandaag het aanbod voor deze doelgroep en wat is het bereik ervan? Welke ambities zijn er om rond deze doelgroep te werken en welke beleidsvisie willen en kunnen we gebruiken om een beleidsplan op te stellen?

De belangrijkste organisaties op dat moment in Brugge die binnen de pijler *brede instap* van rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp passen waren CAW, de stedelijke preventiedienst, het OCMW, de stedelijke jeugddienst, de stedelijke dienst Welzijn – Sociaal huis, het CLW (Centrum voor Leren en Werken), de Sleutel en de Bijzondere Jeugdzorg.

Er werd literatuuronderzoek uitgevoerd en vele interviews gedaan om uiteindelijk een SWOT analyse te maken van de reeds bestaande organisaties in Brugge. Hierbij werd gezien dat er reeds een krachtig werkveld en stevig draagvlak aanwezig was. Echter werd ook gezien dat er door de vele diensten een versnipperd beleid was, er weinig nazorg was, er toch nogal wat jongeren ontsnappen aan de aandacht omdat ze niet in het plaatsje passen, er grote wachtlijsten waren en er soms te vrijblijvend gewerkt werd. Wel is er de kans om een meerjarenplanning op te stellen, en om de verschillende organisaties samen te laten werken.

Uiteindelijk werden vijf aanbevelingen opgemaakt: een betere aansturing, meer structurele ondersteuning, meer vindplaatsgericht werk, uitbouw van een transparant systeem van casemanagement en eensgezind signaleren wat er fout loopt op breed maatschappelijk vlak. (3)

Dit onderzoek leidde in 2017 tot de gemeenschappelijke organisatie van enkele jongerenwerkingen die instaan voor jongerenwelzijn, en werd 'Route 36' genoemd. Het CAW gebouw in Vlamingdam 36, 8000 Brugge werd ingericht als jongerenhuis, en de verschillende initiatieven onder Route 36 namen in mei 2017 hun intrek in het gebouw. (17)

1.3.2. Verschillende organisaties

Route 36 wordt gezien als jongerenhuis waar de organisaties JAC, LOGiN, jongerenwerking 't Salon, Buurtsport en buurtgericht preventiewerk ondergebracht worden. Het *open huis* is het algemeen onthaal van deze organisaties.
Deze werkingen staan in voor het welzijn van alle jongeren, met in bijzonder kansenzoekende jongeren, tussen 12 en 25 jaar, en zijn allen volledig gratis. Hieronder worden de verschillende werkingen besproken.

Open huis

Deze laagdrempelige werking voorziet informatie over alle diensten en activiteiten. Er kan elke weekdag beroep gedaan worden op deze dienst, telefonisch, via chat of door gewoon eens langs te gaan. Verder worden enkele praktische zaken als wasmachine/droogkast, douche, computer en printer ter beschikking gesteld voor jongeren die hier geen of moeilijke toegang tot hebben. (4)

JAC

Dit is het Jongeren Advies Centrum: zij geven informatie en advies over alle welzijnsvragen waar jongeren tussen 12-25 jaar mee bezig zijn. Het JAC is een onderdeel van Centrum Algemeen Welzijnswerk, en heeft als doel informatie, advies en begeleiding aanbieden voor jongeren. Verder kan ook geholpen worden naar een zoektocht voor onderdak of crisishulp. Er wordt ook aan preventie gedaan door onder andere organiseren van vormingen op scholen of in een bepaalde gemeenschap of wijk. Elke morgen kan er langsgegaan worden, en er is ook de mogelijkheid om elke morgen en middag van de werkweek telefonisch contact op te nemen. (4)

LOGiN

Deze organisatie bekijkt samen met de jongere tussen 15-25 jaar wat voor hem/haar belangrijk is, samen met alle andere mensen die betrokken zijn bij deze jongere. Context is een belangrijke factor binnen deze organisatie. Voorbeelden zijn wanneer een jongere vast zit met een situatie en niet goed weet hoe deze verder aan te pakken, zoals papierwerk, woning en slaapplaats, financiën, hulp met school en werk vinden, hulp bij problemen met familie (zoals iedereen samenbrengen om een ruzie uit te praten), hulp met politie en rechtbank, alsook hulp bij gezondheid zoals het stoppen met roken. (4) De jongere wordt bijgestaan door een trajectbegeleider, die de jongere ondersteunt in alle nodige stappen die genomen dienen te worden. Zo wordt er meegegaan naar de psychiater zo nodig, wordt er samen gezocht naar huisvesting en andere. (mondeling verkregen informatie via een medewerker van Route 36)

't Salon

't Salon is een vrijetijdswerking voor jongeren vanaf het 1e middelbaar t.e.m. 25 jaar.
Op deze boot kunnen jongeren terecht voor sociaal contact. Dit omvat TV kijken, biljarten, darten, tafelvoetballen, vrienden maken, rondhangen; waarbij de medewerkers steeds openstaan voor persoonlijke verhalen, vragen of problemen. (4)

Buurtsport

Deze werking organiseert verschillende soorten sport en andere activiteiten in een aantal wijken van Brugge. Er wordt letterlijk naar verschillende pleintjes in het Brugse gegaan om te horen wat jongeren willen doen. Mensen die aan de rand van de maatschappij staan, zoals personen met lage sociaal economische status of van andere afkomst, hebben soms de middelen of de gewoonte niet om aan sport via georganiseerde sportclubs te doen. Buurtsport zorgt ervoor dat de sport dus naar de wijken gebracht wordt. Zo worden onder andere fietscursussen, voetbalwedstrijden, zwemlessen… gegeven. Tijdens de zomer is er ook een caravan die zich wekelijks in een andere wijk bevindt en waarbij allerlei activiteiten georganiseerd worden, gaande van sport tot een barbecue. (4)

Buurtgericht preventiewerk

Deze organisatie biedt jongeren uit Brugge tussen 15-24 jaar de kans zich op alle levensdomeinen te ontplooien, en creëert ruimte voor jongeren binnen de stad waar ze kunnen rondhangen in harmonie met de omgeving en zijn bewoners. (4) Dit houdt in dat de preventiewerkers instaan voor de harmonie in de wijk, er wordt gezorgd dat er geen overlast is, en dat de buurtcohesie opgekrikt kan worden. Er wordt vindplaatsgericht gewerkt, wat wil zeggen dat ze aanwezig zijn op straat, ze gaan de jongeren zelf opzoeken, door bijvoorbeeld op 'hangouts' (plaatsen waar jongeren vaak rondhangen) langs te gaan, en de jongeren te leren kennen. Momenteel richt de werking zich steeds meer op welzijn, en bij gebrek aan medewerkers bij LOGiN, wordt er geholpen om de trajectbegeleiding te kunnen realiseren. (mondeling verkregen informatie via een medewerker van Route 36)

1.4. Doel van de studie

Het cijfermateriaal toont aan dat een op vier jongeren niet geheel tevreden is van hun leven, en bijna de helft van de jongeren ervaart meerdere negatieve gevoelens. Waar kunnen ze terecht met deze gevoelens, hoe kan het jongerenwelzijn verbeterd worden?

Er zijn reeds verschillende werkingen in Brugge om het welzijn van jongeren te ondersteunen en verbeteren. Na een gesprek met een van de medewerksters van Route 36, werd opgemerkt dat de werking los staat van andere hulpverstrekkers binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, en dan voornamelijk huisartsen. Jongeren dienen zelf hun weg te vinden naar deze organisatie, via online media of dankzij de buurtwerking.

Tabel 1 toont het aantal doorverwijzingen voor jongeren in West-Vlaanderen naar het CAW vanuit specifieke organisaties. Hierbij wordt gezien dat jongeren meestal verwezen worden vanuit niet-professionele instanties. Jongerenwelzijn, GGZ en de huisarts nemen slechts enkele procenten van de doorverwijzingen in. (14) Hierbij wordt duidelijk gemaakt dat er zeer weinig doorverwijzingen zijn van de huisarts naar het CAW voor hulp bij algemeen welzijn, en komt de vraag wat de reden hiervoor zou kunnen zijn. Verwijzen huisartsen niet naar algemene welzijnsorganisaties omdat de jongeren niet tot bij hen komen, omdat ze de problematiek niet herkennen of zijn er andere redenen?
Specifieke cijfers in kader van verwijzing naar andere organisaties zijn niet te vinden.

Tabel 1: Doorverwijzingen naar CAW in West-Vlaanderen, dossier 2017

Doorverwijzende organisatie	Aantal	%
CAW	2083	56,37
CGG	34	0,79
CLB	82	2,2
JWZ	102	2,26
K&G	12	0,33
VAPH	18	0,46
OCJ	7	0,22
SDJ	8	0,16
Politie	189	4,61
School	167	2,72
Gezondheidszorg	19	0,64
Psycholoog/psychiater	3	0,11
Huisarts	**49**	**1,4**
OCMW	348	8,01
Niet-professioneel	113	3,07
Justitie	56	2,85
Totaal	3870	100

Bron: Vlaamse Overheid - Jaarverslag jeugdhulp 2017

Het doel van dit onderzoek is de aanpak van problemen omtrent algemeen jongerenwelzijn door Brugse huisartsen uit te breiden naar samenwerking met Route 36. Dit door het in kaart brengen van het soort contacten van jongeren met huisartsen, de huidige aanpak van Brugse huisartsen omtrent jongerenwelzijn, en het onderzoeken van de redenen die er zijn om wel of niet met route 36 samen te werken.

De onderzoeksvragen luiden als volgt:

1) Komen Brugse huisartsen in contact met jongeren in verband met jongerenwelzijn, en hoe gaan ze hier momenteel mee om?
2) Kan samenwerken met Route 36 een optie zijn om jongerenwelzijn aan te pakken?

2. Methode

2.1. Literatuurstudie

Er werd een literatuuronderzoek uitgevoerd naar jongerenwelzijn, de rol van de huisarts hierbij en de mogelijke struikelblokken. Hiervoor werden Google Scholar en Pubmed als databanken gebruikt, waarbij de zoektermen “youth healthcare” “role of general practitioner in youth healthcare” “primary healthcare” “general practitioner and youth” werden gebruikt. Er werd een eerste selectie gedaan op basis van aanwezigheid van het volledige artikel, en de tijd: de artikels mochten maximum tien jaar oud zijn. Op basis van titel en abstract werd een nauwere selectie gemaakt. Nadien werden enkele artikels geïncludeerd op basis van bronnen van de gelezen artikels, waardoor enkele bronnen dateren van voor 2010.

Verder werd ook de huidige aanpak van jongerenwelzijn in België opgezocht. Hierbij werden verschillende definities en cijfermateriaal via de Vlaamse Overheid geconsulteerd.

2.2. Veldstudie

2.2.1. Onderzoeksdesign

Er werd gekozen voor een kwalitatieve studie onder vorm van semigestructureerde interviews. Het doel van de studie is een bijdrage leveren aan mogelijke verbetering van de aanpak van jongerenwelzijn door huisartsen, via verwijzing naar Route 36.

Dankzij interviews kan de opinie van de huisartsen in kaart gebracht worden, om zo tot een aanbeveling te komen voor betere samenwerking. (18)

2.2.2. Deelnemers

Gezien Route 36 een Brugse organisatie is, worden Brugse huisartsen gecontacteerd. Via het thuiszorgzakboekje van SEL (Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg) Noord-West-Vlaanderen werd een lijst op gestelde van de gekende huisartsen in regio groot Brugge. Daarna werden de huisartsen geselecteerd in stad Brugge (postcode 8000), gezien de lokalisatie van de organisatie zich in Brugge bevindt.

2.2.3. Gegevensverzameling

Er werd een gesprek georganiseerd met een van de werknemers bij “Route 36” om na te gaan wat de huidige werking is, en welke vragen nuttig zouden kunnen zijn bij een onderzoek naar “Route 36” toe.

Het protocol werd opgesteld, alsook de aanvraag voor het ethisch comité.

De geselecteerde huisartsen werden gecontacteerd en medewerking aan het interview werd nagevraagd, zoals beschreven in het protocol. Een afwijking van het protocol werd echter doorgevoerd: er werd een live interview uitgevoerd in plaats van telefonische interviews. Dit voornamelijk omwille van praktische overwegingen voor het tekenen van het toestemmingsformulier, alsook om de verkregen informatie beter te kunnen verwerken via opname van het gesprek. De interviews duurden tussen de 20 en 40 minuten.

