KU LEUVEN UNIVERSITEIT GENT UNIVERSITEIT ANTWERPEN VU BRUSSEL

INTERUNIVERSITAIRE MANAMA-OPLEIDING JEUGDGEZONDHEIDSZORG

SAMENWERKING TUSSEN CLB EN DE LOKALE HUISARTSEN: EEN KNELPUNTENANALYSE

Een onderzoek naar de knelpunten van CLB-medewerkers (uit GO CLB Westhoek en uit VCLB Veurne-Diksmuide-Westkust) en van huisartsen (uit de huisartsenkring IJzerstreek en Westkust) bij hun onderlinge samenwerking.

De Coster Eveline

Promotor Prof. Dr. Lieve Peremans
Co-promotor Dr. Stéphanie De Maesschalck
Co-promotor Dr. Hans Vandelannoote

Datum verdediging: 10/09/2013

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

INHOUDSTAFEL

DANKWOORD III
INLEIDING 1
Motivatie 1
Doelstelling 2
Onderzoeksvragen 3
Leeswijzer van de masterproef: Hoe verloopt dit project? 3
Stap 1 FIND 5
1.1 Probleemstelling 5
1.2 Literatuurstudie 6
1.2.1 Inleiding 6
1.2.2 Zoekstrategie 6
1.2.3 Resultaten van het literatuuronderzoek 9
1.2.3.1 Hoe verloopt de huidige samenwerking; welke knelpunten zijn er? 10
1.2.3.2 Welke interventies kunnen de samenwerking verbeteren? 12
1.2.3.3 Op welke manier kan samenwerking gemeten worden? 14
1.2.3.4 Wat is het belang van een samenwerkingsprotocol om samenwerking te verbeteren? 15
1.2.3.5 Wat is het belang van een goede samenwerking? 16
1.2.3.6 Wat zijn voorwaarden voor goede samenwerking? 18
Stap 2 ORGANISE 19
Stap 3 CLARIFY 20
3.1. Gebruikte Onderzoeksmethoden 20
3.1.1. Kwalitatief onderzoek 20
3.1.2. Kwantitatief onderzoek 23
3.2. Onderzoeksresultaten 24
3.2.1. Kwalitatief onderzoek 24
3.2.1.1. Inhoudelijke thema's 24
3.2.1.2. Pluspunten 25
3.2.1.3. Minpunten 28
3.2.1.4. Verwachtingen 34
3.2.1.5. Oplossingen 37
3.2.2. Kwantitatief onderzoek 40
3.2.2.1. Persoonsgegevens 40

3.2.2.2. Onderlinge contacten tussen de hulpverleners 42
3.2.2.3. Doorverwijzingen 47
Stap 4 UNDERSTAND 50
Stap 5 START 51
5.1. Overleg met de stakeholders 51
DISCUSSIE 54
Beschrijving van de resultaten 54
Uitdieping van de resultaten 55
Terugkoppeling met de literatuur 57
Aanbevelingen voor verder onderzoek 57
Aanbevelingen voor de praktijk 58
Sterke punten van dit onderzoek 59
Zwakke punten van dit onderzoek 60
ABSTRACT 62
REFERENTIES 63
BIJLAGE 1: Gebruikte afkortingen. i
BIJLAGE 2: Uitgebreide literatuurzoektocht (juli 2013). ii
BIJLAGE 3: Samenwerkingsnota VWVJ – WVVH, november 1997. vii
BIJLAGE 4: Goedkeuring van de ethische commissie. ix
BIJLAGE 5: Uitnodigingsemail voor de CLB-medewerkers. x
BIJLAGE 6: Inlichtingenformulier. xi
BIJLAGE 7: Onderzoeksprotocol. xii
BIJLAGE 8: Uitnodigingsemail voor de LOK-verantwoordelijken. xiv
BIJLAGE 9: Uitnodigingsemail voor de huisartsen. xv
BIJLAGE 10: Script voor de moderator. xvi
BIJLAGE 11: Topiclijst voor de moderator. xix
BIJLAGE 12: Script voor de observator. xx
BIJLAGE 13: Vragenlijst voor de CLB-medewerker. xxiv
BIJLAGE 14: Vragenlijst voor de huisarts. xxvii
BIJLAGE 15: Powerpoint presentatie tijdens overleg met de stakeholders. xxx
BIJLAGE 16: Prioriteitenlijst tijdens overleg met de stakeholders. xxxi
BIJLAGE 17: Prioriteitenlijst na overleg met de stakeholders. xxxii

DANKWOORD

Dit eindwerk zou ik niet gerealiseerd kunnen hebben zonder de hulp en de steun van vele anderen. Graag start ik deze verhandeling dan ook met een woord van dank.

Ik wil allereerst mijn promotor Prof. Dr. Lieve Peremans bedanken. Ondanks mijn late start, was zij toch enthousiast over mijn project en hielp me bij de praktische en theoretische uitwerking ervan.
Ook mijn twee copromotoren Dr. Stéphanie De Maesschalck en Dr. Hans Vandelannoote wil ik van harte bedanken. Stéphanie stond me met raad en daad bij voor de verwerking van mijn onderzoeksgegevens. Ook wist zij mij met veel enthousiasme en begrip te ondersteunen en te motiveren om dit project tot een goed einde te brengen. Mijn dank gaat ook uit naar Hans, die steeds nuttige tips en correcties aanbracht tijdens mijn onderzoeksproject en tijdens het schrijven van mijn verhandeling.

Om mij de principes van kwalitatief onderzoek eigen te maken, ben ik de schrijver Dimitri Mortelmans ook dankbaar, voor zijn erg bruikbaar boek “Handboek Kwalitatieve onderzoeksmethoden”.

Graag wil ik ook CLB-directeur Jan Seys en CLB-directeur Lien Van Maele bedanken. Zij stonden 100% achter mijn project en waren bereid hun personeel tijdens de werkuren te laten deelnemen aan mijn onderzoeksproject.
Verder wil ik ook enkele mensen van de huisartsenkring bedanken voor hun inbreng en medewerking ondanks hun drukbezette agenda. Mijn oprechte dank voor Dr. Sigrid D’Haeninck, Dr. Tom Desmet en Dr. Gaby Loncke.
Bedankt voor jullie enthousiaste medewerking tijdens mijn project. Hopelijk kunnen de resultaten aanleiding geven tot heel wat gezamenlijke acties in de toekomst.

Uiteraard wil ik alle deelnemers aan mijn onderzoek bedanken voor hun opbouwende kritieken. Zonder hen zou deze verhandeling van weinig betekenis geweest zijn.
Hierbij wil ik mijn observatoren Heleen, Lieselotte en Lander ook bedanken voor hun kritische blik.

Bovenal wil ik ook heel graag mijn echtgenoot Lander en mijn dochtertjes Laure en Kerlijn bedanken voor hun oneindige begrip en ondersteuning tijdens de verschillende studiejaren. Ook mijn oprechte dank aan mijn ouders en schoonouders voor de vele uren dat de kindjes bij hen terecht konden terwijl mama moest studeren of thesissen.

INLEIDING

Motivatie

Er zijn verschillende redenen die mij aangezet hebben om dit onderzoek te doen. Allereerst had ik *voor mezelf* een grondige reden om de samenwerking tussen CLB's en huisartsen van dichterbij te willen bekijken en om deze ook te willen verbeteren. In de jaren dat ik zowel als huisarts en als CLB-arts werkzaam was, had ik bij mijn collega-huisartsen vaak het gevoel het te moeten opnemen voor de zinvolle werking van de CLB's, en omgekeerd leek het wel of ik de CLB-medewerkers moest overtuigen van de kwaliteiten van de huisartsen. Dit gaf mij het vermoeden dat deze beide groepen elkaar onvoldoende begrepen en waardeerden.

Verder was het van groot belang dat er tijdens mijn zoektocht naar een masterproef-onderwerp in diezelfde periode net een samenwerkingsprotocol gelanceerd werd door een naburig CLB. Dit protocol werd geschreven door Dr. Hans Vandelannoote, directeur van het VCLB van Poperinge en tevens arts in de jeugdgezondheidszorg. Dit samenwerkings-document trok direct mijn aandacht als student jeugdgezondheidszorg. Misschien kon ik wel een kwaliteitsverbeterend project opstarten en nagaan of de implementatie van dergelijk samenwerkingsprotocol binnen mijn eigen CLB en binnen de lokale huisartsenkring inderdaad aanleiding zou kunnen geven tot een betere onderlinge samenwerking. Al gauw bleek dat dit geen realistisch plan was; het onderwerp was te ruim en de tijd om het uit te voeren was te beperkt. Verder had ik ook mijn bedenkingen of ik bij de implementatie van dit nog onbekende samenwerkingsprotocol binnen mijn CLB van iedereen wel de volledige medewerking zou krijgen. Je zou kunnen verwachten dat deze overeenkomst misschien niet door iedereen even sterk gedragen zou zijn. Implementatie van deze overeenkomst, zonder enige betrokkenheid van de CLB medewerkers en van de lokale huisartsen, leek mij dus een risico voor het welslagen van een kwaliteitsverbeterend project. Hierdoor leek het me zinvoller om eerst een grondige verkenning te doen van de bestaande samenwerking en van eventuele knelpunten; en dit zowel bij de huisartsen als bij de verschillende CLB-medewerkers.

Gezien ik zelf als CLB-arts werkzaam ben in het VCLB Veurne-Diksmuide-Westkust, leek het mij zinvol en *praktisch* om een dergelijke verkenning te gaan doen binnen mijn eigen CLB en in mijn eigen regio. Op deze manier zou ik voor de *regio waar ik werk* misschien een aanzet kunnen geven om de samenwerking te verbeteren.

Ook werd in die periode (december 2010) de conferentie *"Eerstelijnsgezondheidszorg: n*aar een visie op de toekomst van de eerstelijn*"* gehouden. Dit om het toekomstig beleid van eerstelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen te bepalen. Hierbij lag de klemtoon duidelijk op de samenwerking tussen de verschillende hulpverleners binnen de eerste lijn. Men wil werk maken van een betere en professionelere samenwerking tussen eerstelijnshulpverleners, om zo de kwaliteit van de gezondheidszorg voor de patiënten te verbeteren en om tegelijk ook de kwaliteit van leven en werken van de hulpverleners te verbeteren.
Hierdoor werd ik opnieuw bevestigd in het belang van een goede samenwerking.

Doelstelling

De oorspronkelijke doelstelling was om de samenwerking tussen CLB's en huisartsen te gaan verbeteren. En dit specifiek door middel van een kwaliteitsverbeterend project, namelijk de implementatie van een bestaand samenwerkingsprotocol.
Gezien echter het korte tijdsbestek, een onvoldoende betrokkenheid van de medewerkers bij de totstandkoming van het protocol en een te beperkte probleemanalyse van de huidige samenwerking, werd beslist om de doelstelling te wijzigen.

De nieuwe doelstelling bestaat uit *de voorbereidende fase* (FOCUS procedure) van een kwaliteitsverbeterend project . Dit onderzoek is in eerste plaats bedoeld om een grondige verkenning te doen van de huidige knelpunten in de samenwerking tussen de verschillende CLB-medewerkers uit het GO CLB en het VCLB Veurne-Westhoek, en de huisartsen uit de huisartsenkring Ijzerstreek-Westkust.
Vervolgens is het de bedoeling om met de stakeholders van de verschillende partijen te overleggen over deze knelpunten, om zo de start te geven tot de PDCA-cyclus van een kwaliteitsverbeterend project.
Dit initiatief kan mogelijks ook een aanzet en een handleiding zijn voor andere CLB's, om de samenwerking met de lokale huisartsen te verbeteren.

Voor wie is dit project bedoeld?
Naast het nut voor de partners in de eigen regio kan het ook erg zinvol zijn voor andere CLB's in Vlaanderen. De gevolgde stappen kunnen hierbij een leidraad zijn voor de CLB's om zelf een dergelijk project op touw te zetten. Zo kan elke regio zijn samenwerking met de lokale huisartsen analyseren en samen op zoek gaan naar eventuele verbeteringen in de onderlinge samenwerking
Vervolgens is dit project ook zinvol voor de lokale beleidsmakers. In de eerste plaats denk ik aan het bestuur van de huisartsenkring en de directies van de CLB's. We zouden kunnen

stellen dat dit exploratief onderzoek een beleidsvoorbereidend onderzoek zou kunnen zijn om de samenwerking tussen één van hun netwerken te optimaliseren.
Deze informatie kan misschien ook relevant zijn voor beleidsmakers binnen het ministerie van welzijn en het ministerie van onderwijs. Want mogelijks zijn er ook externe factoren (zoals wetgeving, financiering, middelen) die de samenwerking beïnvloeden.

Dit onderzoek kan tot slot ook een bijdrage leveren aan de wetenschap. Het gaat hier wel niet om een wereldschokkende vernieuwing, maar het geeft wetenschappers mogelijks een duidelijker beeld over bestaande barrières binnen de samenwerking van huisartsen en CLB's (of schoolgezondheidszorg).

Onderzoeksvragen

Graag wil ik meer weten over de samenwerking tussen de CLB-medewerkers en de lokale huisartsen uit mijn eigen werkregio. Hierbij stel ik mij volgende vragen:

Hoe verloopt de huidige onderlinge samenwerking tussen de CLB-medewerkers en de lokale huisartsen?

Welke oplossingen of interventies kunnen de samenwerking verbeteren?

Leeswijzer van de masterproef: Hoe verloopt dit project?

Bij een kwaliteitsverbeterend project staat **FOCUS** [1] voor 5 opeenvolgende stappen, nl:

Find subject (een onderwerp vastleggen):
Een onderwerp dat vraagt om verbetering: "samenwerking tussen huisartsen en CLB's".
In dit deel gaan we op zoek naar literatuur over de meerwaarde van een goede samenwerking en zoeken we ook of er bestaande werkzame modellen zijn. Het onderwerp wordt hier ook afgelijnd.

Organise meeting (samenzitten met de betrokkenen):
Hier zoeken we een draagvlak voor dit project. Directies en medewerkers van CLB's en huisartsen worden uitgenodigd om deel te nemen.
Concreet betekent dit contactname met de directies van de CLB's, de voorzitter van de huisartsenkring, het LOGO en met de SEL uit de eigen regio.

Clarify problem (probleem-verheldering):
Door bevraging krijgen we een inzicht in de knelpunten en verzuchtingen van de diverse partners op het terrein.
De verkenning van deze samenwerking gebeurt d.m.v. focusgroepen en vragenlijsten bij huisartsen en CLB-medewerkers. Dit project zorgt ervoor dat we informatie verkrijgen over een domein waar we momenteel nog weinig over weten; de samenwerking tussen twee heel specifieke groepen; namelijk de huisartsen en de CLB's.

Understand/Uncover problem (probleem in kaart brengen a.d.h.v. bijvoorbeeld dataverzameling, visgraatanalyse, nominale groepstechniek en/of processen)
In deze fase willen we weten hoe groot het probleem is, wat de oorzaken zijn, welke prioriteiten er zijn en welke de huidige procedures zijn.
Een knelpuntenanalyse is een noodzakelijke stap om tot overleg met de stakeholders te kunnen overgaan, zodat de samenwerking tussen CLB's en huisartsen daadwerkelijk verbeterd kan worden.

Start project (start verbetering/verandering d.m.v. de **PDCA cyclus**).
Tenslotte is het de bedoeling dat de bekomen informatie tijdens een nominale groepstechniek aanleiding geeft tot een meer *emancipatorisch onderzoek*, waarbij huisartsen en CLB-medewerkers actief aangeven hoe ze de samenwerking concreet willen verbeteren. Dit gebeurt aan de hand van de PDCA cyclus. Deze cyclus bestaat uit de volgende 4 stappen:

Plan: een plan opmaken om verbeteringen aan te brengen
Do: uitvoering van het plan
Check: evaluatie van het lopende project
Act: wat gebeurt er met het project na de evaluatie: project verlaten, project aanpassen, project integreren in de werking

Stap 1 FIND

1.1 Probleemstelling

Vanuit mijn persoonlijke werkervaring als CLB-arts had ik wel af en toe contact met lokale huisartsen. Zo kreeg ik geregeld verwijsbriefjes terug van de huisarts na een medisch consult, of nam ik wel eens telefonisch contact op met een huisarts bij één of andere bezorgdheid omtrent een leerling. Maar hoe de contacten verliepen bij de andere collega's van het CLB, daar had ik eigenlijk geen beeld van. Gezien er geen afspraken bestonden binnen ons CLB omtrent de samenwerking met de huisartsen, was iedereen als het ware vrij om volgens eigen goeddunken met de huisartsen samen te werken. Er zijn vanuit ons CLB dus vermoedelijk wel contacten met de lokale huisartsen, maar er bestaan geen concrete afspraken omtrent deze samenwerking.

Wat zegt de regelgeving omtrent deze samenwerking?
Als we de historiek bekijken van de CLB's, dan zien we dat er pas vanaf 1964 een opleiding schoolgeneeskunde aanbevolen werd voor de artsen van het medisch schooltoezicht (MST). Vanaf 1985 werden een postuniversitaire opleiding jeugdgezondheidszorg en een minimum tewerkstelling van 25 % echter verplicht. We kunnen dus vermoeden dat de artsen die in het begin werkzaam waren in de MST's algemeen geneesheren of huisartsen waren. [2]
In de huidige CLB-wetgeving vermeldt men slechts kort dat eventuele samenwerkings-protocollen met externe organisaties in het kwaliteitsplan moeten staan. [3] Verder stelt men dat het CLB in het kader van zijn draaischijffunctie samenwerking coördineert (met het oog op proactieve en preventieve acties of doorverwijzingen) en dat het CLB samen met de betrokken externe partners meewerkt aan de realisatie van de Vlaamse gezondheidsdoel-stellingen. [4]
Er lijkt in de recente wetgeving dus wel sprake te zijn over samenwerking van CLB met externe partners, maar hierbij wordt de huisarts niet specifiek vermeld. De bestaande samenwerking tussen CLB's en huisartsen lijkt dus doorheen de jaren gegroeid te zijn, zonder echte sturing.

En wat zegt de literatuur over deze samenwerking?

1.2 Literatuurstudie

1.2.1 Inleiding

Heel waarschijnlijk zou ik in de literatuur geen antwoorden vinden op de vragen die ik mij stel omtrent de samenwerking tussen het CLB en de lokale huisartsen uit mijn eigen werkregio. Maar ik kon wel proberen om een antwoord te vinden op diezelfde vragen in een ruimer kader. Zo kon ik nagaan hoe het zat met de samenwerking tussen huisartsen en CLB's op Vlaams niveau, of de samenwerking tussen huisartsen en jeugdgezondheidszorg of schoolgeneeskunde op internationaal niveau. Indien dit echter onvoldoende informatie zou opleveren, kon ik mij ook dezelfde vragen stellen voor de samenwerking tussen huisartsen en andere hulpverleners binnen de gezondheidszorg.
De vragen bleven dus dezelfde, maar de context waarin ik mijn antwoorden zou vinden, kon variëren. Tijdens mijn literatuuronderzoek werd een antwoord gezocht op volgende vragen:

- Hoe verloopt de huidige samenwerking tussen CLB's en lokale huisartsen; welke knelpunten zijn er?
- Welke interventies kunnen de samenwerking verbeteren?
- Op welke manier kan samenwerking gemeten worden?
- Wat is het belang van een samenwerkingsprotocol om samenwerking te verbeteren?
- Wat is het belang van goede samenwerking?
- Wat zijn voorwaarden voor goede samenwerking?

1.2.2 Zoekstrategie

Om meer te weten te komen over de samenwerking tussen CLB-medewerkers en huisartsen, ging ik op zoek naar bestaande literatuur volgens de watervalstrategie. Een gedetailleerde weergave van de zoekstrategie is terug te vinden in de bijlagen (zie bijlage 2). Bij deze zoektocht maakte ik gebruik van verschillende zoektermen, waarbij zowel vrije tekstwoorden als MESH-termen aan bod kwamen. De zoektermen die het meest gebruikt werden, waren: 'school health care', 'school health service', 'primary health care', 'general practitioner', 'family physician', 'collaboration', 'communication', 'cooperation', 'interprofessional relations', 'interprofessional', 'interdisciplinary communication', 'cooperative behaviour', 'barrier'.

Ik startte via de digitale bibliotheek **CEBAM** (Belgisch centrum voor evidence based medicine) en ik ging allereerst op zoek naar richtlijnen binnen de **quaternaire bronnen**. Er

werden geen aanbevelingen weerhouden die specifiek betrekking hadden op de samenwerking tussen huisartsen en jeugdgezondheidszorg (of schoolgezondheidszorg). Wel werden twee relevante aanbevelingen teruggevonden over de samenwerking tussen verschillende soorten hulpverleners in het algemeen; dit via de *Guideline Finder UK* ("The team around the child and the lead professional: a guide for practitioners and a guide for managers") en via de *WHO* ("Framework for action on interprofessional education and collaborative practice"). Tijdens mijn zoektocht naar richtlijnen, kwam ik op de website van de NHG enkele erg toepasselijke visieteksten tegen, heel specifiek over de samenwerking van jeugdgezondheidszorg en huisartsen. Deze heb ik weerhouden bij mijn primaire bronnen.

Hierna zocht ik verder via de zoekmotor *Clinical evidence en via Cochrane* binnen de **tertiare bronnen**, door verschillende zoektermen te combineren (zie bijlage 2). Aan de hand van de titel en het abstract weerhield ik drie reviews. Deze reviews gaven informatie over de samenwerking tussen verschillende soorten hulpverleners onderling en zijn opnieuw niet specifiek voor de samenwerking tussen huisartsen en jeugdgezondheidszorg (of schoolgezondheidszorg). Bij de eerste review ("Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes**"**, Cochrane review, July 2009) vond ik bij het doorlezen nog interessante referenties terug. Ik zocht de abstracts hiervan op via Pubmed. Eén review en drie artikels werden online opgezocht en nagelezen.

Vervolgens werd er gezocht binnen de **secundaire bronnen** via *Minerva, ACP journal, Cinahl en Pubmed*. Opnieuw werden verschillende zoektermen met elkaar gecombineerd (zie bijlage 2). Van artikels met een interessante titel, werd telkens het abstract gelezen. Van de abstracts die mij relevant leken werd het volledige artikel online opgezocht en nagelezen. Aan de hand van de titel, het abstract, de taal en de publicatiedatum weerhield ik tenslotte tien artikels. Gezien deze zoektocht nog steeds geen specifieke literatuur opleverde omtrent de samenwerking tussen jeugdgezondheidszorg (of schoolgezondheidszorg) en huisartsen werd via de zoekmotor Pubmed specifiek gezocht in het tijdschrift 'The journal of school health'. Hierbij werd nog één artikel weerhouden.

Ik zette mijn zoektocht verder via de digitale bibliotheek **ERIC** (Education Resources Information Center). Hierbij werden opnieuw verschillende zoektermen met elkaar gecombineerd (zie bijlage 2) en werden de volgende limits ingevoerd: Engels of Nederlands als taal en algemene richtlijn, algemeen verslag en tijdschriftartikels als publicatietype. Hierbij werden twee interessante artikels teruggevonden, die bij nalezen van de volledige tekst toch niet relevant bleken te zijn voor mijn onderzoeksvragen.

Tenslotte zocht ik verder via de digitale bibliotheek **WEB OF SCIENCE**. Hierbij combineerde ik opnieuw de verschillende zoektermen (zie bijlage 2) en gebruikte ik als limiet 'reviews' en 'artikels'. Tijdens mijn zoektocht kwam ik veelvuldig dezelfde artikels tegen die ik in CINAHL gevonden had. Wel kon ik één review en drie artikels weerhouden omtrent knelpunten en samenwerking tussen verschillende hulpverleners onderling.

Gezien deze zoektocht weinig specifieke informatie aanbracht omtrent de specifieke samenwerking tussen CLB-medewerkers of jeugdgezondheidszorg en huisartsen, ging ik ook op zoek binnen de **primaire** bronnen. Zo vond ik via de zoekmotor **GOOGLE** met de zoekterm 'samenwerking CLB en huisartsen' heel snel enkele projecten in Vlaanderen omtrent samenwerking tussen CLB en huisartsen. Bij de eerste zoekresultaten was er een project rond samenwerking door een CLB, door een LOGO en door een overkoepelende huisartsenorganisatie. Verder werd ook een samenwerkingsprotocol uitgaande van de Vlaamse Overheid teruggevonden tussen onderwijs en de medische sector.

Deze gegevens deden me nadenken en zorgden voor verdere acties in mijn speurtocht naar informatie. Zo stuurde ik een email naar alle CLB's in Vlaanderen, met de vraag of er in hun CLB een samenwerkingsovereenkomst bestaat met de lokale huisartsen. De CLB's in Vlaanderen en hun contactgegevens waren terug te vinden op de website van het Vlaams ministerie van onderwijs (http://www.ond.vlaanderen.be/clb/adressen). Bij positief antwoord, nam ik contact op met de aangegeven contactpersoon om bijkomende informatie te vragen. Vervolgens stuurde ik ook een email naar alle LOGO's in Vlaanderen met de vraag of er projecten waren binnen hun LOGO omtrent de samenwerking tussen CLB's en huisartsen. Bij positief antwoord, werd ook hier contact opgenomen met de aangegeven contactpersoon. Tenslotte stuurde ik ook een email naar de verantwoordelijke van de overkoepelende huisartsenorganisatie vzw Medirand om bijkomende informatie te vragen naar aanleiding van het congres dat door hen werd georganiseerd in 2009 omtrent samenwerking tussen huisartsen en CLB.

Bij mijn informatiezoektocht leek het mij ook belangrijk om de historiek van de CLB's in Vlaanderen eens onder de loep te nemen. Ik ontdekte hierdoor het bestaan van een samenwerkingsnota van 1997 tussen de beroepsvereniging van jeugdgezondheidszorg en die van huisartsgeneeskunde. Ik informeerde hiervoor bij Prof. Karel Hoppenbrouwers en kreeg zo dit document ter beschikking.

1.2.3 Resultaten van het literatuuronderzoek

Wat betreft de samenwerking tussen jeugdgezondheidszorg (of schoolgezondheidszorg) en huisartsen, is in de internationale wetenschappelijke literatuur weinig terug te vinden. Occasioneel wordt in bepaalde artikels de samenwerking wel vermeld tussen de beide partijen, maar telkens in heel specifieke klinische situaties (zoals vb. astma, obesitas, kindermisbruik,etc.). Gezien het in mijn onderzoek gaat over de elementen van de samenwerking op zich en niet over de taakverdeling in klinische situaties tussen jeugdgezondheidszorg (of schoolgezondheidszorg) en huisartsen, werden deze artikels dus niet weerhouden. In één artikel kon ik kort iets terugvinden over de houding van huisartsen in Amerika tegenover vaccinaties door schoolgezondheidszorg. Verder werden in de primaire bronnen ook twee relevante visieteksten gevonden over jeugdzorg vanuit de huisartsgeneeskunde en vanuit de jeugdgezondheidszorg in Nederland.