2.2.4. Gegevensanalyse

Na het afnemen van de interviews, werden deze uitgetypt en gecodeerd. Er werd een structuur aangebracht binnen de codes met behulp van het programma Nvivo. Nadien werd er teruggekoppeld naar de vraagstelling. Dit verliep in verschillende fases, waarbij de vragenlijst zo nodig werd aangepast voor verdere interviews. Zo werd de rol van huisartsen binnen jongerenwelzijn verder nagevraagd, de methode waarop artsen het best zouden kunnen kennismaken met route 36, alsook navragen van de eventuele struikelblokken in omgaan met jongerenwelzijn en een eventuele verwijzing.

Nadien werd teruggekoppeld naar de vraagstelling, om zo te controleren of er wel degelijk een antwoord op de vraag gegeven kon worden.

3. Resultaten

3.1. Demografische gegevens geïnterviewden

Geïnterviewde	Geslacht	Leeftijdscategorie	Type praktijk
Arts 1	Vrouw	>50	Groepspraktijk
Arts 2	Man	30-40	Duopraktijk
Arts 3	Vrouw	40-50	Wijkgezondheidscentrum
Arts 4	Vrouw	>50	Solo arts
Arts 5	Man	20-30	Groepspraktijk
Arts 6	Vrouw	30-40	Groepspraktijk
Arts 7	Vrouw	20-30	Vervangarts
Medewerker Route 36	man	30-40	/

3.2. Contact met jongeren

Algemeen wordt opgemerkt dat jongere artsen meer contact hebben met jongeren dan oudere artsen. Bij jongere artsen wordt toch dagelijks een jongere gezien op consultatie, bij oudere artsen is dit eerder wekelijks.

"Interviewer: hoeveel jongeren, hiermee bedoel ik de leeftijd 14 tot 24 jaar, worden ongeveer gezien in deze praktijk? Arts: Niet dikwijls, ik zie meer een oudere populatie. Maximum 1x per week." (arts 4)

Een van de geïnterviewde artsen heeft enkele maanden als CLB arts gewerkt, en kwam op die manier zeer vaak in contact met jongeren, daarnaast krijgen twee andere artsen verwijzingen van een VZW waardoor ze dagelijkse meerdere contacten hebben met jongeren.

Als nagevraagd wordt waarvoor jongeren precies komen, eerder fysieke klachten of eerder klachten rond het psychisch en algemeen welzijn, is het wat moeilijker hier exact op te antwoorden. Wel komen alle artsen – de ene meer dan de andere – in contact met psychisch of algemeen welzijn maar in mindere mate dan met fysiek lijden.

"Ze *komen voor beide, afhankelijk van periode van het jaar. Meer lichamelijk dan psychisch, maar moeilijk te zeggen welke ratio." (arts 4)*

Er wordt opgemerkt dat jongeren komen wanneer ze een attest nodig hebben voor school, waardoor de jongeren van de middelbare school wel gezien worden op consultatie, maar de groep die wat ouder is en verder gaat studeren, daar is weinig vat op. Wanneer ze aan het werk gaan, is er weer meer contact gezien er dan een attest voor het werk nodig is bij ziekte.

"ik denk dat de leeftijdsgroep tot 18 nog relatief makkelijk te bereiken is, want als ze een briefje nodig hebben voor school moeten ze wel bij de dokter komen. De groep erboven zie je meestal maar 1x per jaar bijvoorbeeld voor een pilvoorschrift, dus die zie je niet veel. Die groep is moeilijker te bereiken, ze komen minder snel. Ze komen dan pas terug als ze moeten werken omdat ze dan weer een briefje nodig hebben, maar de categorie ertussen is moeilijk te bereiken." (arts 7)

3.3. Aanpak van algemeen welzijn bij jongeren door de huisarts

3.3.1. Probleem opsporen

Om een probleem aan te pakken, dient het probleem eerst achterhaald worden. Het is moeilijk te zeggen wat het exacte voorkomen van problemen omtrent algemeen welzijn bij jongeren is. Het merendeel van de jongeren komt consulteren in verband met een fysieke klacht. Er schuilt soms wel een meer psychische klacht achter, maar dat wordt nadien vaak pas duidelijk. Soms zijn het ook ouders die komen met een vraag omtrent hun kinderen.

"*Soms is de ingangspoort een fysiek iets, en na een tijd komt dan toch naar boven dat er meer aan de hand is. Soms is het wel puur zo niet naar school gaan, we hebben in de praktijk zo een stuk of 5 probleemjongeren, en dan is het via school, briefjes nodig hiervoor." (arts 3)*

Artsen geven aan dat ze, om een probleem te kunnen diagnosticeren, eerst proberen luisteren naar het verhaal. Zo nodig wordt de jongere meermaals op consultatie gevraagd om het probleem verder te exploreren. Zo wordt vertrouwen gewonnen, en kan ook de context mee betrokken worden in de problematiek. Nadien wordt beslist hoe de situatie verder aangepakt kan worden.

"Eerst luisteren naar de situatie, ik zou die patiënt graag meerdere keren zien. Zo kan ik zelf nadenken over wat de beste oplossing is, en tegen dat je iets helemaal in kaart hebt gebracht duurt het meestal ook wel iets langer. Dan kunnen zij er ook nog eens over nadenken. Meestal geef ik dan een vervolgafspraak mee om dan eens te bekijken wat we concreet kunnen doen. Het hangt ook deels van de klacht af. Ook kijken wie we kunnen betrekken. Maar als ik erover nadenk ga ik dat vaak niet alleen doen… Als er een probleem blijkt roep ik snel bepaalde instanties te hulp." (arts 6)

3.3.2. Doorverwijzing

Indicatie voor verwijzing

Alle geïnterviewde artsen geven aan vaak door te verwijzen om een jongere met een psychische klacht of vraag omtrent algemeen welzijn te kunnen helpen. Er wordt echter niet altijd onmiddellijk doorverwezen, de situatie wordt graag eerst in de praktijk bekeken, om dan te beslissen of verwijzing al dan niet nodig is.

"Een mama vroeg me of ze met haar zoon naar de psycholoog moest gaan omwille van angstklachten, maar die jongen is hier nog niet geweest. Ik heb toch gevraagd eerst eens met hem naar hier te komen. Je moet toch eerst weten waarover het gaat, vooraleer al dan niet door te verwijzen" (arts 4)

Sommige artsen proberen eerst zelf de problematiek aan te pakken, maar als gedacht wordt aan de mogelijke noodzaak om medicatie op te starten, wordt verweren naar een jeugdpsychiater, gezien de specifieke leeftijdsgroep.

"*Ik ga bv nooit antidepressiva starten, daarvoor ga ik zeker altijd doorverwijzen." (arts 2)*

Patiënten die met zeer brede algemene welzijnsproblemen bij de arts terecht komen, zoals huisvesting of financiële problemen worden verder verwezen, gezien een arts hiervoor niet de correcte persoon is om dit aan te pakken, maar ze kunnen wel gericht verwijzen.

"Ik vind persoonlijk niet dat wij vb de persoon zijn die iemand met financiële problemen helemaal moet gaan uitwerken, dan vind ik dat we daarvoor moeten doorverwijzen." (arts 7)

Waarnaar te verwijzen

Naar wie doorverwezen wordt, is afhankelijk van de situatie en/of het probleem.

Bij psychische klachten wordt liefst samengewerkt met psychologen die de arts zelf kent en rechtstreeks naar kan verwijzen, gezien de arts dan zelf kan beslissen welke problematiek naar welke psycholoog verwezen wordt.

"Ik zou ook niet graag maar met 1 psycholoog samenwerken, want niet iedereen past bij iedereen en niet elke psycholoog behandelt alle mogelijke problemen. Ik heb voor kinderen wel enkele namen van psychologen die specifiek met kinderen en jongeren bezig zijn" (arts 3)

Organisaties waarvan de meeste artsen op de hoogt zijn en waarmee wordt samengewerkt omtrent jongeren zijn het JAC, CLB en CGG. Daarnaast worden ook de opvoedingswinkel, slachtofferhulp, WINGG (West-Vlaams Integrerend Netwerk Geestelijke Gezondheid) en TEJO (Therapeuten voor Jongeren) aangehaald door verschillende artsen.

Methode van verwijzen

Bij dringende gevallen of crisissituaties geven alle artsen aan zelf contact op te nemen met de te verwijzen organisatie om de verwijzing zo vlot mogelijk te laten verlopen. Een andere methode is de naam en contactgegevens meegeven, waarbij de jongere dan zelf een afspraak dient te maken of zelf dient langs te gaan naar de verwezen dienst. Deze laatste methode wordt het vaakst gebruikt bij laagdrempelige organisaties. Verder maakt het ook een verschil uit wanneer een ouder informatie komt vragen, en niet de jongere zelf. Bij dergelijke situatie wordt de verantwoordelijkheid tot het maken van een afspraak bij de ouders of de jongere zelf geplaatst.

"Het is wat te zien of de mama mee is, als zij mee is laat ik het initiatief toch vaak van de mama of het gezin uit komen. Is het iemand alleen, zorg je dat je zelf ook sneller de telefoon oppakt. Dus echt afhankelijk van situatie tot situatie. Zorg dat je altijd een brief hebt, op z'n minst. Zelf eens bellen, zeker als het iemand alleen is met een ernstige problematiek. Maar als het ernstiger is, en dat zijn vaak ook de mensen alleen, gaan we dat veel sneller doorsturen naar de jeugdpsychiater en dan bel ik sowieso eens om verder af te spreken. Als het gaat over examenstress of andere dat al bij al wel nog meevalt en eerder periodiek naar bovenkomt, en de jongere hier niet helemaal aan onderdoor gaat, geef je een brief mee en laat je de mama met de psycholoog bellen. " (arts 5)

Er wordt opgemerkt dat jongere artsen meer de tijd nemen zelf te bellen en een afspraak vast te leggen, terwijl de oudere geïnterviewde artsen meer van mening zijn dat het ook de persoon zelf is die moet meewerken en inzet moet hebben om in te gaan op de doorverwijzing.

"Voor specifieke verwijzing geef ik de contactgegevens dan mee aan de patiënt. Het moet wel van de patiënt zelf uitkomen om verdere behandeling te volgen." (arts 1)

Feedback na verwijzing

Alle artsen geven aan dat feedback zeker en vast nuttig is. Belangrijk voor het verdere beleid is weten bij welk soort instantie de persoon hulp krijgt, hier al dan niet verder begeleid kan worden, en of er door de huisarts nog verdere stappen ondernomen dienen te worden. Als iemand ergens geholpen wordt, weten de artsen graag wat het resultaat is hiervan. Minder nuttig is het doorgeven van alle kleine tussenstappen, maar het uiteindelijk resultaat is wel van belang, ook als dit zou betekenen dat

de persoon de hulp niet aanvaard, of zelf beëindigd heeft. Zo kan de arts daar zelf, zo nodig, op verder werken.

"Van een psychiater zou ik niet zeggen dat ik letterlijk na elk consult iets verwacht, maar wel zeker als er interventies gedaan worden bijvoorbeeld doorverwijzing naar psycholoog of aanpassen van medicatie, dat lijkt me wel een minimum. Van een psycholoog na het afronden van een aantal sessies, ze hoeven niet na elke sessie een verslag opsturen want het is een andere setting, ze zitten niet aan een computer en moeten dat achteraf nog doen dan." (arts 5)

Niet van alle organisaties wordt uitgebreide feedback verwacht. Voornamelijk van specifieke hulpverleners zoals psychologen wordt wel feedback verwacht, van meer uitgebreide of laagdrempelige organisaties wordt dit van de huisartsen minder verwacht. Als de arts echter zelf naar een bepaalde organisatie verwezen heeft, wordt toch graag feedback gekregen.