In Vlaanderen blijken er enkele lokale samenwerkingsprojecten tussen CLB's en huisartsen te zijn. Deze informatie is echter niet opgenomen in de wetenschappelijk onderbouwde literatuur en behoort dus tot de grijze literatuur of de primaire bronnen. Gezien er verder geen informatie voorhanden is in de wetenschappelijk onderbouwde literatuur op Vlaams niveau, werd deze informatie wel weerhouden in mijn literatuuronderzoek.

Wat betreft de ruimere samenwerking tussen hulpverleners binnen de zorgsector, werd heel wat informatie teruggevonden onder de begrippen 'interprofessional collaboration' (IPC) en 'collaborative practice'. Met deze termen wordt het actief samenwerken van allerhande hulpverleners binnen de gezondheidszorg en/of de sociale zorg bedoeld om bij te dragen tot de zorg van de patiënt. Dit houdt dus meer in dan alleen maar informatie uitwisselen met elkaar, maar beoogt een inbreng van alle betrokken hulpverleners in de coördinatie en de uitoefening van de zorg. Men erkent dat deze manier van samenwerken zowel binnen de vorming van de hulpverleners als binnen het werkveld van de hulpverleners erg innoverend is en een belangrijke rol zal spelen in de aanpak van de toekomstige gezondheidszorg. [5,6]

"It is no longer enough for health care workers to be professional,
they also need to be interprofessional."

1.2.3.1 Hoe verloopt de huidige samenwerking; welke knelpunten zijn er?

Uit een recent artikel blijkt dat Amerikaanse huisartsen positief staan tegenover vaccinaties door schoolgezondheidszorg in het geval van een epidemie, maar niet in het geval van het gebruikelijke vaccinatieschema. Hiervoor werden twee redenen aangehaald:
1) een vermoeden dat kinderen en jongeren hierdoor minder naar de huisarts zullen gaan voor preventieve consulten en 2) de vrees dat de huisarts niet meer op de hoogte zal zijn van de vaccinatiestatus als deze op school gegeven worden. Een antwoord werd doorheen de jaren reeds geboden op deze laatste opmerking, namelijk door de invoer van een elektronisch vaccinatie registratiesysteem, namelijk ALERT IIS. [7]

Verder wordt in de "Toekomstvisie huisartsenzorg en jeugd" van 2008 van het NHG aangegeven dat er in Nederland ook knelpunten zijn binnen de samenwerking tussen jeugdgezondheidszorg en huisartsen. Zo werd vastgesteld dat er een gebrek is aan onderlinge contacten (vb. geen overleg tussen beiden bij opvoedingsproblemen, geen terugkoppeling naar de HA als hij doorverwijst), dat er verder geen gegevensuitwisseling is tussen beide (vb. er is nog geen digitaal JGZ-dossier, HA kan geen beroep doen op ontwikkelingsparameters van JGZ, HA is niet op de hoogte van ontbrekende vaccinaties), dat men elkaars mogelijkheden niet kent en dat klinische richtlijnen niet op elkaar afgestemd zijn. Vervolgens wordt ook aangehaald dat er voor de zorg geen echte regie of coördinatie is. Hierdoor is de zorg vaak versnipperd, de situatie onoverzichtelijk voor de huisarts en is behandeling tussen verschillende zorgverleners niet op elkaar afgestemd. [8]

In Vlaanderen blijkt uit overleg tussen het LOGO Antwerpen Noord, het CLB en de huisartsen, dat er tussen CLB's en huisartsen communicatieproblemen bestaan doordat beide partners *elkaars werking en taken onvoldoende kennen*. Daarom startte dit LOGO in 2007 met de voorbereiding van een project om de samenwerking tussen deze beide partners te verbeteren. [9]

In een ander project bracht de vzw Medirand (een overkoepelende organisatie van de huisartsenkringen in de Vlaamse rand rond Brussel) informatie aan over de onderlinge samenwerking. Deze organisatie deed navraag bij CLB-medewerkers en huisartsen over de samenwerking aan de hand van een vragenlijst. Verder hielden zij een congres met workshops in 2009 voor de lokale huisartsen om de CLB-werking toe te lichten. Hieruit kwamen positieve en negatieve bevindingen naar voor (zie tabel 1). [10]

Tabel 1: Pluspunten en minpunten binnen de samenwerking tussen CLB's en huisartsen in de Vlaamse rand rond Brussel.

Pluspunten ten opzichte van CLB	**Pluspunten ten opzichte van HA**
- CLB volgt vaccinatiestatus goed op - CLB volgt ontwikkeling goed op - CLB is ruim vangnet voor leerlingen - CLB begeleidt in probleemsituaties - CLB doet aan leerling ondersteuning - CLB heeft een minnelijke manier van omgaan	- HA is vlot telefonisch bereikbaar - HA kent kind en gezinscontext - HA heeft vertrouwensband met patiënt - HA kan gemakkelijker delicate zaken bespreken - HA is zorgverlener gedurende hele levensloop - Positieve samenwerking met HA bij spijbelen
Minpunten ten opzichte van CLB	**Minpunten ten opzichte van HA**
- CLB is moeilijk te bereiken (welk CLB, welke persoon?) - CLB bevat ongemotiveerd personeel - CLB beschikt niet over medium cfr. Medibridge - CLB werkt anders dan HA; categoriek, alles volgens het boekje - CLB medicaliseert soms te snel - CLB dicteert adviezen - CLB heeft steeds toestemming van de ouders nodig - CLB doorverwijzing kan beter - CLB neemt slechts sporadisch contact op met HA - CLB verwittigt HA niet bij doorverwijzing	- HA heeft weinig tijd en is niet bereikbaar - HA kent CLB-werking niet - HA kijkt te vaak vanuit medische bril - HA verschuilt zich achter beroepsgeheim - HA registreert niet in vaccinnet - HA verwijst zelden door naar CLB - Niet altijd goede communicatie met HA: onvoldoende luisterbereidheid - HA neemt weinig contact op met CLB - HA neemt liever contact op met CLB-arts en niet met de andere disciplines binnen CLB - HA geeft onvoldoende informatie door - HA neemt opvolging van obesitas niet ernstig - Niet altijd feedback door HA na doorverwijzing vanuit CLB

Wereldwijd werken hulpverleners tegenwoordig nog vaak naast elkaar en hebben moeite om tegemoet te komen aan de steeds complexere zorgnoden van de patiënten of cliënten. Verder dreigt er een toenemend tekort aan gezondheidswerkers om die zorg te garanderen. Daarom lijkt een intensere samenwerking tussen allerhande hulpverleners uit de zorgsector en uit de sociale sector de toekomst te zijn. [5]
Bij een intensere samenwerking (zoals in teamverband) duiken er bijna vanzelfsprekend moeilijkheden op, gezien het vaak om sterk verschillende soorten hulpverleners gaat. Vastgestelde moeilijkheden zijn: problematische machtsverschillen, beperkte communicatie-patronen, onvoldoende kennis van elkaars expertise, taken en verantwoordelijkheden, de afwezigheid van gemeenschappelijke doelen, ook meningsverschillen in de aanpak van de zorg voor de patiënt, een beperkte of niet-neutrale organisatie van de teamwerking, de stereotype beroepsidentiteiten en tijdsgebrek door een hoge werklast. Deze samenwerkings-moeilijkheden kunnen zelfs een negatieve impact hebben op de gezondheidszorg en de gezondheid van de patiënt. [11, 12, 13, 14, 15, 16, 17]

1.2.3.2 Welke interventies kunnen de samenwerking verbeteren?

In de "*Handreiking*: samenwerking huisarts jeugdgezondheidszorg" uit Nederland worden een aantal concrete acties vooropgesteld om de samenwerking te verbeteren. Zo stelt men voor dat de verschillende beroepsgroepen die met kinderen werken dezelfde klinische richtlijnen gebruiken; hierbij is het belangrijk dat er op elkaar afgestemde afspraken zijn omtrent taakverdeling en verantwoordelijkheden. Ook is het opstellen van concrete werkafspraken tussen de verschillende partners van belang (zoals verwijzingsbeleid, bereikbaarheid, etc.) en een overdracht van gegevens of zelfs een koppeling van het patiëntendossier. Verder geeft men ook aan dat er in de opleiding aandacht moet zijn voor de mogelijkheden en de expertise van de verschillende disciplines en dat gezamenlijke nascholing van grote waarde is voor verdere afspraken en het opbouwen van onderlinge contacten. Tot slot geeft men ook aan dat een goede kennis van de sociale kaart erg belangrijk is voor een goede zorg en dat een beschikbaar digitaal instrument hierbij essentieel is.[18]

In Vlaanderen werd in 1997 een *samenwerkingsnota* opgemaakt tussen de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (VWVJ) en de voormalige Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen (WVVH) (zie bijlage 3). Dit om schoolgezondheidszorg en huisartsgeneeskunde dichter bij elkaar te brengen, de complementariteit te benadrukken en om de zorg voor jongeren te optimaliseren. Deze nota beschrijft een aantal waarden en principes, die de basis zijn om verder te werken aan een

duidelijk omschreven taakverdeling en om *samenwerkingsprotocollen* op te stellen tussen beide beroepsgroepen bij bepaalde activiteiten of problematieken. Taakverdeling rond vaccinaties wordt in deze nota als voorbeeld gegeven. Ook wordt in deze nota een *coherent en continu beleid aanbevolen op gebied van opleiding en navorming*.[19]

Verder werd op Vlaams niveau in 2007 vanuit de Vlaamse Overheid een *samenwerkings-protocol* opgesteld tussen de medische sector en het onderwijs omtrent *spijbelen en schoolverzuim*. Hierin werden engagementen voor de verschillende sectoren uitgeschreven omtrent dit onderwerp. [20]

Zelf stelde ik mij de vraag of er binnen de huidige samenwerking in Vlaanderen afspraken vastgelegd waren via een samenwerkingsdocument. Hiervoor deed ik in 2011 een bevraging via email aan alle 71 CLB's en kreeg antwoord van 42 CLB's (59% van alle CLB's). Hieruit bleek dat er drie CLB's een *geïmplementeerde samenwerkingsovereenkomst* hebben met de lokale huisartsen: namelijk twee CLB's uit regio Halle, met dezelfde overeenkomst en het CLB uit Poperinge. Deze samenwerkingsovereenkomsten bevatten enkele voorbeschouwingen, elkaars werkingsprincipes en concrete werkafspraken. Verder waren er nog tien CLB's die *specifieke mondelinge afspraken* vermeldden tussen hun CLB en de lokale huisartsen. [21, 22]

In regio Antwerpen werd gekozen om *rond een bepaald thema een samenwerkingsproject* uit te bouwen, namelijk rond het thema afwezigheden. Bij de keuze van dit thema werden alle CLB-medewerkers en alle lokale huisartsen betrokken. Voor het samenwerkingsproject werd er door het LOGO een vormingsprogramma uitgewerkt voor de lokale huisartsen LOK's, dat gebracht werd door de verschillende CLB-medewerkers uit de regio. [9]

In de Vlaamse rand rond Brussel werd eveneens gekozen om tijdens een congres voor de lokale huisartsen een vorming te houden. Er werd gekozen om aan de hand van workshops enkele onderdelen van de CLB-werking toe te lichten. Er werd met de deelnemers ook in gesprek gegaan over de desbetreffende onderwerpen. [10]

Bij de eerder vermelde 'interprofessional collaboration' onderscheidt men drie types van interventies die mogelijk zijn om de samenwerking te verbeteren, namelijk interventies in de interprofessionele praktijkvoering (IPP), interventies in de interprofessionele educatie (IPE) en interventies in de interprofessionele organisatie (IPO).
Onder *IPP interventies* verstaat men de ontwikkeling van procedures of middelen om de interprofessionele samenwerking in het werkveld te verbeteren. Voorbeelden hiervan zijn: communicatie software, interprofessionele bijeenkomsten voor overleg of vorming,

doorlichting van de samenwerking om tot werkpunten te komen, etc. Gezien het beperkt aantal kwaliteitsvolle studies (namelijk RCT, CBA en ITS studies) omtrent dit onderwerp en de grote verscheidenheid van de verschillende studies, is er momenteel slechts een beperkte tot matige evidentie dat interprofessionele praktijkgerichte interventies effectief aanleiding geven tot een betere gezondheidszorg en een betere gezondheid van de patiënt. Deze interprofessionele praktijkgerichte interventies worden echter wel veelbelovend genoemd. [5, 11, 23]

Onder *IPE interventies* verstaat men acties die een interactieve manier van leren mogelijk maken tussen verschillende personen (studenten of hulpverleners) onderling uit de gezondheidszorg en/of de sociale zorg, met de bedoeling om de interprofessionele samenwerking en/of het welzijn van de patiënt te verbeteren. Voorbeelden van zulke acties zijn patiënten-overleg tussen studenten uit verschillende opleidingen (vb. IPSIG project in regio Antwerpen) of gezamenlijke vorming tussen verschillende hulpverleners.

Ook hier is de evidentie voor een betere gezondheidszorg en een betere gezondheid van de patiënt momenteel nog erg beperkt, opnieuw omwille van het beperkt aantal kwaliteitsvolle studies en de grote verscheidenheid van de verschillende studies. Wel blijkt uit kwalitatief onderzoek dat IPE een belangrijke invloed heeft op het gedrag, de kennis en de vaardigheden tot samenwerking van de deelnemers. [11, 24]

Onder *IPO interventies* verstaat men veranderingen op het organisatorische niveau die IPP en IPE ondersteunen, waardoor interprofessionele samenwerking mogelijk wordt. Hiermee bedoelt men aanpassingen in de beleidsvoering en binnen de organisatiestrategie van de gezondheidszorg, en dit zowel op nationaal als op institutioneel beleidsniveau van de gezondheids- en onderwijsvoorzieningen. Voorbeelden hiervan zijn: vorming van onderwijspersoneel in IPC, aanpassen van leerplan, overheidsmodel rond gezondheidszorg- en organisatie met integratie van IPC (vb. zorgpaden), gebruik van gestructureerde protocollen, procedures rond taakverdeling, aanbieden van communicatiestrategieën, wetswijzigingen, etc. [5, 25]

1.2.3.3 Op welke manier kan samenwerking gemeten worden?

Binnen de internationale wetenschappelijke literatuur werden geen metingen teruggevonden die samenwerking meten tussen jeugdgezondheidszorg en huisartsen.

Bij het project in regio Antwerpen werd een voormeting gedaan van de samenwerking bij zowel een deel van de CLB-medewerkers als bij een deel van de huisartsen. Men wilde een beeld krijgen van de frequentie en de kwaliteit waarmee de communicatie en de samenwerking verliep. Volgende zaken werden bevraagd: frequentie van de contacten de

voorbije drie maanden, al dan niet vlotte bereikbaarheid, al dan niet informatie-uitwisseling, al dan niet mogelijkheid tot overleg. Enkele maanden na hun interventie werd opnieuw een meting gedaan met dezelfde vragen. De nameting werd enkel bij de CLB-medewerkers uitgevoerd, omdat men vermoedde dat een nameting bij de huisartsen als bedreigend zou overkomen. Gezien de antwoorden van de voormeting en van de nameting niet van dezelfde respondenten waren, stelde men dat deze resultaten niet met elkaar vergeleken konden worden en dat men dus geen besluit kon trekken over een al dan niet gunstige evolutie van de kwaliteit en van de frequentie van de contacten. [9]

Ook wat 'interprofessional collaboration' en 'interprofessional education' betreft, is de literatuur zeer beperkt. In twee Cochrane reviews worden een beperkt aantal studies vermeldt waarbij er sprake is van objectieve metingen of zelf gemelde metingen aan de hand van gevalideerde hulpmiddelen. Deze metingen gaan over de gezondheid van de patiënt (zoals mortaliteit, ziekte incidentie, hospitalisatieduur, therapieduur, genezingspercentages, levenskwaliteit, complicaties) en de gezondheidszorg (zoals heropnames in het ziekenhuis, therapietrouw, continuïteit van zorg, gebruik van hulpmiddelen (kosten-baten analyse) en patiënt of familie tevredenheid). Verder worden er ook metingen over de samenwerking zelf gemeld (zoals communicatiefrequentie tussen hulpverleners, ontwikkeling van bepaalde vaardigheden, veranderingen in werkstijl, interprofessionele samenwerking en teamwerk). De uitkomsten van deze metingen kunnen echter niet veralgemeend worden omwille van de grote verscheidenheid en het beperkt aantal studies. Er zijn dan ook geen echte 'goede' meetinstrumenten bekend op dit ogenblik. [11, 24]

1.2.3.4 Wat is het belang van een samenwerkingsprotocol om samenwerking te verbeteren?

Zowel in Vlaanderen als in Nederland wijst men steeds op het belang van samenwerkings-protocollen, dit zowel voor algemene praktische afspraken als voor afspraken omtrent specifieke problematieken. Wat de uitkomst is van dergelijke samenwerkingsdocumenten binnen de jeugdgezondheidszorg, heb ik niet teruggevonden in de literatuur. [18, 19, 20, 21]

Bij het project in regio Antwerpen en bij het project in de Vlaamse Brusselse rand, wordt het gebruik van een algemeen samenwerkingsprotocol tussen de beide partijen echter in twijfel getrokken. [9, 10]

Onderzoekers stelden zich ook de vraag of de implementatie van een samenwerkings-protocol binnen een team van hulpverleners de interprofessionele samenwerking zou

verbeteren. Hier gaat het echter wel over specifieke klinische samenwerkingsprotocollen (omtrent diabetes, depressie, levenseinde en welzijn van baby). Men stelde vast dat dergelijke samenwerkingsovereenkomsten op korte termijn toch een zekere impact hadden op de interprofessionele samenwerking. Zo zag men een toegenomen kennis en bewustmaking van de desbetreffende onderwerpen, een betere kennis van elkaars taken, een vlottere taakverdeling tussen de hulpverleners, een verbetering van de onderlinge communicatie, betere doorverwijzingen, beter toepassen van klinische zorgpaden en praktische aanpassingen. Wat de effectiviteit is van dergelijke klinische samenwerkings-protocollen op lange termijn is nog niet gekend en dus is verder onderzoek vereist. [12]
Andere bronnen stellen dat enkel het aanreiken van klinische richtlijnen onvoldoende is om gedragsverandering bij hulpverleners teweeg te brengen. Ook brengt alleen het invoeren van schriftelijke afspraken niet automatisch een verbetering van het teamwerk met zich mee. Er is dus meer nodig dan enkel schriftelijke afspraken. [26]

1.2.3.5 Wat is het belang van een goede samenwerking?

Uit het lokale samenwerkingsproject van LOGO Antwerpen Noord hebben zowel CLB-medewerkers als huisartsenkringen een positieve indruk van elkaar overgehouden; er werd een klimaat gecreëerd waarin verdere samenwerking gewenst is. Verder werden de vooropgestelde doelstellingen bereikt en wordt er dus geconcludeerd dat de gebruikte methodiek positief was voor dit project. Het effect van deze interventie aan de hand van de voor- en de nameting bleek geen eenduidig resultaat te geven. [9]
Over andere positieve gevolgen van samenwerking tussen huisartsen en hulpverleners uit de jeugdgezondheidszorg (op Vlaams niveau of op internationaal niveau), vond ik geen informatie terug in de literatuur.

Uit onderzoek blijkt dat een actieve samenwerking (namelijk “collaborative practice”) tussen verschillende soorten hulpverleners heel wat positieve gevolgen heeft voor de gezondheidszorg en de zorg voor de patiënt. De elementen die van belang zijn voor de eerstelijnsgezondheidszorg werden in onderstaande tabel weergegeven (zie tabel 2).
Andere bronnen vermelden dat het belang van actieve interprofessionele samenwerking inderdaad aangetoond is, maar dat de evidentie hiervoor nog beperkt is. [6, 11, 24, 27]
Naast deze positieve effecten op de gezondheidszorg en de gezondheid van de patiënt, blijken er door samenwerking ook positieve effecten voor de hulpverleners zelf te zijn. Uit een review van “Social Science and Medicine” blijkt bijvoorbeeld dat er bij zorgpaden een betere kennis is van de hulpverleners, dat er een betere administratie, communicatie, coördinatie en relatie ontstaat tussen de verschillende hulpverleners, dat er een verhoogd

werkengagement is en een gedaalde personeels-turnover. Ook hier wordt opnieuw vermeld dat het evidentie-niveau voor deze bevindingen echter laag is. [25]

Tabel 2: Effecten van actieve interprofessionele samenwerking binnen de eerstelijnsgezondheidszorg volgens WHO. [5]

Algemeen:		
Een verbetering van:	-	De toegang tot gezondheidsvoorzieningen
	-	De coördinatie van gezondheidsvoorzieningen
	-	De gezondheid van personen met een chronische aandoening
	-	De zorg voor de patiënt
	-	De veiligheid van de zorg voor de patiënt
Een daling van:	-	Totaal aantal complicaties bij patiënten
	-	Hospitalisatieduur
	-	Spanningen en conflicten tussen zorgverstrekkers
	-	Personeelswissels
	-	Ziekenhuisopnames
	-	Totaal aantal klinische fouten
	-	Mortaliteitscijfer
Voor acute gezondheidszorg en voor eerstelijnsgezondheidszorg:		
	-	Patiënt is meer tevreden
	-	Patiënt aanvaardt gemakkelijker zorg
	-	Betere gezondheid van de patiënt, als in behandeling bij een samenwerkend team
Voor geestelijke gezondheidszorg:		
Een verhoging van:	-	Patiënt tevredenheid
	-	Tevredenheid van zorgverstrekker
	-	Aanvaarding tot behandeling
	-	Aantal behandelingen van psychiatrische stoornissen
Een daling van:	-	Behandelingsduur
	-	Hulpverleningskosten
	-	Suïcide incidentie
	-	Ambulante consultaties
Voor terminale en chronisch-zieke patiënten met team-gebaseerde zorg aan huis:		
Een verhoging van:	-	Patiënt tevredenheid van de zorg
	-	Veralgemeend patiënt welzijn
Een daling van:	-	Aantal ziekenhuisbezoeken
	-	Aantal symptomen
Voor gezondheidsinstellingen:		
Een daling van de kost bij:		
	-	Overbodige medische testen
	-	Toegepaste teams in het ziekenhuis voor totale parenterale voeding
	-	Startende en toegepaste eerstelijnsgezondheidsteams voor ouderen die chronisch-ziek zijn
	-	Toegepaste multidisciplinaire technieken voor het beleid van patiënten met hartfalen

1.2.3.6 Wat zijn voorwaarden voor goede samenwerking?

In de “Handreiking: samenwerking huisarts jeugdgezondheidszorg” [23] worden een aantal acties gemeld die belangrijke hulpmiddelen zijn om de samenwerking te organiseren. Deze werden reeds beschreven in 2.3.3 (zie supra).

Uit het project in de Vlaamse Brusselse rand blijkt dat er vooral nood is aan betere communicatie en een betere (elektronische) informatie-uitwisseling tussen beiden. Ook wordt overleg en actieve samenwerking in complexe situaties als erg zinvol geacht. [10]

Uit verschillende bronnen blijkt dat er een aantal essentiële elementen nodig zijn om een goede samenwerking tussen hulpverleners te bekomen. Deze noodzakelijke elementen zijn informatie-uitwisseling, doeltreffende communicatiemogelijkheden (IT tools), effectieve communicatievaardigheden en kennis van elkaars taken en verantwoordelijkheden. [15, 28, 29] Verder is het ook belangrijk dat hulpverleners over een aantal vaardigheden en mogelijkheden beschikken om de samenwerking optimaal te laten verlopen. Voorbeelden hiervan zijn: praktijkervaring, voldoende tijd hebben (zowel voor interprofessioneel overleg als voor implementatie van interventies), wederzijds vertrouwen en respect, vaardigheden om in team te werken (kennis van groepsnormen, openstaan voor feedback, oplossingsvermogen bij conflicten, aanvaarding van verschillen, medewerking verlenen tot een gezamenlijk zorgplan en tot gezamenlijke doelstellingen, bereidheid om samen te werken en kennis te delen). Om zich samenwerkingsvaardigheden eigen te maken beklemtoont men ook het belang van vorming. Verder worden ook klinische procedures, een efficiënt patiëntengegevens-systeem, een goede organisatie van de samenwerking (met vb. een neutrale gespreksleider bij overleg of bij teamwerking en uitgewerkte communicatie systemen) en ondersteunende overheidsmaatregelen als belangrijke elementen geopperd voor het welslagen van de interprofessionele samenwerking. En ‘last but not least’ mag men binnen deze samenwerking ook de participatie van de patiënt zelf en zijn familie niet vergeten. [6, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 33]

Stap 2 ORGANISE

Allereerst zette ik het werkgebied van het CLB waar ik zelf werkzaam was op kaart, namelijk VCLB Veurne-Diksmuide-Westkust. Ook zocht ik in dit ruime gebied of er nog andere CLB's in deze regio actief waren; dit was het geval voor GO CLB Veurne-Westhoek. Daarna keek ik welke huisartsen in dit gebied actief waren; er bleek een redelijk goede overlap te zijn tussen het VCLB en de huisartsenkring Ijzerstreek en Westkust (zie figuur 1).

Figuur 1: Werkgebied van VCLB Veurne, HA-kring Ijzerstreek en Westkust en GO CLB Veurne binnen de regio West-Vlaanderen.

Er werd telefonisch contact opgenomen met de directies van beide CLB's en er werd uitleg gegeven over het masterproef-project. Beide directies vonden een verkenning en een eventuele verbetering van de huidige samenwerking met de lokale huisartsen een goed initiatief. Zij gingen akkoord om focusgroepen te laten doorgaan binnen hun CLB, om samen te zitten met enkele artsen uit de regionale huisartsenkring en om nadien de CLB-medewerkers op de hoogte te brengen van de resultaten.
Ook werd er telefonisch contact opgenomen met de toenmalige voorzitter van de huisartsenkring. Deze vertelde dat er binnen de huisartsenkring werk gemaakt werd van meer bekendmaking van de verschillende netwerkpartners in de regio. Hij was dan ook erg geïnteresseerd in mijn masterproef-project en ging akkoord om de contactgegevens van de LOK-verslaggevers binnen zijn kring door te geven, om samen te zitten met de CLB's uit de regio en om nadien de resultaten uit de doeken te doen binnen de huisartsenkring.
Tenslotte werd er ook contact opgenomen met het LOGO (Locoregionaal gezondheids-overleg en –organisatie) en de SEL (Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg) uit de regio. Zij wensten de resultaten van het project af te wachten vooraleer verder mee te werken aan concrete verbeterpunten binnen de samenwerking. De voorzitter van de huisartsenkring stelde ook voor om het LMN (Lokaal multidisciplinair netwerk) uit de regio naderhand te betrekken.