"WING belt bv als er iets gestart of veranderd is. Maar de laagdrempelige organisaties zoals TEJO, JAC daar weet je niets van. Je weet bv ook niet of jongere geweest is. De vraag is inderdaad, moet dat? Want ze hebben er ook wel de naam dat het anoniem is, dus dan kun je misschien niet verwachten dat je feedback krijgt. Het zou echter misschien wel goed zijn om te weten of ze er geweest zijn." (arts 3)

Bij navraag hoe feedback het makkelijkst verkregen kan worden, worden verschillende methodes aangehaald: via een kort verslag zoals van de specialist verkregen wordt, een telefoontje, een gepland overleg. Feedback wordt soms ook van de patiënt zelf verkregen, bij jongeren vaak wanneer er schoolproblemen aanwezig zijn. Ze moeten bij de arts langskomen om een briefje voor school, en dit is vaak een goed moment om te horen wat allemaal gaande is.

"Telefonisch via de psychologen die ik zelf goed ken, of als er iets escaleert dan neem ik wel contact op of omgekeerd. Soms feedback gewoon via de patiënt, dan vraag ik na hoeveel ze gaan en of het goed lukt." (arts 1)

De manier waarop de artsen liefst feedback ontvangen, is zeer verschillend en afhankelijk van arts tot arts en van situatie tot situatie. De ene arts wenst graag betrokken te worden bij een overleg, de andere vindt dat dit veel tijd vraagt en zou liever telefonisch of per brief op de hoogte gehouden worden.

"Ik vind een brief op zich wel makkelijk, maar telefonisch ook want dan kan je je eigen input geven. E-mail doe ik niet graag. In het echt hoeft het voor mij niet, je bent er als huisarts veel tijd mee kwijt, dat vind ik soms toch wel een vergadercultuur in die centra, dus dat niet. Maar telefonisch of per brief zou voor mij wel goed zijn." (arts 7)

Drempels bij verwijzen

De grootste drempels bij doorverwijzing zijn duidelijk: timing, feedback, kennis van juiste indicaties, het beroepsgeheim, de houding van de patiënt zelf, en de kostprijs.

Onder timing wordt verstaan dat het vaak zeer lang duurt vooraleer iemand ergens terecht kan, bv bij een psychiater of voor opname, maar ook voor algemene hulp. Daarnaast moeten vaak verschillende stappen ondernomen worden om tot hulp te komen: eerst is er een intake gesprek waarvoor gebeld of gemaild moet worden, waarna er nog een wachttijd is alvorens de verdere hulp gestart kan worden.

"*Dan wil je verwijzen naar CGG maar je moet wel veel moeite doen om daar binnen te raken, eerst een mail, dan een intake gesprek, dan moet je wachten tot ze je contacteren om binnen te raken. Veel stappen om te ondernemen, zeker voor jongeren die dit willen doen zonder dat de ouders betrokken zijn of juist om de ouders opnieuw te betrekken." (arts 1)*

Verder is het niet altijd even makkelijk om de organisatie goed te kunnen bereiken. Er moet op een bepaald moment gebeld worden, waardoor op het moment van de consultatie zelf niet steeds onmiddellijk doorverwezen kan worden. De arts moet onthouden om de instantie te bellen, en dient nadien de verwijzing nog in orde te brengen. Als dit kan op het moment van de consultatie zelf, kan direct alle informatie meegegeven worden, waardoor een verwijzing vlotter zou kunnen verlopen.

"Dikwijls kun je maar op een specifiek moment bellen om een afspraken te maken, er zijn beperkte momenten waarop je kan bellen voor een doorverwijzing, dat is dan enkel op maandagochtend en donderdagnamiddag bijvoorbeeld." (arts 6)

Feedback wordt soms moeilijk verkregen. Als de persoon zelf ergens naartoe stapt op eigen initiatief, is er zeker en vast geen feedback mogelijk. Dat zorgt ervoor dat artsen toch graag hebben dat de persoon eerst bij hen aanklopt, om zo te weten wat er allemaal gaande is, of om ze gericht te kunnen verwijzen. Bij bepaalde organisaties (CLB, CAW) kan een overleg gepland worden, maar zeer vaak wordt de huisarts hier niet bij betrokken. De enige organisatie die vernoemd werd en wél een goede feedback geeft is het CGG. Vanuit deze organisatie wordt telkens een verslag verzonden naar de huisarts, het probleem hierbij is dat deze feedback vaak pas enkele maanden na het contact verzonden wordt, waardoor ook hiermee soms onnodige tijd verloren gaat. Bij gekende psychologen wordt er wel eens gebeld, en zo feedback verkregen, maar dit gebeurt niet standaard.

"Ja ik zou wel feedback willen, we hebben dit deels gekregen maar het afsluiten nadien is wel belangrijk. Als ze terugkomen dat je toch weet wat er allemaal gebeurd is, hoe ver staan we nu? Mama zegt "alles is goed", maar dat is geen beleid." (arts 4)

Kennis van indicatie is bij verwijzing belangrijk. Verschillende artsen vertellen reeds fout verwezen te hebben, of van de ene naar de andere organisatie doorgestuurd te worden zonder dat het duidelijk is waar ze uiteindelijk terecht kunnen. Het is moeilijk alle organisaties en hun indicaties te kennen. Er ontstaan veel nieuwe organisaties, maar wanneer die nodig zijn, bestaan sommige al niet meer. Dat maakt het moeilijk een overzicht te bewaren over de doorverwijsopties. Ook hier is feedback dan belangrijk, waarbij de huisarts op de hoogte gebracht wordt van de foute indicatie. Zo kunnen nutteloze verwijzingen in de toekomst vermeden worden.

"Soms word je van het ene naar het andere gestuurd, en sturen ze je door naar ergens anders waar je dan opnieuw hoort 'ik weet niet of dat iets voor ons is'. Dan is dat wel echt vervelend, vooral bij ernstige zaken" (art 3)

Het beroepsgeheim waar artsen aan verbonden zijn kan soms een drempel zijn om te verwijzen. Mogen ze alles doorgeven naar die bepaalde instantie? Hoe wordt daar dan mee omgegaan? Dit zijn vragen die bij verschillende artsen aanwezig zijn bij verwijzen naar instanties.

"Zelf bellen vind ik dan moeilijk als het gaat over beroepsgeheim en dergelijke. Ze moeten de medische dingen niet echt kennen, maar voor je het beseft ben je toch te veel aan het vertellen."(arts 5)

Daarnaast kan de verkregen feedback niet telkens volgens correcte privacy regels verlopen, waardoor er moeilijkheden kunnen ontstaan.

"Ik heb hier ook eens een brief doorgekregen via mail, maar dat kan niet he, die gegevens zijn zo niet beschermd. Ze kunnen gewoon op de mail zeggen van de patiënt heeft de behandeling gestopt, we sturen u een verslag, maar toch niet alles op mail. Dat vind ik niet correct." (arts 4)

De houding van de persoon die al dan niet rechtstreeks om hulp komt vragen, kan soms voor een struikelblok voor verwijzingen zorgen. Bijvoorbeeld wanneer de persoon niet ingaat op de verwijzing, de afspraak niet nagaat of zelf geen stappen onderneemt om verdere hulp te zoeken. Op deze manier wordt hulp bieden moeilijk. Zoals hoger beschreven is het deels taak van de arts om de persoon hiertoe te motiveren, maar de uiteindelijke verantwoordelijkheid ligt toch bij de persoon zelf.

"Ik heb vroeger al genoeg afspraken gemaakt met psychiaters of andere, en dan hoor je achteraf dat ze niet zijn geweest. Hier zeggen ze wel ja ik ga het doen, maar eenmaal ze weg zijn gebeurt het toch niet." (arts 1)

Als laatste wordt ook de kostprijs aangehaald, voornamelijk dan bij psychologen die hun privé praktijk hebben.

"Interviewer: Wat verloopt er volgens u moeilijk bij het doorverwijzen naar psychologische hulp of andere instanties? Arts: De kostprijs bij de psycholoog." (arts 7)

3.3.3. Moeilijkheden bij aanpak van algemeen welzijn bij jongeren

Probleem diagnosticeren

Vaak komen jongeren eerst met een fysieke klacht, waardoor er niet telkens aandacht is voor het psychische aspect, enkel wanneer er een specifieke aanleiding is. Standaard polsen naar het algemeen welzijn van een jongere, wordt vaak niet gedaan. Signalen opvangen om verder op in te gaan, blijkt moeilijk gezien de situatie van de consultatie en de korte tijd waarbinnen de arts de patiënt ziet. Één van de geïnterviewde artsen merkt op dat het afhankelijk is van hoeveel tijd er is om een patiënt te zien of ze al dan niet verder zal vragen naar het algemeen welzijn, gezien ze als vervangarts werkt heeft ze reeds verschillende werksituaties meegemaakt, en kan ze hierin een verschil opmaken. Het opvangen van signalen blijkt volgens de medewerker van Route 36 echter wel zeer belangrijk om problematiek rond algemeen welzijn meer te kunnen achterhalen, en op die manier mogelijks door te verwijzen naar Route 36.

"Het is vaak een moeilijkheid om signalen op te pikken. Je ziet een jongere al niet veel want ze zijn niet vaak ziek, je ziet ze dan eens een kwartier, en om echt de signalen eruit te pikken van oei is er hier iets aan de hand, dat is niet zo evident. En hoe leg je dat dan bloot in een consultatie voor de griep bijvoorbeeld. Het is niet zo simpel he." (arts 6)

"Op sommige praktijken werken ze per 20 minuten per consultatie, en als er dan iemand voor een pilvoorschrift komt dan vind ik dat ook stom om die mensen na drie minuten dan al naar buiten te laten gaan en dan heb je daar wel de tijd voor. Op momenten dat er met vrije consultaties gewerkt wordt, dan doe ik dat veel minder, dat merk ik wel heel duidelijk. Het gaat er ook wel over of dat ik tijd heb, of dat ik voel of ze er voor openstaan, dat is ook wel belangrijk." (arts 7)

"Ik denk inderdaad dat dergelijke jongeren bij de huisarts komen, maar het is ook belangrijk dat je verdere vragen durft stellen aan een gast. Ik denk als huisartsen iets meer aandacht voor durven hebben en een suggestie doen van hoe gaat het met jou, lukt alles nog goed, dan zouden er mogelijks nog meer verwijzingen kunnen zijn." (medewerker Route 36)

Motiveren van de patiënt

Er wordt gewezen op het feit dat het als arts belangrijk is de patiënt naar de juiste instanties te verwijzen, wat reeds bepaalde drempels met zich meebrengt, maar het daarnaast belangrijk is de patiënt te motiveren door te zetten met een behandeling bij een andere hulpverlener. Dit is echter niet steeds even gemakkelijk, mede door de houding van de patiënt.

"Ik vind dat een patiënt ook zelfbeschikkingsrecht heeft, maar ook wel 'plichten', als je als huisarts zegt van ik vind dat jij die hulp nodig hebt, en die weigert dat, dan vind ik niet dat wij moeten trekken en sleuren. Anderzijds hebben die mensen dat op een bepaald moment wel nodig." (arts 7)

Betrokkenheid van te veel partijen

Wanneer een patiënt door eigen initiatief of door verwijzing via verschillende partijen hulp vraagt of krijgt, kan het moeilijk worden om allen in dezelfde richting uit te blijven gaan. Te veel verschillende visies samen maken het soms moeilijk, waardoor het vat hebben op de patiënt verloren kan gaan.

"Ik heb eens een probleem gehad met een kindje van de lagere school, dat is via het CLB gegaan maar ik hoor daar ook niets meer van. Heel het gezin is weggebleven van mij, doordat er een moeilijke toestand was, school had al stappen gezet en iedereen begint een visie te krijgen en dat is niet makkelijk. Er moet wat privacy ook zijn, via school, dat is wel belangrijk. Via CLB is dat meisje dan wel goed begeleid geweest." (arts 4)

Opleiding arts

De vraag wordt ook gesteld of de arts vindt dat de opleiding voldoende is om met jongeren om te gaan, zijn ze hier wel voldoende in gesteund door de opleiding? Het ligt niet direct bij de opleiding, zijn verschillende artsen van mening, maar ook bij wat een arts zelf wel of niet navraagt. Verder blijkt het opstellen van een sociale kaart belangrijk om te zien naar waar een arts in een bepaald gebied best kan verwijzen. Het blijkt een moeilijke vraag om te beantwoorden.