Stap 3 CLARIFY

In Vlaanderen is nog niet goed geweten hoe de samenwerking tussen CLB's en huisartsen precies verloopt en hoe deze door de beide partijen ervaren wordt. Uit enkele lokale projecten werden al wel een aantal knelpunten en interventies binnen deze samenwerking naar voor gebracht, maar een grondige analyse van het probleem werd niet eerder uitgevoerd.
Ik wilde niet alleen een grondige probleemanalyse doen van de huidige samenwerking, maar ook alle veldwerkers actief betrekken in dit project, zodat toekomstige interventies meer kans op slagen zouden hebben. Hiervoor leken focusgroepen bij zowel de huisartsen als bij de verschillende CLB-medewerkers mij een ideale methode om de samenwerking grondig te kunnen verkennen. Als ook bleek dat focusgroepen verder bewustzijnsverhogend werken en mogelijkheden bieden binnen het actieonderzoek [34], was ik nog meer overtuigd van deze methode.
Om verder een concreet beeld te hebben van de samenwerking, leek het mij ook zinvol om een beperkt kwantitatief onderzoek te doen. Hiervoor waren vragenlijsten volgens mij een goede methode.

3.1. Gebruikte Onderzoeksmethoden

Ethisch Comité
Dit project kreeg een definitief gunstig advies door het ethisch comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen (zie bijlage 4).

3.1.1. Kwalitatief onderzoek

Het kwalitatief onderzoek gebeurde vanuit een fenomenologisch perspectief waarbij de deelnemers hun eigen ervaringen en aanvoelen konden delen met anderen. Hiervoor werd voor de techniek van focusgroepen gekozen.
De directies van de diverse CLB's uit de regio gaven hun toestemming voor medewerking aan de focusgroepen. In het VCLB Veurne-Diksmuide-Westkust organiseerden we de focusgroepen tijdens de vergaderingen van de afzonderlijke disciplines. De interviews vonden plaats in de discipline-werkgroep van de psychopedagogisch werkers (PPW), de maatschappelijk werkers (MW) en de artsen samen met de paramedisch werkers (Arts + PMW). In het GO CLB Veurne-Westhoek ging de focusgroep door tijdens een personeels-vergadering. Tijdens deze laatste focusgroep waren alle disciplines samen aanwezig (Arts +

PMW + PPW + MW). Alle deelnemers werden vooraf geïnformeerd over het onderzoeksproject door middel van een uitnodiging via E-mail enkele weken voor de focusgroep (zie bijlage 5, 6 en 7).
De huisartsen focusgroepen vonden plaats tijdens de LOK-vergaderingen. Dit was de beste manier om kleine groepen huisartsen bij elkaar te kunnen krijgen. Eerst werd er contact opgenomen met de voorzitter van de huisartsenkring. Deze huisarts was bereid om het initiatief te ondersteunen en stelde de contactgegevens van de verschillende LOK-verslaggevers binnen de huisartsenkring ter beschikking. Elk van deze acht LOK-verslaggevers kreeg eerst een E-mail waarin ik beknopt mijn project uit de doeken deed en waarin ik vermeldde hen op een later tijdstip op te bellen (zie bijlage 8). Nadien werden alle LOK-verantwoordelijken opgebeld en werd er bij vier van de acht een LOK-vergadering gepland waar ik op aanwezig kon zijn. De E-mailadressen van alle LOK-leden werden opgevraagd bij de LOK-verantwoordelijken en elke deelnemer kreeg enkele weken voor de focusgroep een uitnodiging per E-mail met informatie over het onderzoeksproject (zie bijlage 6, 7 en 9). Gezien één van de deelnemers niet communiceerde via E-mail, werd naar deze deelnemer een afgeprinte versie verstuurd met de post.

Tijdens de focusgroepen werd door de moderator steeds een vaste structuur gevolgd en werden vier grote open vragen gesteld. Deze vragen wijzigden in beperkte mate na de eerste focusgroepen; nadien werd dezelfde structuur behouden. Enkel voor de huisartsen was er een bijkomende open vraag als openingsronde (zie bijlage 10). Verder had de moderator een topiclijst om na te gaan of alle inhoudelijke thema's aan bod gekomen waren tijdens de focusgroepen (zie bijlage 11). Ook voor de observator was er een script voorzien (zie bijlage 12). De groepsgesprekken duurden één à anderhalf uur en werden volledig opgenomen via een dictafoon.
In de periode van april – mei – juni 2013 werden acht focusgroepen uitgevoerd; vier bij de CLB-medewerkers en vier bij de huisartsen. Het profiel van de deelnemers staat in onderstaande tabel (zie tabel 3). In totaal namen 41 CLB-medewerkers en 31 huisartsen deel aan deze gesprekken. De meerderheid van de focusgroepen ging door in vergaderzalen aangepast aan de grootte van de groep. Bij één van de focusgroepen ging het gesprek door tijdens een maaltijd in een afzonderlijk lokaal in een restaurant.

De focusgroepen werden allemaal anoniem verwerkt en werden alle acht letterlijk en integraal uitgetypt. De eerste twee transcripties werden door mezelf en door mijn copromotor Dr. Stéphanie De Maesschalck een eerste keer open gecodeerd en vergeleken. Hierbij werden onderdelen van de focusgroepen geselecteerd en werd er aan die selectie een bepaalde code gegeven (= een 'node'). De verschillende codes werden samengelegd en er

werd hiermee een basis gelegd voor het opstellen van een boomstructuur. Nadien werden alle acht transcripties ingevoerd in het computerprogramma Nvivo10 en werden deze alle acht opnieuw gecodeerd volgens de afgesproken boomstructuur. Zo kregen alle codes of 'nodes' binnen deze structuur hun plaats. Nadien werd deze boomstructuur gebruikt om de essentie van alle informatie uit de focusgroepen te kunnen weergeven. Om voorbeelden van de bevindingen te kunnen geven, was het mogelijk om via de bestaande 'nodes' de gekoppelde tekstfragmenten te bekijken.

Tabel 3: Kenmerken van de acht focusgroepen.

Kenmerken van de groepen	Focus groep 1	Focus groep 2	Focus groep 3	Focus groep 4	Focus groep 5	Focus groep 6	Focus groep 7	Focus groep 8
Locatie van de focusgroep	Zaal VCLB	Zaal VCLB	Zaal GO CLB	Zaal VCLB	Restaurant	Zaal VCLB	Zaal VCLB	Zaal VCLB
Groep waaruit respondenten komen	VCLB	VCLB	GO CLB	VCLB	HA kring	HA kring	HA kring	HA kring
Functie van de respondenten	PPW	MW	2Arts 5PPW 5MW 3PMW	3Arts 5PMW	HA	HA	HA	HA
Aantal respondenten per focusgroep	11	7	15	8	6	4	7	14
Geslacht van respondenten								
- Man	1	1	4	0	4	1	5	9
- Vrouw	10	6	11	8	2	3	2	5
Werkervaring van de respondenten								
- 0-10 jaar	5	2	7	2	2	0	1	4
- 11-20 jaar	4	5	5	3	0	0	1	4
- 21-30 jaar	2	0	1	3	1	3	2	1
- 31-40 jaar	0	0	2	0	3	1	3	5

3.1.2. Kwantitatief onderzoek

Er werden twee gelijkaardige vragenlijsten opgemaakt; één voor de CLB-medewerkers en één voor de huisartsen (zie respectievelijk bijlage 13 en 14). De geselecteerde huisartsen zijn alle huisartsen die werkzaam zijn binnen de huisartsenkring IJzerstreek en Westkust. De geselecteerde CLB-medewerkers zijn alle CLB-medewerkers (zowel artsen, psychopedagogisch werkers, paramedisch werkers en maatschappelijk werkers) uit zowel het VCLB Veurne-Diksmuide-Westkust als uit het GO CLB Veurne-Westhoek die werkzaam zijn binnen dezelfde regio als de huisartsenkring.

Voor de CLB-medewerkers werd bij de aanvang van de focusgroepen gevraagd om de anonieme vragenlijst in te vullen. Nadien werd nagegaan of deze medewerkers al dan niet werkzaam waren in het vooropgestelde werkgebied. Indien dit niet het geval was, werd deze vragenlijst niet weerhouden voor het kwantitatief gedeelte; dit was zo voor twee deelnemers. Verder was er nog één vragenlijst waarvan de antwoorden sterk twijfelachtig waren; gezien de beperkte werkervaring van deze persoon, werd ook deze vragenlijst niet weerhouden. Op deze manier werden 38 vragenlijsten van alle 44 CLB-medewerkers (of 86%) uit de regio weerhouden voor het kwantitatief onderzoek. De gegevens uit deze vragenlijsten werden ingegeven in het statistische programma SPSS21. In dit programma werden de frequenties van de variabelen bepaald en werd een eventuele correlatie met de functie van CLB-medewerker nagekeken.

Voor de huisartsen werd eveneens bij de aanvang van de focusgroepen gevraagd om de anonieme vragenlijst in te vullen. Hieruit bleek dat twee artsen wel als huisarts geaccrediteerd waren, maar geen ervaring hadden als huisarts; deze vragenlijsten werden slechts gedeeltelijk ingevuld en werden niet weerhouden voor het kwantitatief onderzoek. Ook werd nagegaan of de huisartsen van de LOK's al dan niet werkzaam waren in het vooropgestelde werkgebied. Indien dit niet het geval was, werd deze vragenlijst ook niet weerhouden voor het kwantitatief onderzoek; dit was in geen enkele vragenlijst het geval. Gezien op deze manier slechts 29 van de huisartsen uit de huisartsenkring bevraagd werden, werd een link naar deze vragenlijst ook via de mailinglijst van de huisartsenkring rondgestuurd naar alle huisartsen. Hierbij werd erop gelet dat er geen huisartsen waren die de vragenlijst twee keer invulden. Gezien de antwoorden anoniem teruggezonden werden (via Google documents) gebeurde dit door het nakijken van de gevraagde persoonskenmerken. Op deze manier werden nog 16 bijkomende vragenlijsten verkregen. Zo werden in totaal 45 vragenlijsten weerhouden van de ongeveer 100 huisartsen binnen de huisartsenkring. De gegevens uit deze vragenlijsten werden eveneens ingegeven in het statistische programma SPSS21. In dit programma werden de frequenties van de variabelen bepaald.

3.2. Onderzoeksresultaten

3.2.1. Kwalitatief onderzoek

Bij codering van de transcripties, werden in N-vivo10 vijf hoofdthema's gekozen, namelijk: inhoudelijke thema's, pluspunten, minpunten, verwachtingen en oplossingen. Onder elk van deze thema's werd telkens een opsplitsing gemaakt voor de ervaringen vanuit de focusgroepen van de CLB's en voor de ervaringen vanuit de focusgroepen van de huisartsen.

3.2.1.1. Inhoudelijke thema's

Bij het coderen van de transcripties werden zoveel mogelijk tekstfragmenten gekoppeld aan specifieke inhoudelijke thema's vanuit de CLB-werking. Hierdoor konden we vaststellen dat er één thema was dat in alle acht focusgroepen uitgebreid aan bod gekomen was, namelijk 'afwezigheden'. De 15 meest voorkomende onderwerpen worden hieronder weergegeven (zie tabel 4). Twee thema's kwamen helemaal niet aan bod, namelijk 'voeding en beweging' en 'tienerzwangerschap'.

Tabel 4: De 15 meest voorkomende inhoudelijke thema's tijdens de acht focusgroepen.

Inhoudelijke thema's
afwezigheden (spijbelen, problematische afwezigheden, attesten)
verwijzing na medisch consult
medisch consult
moeilijke thuissituaties
gewicht
vaccinaties
gedragsproblemen
verwaarlozing – misbruik
leerling met een chronische aandoening
psychosomatische klachten
groei
chronische psychiatrische problemen (depressie, angst)
acute psychiatrische problemen (psychose, suïcide)
middelengebruik (drugs, roken, alcohol, medicatie)
problematische opvoedingssituaties

3.2.1.2. Pluspunten

Tabel 5: Pluspunten ervaren vanuit het CLB ten opzichte van de huisartsen.

HA algemeen

- HA is meestal vlot *bereikbaar*

HA als informatiebron

- HA kent *gezinscontext* (vb. familiebanden, sociale context, geschiedenis van een gezin, problemen binnen een gezin)
- HA kent *medische voorgeschiedenis* van leerling en ouders
- HA doet *huisbezoeken*
- Informatie van HA is soms een *bevestiging voor CLB* bij vermoeden van een probleem

HA als hulpverlener

- HA is *vertrouwenspersoon* van ouders; kan gemakkelijker iets bespreken of iets motiveren (sterker advies naar de ouders als HA achter een CLB-advies staat)
- HA heeft *lagere toegangsdrempel* dan specialist
- HA kan leerling of gezin *opvolgen*
- HA biedt *continuïteit in zorg* (zowel na kantooruren als over lange periode in leven)
- HA is belangrijk *opvangnet* in acute situaties
- HA heeft *grotere impact op specialisten* dan CLB (doorverwijzing en opname verlopen sneller)

HA als samenwerkingspartner

- Er is een positieve evolutie qua *afwezigheidsattestering*, MAAR …
- Er is een positieve evolutie van de *doorverwijsbriefjes* na medische consulten
- Er is meer *open communicatie* met de HA mogelijk (wel afhankelijk van arts tot arts)
- Er is *luisterbereidheid* van de HA als CLB informatie doorgeeft
- Als CLB contact neemt met HA (voor overleg, informatie uitwisselen, bevestiging van vermoedens), wordt dit meestal als *positief ervaren*
- CLB ervaart het als *heel positief als HA zelf contact opneemt*: owv casus, onderzoek, opvolging, informatie
- CLB ervaart geregeld *appreciatie* voor zijn werk door de HA

Tabel 6: Pluspunten ervaren vanuit de huisartsen ten opzichte van het CLB.

CLB algemeen

- CLB werkt *multidisciplinair*
- CLB is *verplicht* voor alle leerlingen
- CLB heeft sterk *gestructureerde werking*
- CLB heeft *goede contacten met de school*
- CLB is ook *bereikbaar in vakantieperiodes*
- CLB verspreidt jaarlijks een *mailinglijst* met contactgegevens van de verschillende CLB-medewerkers

CLB als informatiebron

- Doorgeven van informatie vanuit CLB is *een meerwaarde voor HA*
- Informatie van CLB is soms een *bevestiging voor HA* bij vermoeden van een probleem
- *Correctere informatie* vanuit CLB dan van ouders of van school
- CLB kan *klasobservaties* doen

CLB als hulpverlener

- CLB is sterk in opvolging en registratie van *vaccinaties* (vaccinnet)
- CLB doet aan *screening* tijdens de medische consulten
- CLB doet *nazicht* van o.a. gehoor, visus, ontwikkeling
- CLB heeft grondige aanpak voor *besmettelijke ziekten*
- CLB bekijkt *gezondheid* van leerling *in brede zin*
- CLB doet *eerste opvang*
- CLB biedt begeleiding bij *allerhande onderwerpen* (o.a. bij studiekeuze, slechte schoolresultaten, spraakproblemen, pesten, spijbelen, problematische afwezigheden, mishandeling, verwaarlozing, kind met een chronische aandoening, obesitas, etc.)
- CLB heeft goede kennis van *netwerken*

CLB als samenwerkingspartner

- Er is een positieve evolutie qua *contactname door het CLB* met de HA, MAAR …
- HA is tevreden als *CLB doorverwijst* naar de HA
- Doorverwijzing naar de HA na een medisch consult, zorgt ervoor dat HA *kinderen wat vaker ziet* op consultatie
- Verwijsbrief vanuit CLB omtrent gewicht = *toegangspoort* voor HA om dit onderwerp te bespreken
- Gemakkelijk om *vaccinatiegegevens op te vragen* bij CLB

Tabel 7: Quotes bij tabel 5 (Pluspunten ervaren vanuit het CLB ten opzichte van de huisartsen).

HA algemeen *R: "Over het algemeen krijg je het GSM-nummer. Ze zijn toch altijd te bereiken, vind ik persoonlijk."* *(CLB arts, vrouw, 21-30jr werkervaring)*
HA als informatiebron *R: "Ik vind het belangrijk dat je informatie hebt vanuit een andere bron. En meestal is de huisarts ook al langer betrokken bij dat gezin, bij dat kind, dan dat wij betrokken zijn. En hij kan het ook wat meer in tijdsperspectief plaatsen. Het is een mening bij. Je krijgt bevestiging of juist niet."* *(CLB maatschappelijk werker, vrouw, 11-20jr werkervaring)*
HA als hulpverlener *R: "De huisarts is voor de ouders, voor de kinderen, voor het gezin zeer betrokken. Het is een vertrouwenspersoon, terwijl wij als externe dienst eigenlijk een andere positie innemen."* *(CLB psycholoog, vrouw, 6-10jr werkervaring)*
HA als samenwerkingspartner *R: "Positief ook zijn de antwoordjes die we terugkrijgen op verwijzingen. Soms staat er enkel op dat het kind behandeld wordt, maar over het algemeen staat er toch wel een beetje uitleg bij. En dat is ook al veel verbeterd bij vroeger." (CLB arts, vrouw, 21-30jr werkervaring)*

Tabel 8: Quotes bij tabel 6 (Pluspunten ervaren vanuit de huisartsen ten opzichte van het CLB).

CLB algemeen *R: "We krijgen wel elke keer die informatiefiche doorgemaild met de artsen, van de diverse CLB's."* *(HA in solopraktijk, man,21-30jr werkervaring)*
CLB als informatiebron *R: "Wij horen maar één klok; altijd de ouders. We gaan nooit iets horen van school."* *(HA in solopraktijk, vrouw, 21-30jr werkervaring)*
CLB als hulpverlener *R: "Je weet gewoon als ze naar school gaan dan worden ze gevaccineerd en gescreend op ontwikkeling. Positief dat je weet dat ze automatisch hun vaccins krijgen. Daar moeten wij dan al niet aan denken tot ze 16 zijn."* *(HA in solopraktijk, vrouw, 2-5jr werkervaring)*
CLB als samenwerkingspartner *R: "Ik moet zeggen dat ik al regelmatig contacten heb gekregen vanuit het CLB. Zelf heb ik niet veel contact genomen. Vooral de laatste jaren bij probleemgevallen, ook dixit-attesten."* *(HA in solopraktijk, man, 21-30jr werkervaring)*

3.2.1.3. Minpunten

Tabel 9: Minpunten ervaren vanuit het CLB ten opzichte van de huisartsen.

HA algemeen

- Hogere *status of positie* van HA
- HA werkt *monodisciplinair*
- Sterke *onderlinge verschillen* tussen huisartsen
- HA en *bereikbaarheid*: HA moeilijker bereikbaar voor niet-artsen**,** HA vaak weinig tijd bij telefonisch contact, HA pas beschikbaar voor gesprek na kantooruren
- HA heeft *onvoldoende tijd* (voor gesprek, multidisciplinair overleg, huisbezoeken, grondige aanpak van een probleem, het bijhouden van de netwerkpartners,etc.)
- HA kent *CLB-werking* onvoldoende
- *Kennis van HA* omtrent groei, puberteit en kindervaccinaties wordt in vraag gesteld

HA als informatiebron

- HA heeft meestal geen rechtstreekse *informatie vanuit de school*

HA als hulpverlener

- HA gaat gemakkelijker *mee met het verhaal of met de vraag* van zijn of haar patiënt (attestering, geruststelling, geen gedeeld advies, geen contactname met CLB)
- HA *minimaliseert* gemakkelijk probleem en neemt vaak *afwachtende houding* aan bij doorverwijzing na medisch consult
- HA schrijft vaak onterechte gewettigde *afwezigheidsattesten* en weinig *dixit-attesten*
- HA is *niet altijd vertrouwenspersoon* van jongere
- *Vertrouwensrelatie en beroepsgeheim als drempels* voor HA om CLB te contacteren
- HA bouwt *onvoldoende netwerk* op rond gezin
- HA registreert onvoldoende in *vaccinnet*

HA als samenwerkingspartner

- *CLB* wordt *vaak vergeten* door HA als hulpverleningspartner
- *HA neemt zelden contact op* met CLB, waardoor soms kostbare tijd verloren gaat
- Elkaar *niet persoonlijk kennen*
- Soms *minder positieve contacten met HA*, vooral van niet-artsen uit CLB (minderwaardig gevoel bij CLB-medewerker door HA, terughoudendheid van HA, spreken in medisch vakjargon door HA)
- *CLB-arts* voelt zich *niet altijd naar waarde geschat* door HA
- CLB-arts vindt *contactname met HA bij afwezigheden vervelend*, gezien het controlerende karakter ervan
- Als *info doorgegeven* wordt aan de HA vanuit CLB, *wat gebeurt er* dan mee ?

Tabel 10: Minpunten ervaren vanuit het CLB ten opzichte van zichzelf (CLB kijkt in eigen boezem).

CLB algemeen:

- *CLB-werking* is onvoldoende bekend (bij HA en bij grote publiek)
- CLB is enkel *bereikbaar* binnen kantooruren

CLB als informatiebron

- CLB krijgt zijn informatie vooral *via leerling, ouders en/of school* (deze informatie is niet altijd objectief)
- CLB *hoeft niet altijd alles te weten*, enkel indien het functioneren verstoord is

CLB als hulpverlener:

- CLB heeft eerder *ongunstige positie* t.o.v. leerling of ouders (CLB komt ongevraagd, brengt vaak slecht nieuws, is niet de vrije keuze van de leerling of de ouders)
- CLB kan *geen continue zorg* bieden (kantooruren, levensloop)

CLB als samenwerkingspartner:

- CLB heeft *onvoldoende kennis van HA-werking* (HA als centrale dossierbeheerder, terugbetalingsattest bij doorverwijzing door HA, richtlijnen van HA, welke verwachtingen van HA naar CLB)
- CLB neemt *weinig contact* op met HA
- CLB *betrekt HA* meestal enkel in acute of problematische situaties
- CLB doet geen beroep op *HA als informatiebron* bij doorverwijzing
- CLB *verwijst rechtstreeks* door naar de tweede lijn
- CLB bezorgt *geen informatie aan HA* bij doorverwijzing
- Informatie-uitwisseling door CLB met HA vooral telefonisch of op papier (*weinig tot geen elektronisch informatieverkeer)*

Tabel 11: Minpunten vanuit de huisartsen ten opzichte van het CLB.

CLB algemeen

- CLB en *bereikbaarheid*: CLB heeft hoge toegangsdrempel voor HA (welk CLB bij welke school, welke persoon aanspreken, CLB niet bereikbaar na kantooruren, hoe contacteren bij urgenties)
- CLB is *organisatie*, geen aanspreekbare persoon
- *Personeel* binnen CLB *wijzigt* regelmatig (nieuwe mensen, andere scholen)
- CLB heeft een *negatief imago* (bemoeizucht, altijd negatief, onterechte doorverwijzingen, weinig progressie na CLB-acties)

CLB als informatiebron

- CLB *geeft onvoldoende informatie door* aan HA (o.a. over medische consulten, biometriecurves, vaccinatieweigeringen, begeleiding, doorverwijzing)

CLB als hulpverlener

- CLB-medewerker *gaat mee in verhaal of met de vraag* van leerling, ouders of school
- *Studie-advies* van CLB wordt in vraag gesteld
- Weinig zichtbare *preventieve acties* door CLB
- *Vaccinatieschema* niet volledig in vaccinnet van *secundaire leerlingen*
- Individuele CLB-begeleiding biedt *niet altijd concrete oplossingen*
- *Doorverwijzingen na medisch consult* niet altijd positief volgens HA: soms onterechte doorverwijzingen, te beknopte verwijsbrief, opvolgsysteem van doorverwijzingen niet waterdicht
- CLB *verwijst rechtstreeks* door naar tweede lijn

CLB als samenwerkingspartner

- CLB heeft *onvoldoende HA-gerichte werking* (niet vertrouwd met HA als centrale dossierbeheerder en met HA als eerstelijnspartner)
- Elkaar *niet persoonlijk kennen*
- Soms *minder positieve contacten* met CLB (soms gevoel uitgehoord te worden door CLB, geen echt overleg tussen HA en CLB)
- *CLB neemt zelden contact op* met HA (enkel sporadisch bij problematische situaties)
- HA wordt *niet betrokken* (bij doorverwijzing, begeleiding)
- Informatie-uitwisseling door CLB met HA vooral telefonisch of op papier (*weinig tot geen elektronisch informatieverkeer)*
- *Vereiste toestemming* van leerling of ouders is hindernis voor samenwerking
- *Geen terugkoppeling* van informatie naar HA (evolutie?, resultaat?)
- Als *info doorgegeven* wordt aan het CLB vanuit HA, *wat gebeurt er* dan mee?

Tabel 12: Minpunten vanuit de huisartsen ten opzichte van zichzelf (HA kijkt in eigen boezem).

HA algemeen:

- HA *overdag moeilijk bereikbaar* voor overleg
- HA heeft onvoldoende kennis van *CLB-werking*
- HA is weinig vertrouwd met *schoolse organisatie*
- HA is vaak onvoldoende vertrouwd met *CLB-onderwerpen* zoals ontwikkeling (spraak, motoriek, groei), kindervaccinaties en problematische situaties
- HA heeft onvoldoende kennis omtrent *'De rechtspositie van de minderjarige'*

HA als informatiebron

- HA *weet ook niet alles* van zijn patiënten
- HA *weet veel over een gezin*, maar doet er niet altijd iets mee
- HA krijgt vooral *informatie via de ouders* (deze informatie is niet altijd objectief)
- HA is niet altijd op de hoogte van leerlingen of ouders die *vaccinaties weigeren*

HA als hulpverlener:

- Niet elke arts gebruikt *vaccinnet* (niet gebruiksvriendelijk)
- HA schrijft soms *afwezigheidsattest* om ervan af te zijn
- HA werkt weinig met *groei- en gewichtscurves*
- HA heeft *weinig tijd* tijdens consultatie om andere problemen aan te kaarten of om juiste netwerkpartners op te zoeken
- HA heeft vaak geen overzicht over alle mogelijke *netwerkpartners*
- HA kan zelf niet veel doen bij *psychosociale problemen* (HA hier geen expertise in)
- HA ziet kinderen *enkel als ze ziek* zijn
- De HA van een gezin is niet automatisch de *vertrouwenspersoon van de jongere*

HA als samenwerkingspartner:

- CLB wordt als samenwerkingspartner gemakkelijk *vergeten*
- *Zelden contactname door HA* met CLB:
  * Enkel in echt acute of problematische situaties
  * Hierdoor gemiste kansen
  * Moeilijk om eerder persoonlijke/delicate zaken door te geven
  * Vertrouwensrelatie met leerling/ouders bemoeilijkt soms contactname met CLB
  * Gemakkelijk uitstellen van contactname (als CLB niet direct bereikbaar is)
- HA heeft soms *stereotyp beeld van een CLB-arts*
- HA zal zelf niet gemakkelijk *eerste stap* zetten tot toenadering CLB
- Welke *verwachtingen heeft CLB* van HA?

Tabel 13: Quotes bij tabel 9 (Minpunten ervaren vanuit het CLB ten opzichte van de huisartsen).