"In eerste instantie zou ik niet denken dat het ligt aan onze opleiding, maar eerder aan het bereiken van de jongeren. Ik denk dat daar precies altijd een tussenstap voor nodig is zoals ouders, CLB, JAC die de signalen opvangt en die dan jongere aanspoort om daarmee tot bij ons te komen. Anderzijds is het misschien ook opleiding, het is niet gemakkelijk om te weten wat je ermee moet doen, het vraagt een specifieke aanpak, als er een jongere komt met depressieve klachten is dat toch niet gemakkelijk. Ik ga die dan ook redelijk rap naar een psycholoog doorsturen, eerlijk gezegd." (arts 6)

Drempels bij jongeren zelf

Niet enkel bij het omgaan met algemeen welzijn komen er bij artsen bepaalde drempels voor, jongeren zelf kunnen ook bepaalde drempels ondervinden om met hun probleem een arts te contacteren.

Jongeren komen met psychische problemen of problemen rond algemeen welzijn niet steeds bij hun arts terecht. Enkele artsen vermoeden dat de jongere dit niet kan of durft te zeggen tegen de arts, of de arts mogelijks niet ziet als vertrouwenspersoon. Wanneer er een probleem is dat de ouders niet mogen weten, kan dit een probleem vormen om naar de arts te gaan, omdat ze vrezen dat de arts zich niet aan het beroepsgeheim zal houden, of omdat de ouders via de mutualiteit te weten kunnen komen dat de jongere naar de arts gegaan is.

"We zijn, denk ik, niet de eerste waar jongeren aan denken om met hun verhaal naartoe te komen. Ik denk dat dit dan eerder via organisaties loopt die de jongere dan misschien wel aanmoedigen om tot bij ons te komen. We zijn vaak niet de rechtstreekse toegang. Hoe komt dat, ja ik denk dat ook als een jongere komt, komen de ouders vaak mee, zo zijn ze het gewoon. Misschien zien ze ons meer als vertrouwenspersoon van de ouders, en niet van zichzelf … maar ik kan me dan niet inbeelden wie die vertrouwenspersoon voor die jongere wel zou kunnen zijn, eigenlijk is dat wel problematisch. Het is wat typisch aan pubers ook he natuurlijk." (arts 6)

De medewerker van Route 36 merkt op reeds verschillende keren gehoord te hebben dat de arts het vertrouwen van de jongere schendt, of het beroepsgeheim niet steeds even serieus neemt. Zo wordt het moeilijker voor een jongere om zijn huisarts te kunnen vertrouwen. Ook huisartsen zelf denken dat dit mogelijks een drempel is waardoor jongeren moeilijker naar de huisarts gaan met hun problemen.

"Als huisarts zit je ook met het beroepsgeheim, je hebt huisartsen die daar iets lakser mee omgaan, zeker ten opzichte van de jongere en de ouders, waardoor het vertrouwen van sommige jongeren in hun huisarts wel zoek is, omdat ze iets hebben van ik zeg dingen in vertrouwen, en dit wordt dan toch doorgezegd aan de ouders." (medewerker Route 36)

Verder wordt aangehaald dat een jongere misschien niet weet dat hij voor een probleem rond algemeen welzijn bij de arts terecht kan. De schrik van een 'stempel' opgeplakt te krijgen of het taboe rond psychische problemen blijft een drempel om verdere hulp te gaan zoeken.

"Interviewer: Denk je dat er drempels zijn voor jongeren zelf om met problemen omtrent algemeen welzijn bij de huisarts te komen? Arts: Ja ik denk het wel, ik weet niet heel goed hoe dat dat komt. Maar ik merk het wel bij vriendinnen als ik iets vertel van een patiënt, dan zeggen die van 'ga je daarmee bij je huisarts' terwijl dat dat voor mij dan een heel normale zaak is dat dat bij ons kan besproken worden. Ik denk niet dat een huisarts dit raar vindt, dat mensen met psychische problemen bij ons komen. Het is misschien niet altijd even makkelijk aan te pakken, maar ik denk zeker dat die problemen bij een huisarts besproken kunnen worden. Ik denk dat sommige het dan eerder verpakken in vermoeidheid en een bloedafname eerder dan echt direct te spreken over het psychische. En dat het dan uiteindelijk wel uitkomt, maar dat ze niet in eerste instantie met dat probleem naar de dokter gaan." (arts 7)

Mogelijke oplossingen voor de aangebrachte problemen

Tijdens de interviews halen artsen zelf reeds verschillende oplossingen aan voor bepaalde problemen.

Zo wordt opgemerkt dat er inderdaad vaak een drempel is om in te gaan op een verwijzing, maar dat die sterk verlaagd kan worden om hier telkens mee te helpen en voor de patiënt de afspraak te maken.

"Ik ontzie het mij niet om te bellen naar specialisten, organisaties.. Als huisarts ben je de tussenschakel en op deze manier kan je ook drempelverlagend werken. … Zo kan je de patiënt al op weg helpen naar de organisatie, sommige mensen gaan ook zelf niet bellen, hebben hier moeite mee. Als ik dat dan zelf doe is de stap kleiner om effectief in te gaan op mijn verwijzing." (arts 2)

Uitleg geven over hoe de verwijzing ineen zit, over hoe een bepaalde instantie werkt, kan drempelverlagend zijn voor de patiënt.

De drempel die ouders soms vormen kan weggenomen worden door de jongere hiervan letterlijk op de hoogte te brengen.

"…dan probeer ik toch altijd te benadrukken dat ze altijd mogen langskomen, en dan zeg ik daarbij waar de ouders nog bij zijn, 'ook al wil je niet dat je mama en papa dat weten dat je hier geweest bent" (arts 6)

Het taboe dat rust op sommige problemen, blijft een moeilijk punt. Uitleg geven blijkt ook hier belangrijk maar verder lijkt de maatschappij een belangrijke factor om het taboe te kunnen verminderen.

"Ik probeer gewoon in te zetten op het potentieel dat die instanties hebben. Ik zeg dat het instanties zijn met veel kennis en ervaring, daar zet ik een beetje op in. Ja en verder de maatschappij is er wel mee bezig bijvoorbeeld Rode Neuzen Dag, ze zijn er wel bezig maar het verloopt traag. Ik heb nu ook onlangs iets op de radio gehoord, dat ging over psychische problemen en de psychologe zei van als je psychische problemen hebt ga dan naar de huisarts. En dan, op die manier van gewoon eens op radio/TV te laten vallen komt dit op geleidelijke basis wel. Maar we kunnen daar niet te veel in forceren." (arts 7)

3.4. Route 36

3.4.1. Kennis

Geen enkele arts die geïnterviewd werd kende de overkoepelende organisatie. De meeste artsen kenden wel het JAC, en een arts kende ook LOGiN, maar van de andere initiatieven hadden ze nog nooit gehoord.

"Nee, maar ik vind het wel straf dat ik het niet ken. Het JAC ken ik van naam, maar ik ben er nog niet mee in contact gekomen…, LOGiN, dat ken ik wel. In de praktijk waar ik HAIO was, was er een jongen die daar goed begeleid werd." (arts 5)

3.4.2. Nut van samenwerking tussen huisartsen en Route 36

Alle artsen zien het nut zeker in van deze organisatie. Naar het einde van het interview kan elke arts een specifieke casus vertellen waarbij deze organisatie voor jongerenwelzijn zeer nuttig kan zijn. De artsen geven hierbij aan dat het altijd wel nuttig is om als huisarts de verschillende organisaties te kennen.

Er is een brede waaier van indicaties, die toch vaker voorkomen dan in eerste instantie gedacht. Verder lijken voornamelijk de individuele trajecten nuttig voor huisartsen, andere organisaties zoals 't Salon of buurtsport lijken minder nuttig om rechtstreeks mee samen te werken als arts.

"Ik denk dat het als huisarts altijd wel nuttig is om de organisatie die bestaan te kennen. Maar als ik nu eens nadenk ken ik niet direct iemand die ik bv naar het salon zou kunnen doorverwijzen. Het belangrijkste is natuurlijk dat je de organisaties kent en weet wat er allemaal kan gebeuren, om op het moment dat er iemand komt die hier wel voor in aanraking komt goed te kunnen doorverwijzen." (arts 3).

Vanuit Route 36 lijkt een samenwerking met de huisarts zeker zijn nut te hebben, en ook hier worden voornamelijk de individuele trajecten naar boven gehaald waarbij samenwerking met de huisarts voor de jongere een grotere hulp zou betekenen.

"Ik denk dat een huisarts meer mandaat heeft om een jongere door te sturen naar de psychiater, waardoor die psychiater dan betere opvolging kan doen van de medicatie. Ik zie daar wel een belangrijke rol in voor de huisarts. Ik weet niet hoe ver de huisarts daar in kan gaan, maar ik denk dat een telefoontje soms wel veel kan verhelpen. … Moest er een doorverwijzing komen en we zijn meer bekend bij huisartsen, dan denk ik dat het zeker een meerwaarde kan zijn om een jongere goed te kunnen begeleiden. Dus ik denk zeker dat het nuttig is om bij een cliëntoverleg waar alle spilfiguren op uitgenodigd worden de huisarts te betrekken om te zien van wat gaan we nu doen." (medewerker Route 36)

3.4.3. Verwijzen naar Route 36

Indicaties voor verwijzen

Volgens de geïnterviewde huisartsen is het van groot belang een duidelijke lijst met indicaties te hebben. Wie kan ernaar verwezen worden, wie niet.

De medewerker van Route 36 is van mening dat er eigenlijk geen grote twijfel kan zijn, omdat ze voor alle jongeren proberen een oplossing te zoeken, zelf de 'moeilijkere' gevallen.

"En zelf als er twijfel is kan die naar ons gestuurd worden. Maar er kan eigenlijk weinig twijfel zijn want wij proberen te werken met zo veel mogelijk kwetsbare doelgroepen, de "moeilijke nootjes", wij maken de vergelijking met pistachenootjes, dus ook die heel moeilijke nootjes proberen wij te bereiken." (medewerker route 36)

Methode van verwijzen

De artsen geven voornamelijk aan dat ze specifieke informatie zouden meegeven aan de jongere. Als arts zelf bellen voor een afspraak is bij deze organisatie iets minder van toepassing, tenzij wanneer er gemerkt wordt dat de drempel toch te hoog ligt. Verder worden ook affiches of flyers in de wachtzaal aangehaald als mogelijkheid om de bekendheid van de organisatie te vergroten.

"Hoe ik het dan zou doen, beetje hetzelfde als ik het anders zou doen, afhankelijk van ernst zelf bellen of contactgegevens meegeven." (arts 7)

Als bij Route 36 gevraagd wordt wat de makkelijkste manier van verwijzen kan zijn, wordt het algemeen onthaal als ideale methode aangehaald.

"Wij hebben sowieso een algemeen nummer, het onthaal. De persoon die daar zit is op de hoogte van de verschillende projecten in huis. … Het hangt allemaal af van situatie tot situatie en via het algemene nummer kunnen zij dan zien wat de beste oplossing is voor die specifieke situatie. Dat is ook een beetje de optiek van Route 36: een algemeen nummer waarmee in contact gekomen wordt, zodat er van daaruit gedispatched kan worden zodat het voor professionals gemakkelijker wordt. Vb. ik zit met een kwetsbare jongere, ik bel met Route 36 en alle randvragen kunnen daar dan opgelost worden." (medewerker Route 36)

Noodzaak van feedback

Gezien bij de algemene aanpak van jongerenwelzijn de feedback vaak naar voor komt als noodzakelijk, maar jammer genoeg ook als drempel aangehaald wordt voor verwijzen, werd nagegaan of artsen voor een organisatie Route 36 feedback wensen, en op welke manier.

Er wordt toch verwacht dat als er belangrijke wijzigingen zijn, bv verwijzing naar psychiater of een jongere die niet meer zou komen, deze zaken doorgegeven worden aan de verwijzende arts.