HA algemeen *R: "Ik heb heel vaak de indruk dat artsen eigenlijk totaal niet weten wat wij doen en niet weten wat ze van ons mogen verwachten, of zelfs moeten verwachten als ze dingen doorgeven aan ons en wat onze rol daarin is en wat we wel of niet kunnen." (CLB maatschappelijk werker, vrouw, 21-30jr werkervaring)*
HA als informatiebron *R: "Iets dat ik ook moeilijk vindt, is als ouders naar de huisarts gaan bijvoorbeeld voor de ontwikkeling van hun kind, dan durven ze soms uitspraken maken van: "Ach, het gaat allemaal goed". Soms is er echt een probleem op school en de huisarts zegt: "Nee nee, 't is niets" en de ouders zijn dan gerustgesteld. Maar de huisarts weet niet hoe het verloopt op school." (CLB arts, vrouw, 2-5jr werkervaring)*
HA als hulpverlener *R: "De huisarts is een vertrouwenspersoon voor de ouders. Dan denk ik dat huisartsen soms heel veel dingen zien; dingen die soms fout lopen. Ik vraag mij dan soms af; kunnen zij dan niet eens de stap zetten naar een andere dienst, daarom niet naar het CLB. Ik denk dat het voor hen waarschijnlijk juist moeilijk is om dat te doen, precies omdat ze in die vertrouwensband zitten met die ouder. Maar na zoveel tijd komt dat ook aan de oren van het CLB en je neemt dan contact op met de huisarts en dan blijkt dat hij daar al heel goed van op de hoogte is, maar dat daar dan geen netwerk rond gevormd werd." (CLB psycholoog, vrouw, 11-20jr werkervaring)* *R: "Over die vaccins … als een leerling of ouders daarop zetten 'we gaan naar de huisarts', dan weet je nooit meer wanneer dat dat vaccin gegeven werd. En eigenlijk is dat heel simpel op te lossen als zij vaccinnet een beetje invullen zoals dat hoort. Dat is niet alleen voor huisdokters, maar dat is ook voor de pediaters en zo meer. Dus eigenlijk is het voorhanden." (CLB verpleegkundige, man, 11-20jr werkervaring)*
HA als samenwerkingspartner *R: " Ik denk dat het eerder is van 'Ah ja, dat CLB is er ook nog;, dat ze daar eigenlijk niet aan gedacht hebben. Vandaar dat ik denk … is onbekend ook niet onbemind?"* *(CLB maatschappelijk werker, vrouw, 11-20jr werkervaring)* *R: "Ik denk dat het nog altijd vooral eenrichtingsverkeer is. Ik denk dat de huisartsen niet direct gaan zeggen, ik ga dat eens melden aan de CLB-arts, of dat zou interessant zijn voor de CLB-arts. Ik krijg eigenlijk nooit een telefoon van een huisarts." (CLB arts, vrouw, 21-30jr werkervaring)*

Tabel 14: Quotes bij tabel 10 (Minpunten ervaren vanuit het CLB ten opzichte van zichzelf).

CLB algemeen *R: "Sommige artsen denken wel degelijk aan ons … Maar het gebeurt ook omgekeerd, van: hadden wij nu geraadpleegd geweest, dan had dat wellicht positiever uitgedraaid voor dat kind. En dan heeft dat misschien ook een stuk te maken met ons, dat wij eigenlijk te weinig gekend zijn, bij bijvoorbeeld de huisartsen groep; over wat ons werkterrein is en over wat wij kunnen bieden." (CLB pedagoog, vrouw, 11-20jr werkervaring)*
CLB als hulpverlener *R: "Soms zien de mensen het CLB gewoon als de dienst die alle medische onderzoeken doet en ouders hebben op dat moment heel weinig contact met ons. Of ze kennen ons dan als de mensen die komen als er een probleem is, bijvoorbeeld met het ziekteverzuim of zulke dingen. Een aantal ouders hebben ook een slecht beeld van ons." (CLB arts, vrouw,2-5jr werkervaring)*

Tabel 15: Quotes bij tabel 11 (Minpunten ervaren vanuit de huisartsen ten opzichte van het CLB).

CLB algemeen *R: "Het CLB is niet zo toegankelijk voor ons … Misschien is het van onze kant ook dat we niet zo gemakkelijk de telefoon nemen zoals we naar een collega bellen. Ik denk dat er veel meer potentieel zit in het doorverwijzen van ons uit naar het CLB, omdat er bepaalde problemen vaak niet zichtbaar zijn voor het CLB en voor ons wel. En we doen dat niet genoeg. Misschien een beetje het gevoel dat we niet weten hoe we eraan moeten beginnen? Ja, wie contacteren?" (HA in solopraktijk, man,21-30jr werkervaring)*
CLB als informatiebron *R: "Dat is vaak het probleem dat je hoort. Ouders volgen een weg waarvan je eigenlijk niet op de hoogte bent; je bent er ook nooit van op de hoogte gebracht via enig verslag."* *(HA in groepspraktijk met gemeenschappelijk praktijkgebouw, vrouw,11-20jr werkervaring)*
CLB als hulpverlener *R: "Ik heb laatst ook een brief gehad; een kind dat werd verwezen naar een neuroloog, wat ik eigenlijk echt niet nodig vond. Ik vind dat men voor een vermoeden van een aantal zaken, dat er eerst eens een terugkoppeling mag zijn naar de huisarts. Dat er zelfs in overleg met de huisarts nodig geacht wordt of een doorverwijzing nodig is en ten tweede ook de gevoeligheden van de mensen kennende, naar wie er verwezen wordt."* *(HA in groepspraktijk met gemeenschappelijk praktijkgebouw, man,11-20jr werkervaring)*
CLB als samenwerkingspartner *R: "Het is niet zo dat je het gevoel hebt dat het CLB de huisartsen ziet als eerste lijn, waar het kind misschien ook een medisch dossier heeft en waar je dan zelf bij betrokken wordt als er een doorverwijzing is. Het kind wordt ook soms rechtstreeks doorverwezen en dat vind ik geen goed idee."* *(HA in groepspraktijk met gemeenschappelijk praktijkgebouw, vrouw, 31-40jr werkervaring)*

Tabel 16: Quotes bij tabel 12 (Minpunten ervaren vanuit de huisartsen ten opzichte van zichzelf).

HA algemeen *R: "Als huisarts kom je weinig in contact met het CLB. Op de vragenlijst staan een heel aantal zaken die je in de praktijk wel vaak ziet, maar waarbij je niet spontaan aan het CLB denkt. Bijvoorbeeld moeilijke thuissituaties; dat je de reflex zou maken van: nu ga ik daarvoor eens het CLB opbellen."* *(HA in groepspraktijk zonder gemeenschappelijk praktijkgebouw, vrouw, 2-5jr werkervaring)*
HA als informatiebron *R: "Ik denk dat we niet moeten denken dat we God de vader zijn en dat mensen alles aan onze neus knopen."* *(HA in solopraktijk, man, 31-40jr werkervaring)*
HA als hulpverlener *R: "We zijn wel huisarts van de ouders maar daarom niet echt vertrouwensman van de kinderen."* *(HA in solopraktijk, man, 21-30jr werkervaring)*
HA als samenwerkingspartner *R: "Misschien zou het beste zijn dat het CLB de eerste stap zet zodat wij dan gemakkelijker de tweede stap zetten. Want geef toe dat de huisarts dat niet doet. Als zij nu meer informatie naar ons zenden, dan gaan wij ons al meer op ons gemak voelen, gaan we al weten wat er scheelt, en er is al een keer gebabbeld geweest, er is al een keer getelefoneerd geweest en dan ga je dat zelf ook meer doen."* *(HA in solopraktijk, vrouw, 21-30jr werkervaring)*

3.2.1.4. Verwachtingen

Tabel 17: Verwachtingen vanuit het CLB ten opzichte van de huisartsen.

HA algemeen:

- HA is altijd *beschikbaar* (ook na kantooruren)
- HA weet dat een *chronische aandoening* een welbepaalde invloed heeft op het functioneren van een kind
- HA weet dat *CLB deskundig* is in specifieke onderwerpen
- HA heeft respect voor *deskundigheid van CLB-arts*

HA als informatiebron:

- HA zou belangrijke *informatiebron* voor CLB kunnen zijn (bovenop informatie van leerling/ouders en school)
- HA moet niet elke leerling met *chronische aandoening* doorgeven aan CLB

HA als hulpverlener:

- HA zou ook aanwezig kunnen zijn op belangrijk *overleg*
- HA *doet iets* met doorgegeven informatie van CLB
- HA kan *continue zorg* bieden
- HA als *opvangnet* als het moeilijk gaat
- HA kan *ouders motiveren* tot verdere doorverwijzing
- HA kan thuissituatie verder *opvolgen*
- HA kan *hulp* inschakelen *voor ouders*
- HA kan *bezorgdheden delen* met andere hulpverleners

HA als samenwerkingspartner:

- HA kan *zelf ook contact opnemen* met CLB (bij problemen, bij verstoord functioneren van een kind, bij leerling met chronische aandoening)
- *Situatie van kind* zou kunnen verbeteren als HA CLB contacteert
- Betere samenwerking tussen HA en CLB *bij afwezigheden*
- HA en CLB als *partners in de zorg* voor jongeren
- *Informatie-uitwisseling* met de HA kan, als hij/zij vaste huisarts is
- *Concrete afspraken* tussen HA en CLB-medewerker kan tijdens overleg

Tabel 18: Verwachtingen vanuit de huisartsen ten opzichte van het CLB.

CLB algemeen:

- Meer transparantie over *taken en personeelsleden* van CLB
- CLB-arts ook bereikbaar *na 17u*
- Geen voortdurende *wijziging van CLB-artsen*
- Graag vlotter *communicatieforum*

CLB als informatiebron:

- HA *wil geïnformeerd worden* over zijn/haar patiënten (zeker bij problemen, maar ook over normale gegevens)
- HA wenst *feedback* over CLB-begeleiding (zeker als hij/zij zelf aanmelding doet)

CLB als hulpverlener:

- Als CLB doorverwijst, *eerst naar de HA*
- Als duidelijke pathologie, kan CLB *rechtstreeks doorverwijzen*
- HA op de hoogte brengen van *overlegmomenten*

CLB als samenwerkingspartner:

- HA kan ook *bijkomende informatie* hebben over een leerling
- HA kan *extra controle* zijn bij medische doorverwijzingen als hij verwijsbrief automatisch krijgt van CLB
- *HA betrekken* als ouders niet ingaan op begeleiding of doorverwijzing
- Neem *telefonisch contact* op met de HA (bij problemen, bij dixit-attesten)
- Als *CLB meer contact zal opnemen* met HA, dan zal HA dit ook doen
- CLB en HA zouden *intenser kunnen samen werken* (vb. samen oplossing zoeken bij complexe situatie)
- Als geen informatie mag doorgegeven worden aan HA, *leg uit waarom*
- Elkaar *persoonlijker kennen*

Tabel 19: Quotes bij tabel 17 (Verwachtingen ervaren vanuit het CLB ten opzichte van de huisartsen).

HA algemeen *R: "De huisdokter is ook iemand die 24 op 24 uur beschikbaar is, wij niet."* *(CLB maatschappelijk werker, vrouw, 11-20jr werkervaring)*
HA als informatiebron *R: "Informatie-uitwisseling is ook iets dat nu zelden gebeurt en dat bij momenten toch wel een meerwaarde zou kunnen zijn, misschien zowel voor ons als voor de huisarts eigenlijk." (CLB pedagoog, vrouw,6-10jr werkervaring)*
HA als hulpverlener *R: "Of als het moeilijk loopt, dan weet je dat ze daar (bij de huisarts) terecht kunnen, dat vind ik ook wel positief." (CLB psycholoog, vrouw, 6-10jr werkervaring)* *R: "De huisarts is wel voor de ouders een vertrouwenspersoon en als je voelt dat er bij bepaalde kindjes zaken moeilijk bespreekbaar worden, dan kan je toch wel aan ouders de suggestie geven: 'Ga daarmee eens naar de huisarts', als een soort tussenpersoon vooraleer verdere stappen gezet worden. Om via de huisarts te werken, hij is modererend in dit kader." (CLB pedagoog, vrouw, 6-10jr werkervaring)*
HA als samenwerkingspartner *R: "Wat ik eigenlijk ook wel belangrijk vind en wat ik zeker zou appreciëren, moesten ze bijvoorbeeld in het kader van problematische afwezigheden rapper de reflex gaan maken om gewoon zelf contact met ons op te nemen." (CLB arts, vrouw, 6-10jr werkervaring)*

Tabel 20: Quotes bij tabel 18 (Verwachtingen ervaren vanuit de huisartsen ten opzichte van het CLB).

CLB algemeen *R: "Dat zit allemaal in hun computersysteem, maar dit is niet verbonden aan 'Medibridge'. Het is toch maar elektronisch intypen en klikken op verzenden. De dag van vandaag dat dat onbestaande of onbekend is in een instantie zoals het CLB?" (HA in solopraktijk, vrouw, 11-20jr werkervaring)*
CLB als informatiebron *R: " Bij doorverwijzing graag de informatie doorgeven, bij eender welke specialist. Ook voor de gewone onderzoeken, bijvoorbeeld ook die groeicurves, omdat dat ook een meerwaarde is. Gewoon alles doorgeven. Een specialist geeft ook alles door." (HA in solopraktijk, man, 21-30jr werkervaring)*
CLB als hulpverlener *R: "Voor sommige dingen vind ik, zouden ze toch eerst eens aan de huisarts om raad kunnen vragen voor ze naar een specialist worden doorgestuurd... Wij kunnen daarop toch eens een visie geven…* *Als ze naar ons doorverwijzen, hebben we de keuze om ze dan naar die specialist door te sturen waarmee we gewoon zijn van mee te werken." (HA in solopraktijk, man, 31-40jr werkervaring)*
CLB als samenwerkingspartner *R: "Zelf heb ik nog niet veel contact genomen. Wel vooral de laatste jaren bij probleemgevallen en ook dixit-attesten. Af en toe durft er wel eens reactie te komen van het CLB. … Wel, wij lokken het uit en zouden graag meer reacties krijgen." (HA in solopraktijk, man, 21-30jr werkervaring)*

3.2.1.5. Oplossingen

Tabel 21: Oplossingen aangebracht vanuit het CLB.