"Feedback is nuttig als deze zinvol is, en relevant voor de huisarts. Soms is er ook een overdaad aan informatie, bijvoorbeeld als iemand naar het salon geweest is, is het niet belangrijk dat ik hiervan per sé op de hoogte ben. Als er een specifiek probleem zich voordoet of bijvoorbeeld de vraag er is naar medicamenteuze therapie, dan dient wel zeker feedback gekregen te worden. " (arts 2)

Een verslag wordt vaak aangegeven als methode waarop feedback kan gebeuren, maar artsen beseffen dat dit voor dergelijke organisatie niet steeds even praktisch is. Telefonische feedback is bij de meeste geïnterviewde artsen zeker een optie, en vanuit Route 36 wordt dit als meest haalbare methode aanzien.

"Ja voor zo'n instantie kan bellen eventueel wel. Binnenstad vzw belt ook, en dat loopt eigenlijk wel goed. Maar als er te veel mensen beginnen bellen, wordt het weer te veel. Of misschien gewoon een contactnummer zodat wij eens kunnen bellen." (arts 5)

"Als de huisarts vraagt aan mij van kan je mij op de hoogte houden denk ik dat we dit in onderling overleg kunnen afspreken. Als dat goed is voor de gast dat de huisarts op de hoogte blijft, is dat geen probleem voor mij. Maar het is wel belangrijk dat de jongere zelf op de hoogte is. (medewerker Route 36)

3.4.4. Positieve punten van samenwerken met Route 36

Positieve punten zijn de laagdrempeligheid en de mogelijkheid om er zelf naartoe te gaan. Verder is ook de persoonlijke trajectbegeleiding iets waar huisartsen positief over zijn. Daarnaast is ook de mogelijkheid om ouders naar Route 36 te verwijzen om hulp te kunnen bieden, iets wat veel artsen kan ondersteunen.

"Ja inderdaad, als dat laagdrempelig is dan is dat wel makkelijk om gewoon binnen te lopen. Bij CAW is dat ook zo, als je direct kan gaan dan doen mensen dat wel, als je weken moet wachten wordt het veel moeilijker." (arts 4)

3.4.5. Drempels van samenwerken met Route 36

De specifieke indicaties dienen volgens verschillende artsen gekend te zijn waarvoor doorgestuurd kan worden. Omdat er zoveel verschillende initiatieven onder een dak zitten, wordt het soms moeilijk te weten wie bij welk initiatief terecht kan.

Psychologische problemen zouden de artsen niet rechtstreeks naar deze organisatie verwijzen, gezien liever samengewerkt wordt met een eigen netwerk aan psychologen. Voor meer algemeen welzijn zou dit zeker wel een optie zijn, maar hulpvragen omtrent algemeen welzijn komen niet vaak terecht bij de huisarts.

Feedback blijft een drempel, artsen weten graag wat verder met de patiënt gebeurt, welke stappen ondernomen worden.

"Het is ook wel zo dat ik reeds zelf al een klein netwerk van psychologen ken, waarbij ik dan ook contact heb en de patiënten bespreek. Via een organisatie kan die feedback kwijt geraakt worden, of is er geen vat meer op. Naar opvolging toe is het toch wel beter als je weet of die patiënt er geweest is of niet. … Wat ik wel probeer te vermijden is dat er te veel tussenpersonen zijn. Bij nood aan psychotherapie zou ik eerder verwijzen naar een psycholoog zonder eerst naar een andere organisatie te verwijzen." (arts 1)

Daarnaast is timing belangrijk, kan de jongere er werkelijk op elk mogelijk moment terecht?

"Je moet wel nog rekening houden met uren. Als je 's avonds iets niet acuut hebt en je kan morgen verwijzen, is dat goed, maar als er een crisissituatie is, wordt dat weer moeilijker" (arts 4)

De nodige informatie verkrijgen over wat gaande is of welke activiteiten georganiseerd worden via de organisatie, blijkt niet simpel te zijn. De website werkt niet zo goed, en de organisatie werkt voornamelijk via social media om de jongeren te kunnen bereiken. Dat vormt voor artsen een probleem gezien artsen niet telkens alles opnieuw kunnen gaan opzoeken online.

"Voor huisartsen is dat niet zo handig, een website dat kan nog maar ik ga niet op facebook zitten om te kijken hoe ik kan verwijzen. Maar de website moet wel wat beter, ik ben hier eens aan het kijken en er zijn toch wel wat omwegen die je moet doen om alle goede informatie te vinden." (arts 5)

3.4.6. Bekendheid bij huisartsen verbeteren

Bij de vraag naar hoe de huisartsen zelf deze organisatie best onthouden of met nieuwe organisaties kennis maken is het antwoord verschillend. De ene arts staat open voor een brochure of folder, terwijl de andere arts denkt dat dit makkelijk op een stapel verdwijnt en niet meer bekeken wordt. De jongere artsen zeggen via online tools (website) wel voldoende informatie te kunnen opzoeken eenmaal ze de naam kennen. Verder worden ook informatiebrochures voor de jongeren zelf aangehaald als methode om jongeren ervan bewust te maken dat de organisatie bestaat, of dat ze hiermee bij hun huisarts terecht kunnen.

Een optie dat meermaals aangehaald wordt, is de voorstelling van de organisatie in de wachtkring of op een lokale kwaliteitsgroep (LOK) vergadering. Alle artsen geven aan deze organisatie beter te zullen onthouden door een persoonlijke voorstelling. Verder werd ook een bijscholing als optie aangehaald, gezien een van de geïnterviewde artsen mee instaat voor het organiseren van een navorming omtrent het kwetsbare kind.

'Iemand die zich eens komt voorstellen dat werkt altijd goed eigenlijk. Als je er een gezicht op kan plakken onthoud je het beter. En dan beter iemand overkoepelend van Route 36 dan van elke organisatie iemand. Zo weet je ook met wie je contact op kan nemen zo nodig. En een goede indicatielijst zou ook wel handig zijn." (arts 5)

Vanuit Route 36 werd enthousiast gereageerd op de vraag of er een mogelijkheid was om de organisatie eens voor te stellen aan een groep huisartsen.

"Zeker, wij krijgen veel vragen van studenten tot jongerenorganisaties, die niet goed weten wat het inhoudt. Dan geven wij een uitgebreide presentatie over wat de samenwerking precies inhoudt, en over de verschillende instanties die in huis zitten. Op locatie hebben we dit ook al gedaan, en ik denk dat zeker voor zo'n specifieke doelgroep dit wel mogelijk is om onze uitleg te komen doen, heel graag zelf!" (medewerker Route 36)

4. Discussie

Preventieve gezondheidszorg blijkt bij jongeren belangrijk te zijn, veel risico's voor latere gezondheidsproblemen ontstaan op jongerenleeftijd. Voorbeelden hiervan zijn roken, alcoholgebruik, gebruik van verboden middelen, onveilige seksuele contacten, tekort aan fysieke activiteit en obesitas. (19) Onderzoek wijst uit dat adolescenten gemiddeld slechts 1-2x per jaar op consultatie komen bij een arts, waarbij slechts een gering aantal jongeren op consultatie komt in verband met preventie. (1)

Het aantal contacten met jongeren bij de geïnterviewde artsen bleek deels afhankelijk te zijn van de leeftijd van de arts. Jongere artsen zagen zelf meer jongeren, oudere artsen kwamen minder in contact met jongeren. Gemiddeld zien ze dagelijks tot wekelijks een jongere op consultatie. Verder blijkt dat de geïnterviewde artsen niet allen even veel aandacht besteden aan preventie, het algemeen of psychisch welzijn wordt niet standaard nagevraagd. Er wordt wel in aanraking gekomen met dergelijke problemen als die door de patiënt aangehaald worden, of als de patiënt met een klacht zoals vermoeidheid komt, waarbij deze klacht wel verder uitgewerkt wordt met de nodige aandacht voor het psychisch welzijn.

De eerstelijnsgezondheidszorg is vaak de eerste bron voor ouders van of adolescenten zelf voor hulp in verband met psychische stoornissen. Binnen eerstelijnsgezondheidszorg is er de mogelijkheid tot langdurige relatie met de familie en kennis omtrent de context, waardoor het probleem op de best mogelijke manier aangepakt kan worden in de eerste lijn. (1).

Echter vele jongeren geven aan dat ze hun huisarts niet betrekken bij problemen rond persoonlijke en emotionele problemen. Vaak wordt hulp gezocht bij vrienden en familie. De huisarts is echter wel het primair toegangspunt richting verdere hulp voor jongerenwelzijn. Naast de huisarts is ook de schoolomgeving belangrijk om een jongere de juiste weg te kunnen wijzen naar verdere hulp. In landen waar artsen verbonden zijn aan een school worden deze zeer vaak geconsulteerd door de studenten. (20-22) In België wordt ook een steeds grotere vraag gezien naar consultaties met CLB artsen of medewerkers door studenten of hun ouders. (23) Uit de ondervraging bleek dat jongeren die verder studeren en op kot zitten, mogelijks eerder de artsen verbonden met unief/hoge school contacteren, en minder de huisarts. Hier worden ze dan wel goed geholpen, maar een echte opvolging bij de huisarts kan op die manier moeilijk verlopen. Enkele huisartsen geven aan te denken dat ze zelf niet het eerste aanspreekpunt zijn voor jongeren, en dat ze niet gezien worden als hun vertrouwenspersoon. De reden waarom is moeilijk te achterhalen, er wordt gedacht dat de jongeren de huisarts eerder gekoppeld

zien aan hun ouders, waardoor er een drempel komt om met eigen persoonlijke problemen bij de huisarts terecht te komen. Het beroepsgeheim en de manier waarop huisartsen hier mee omgaan, kan mogelijks een rol spelen.

Er worden tijdens de interviews verschillende drempels ondervonden bij het herkennen en behandelen van problemen omtrent algemeen welzijn bij huisartsen. De diagnose stellen vormt een sterke barrière. Jongeren komen vaker met een fysieke aanmeldingsklacht, ook al is er een achterliggende psychische klacht omdat ze hun probleem minder rechtuit kunnen of durven bespreken met een zorgverlener. Dat wordt in de literatuur bevestigd. (1) Een studie uit Ierland toont dat slechts bij 2% van de contacten van de huisarts de aanmeldingsklacht psychische problemen is, alhoewel dat een vragenlijst bij jongeren van 16 jaar die naar de huisarts gingen, aantoonde dat 38% van deze jongeren reeds met psychische problemen te maken gehad heeft.

Een studie uit Australië met 3242 jongeren tussen 15-24 jaar toonde aan dat slechts 12% van deze jongeren consulteerde omwille van psychische klachten terwijl eigenlijk 50% van die jongeren nood had aan psychologische hulp. Dit toont aan dat geestelijke gezondheidsproblemen sterk onder gerapporteerd zijn, en het zeer moeilijk is om exacte cijfers aan het licht te brengen. (22)

De Brugse huisartsen geven aan dat ze niet steeds verder vragen naar de algemene gezondheid, omwille van de tijd, maar ook omdat het soms moeilijk is om bepaalde signalen op te vangen. In de literatuur worden deze drempels ook beschreven, en verder ook de schrik om diepgaande vragen te stellen en de jongere angst aan te jagen, gebrek aan kennis over diagnostische criteria en gebrek aan training om dergelijke consultaties aan te gaan aangehaald. Verder lijken sommige huisartsen ervan overtuigd te zijn dat geestelijke gezondheidsproblemen bij jongeren over zullen gaan zonder interventie. Daarnaast wordt ook tijdsgebrek als barrière aangegeven, aangezien er vaak maar een vijftiental minuten per consultatie is bij de huisarts, en dit onvoldoende is om zich in dergelijke problemen te verdiepen, waarbij vaak voorrang gegeven wordt aan de fysieke aandoeningen. (1, 2, 21, 24-26) Diagnostische criteria werden niet nagegaan tijdens de interviews van deze masterproef, en geen enkele arts sprak hier zelf over bij de navraag naar diagnose of aanpak bij jongerenwelzijn. Het is moeilijk om hiermee een vergelijking te kunnen maken, maar de eerste indruk is dat de geïnterviewde Brugse huisartsen weinig gebruik maken van gevalideerde criteria of vragenlijsten om welzijnsproblemen te achterhalen.

De aanpak van jongerenwelzijn gebeurt zeer vaak via verwijzing, alle artsen geven aan dat ze bij algemene welzijnsproblemen makkelijk verwijzen naar andere hulpverleners.

Bij die doorverwijzing worden verschillende moeilijkheden aangegeven. Hierbij worden timing, feedback, kennis van indicaties, het beroepsgeheim, de kostprijs en ook de houding van de patiënt aangehaald. De geïnterviewde artsen zien hierbij soms dat een verwijzing niet vlot verloopt, en ook in de literatuur worden dezelfde drempels ondervonden: gebrek aan kennis waar naartoe te sturen, een serieuze wachtlijst voor gespecialiseerde hulp, en de kostprijs die deze extra hulp met zich mee brengt. Door de opgesomde drempelpunten gebeurt het vaak dat patiënten niet ingaan op de verwijzing. (1, 2, 21, 24, 25)

Naast barrières voor de hulpverlener, ondervinden de jongeren zelf ook barrières om hulp te zoeken. Verschillende onderzoeken wijzen uit dat dit onder andere gebrek aan kennis van hulpmogelijkheden, waaronder bijvoorbeeld de perceptie dat een huisarts niet geassocieerd kan worden met geestelijke gezondheidsproblemen, de veronderstelde negatieve houding van de gezondheidsmedewerkers,

schrik voor medicalisering in plaats van andere hulp, schrik voor verbreken van de vertrouwensband, taboes die vaak gepaard gaan met geestelijke gezondheidsproblematiek en praktische, tijdsgebonden en financiële drempels. (20-22, 25, 27)

Bij navraag bij de geïnterviewde artsen wordt aangegeven dat ook zij vermoeden dat de jongere de arts niet ziet als vertrouwenspersoon, of dat jongeren mogelijks denken dat ze met de problemen die ze hebben niet bij een arts terecht kunnen. De vertrouwensband wordt aangehaald door de medewerker van Route 36: hij merkt op dat verschillende jongeren inderdaad schrik hebben, of effectief meegemaakt hebben, dat de arts het beroepsgeheim zal breken en de ouders op de hoogte zal brengen. De geïnterviewde artsen geven aan dat ze de jongeren wel proberen duidelijk te maken dat ze steeds bij hen terecht kunnen, ook al mogen de ouders dit niet weten.

Eventuele oplossingen voor deze drempels omvatten volgens de literatuur betere educatie en training voor huisartsen in kader van omgang met jongeren en hun problemen, betere communicatie met werkingen die instaan voor verdere hulp bij jongerenwelzijn, gebruik van screeningtools om de diagnose beter te kunnen stellen om zo meer tijd te hebben voor behandeling, en vermindering van het stigma rond mentale gezondheidsdiagnoses. Empathie en een open houding naar jongeren toe, blijken cruciale factoren te zijn in het al dan niet goed kunnen aanpakken van een bepaald welzijnsprobleem, en het vertrouwen die een arts heeft om deze problemen aan te pakken. (21, 22, 24, 25, 28)

Bij de ondervraging waren bepaalde artsen van mening dat de algemene artsenopleiding wel voldoende gericht is naar welzijn toe. Wel werd opgemerkt dat er mogelijks meer aandacht moet zijn voor de bestaande doorverwijsmogelijkheden in de buurt. Specifieke opleidingen voor artsen naar omgang met jongeren of achterhalen van hun problematiek toe, zoals beschreven in de literatuurstudies, zijn in België minder beschikbaar, waardoor de vergelijking moeilijk gemaakt kan worden of de aanpak van algemeen welzijn beter zou zijn met of zonder dergelijke extra opleiding. Zoals hoger vermeld wordt gebruik van screeningstools door geen enkele arts vermeld, waardoor het vermoeden dat deze niet of weinig gebruikt worden. Het taboe wordt wel gemeld, en de arts die hierover spreekt is ook van mening dat dit verder aangepakt dient te worden, mede door de maatschappij. Naar communicatie met verschillende werkingen toe, wordt gezien dat er beter zelf gebeld wordt zodat een patiënt effectief ingaat op de verwijzing, en is het belangrijk de patiënt hierin voldoende te stimuleren en ondersteunen. Voldoende informatie geven over een bepaalde instantie en de werking ervan, kan al een goede aanzet zijn om de drempel voor de patiënt om in te gaan op de verwijzing te verlagen.

Het Eureka project uit Nederland dat liep van 2009-2011 probeert bepaalde barrières van huisartsen om een psychologische behandeling te voorzien weg te nemen. Het project houdt in dat, wanneer een huisarts geestelijke gezondheidsklachten bij kinderen en jongeren tot 18 jaar vermoed, er een bepaald traject uitgestippeld wordt. Dit traject houdt in dat de patiënt eerst voor een uitgebreide consultatie uitgenodigd wordt, om de tijdsbarrière weg te kunnen werken. De patiënt kan eventueel naar een gespecialiseerd verpleegkundige doorverwezen worden voor verdere exploratie. Er werd in de deelnemende praktijken een voldoende financiële vergoeding voorzien voor de uitgebreide consultaties en voor de gespecialiseerd verpleegster binnen het huisartsencentrum. Na de uitgebreide consultatie wordt beslist of de patiënt in het huisartsencentrum geholpen kan worden, of er beter verwezen wordt naar gespecialiseerde hulpverleners. De verwijsdrempels worden weggenomen dankzij nauwe samenwerking met die gespecialiseerde hulpverleners, die “in dienst” zijn van het project. Tijdens het project wordt gezien dat er een significante stijging is van identificatie van psychosociale problemen tussen 2009 en 2011, deze stijging is een stuk groter bij deelnemende

praktijken in vergelijking met controlepraktijken. Wanneer er psychologische problemen waren, werd gezien dat er in de deelnemende praktijken meer consulten geregistreerd waren omtrent dit probleem dan in de controlepraktijken. Er werd nog steeds vaak doorverwezen, maar in de deelnemende praktijken werd er meer verwezen naar hulpverleners binnen de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg. Dit toont aan dat als bepaalde drempels weggenomen kunnen worden, er een betere zorg kan zijn binnen de eerste lijn. (26) Bij dit project was er de financiële vergoeding, alsook de meer uitgebreide huisartsencentra in Nederland in vergelijking met België. Het voornaamste is dat verdere eerstelijnshulp soms voorbij gegaan wordt, en deze studie toont aan dat bij betere aandacht en diagnosestelling, vaak voldoende hulp geboden kan worden in eerste lijn.

Meerdere van de opgesomde drempels kunnen bij deze weggenomen worden door een combinatie van educatieve interventies en aanpassing van de organisatie van de gezondheidszorg: er is nood aan 'jeugdvriendelijke' eerstelijnsgezondheidszorg. De WHO heeft een concreet kader opgesteld voor ontwikkeling van dergelijke instanties. Dit kader omvat een instantie die iedereen op een gelijke manier benaderd, die laagdrempelig is op basis van prijs, locatie en toegankelijkheid, waar vertrouwen gegarandeerd kan worden, waarbij geschikte en correct opgeleide medewerkers zonder oordelen met jongeren kunnen werken, en er een brede range aan diensten aangereikt kan worden. (21, 22)

Route 36 lijkt aan deze voorwaarden te voldoen. De organisatie is opgericht speciaal om kansarme jongeren meer of evenveel kansen te kunnen geven, maar iedereen is er welkom. De manier waarop de organisatie te bereiken is, is zeer uitgebreid en laagdrempelig. De laagdrempeligheid wordt bewezen door het feit dat de preventiewerkers zelf op zoek gaan naar jongeren, om iedereen te kunnen bereiken. De verschillende instanties zijn allemaal gratis, er kan gebeld of gechat worden, en via het open huis kunnen jongeren of hun ouders zelf langsgaan. Vertrouwen is een zeer belangrijk punt, de jongere wordt bij elke stap ingelicht en er wordt telkens gevraagd of die jongere hiermee akkoord gaat, voor aleer er verdere hulpverlening gecontacteerd wordt. Bij navraag naar opleiding en manier van omgang met de jongeren, wordt aangegeven dat iedereen die er werkt verdere opleiding gevolgd heeft, zoals sociaal werk, criminologie en andere. (mondeling verkregen informatie van een medewerker van Route 36)

Hieruit blijkt dat samenwerken met een jongerenvriendelijke organisatie wel degelijk kan helpen om jongerenwelzijn aan te pakken. Hiermee gaan de geïnterviewde huisartsen allen akkoord. Niet elk facet van de organisatie bleek even nuttig te zijn voor de huisarts, hierbij zijn bijvoorbeeld het salon en buurtsport twee onderdelen waarbij huisartsen het nut niet zien om rechtstreeks mee samen te werken, echter vonden ze het wel nuttig jongeren naar route 36 te verwijzen, zodat aldaar gezien kan worden welke verdere noden er zijn. Als blijkt dat de jongere nood heeft aan meer sociaal contact, kan het salon of buurtsport ingeschakeld worden via route 36, maar niet rechtstreeks via een arts.

Duidelijk is dat geen enkele arts van deze organisatie op de hoogte was, waarbij sommige artsen zelf verschoten dat ze dit niet kenden. Een samenwerking lijkt vanuit beide partijen mogelijk en gewenst te zijn, maar liefst na een contactmoment met de organisatie waarbij ze zichzelf kunnen voorstellen en waarbij nagegaan kan worden wat die samenwerking kan inhouden.

4.1. Zwaktes van de studie

Gezien slechts enkele huisartsen geïnterviewd werden, is het moeilijk hun mening door te trekken naar alle huisartsen in Brugge.

Huisartsen die willen meewerken aan het interview zijn mogelijks reeds meer bezig met het onderwerp, en zullen misschien een andere methode hebben binnen de aanpak van jongerenwelzijn. Er werd gezien dat voornamelijk jonge huisartsen bereid waren om deel te nemen aan het onderzoek, waarbij de mening bij jonge en oudere huisartsen op bepaalde punten verschilde. Het algemeen resultaat wordt dus voornamelijk gevormd door de mening van jongere huisartsen, waardoor het hierbij moeilijk is deze mening te kunnen veralgemenen voor alle huisartsen in Brugge.

De duur van het interview varieerde tussen 20 en 40 minuten, sommige huisartsen reageren korter of geven niet hun volledige uitleg om zo mogelijks niet te veel tijd te moeten besteden aan het interview, de tijdsdruk vormt bij deze studie zeker een bias.

Als laatste was er jammer genoeg een veel lagere respons rate dan op voorhand gedacht. Mogelijks door de tijdsdruk die huisartsen ervaren.

4.2. Sterktes van de studie

Het voordeel van kwalitatief onderzoek voor deze studie is de opzet waarbij dieper ingegaan kan worden op de mening van enkele artsen, en de mogelijkheid om tijdens het onderzoek nog vragen aan te passen.

Daarnaast was het ook mogelijk om een medewerker van route 36 zelf te interviewen, waardoor van beide perspectieven (de huisarts die verwijst, en de organisatie naar waar verwezen wordt), een opinie verkregen werd.

Verder was het een zeer specifiek onderzoek, waarbij artsen uit een specifieke stad werden ondervraagd over een organisatie in diezelfde stad, waardoor gehoopt wordt dat het jongerenwelzijn effectief kan verbeteren door dit gericht onderzoek.

4.3. Praktijkimplicaties

Uit de studie blijkt dat niet elke arts evenveel aandacht heeft voor preventie. Er wordt niet standaard nagevraagd hoe de patiënt zijn welzijn ondervindt op dat ogenblik. Er kan meer inzet gevraagd worden van huisartsen om hier correct mee om te gaan, en dit als soort van routine te verwerken in de consultaties. Dit wil niet zeggen dat er telkens een uitgebreide anamnese dient te gebeuren naar het welzijn van de patiënt, maar eens kort navragen kan bepaalde signalen naar bovenbrengen om te zien bij welke patiënt er al dan niet problemen kunnen zijn, en de noodzaak om er bij die patiënt wat dieper op in te gaan, eventueel tijdens een vervolgconsult. De vraag blijft of de hulp van specifieke vragenlijsten kan helpen bij diagnostiek, dit dient verder onderzocht te worden.

Daarnaast is de kennis van Route 36 bij huisartsen nihil. Beide partijen geven aan graag samen te werken, waardoor een voorstelling van Route 36 bij de Brugse huisartsen zich opdringt. Een voorstelling op een LOK vergadering, of via een bijscholing van het HABO (Huisartsenkring van Brugge en Omgeving) lijkt de beste manier te zijn. Hiervoor worden beide partijen aan elkaar gelinkt door de onderzoeker, waardoor dit op een later tijdstip plaats kan vinden. Hiermee kan de start gezet worden om samenwerking tussen Route 36 en huisartsen te vergroten, met als doel het jongerenwelzijn in Brugge te verbeteren.

5. Besluit

Als besluit kan gesteld worden dat Brugse huisartsen wel degelijk in contact komen met Brugse jongeren. Enerzijds en voornamelijk voor fysieke problemen, maar ook problematiek omtrent welzijn komt bij de huisarts terecht. Algemeen wordt eerst geprobeerd het probleem en de context ervan te achterhalen, waarbij vertrouwen winnen van de patiënt een belangrijk onderdeel is. Wanneer blijkt dat de huisarts de patiënt onvoldoende kan helpen, wordt deze doorverwezen. Alle huisartsen geven aan dat dit de meest gebruikte methode is om welzijnsproblematiek aan te pakken. Hierbij wordt voornamelijk naar privé psychologen verwezen, en minder naar bredere instanties binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Bij de aanpak wordt op verschillende drempels gestoten, gaande van opvangen van signalen en diagnostiek, tot het verwijzen zelf waarbij timing en indicatie de moeilijkste kwesties zijn.

Route 36 blijkt te voldoen aan WHO definitie van jeugdvriendelijke eerstelijnsgezondheidszorg, waardoor jongeren hier zeker gepast geholpen kunnen worden. De geïnterviewde huisartsen en de medewerker van Route 36 nemen aan dat samenwerking een pluspunt kan zijn om het jongerenwelzijn in Brugge te verbeteren. Hierbij is er echter nood aan voldoende aandacht voor preventie en diagnostiek van welzijnsproblematiek, en de voorstelling van Route 36 aan Brugse huisartsen.

6. Referenties

1. James D. Nordin LIS, Emily D. Parker. Adolescent primary care visit patterns. Annals of family medicine. 2010;8(6):511-6.
2. Doireann O'Brien KHea. Barriers to managing child and adolescent mental health problems: a systematic review of primary care practitioners' perceptions. Britisch journal of general practice. 2016:e693-e707.
3. Stad Brugge OCMW Brugge en CAW regio Brugge. Brugge(n) voor jongeren. Maatschappelijk kwetsbare jongeren in Brugge: Waar staan we? Waar willen we naartoe? 2012.
4. Route 36. [Available from: https://www.route36.be/.
5. Vlaams instituut gezond leven. Wat is gezondheid? 2020 [Available from: https://www.gezondleven.be/kwaliteitsvolle-gezondheidsbevordering/wat-is-gezondheid.
6. Lieve Bradt SP, Johan Put, Jessy Siongers, Bram Spruyt. Jongeren in cijfers en letters 4. Bevindingen uit de JOP-monitor 4, de JOP-kindmonitor en de JOP-schoolmonitor 2. Leuven: Acco; 2019.
7. Carmel Proctor AL, John Maltby. Youth life satisfaction: a review of the literature. J hapiness stud. 2009;10:48.
8. J.W. Gorter DS, M. Woodbury-Smith. Youth in transition: care, health and development. Child: care, health and development. 2011;37(6):757-63.
9. Decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders, 2004035536 (2004).
10. Samenwerkingsverband Eerstelijnsgezondheidszorg. Eerstelijnsgezondheidszorg [Available from: http://www.vlaamsesels.be/drupal/?q=node/2.
11. VU Brussel, UGent, KU Leuven. Jeugdonderzoeksplatform. 2020.
12. Nicole Vettenburg JDeJS. Jongeren in cijfers en letters. Bevindingen uit de JOP-monitor 2. Leuven: Acco; 2010.
13. Decreet betreffende de integrale jeugdhulp, (2013).
14. Vlaamse Overheid. Jaarverslag jeugdhulp 2017. 2017:166.
15. Vlaamse Overheid. Jeugdhulp. [Available from: https://www.jeugdhulp.be/.
16. CAW. CAW 2020 [Available from: https://www.caw.be/.
17. Stad Brugge OCMW Brugge en CAW regio Brugge. Brugge(n) voor jongeren. Werkingsverslag 2017. 2017.
18. Piet Verschuren en Hans Doorewaard. Het ontwerpen van een onderzoek. Amsterdam: Boom Lemma uitgevers; 2015.
19. George Patton, Claudia Cappa, et al. Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. The Lancet. 2012;379:16.
20. Jennifer Ellen Anderson CAL. Connecting youth with health services. Canadian Family Physician. 2010;56(august):7.
21. Andre Tylee DMH, Tanya Graham, Racher Churchill, Lena A Sanci. Youth-friendly primary care services: how are we doing and what more needs to be done? The Lancet. 2007;369:9.
22. W. Cullen NB, D. Connolly, D. Meagher. What is the role of general practice in addressing youth mental health? Irish Journal of Medical Science. 2012(181):9.
23. Vlaams Loket Jeugdhulp. Jaarverslag jeugdhulp 2018. Vlaanderen: Vlaamse overheid; 2018.
24. Michelle Kehoe, Stuart Lee, Liza Hopkins, Glenda Pedwell. General Practitioners' management of young people with mental health conditions in Australia. Early intervention in psychiatry. 2020;14:6.
25. D. Leahy, J. Saunders et al. Role of the general practitioner in providing early intervention for youth mental health: a mixed methods investigation. Early intervention in psychiatry. 2018(12):15.
26. Peter Verhaak, Marlies van Dijk, Dick Walstock, Marieke Zwaanswijk. A new approach to child mental healthcare within general practice. BMC Family Practice. 2015(16):10.

27. Matthew Aaslma ALG, Shan Xiao, Vaughn Rickert. Parent and adolescent views on barriers to adolescent preventive health care utilization. The journal of pediatrics. 2016;169:6.
28. Amy Moriarity FN, Michael Byme, Walter Cullen, Ellis Hennessy. General practitioners' training and their attitudes towards young people who self-harm: a cross sectional survey. Early intervention in psychiatry. 2020(january):7.

7. Bijlagen

7.1. Goedgekeurd protocol aanvraag ethisch comité

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

Kwalitatief onderzoek naar noodzaak en kennis van eerstelijns doorverwijsmogelijkheden in Brugge in kader van jongerenwelzijn.

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

PROMOTOR
- NAAM: WILLEMS SARA
- FUNCTIE: ZAP
- UNIVERSITEIT: UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID EN EERSTELIJNSZORG, FACULTEIT GENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 093323984
- FAX:
- E-MAIL: SARA.WILLEMS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. SARA WILLEMS

CO-PROMOTOR
- NAAM: EMELIEN LAUWERIER
- FUNCTIE: POSTDOCTORAAL ONDERZOEKER
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID EN EERSTELIJNSZORG, FACULTEIT GENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 093323984
- FAX:
- E-MAIL: EMELIEN.LAUWERIER@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER PROF. DR. SARA WILLEMS

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

- NAAM: HANNELORE YSEBAERT
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UGENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE

- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 050 60 00 77
- E-MAIL: HANNELORE.YSEBAERT@UGENT.BE

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

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: SCHRIER KIRYA
- ADRES: ELIZABETHLAAN 124 8300 KNOKKE HEIST
- TELEFOONNUMMER: 050 60 00 77
- E-MAIL: HUISARTSENCENTRUMALBERTSTRAND@GMAIL.COM
- TYPE-PRAKTIJK: GROEPSPRKATIJK HUISARTSENCENTRUM ALBERTSTRAND

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE:
- NAAM ONDERZOEKER:
- DATUM GOEDKEURING:

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

- START ONDERZOEK: 1/3/2019 (AFHANKELIJK VAN GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 31/8/2020

7. SOORT ONDERZOEK

- ❑ **PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK**
  - ❑ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
  - ❑ VRAGENLIJSTEN
  - ❑ **INTERVIEW**
- ❑ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
  - ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
  - ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
    - ❑ WELKE PERIODE: ….
- ❑ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
  - ❑ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
    - ❑ FASE I
    - ❑ FASE II
    - ❑ FASE III
    - ❑ FASE IV
    - ❑ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
    - ❑ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
    - ❑ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
  - ❑ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE**,** BLOEDAFNAME, RX,…)
    - ❑ MEDICAL DEVICE
    - ❑ BLOEDAFNAME, RX,…

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL, VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

GEMEENSCHAPSGERICHTE EERSTELIJNSZORG IS DE AANPAK NAAR WAAR GESTREEFD WORDT. GEZIEN DE JONGERENLEEFTIJD CRUCIAAL IS VOOR VERDERE SOCIALE EN MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELING, IS PREVENTIE EN AANPAK VAN JONGERENWELZIJN PRIORITAIR. ER IS EEN STEEDS GROTERE VRAAG NAAR CONSULTEN OMTRENT JONGERENWELZIJN. WEST-VLAAMSE CIJFERS OMTRENT DOORVERWIJZING NAAR EEN CENTRUM VOOR ALGEMEEN WELZIJN BIJ JONGEREN TONEN AAN DAT DE HUISARTS SLECHTS EEN MINIEM AANDEEL HEEFT IN DEZE DOORVERWIJZINGEN. KOMEN BRUGSE HUISARTSEN IN CONTACT MET DE ALGEMENE GEZONDHEID BIJ JONGEREN? WELKE PROBLEMEN ZIJN DIT? HOE WORDEN DEZE MOMENTEEL AANGEPAKT? HERKENNEN ZIJ DE STIJGENDE PROBLEMATIEK OMTRENT JONGERENWELZIJN?

IN BRUGGE WORDT GEMEENSCHAPSGERICHTE EERSTELIJNSZORG REEDS VERWEZENLIJKT VIA DE ORGANISATIE "ROUTE 36". VIA PREVENTIE EN DOORVERWIJSMOGELIJKHEDEN WORDEN JONGEREN OPTIMAAL BIJGESTAAN. KAN DE ORGANISATIE "ROUTE 36" EEN HULP ZIJN EN DOOR HUISARTSEN INGESCHAKELD WORDEN OM HET JONGERENWELZIJN TE VERBETEREN?

DIT WORDT NAGEGAAN VIA EEN ONDERZOEK MET TELEFONISCHE INTERVIEWS, EN VERLOOPT IN VERSCHILLENDE FASEN.
TIJDENS DE EERSTE FASE WORDT EEN LITERATUURSTUDIE UITGEVOERD NAAR GEMEENSCHAPSGERICHTE EERSTELIJNSZORG, EN HET OPSTELLEN VAN EEN TELEFONISCH PROTOCOL. EEN LIJST VAN BRUGSE HUISARTSEN WORDT OPGESTELD VIA INFORMATIE VERKREGEN UIT HET THUISZORGZAKBOEKJE VAN HET SAMENWERKINGSINITIATIEF EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG NOORD-WEST-VLAANDEREN. HIERBIJ WORDT GEPROBEERD EEN ZO BREED MOGELIJKE VARIATIE AAN ARTSEN TE CONTACTEREN QUA PRAKTIJKORGANISATIE EN ERVARING ALS ARTS. HET DOEL IS OM UITEINDELIJK 10-15 ARTSEN TE KUNNEN INTERVIEWEN.

DE TWEEDE FASE BESTAAT UIT EEN EERSTE CONTACTMOMENT WAARBIJ DE INTERESSE TOT DEELNAME WORDT NAGEGAAN. TIJDENS DE DERDE FASE WORDT HET EIGENLIJKE INTERVIEW TELEFONISCH AFGENOMEN. DEZE UITGESCHREVEN CONTACTEN KUNNEN TERUG GEVONDEN WORDEN IN HET PROTOCOL. DE VIERDE FASE BESTAAT UIT NEERSCHRIJVEN EN ANALYSEREN VAN DE INTERVIEWS.

VERDER WORDT EEN BROCHURE OPGESTELD BESTAANDE UIT INFORMATIE ROND DE VERSCHILLENDE INITIATIEVEN VAN "ROUTE 36", EN DE DOORVERWIJSMOGELIJKHEDEN. DEZE BROCHURE WORDT NA HET INTERVIEW OPGESTUURD NAAR DE DEELNEMENDE HUISARTSEN.

ALS DOEL WORDT MET DIT ONDERZOEK NAGEGAAN WAT DE NOODZAAK IS NAAR DOORVERWIJSMOGELIJKHEDEN IN KADER VAN JONGERENWELZIJN IN BRUGGE, EN WORDT GEPEILD NAAR DE KENNIS EN METHODE VAN AANPAK BIJ ENKELE BRUGSE HUISARTSEN.

9. IS HET ONDERZOEK

- ❑ DIAGNOSTISCH
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ❑ MORFOLOGISCH
- ❑ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- ❑ **EPIDEMIOLOGISCH**

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

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

FACULTEIT GENEESKUNDE UNIVERSITEIT GENT.

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

PATIËNTEN LIJDEND AAN : …

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

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 10 – 15 HUISARTSEN IN BRUGGE

D. LEEFTIJD : 28-65 JAAR

E. GESLACHT : MANNEN EN VROUWEN

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? TELEFONISCH (ZIE KORTE SAMENVATTING)

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

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

SCHRIFTELIJK :

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

MONDELING :

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ?

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

ZO JA, DOOR WIE ? …

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? …

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

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

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

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

16. VERZEKERING

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

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

NEEN
ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

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

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

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

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

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

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

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

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

- ❑ **WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT**
- ❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

  WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

- ❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

  WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)
GEEN

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

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? …

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? …

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

NIET VAN TOEPASSING

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

NIET VAN TOEPASSING

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

NIET VAN TOEPASSING

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

NIET VAN TOEPASSING

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

- ❑ **NIET VAN TOEPASSING**
- ❑
- ❑
- ❑ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:

- ☐ ERELOON:
- ☐ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

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

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 19/02/2019
NAAM : HANNELORE YSEBAERT
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 18/2/19
NAAM : Dr Keiye Schier
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID EN EERSTELIJNSZORG
UNIVERSITEIT GENT
Prof. dr. S. WILLEMS – Vakgroepvoorzitter
CAMPUS UZ GENT – 6K3
Corneel Heymanslaan 10
B-9000 GENT
TEL. +32(0)9 332 36 28

CO-PROMOTOR

DATUM : 19/02/2019
NAAM : Kaat Van Roy
HANDTEKENING : iov Emeriten Lauwerier

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM : 19.02.2019
NAAM :
HANDTEKENING :

VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID EN EERSTELIJNSZORG
UNIVERSITEIT GENT
Prof. dr. S. WILLEMS – Vakgroepvoorzitter
CAMPUS UZ GENT – 6K3
Corneel Heymanslaan 10
B-9000 GENT
TEL. +32(0)9 332 36 28

7.2. Informatiebrief en toestemmingsformulier deelnemer

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: Kwalitatief onderzoek naar noodzaak en kennis van eerstelijns doorverwijsmogelijkheden in Brugge in kader van jongerenwelzijn.

Beste,

In kader van mijn master-na-master huisartsgeneeskunde, nodig ik u uit om deel te nemen aan deze studie. De studie staat onder begeleiding van Prof. Dr. Sara Willems en Kaatje Van Roy, beiden verbonden aan de vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg van de faculteit Geneeskunde aan de Universiteit Gent.

U heeft onlangs toegezegd tot deelname van de studie, en als gevolg hiervan deze informatiebrief ontvangen per mail of per post.

Neem, voor u beslist deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de arts-onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

Beschrijving en doel van de studie

Jongerenwelzijn kan in Brugge reeds via gemeenschapsgerichte zorg aangepakt worden, ook preventie is hierbij een belangrijke factor.

Dit onderzoek peilt naar de noodzaak en kennis van eerstelijns doorverwijsmogelijkheden in kader van jongerenwelzijn te Brugge. Met het onderzoek wordt in kaart gebracht of er al dan niet nood is naar doorverwijzing, en wat hierbij de mogelijkheden zijn. Zien jullie als Brugse huisartsen problemen bij het welzijn van jongeren? En hoe worden deze momenteel aangepakt? Zou dit in de toekomst anders kunnen verlopen dankzij de bestaande organisaties in Brugge?

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om aan een kort telefonisch interview deel te nemen. Dit interview zal ongeveer 20-40 minuten in beslag nemen. Hierbij wordt ook gevraagd of dit onderzoek opgenomen kan worden, indien u dit liever niet wenst, wordt enkel gewerkt met notities gemaakt tijdens het interview.

Verder krijgt u na het interview een informatiebrochure met uitleg over het aanbod van bepaalde Brugse organisaties, om zo de doorverwijsmogelijkheden te vergroten, met als doel het welzijn van jongeren te verbeteren.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Sara Willems.

Toestemming en weigering

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om deel te nemen aan het interview zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie met de onderzoeker en onderzoeksinstelling.

Voordelen

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen voordeel met zich mee. Wel verkrijgt u verdere kennis omtrent jongerenwelzijn, en een brochure met doorverwijsmogelijkheden en andere methoden om jongeren bij te staan, specifiek in de stad Brugge.

Kosten

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

Vertrouwelijkheid

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden. Hierbij zal de sleutel tot deze codes enkel toegankelijk zijn voor de onderzoeker. Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden in alle documentatie, rapporten of publicaties over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de hoofdonderzoeker, Prof. Dr. Sara Willems. Zijn/haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens. De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: privacy@ugent.be.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot de gegevens om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

U heeft het recht om een klacht in te dienen over hoe uw informatie wordt behandeld, bij de Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Verzekering

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding in het geval van schade ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004.

Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer BEL000862).

Alvast hartelijk bedankt voor uw tijd, u wordt binnenkort een tweede maal gecontacteerd voor het interview.

Bij vragen of opmerkingen bij deze informed consent, of het verder onderzoek, kunt u mij steeds contacteren via volgende gegevens:
E-mailadres: hannelore.ysebaert@ugent.be
Telefoonnummer: 050 60 00 77 (huisartsencentrum Albertstrand)
Adres: Hannelore Ysebaert – Elizabethlaan 124 – 8300 Knokke-Heist

Met vriendelijke groeten,

Dr. Hannelore Ysebaert, huisarts in opleiding

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik heb het document “Informatiebrief voor de deelnemers” pagina 1 tot en met 3 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.	
Ik stem ermee in om deel te nemen aan deze studie.	
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven.	
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.	
Men heeft mij ingelicht dat de onderzoek data worden bewaard tot de termijn waarop ze gepubliceerd zijn. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens.. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.	

Naam en voornaam van de geïnterviewde arts	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de onderzoeker	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard gedurende de termijn dat de studie loopt, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

7.3. Goedkeuring ethisch comité

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Prof. dr. Sara WILLEMS
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
ALHIER

contact	telefoon	e-mail
Ann Haenebalcke Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 22 66	Ethisch.comite@uzgent.be ann.haenebalcke@uzgent.be

Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
2019/0341		4-apr-19	1/2

Betreft :

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Kwalitatief onderzoek naar noodzaak en kennis van eerstelijns doorverwijsmogelijkheden in Brugge in kader van jongerenwelzijn. (MaNaMa Hannelore Ysebeert)

Belgisch Registratienummer: B670201939588

* Adviesaanvraagformulier dd. 19/02/2019, Volledig ontvangen dd 05/03/2019, versie 1
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier dd. 03/02/2019, versie 1
* Protocol dd. 03/02/2019, versie 1

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. S. WILLEMS ; Hoofdonderzoeker

**BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 01/04/2019.
INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 31/03/2020, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.**
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 01/04/2019.
IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 31/03/2020, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 16/04/2019

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 16/04/2019

* *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
* *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
* *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
* *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
* *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. D. Mathys

SECRETARIS
Prof.dr. J. Decruyenaere

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sara De Smet
T +32(09) 332 68 55
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54

SECRETARIAAT
Wendy Van de Velde
T +32(09) 332 56 13
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 28 88
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7822

* *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
* *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
* *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
* *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
* *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
* *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
* *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

7.4. Protocol interview

Zoals hoger vermeld werd dit protocol aangepast naarmate meer interviews afgenomen werden om uiteindelijk tot onderstaand resultaat te komen.

1. Contact met jongeren

Hoeveel jongeren worden ongeveer gezien in deze praktijk? (procentueel tegenover kinderen en volwassenen, of aantal per dag zo mogelijk..) leeftijd 14-24j

Kunt u een inschatting maken van het psychisch lijden bij jongeren? (in vergelijking met fysiek lijden) (bijvoorbeeld ½ jongeren komt omwille van psychisch lijden)

Heeft u in uw praktijk reeds casussen gehad heeft bij jongeren omtrent hun algemeen welzijn?

Kunt u hiervan een specifiek voorbeeld geven?

Hoe probeert u dit aan te pakken?

Wat zijn volgens u struikelblokken voor jongeren om met problemen omtrent psychisch of algemeen welzijn bij de huisarts te komen?

Vindt u dat jongerenwelzijn tot het takenpakket van de huisarts behoort?

Vindt u dat we als huisarts voldoende opgeleid zijn om dergelijke situaties goed te kunnen begeleiden?

Worden jongeren die zouden komen omwille van psychisch lijden vaak doorverwezen ?

Zo ja naar welke instantie of welke hulpverlener?

Op welke manier verloopt dergelijke doorverwijzing?

Wat verloopt er volgens u moeilijk bij het doorverwijzen naar psychologische hulp?
(bijvoorbeeld lange wachttijd, weinig feedback, verantwoordelijkheid patiënt..)

Verwacht u nadien feedback?

Zo ja, op welke manier?

2. Kennis van Route 36

Kent u organisaties in Brugge die gericht zijn op jongerenwelzijn?

Kent u de organisatie “Route 36”?
[Zo ja] Hoe heeft u deze organisatie leren kennen? Weet u welke aparte initiatieven deze organisatie omvat?

[Zo nee] Route 36 is een organisatie die verschillende initiatieven omvat omtrent jongerenwelzijn. Misschien kent u wel een van de volgende initiatieven: buurtsport, ‘t salon, Jongeren Advies Centrum?
[Zo gekend] Vanwaar kent u deze organisatie?

[Zo niet gekend] Ik geef u kort wat informatie.

Buurtsport is een organisatie die in bepaalde wijken laagdrempelige sportactiviteiten aanbiedt voor jongeren van 6-25 jaar. Verder wordt er ook met een vakantieprogramma gewerkt met verschillende uitstappen en activiteiten.
JAC (jongeren advies centrum) is het jongerenonthaal van CAW Noord-West-Vlaanderen, waarbij jongeren gratis en anoniem informatie, advies en ondersteuning kunnen krijgen. Er wordt ook aan preventie gedaan door onder andere vorming over specifieke thema's of sensibiliseringsacties.
't Salon is een jongerenwerking waar jongeren op woensdag en vrijdag zich kunnen ontspannen of deelnemen aan een activiteit. De bedoeling is dat jongeren zich hier vrij en goed voelen, en ook sociaal contact met anderen kunnen aangaan.
LOGiN voorziet zeer persoonlijke trajectbegeleiding voor jongeren, om verschillende problemen praktisch aan te pakken.

Na deze korte uitleg, denkt u dat deze initiatieven behulpzaam zijn naar jongerenwelzijn toe?

Verrijkt deze informatie uw kennis omtrent aanpak van jongerenwelzijn?

3. Samenwerking met Route 36

Denkt u dat het nuttig zou zijn om jongeren hiernaar te verwijzen?

Hoe zou zo'n verwijzing volgens u best kunnen verlopen?
bv De organisatoren kunnen gecontacteerd worden, de informatie kan met de jongere samen opgezocht worden, de arts kan de site of andere gegevens doorgeven aan de jongere.

Ziet u het haalbaar om als arts een patiënt door te verwijzen?

Wat denkt u van opvolging hiervan, is dit nodig, en zo ja, hoe zou u dit aanpakken?

Denkt u dat u in het vervolg jongeren zult verwijzen naar een van de initiatieven van "Route 36"?

Ontvangt u graag meer informatie over deze organisatie? Zo ja, op welke manier?
(brochure, doormailen van info..)

Enkele artsen geven aan dat kennismaking met Route 36 via een LOK vergadering of via de HABO wel een optie is. Wat vind u hiervan? Wat zou je praktisch gezien verwachten van dergelijke voordracht?

Heeft u zelf nog vragen of opmerkingen omtrent deze studie of het interview?