Meer leerling-informatie doorgeven aan HA

- HA kopie van doorverwijsbrief bezorgen (als doorverwijzing naar tweede lijn)
- Elektronische informatie-uitwisseling cfr Medibridge, Medimail

Meer bekendmaking van CLB

- CLB-werking uitleggen tijdens LOK, vergadering HA-kring
- Ook meer bekendmaking van CLB-werking bij leerling en ouders
- In HA-opleiding: CLB-stage, uitgebreidere info omtrent ontwikkeling (groei, puberteit)
- Uitleg voor HA omtrent gedeeld beroepsgeheim, rechtspositie minderjarige
- Informatie aan HA omtrent CLB-onderwerpen

Principes bij doorverwijzing

- Eerst doorverwijzen naar HA na medisch consult (+ HA vermelden op verwijsbrief)
- Goed gemotiveerde verwijsbrief vanuit CLB na medisch consult
- Bij intake-gesprek met leerling of ouders HA navragen
- HA actiever bevragen naar informatie bij doorverwijzing

Bij problematische afwezigheden

- Geen onterechte afwezigheidsattesten van de HA
- HA zou dixit-attesten moeten schrijven
- Neem als HA contact op met CLB

Elkaar persoonlijker kennen

- Ontmoetingsmomenten tussen CLB en HA
- Blijvende contacten tussen CLB en HA (vb. werkgroep)

Bereikbaarheid verduidelijken

- Namen van CLB-medewerkers doorgeven aan HA
- Inventarisatie van huisartsen (contactgegevens + mogelijke contactmomenten)

Contactname

- Beter om met HA moment af te spreken om terug te bellen
- Als niet-arts melden aan HA dat je mandaat hebt vanuit team om te bellen
- Melden aan HA dat er toestemming van de ouders is
- Uitleggen dat het eventueel dringend is
- Concrete afspraken maken (vb. ik spreek leerling, jij gaat op huisbezoek)
- Meer zelf contact opnemen met HA bij allerlei problemen (niet alleen acute situaties)
- Bij afwezigheden neemt CLB-arts beter contact op met HA

Opmaak van samenwerkingsdocument (verwachtingen, afspraken, werking)

Vaccinaties – Vaccinnet

- Meer registratie in vaccinnet door HA
- Als vaccinatie bij HA gebeurt, CLB-verwijsbrief aan HA om in vaccinnet te registreren

Drempel naar HA voor jongere verlagen (voor niet-medische problemen)

- Info geven over beroepsgeheim aan jongeren door HA (en positie tov ouders)
- Jongere apart spreken zonder de ouders

Open communicatie ook door HA met ouders en leerling als contactname met CLB

Tabel 22: Oplossingen aangebracht vanuit de huisartsen.

Meer leerling-informatie doorgeven aan HA

- Verslagen/doorverwijsbrieven na medische consulten
- Gewicht- en groeicurves
- Verslag bij doorverwijzing vanuit CLB
- Graag op de hoogte als er problemen met leerling zijn (vb. ook schoolse of psychische problemen)
- Als inhoud niet kan of mag doorgegeven worden aan HA, is melding van CLB-begeleiding ook al nuttig
- CLB zou altijd vaste HA moeten bevragen
- Medimail (voor medische verslagen + doorverwijzingsverslagen): afwijkende verslagen labelen
- E-health (als raadpleegbare informatiebron bij problemen)
- CLB-dossier niet vernietigen, maar aan HA geven

Meer bekendmaking van CLB

- CLB-medewerkers kunnen zich eens komen voorstellen
- CLB kan naar HA-bijscholing komen

Principes bij doorverwijzing

- Verwijsbrief na medisch consult naar HA beter motiveren
- Eerst doorverwijzen naar HA (niet rechtstreeks naar specialist)

Bij problematische afwezigheden:

- Ook contact opnemen met CLB als HA toch onterecht afwezigheidsattest uitschrijft

Hulpverleners in regio aan HA aanreiken

- Lijsten van CLB ter beschikking stellen (via lijst of via website?)

Visie waarbij HA = eerstelijnspartner + HA = centrale beheerder van het globaal medisch dossier

Elkaar persoonlijker kennen

- Uitnodigen op vorming van HA-kring

Bereikbaarheid verduidelijken

- Jaarlijkse mailinglijst van alle CLB's met contactgegevens + op website
- Persoonlijk aanspreekpunt

Contactname

- HA vaker zelf contact opnemen met CLB
- HA zou zelf vaker moeten doorverwijzen naar CLB
- Bij contactname met CLB vragen om terug te bellen (i.p.v. uitstel -> afstel)
- Bij besmettelijke ziekten CLB verwittigen via ouders of via ander medium

Vaccinaties – Vaccinnet

- Vaccinatiekaart voor jongeren
- Historische vaccinaties registreren in vaccinnet (jobstudent inschakelen)
- Weigeraars doorverwijzen naar HA (HA minstens informeren): misschien kan HA patiënt overtuigen
- Vaccinnet gebruiken

Drempel naar HA voor jongere verlagen (voor niet-medische problemen)

- Aanvaarden dat HA niet altijd vertrouwenspersoon is van jongere; dit eventueel met jongere bespreken
- Jongere alleen laten komen om te praten
- Derde betalersregel toepassen
- Uitleg geven aan jongere over beroepsgeheim en ouders

Overleg tussen verschillende CLB-netwerken zou zinvol zijn

Werken aan negatief CLB-imago

- Adviezen of commentaren aan ouders beter door een persoon en niet door een organisatie

3.2.2. Kwantitatief onderzoek

Er werden dus 38 vragenlijsten van alle 44 CLB-medewerkers (of 86%) en 45 vragenlijsten van alle 100 huisartsen (of 45%) uit de vooropgestelde regio verkregen voor kwantitatief onderzoek. In deze vragenlijst werden er drie domeinen bevraagd, namelijk: 1) vragen naar persoonsgegevens en werksituatie van de hulpverleners, 2) vragen naar de onderlinge contacten tussen de hulpverleners, 3) vragen omtrent doorverwijzingen.

3.2.2.1. Persoonsgegevens

Eerst werden een aantal persoonsgegevens bevraagd zoals geslacht, werkervaring, functie van de CLB-medewerker, praktijkvorm van de huisarts en het gebruik van vaccinnet.
Uit de nagevraagde persoonsgegevens blijkt dat er binnen de CLB's een duidelijk overwicht is van vrouwelijke hulpverleners en bij de huisartsen is er eerder een overwicht van mannen binnen de beroepsgroep. Verder zien we ook een verschil tussen huisartsen en CLB-medewerkers wat de werkervaring betreft; zo zien we dat de grootste groepen van de CLB-medewerkers zich bevinden in de categorieën met eerder matige (0-10 jaar) en gemiddelde (11-20 jaar) werkervaring. Bij de huisartsen is de grootste groep terug te vinden bij de categorie met eerder grotere werkervaring (31-40 jaar). Verder vindt men bij de overige huisartsen een gelijke spreiding binnen de andere drie categorieën (zie tabel 23).

Tabel 23: Geslacht en werkervaring bij de bevraagde CLB-medewerkers en huisartsen.

Geslacht	CLB (n = 38)	HA (n = 45)
- Man	5	29
- Vrouw	33	16
Werkervaring	CLB (n = 38)	HA (n = 45)
- 0-10 jaar	14	10
- 11-20 jaar	16	9
- 21-30 jaar	6	9
- 31-40 jaar	2	17

Verder werd het gebruik van vaccinnet bevraagd bij zowel de CLB-medewerkers als de huisartsen. Alle maatschappelijk werkers en alle psychopedagogisch werkers binnen het CLB melden nooit gebruik te maken van vaccinnet, in tegenstelling tot de artsen en verpleegkundigen binnen het CLB die allen vaccinnet gebruiken. Het grootste deel van de huisartsen blijkt dit ook te doen; 22 huisartsen geven aan vaccinnet altijd te gebruiken en 17

huisartsen soms (zie tabel 24).

Tabel 24: Gebruik van vaccinnet bij de bevraagde CLB-medewerkers (Artsen + PMW) en huisartsen.

Gebruik van vaccinnet	CLB (n = 13)	HA (n = 45)
- Nooit	0	6
- Soms	1	17
- Altijd	12	22

Ook de functie van de CLB-medewerkers werd bevraagd (zie tabel 25). Hieruit blijkt dat er een grote vertegenwoordiging is van de psychopedagogische discipline met 15 personen, gevolgd door de maatschappelijke discipline met 10 personen, de verpleegkundigen met 8 en de artsen met 5. In deze groep blijken alle paramedisch werkers verpleegkundigen te zijn.

Tabel 25: Functie van de bevraagde CLB-medewerkers.

Functie van de CLB-medewerker	CLB (n = 38)
Arts	5
Paramedisch werker (PMW): verpleegkundige	8
Paramedisch werker (PMW): andere	0
Psychopedagogisch werker (PPW): psycholoog	11
Psychopedagogisch werker (PPW): pedagoog	4
Maatschappelijk werkers(MW)	10

Voor de huisartsen werd nog gevraagd naar de praktijkvorm waarin zij werkzaam zijn en de frequentie waarmee zij kinderen tussen 3 en 18 jaar zien in hun huisartsenpraktijk. (Voor de indeling en de definities van de verschillende praktijkvormen op de vragenlijst (zie bijlage 14), werd beroep gedaan op informatie van Domus Medica.) Hieruit blijkt dat meer dan de helft van de huisartsen in een solopraktijk werkt, waarvan enkelen met een samenwerkingsverband. Er zijn echter ook heel wat huisartsen die in een groepspraktijk werken (zie tabel 26). Tot slot kunnen we ook vaststellen dat de grote meerderheid van de bevraagde huisartsen wekelijks kinderen tussen 3 en 18 jaar ziet in zijn huisartsenpraktijk (zie tabel 27).

Tabel 26: Praktijkvorm van de bevraagde huisartsen.

Praktijkvorm van de huisarts	HA (n = 45)
- Solopraktijk	23
- Solopraktijk met samenwerkingsverband	3
- Groepspraktijk met gemeenschappelijk praktijkgebouw	17
- Groepspraktijk zonder gemeenschappelijk praktijkgebouw	2

Tabel 27: Frequentie waarmee de bevraagde huisartsen kinderen tussen 3 en 18jaar in de huisartsenpraktijk zien.

Frequentie van kinderen tussen 3 en 18 jaar In de huisartsenpraktijk	HA (n = 45)
- Zelden tot nooit	1
- Meerdere keren per jaar	2
- Meerdere keren per maand	6
- Meerdere keren per week	15
- Meerdere keren per dag	21

3.2.2.2. Onderlinge contacten tussen de hulpverleners

Naast deze persoonsgegevens, werden ook de onderlinge contacten tussen de CLB-medewerkers en de huisartsen nagegaan in de vragenlijsten. Bij deze onderlinge contacten is het belangrijk om te melden dat dit meestal slechts om sporadische contacten gaat; zowel voor de CLB-medewerkers als voor de huisartsen. Uit de focusgroepen en uit de aanvullingen op de vragenlijsten blijkt dat die onderlinge contacten dus eerder zeldzaam zijn. Indien er dus vermeld wordt dat er soms contacten zijn, moet men bovengenoemde informatie zeker indachtig zijn.

Als we de contacten bekijken vanuit het CLB naar de huisarts, dan blijkt uit de vragenlijsten dat ongeveer 2/3^{e} van de CLB-medewerkers al eens contact opgenomen heeft met een lokale huisarts. Als we naar de functie kijken binnen het CLB, zien we dat alle CLB-artsen, 4/5^{e} van de maatschappelijk werkers, 3/4^{e} van de pedagogen en bijna 2/3^{e} van de psychologen en de verpleegkundigen reeds een lokale huisarts contacteerden. De meerderheid van de huisartsen vermeld al eens gecontacteerd te zijn door het CLB (zie tabel 28). De manier waarop het CLB met de huisarts contact legt, is vooral via de telefoon en via briefwisseling met de ouders. Dit wordt zowel door de CLB-medewerkers als door de huisartsen aangegeven. Door 1/3^{e} van de CLB-medewerkers wordt ook vermeld dat zij soms zelf een verslag opsturen naar de huisarts als communicatiemethode. Bij huisartsen leeft deze perceptie echter in beperkte mate. Verder wordt ook E-mail als communicatiemiddel aangegeven door de CLB-medewerkers. Uit deze cijfers blijkt ook dat 1/5^{e} van de CLB-medewerkers geen informatiekanaal naar de huisarts gebruikt. Dit laatste kan te maken hebben met het feit dat binnen de CLB's het principe leeft dat de contacten met de huisartsen hoofdzakelijk gelegd worden door de CLB-artsen. Bijna 1/5^{e} van de CLB-medewerkers geeft inderdaad ook zelf aan in de vragenlijst dat er enkel contact is met de huisartsen via de CLB-arts (zie tabel 29).

Tabel 28: Frequentie waarmee CLB contact neemt met de huisarts (perceptie van de bevraagde CLB-medewerkers en huisartsen).

Frequentie van contactname door CLB met huisarts	Volgens CLB (n = 38)	Volgens HA (n = 45)
- Nooit	10	8
- Soms	25	37
- Regelmatig	3	0

Tabel 29: Gebruikte communicatiemethode door CLB bij contact met de huisarts (perceptie van de bevraagde CLB-medewerkers en huisartsen).

Communicatiemethode van CLB naar huisarts	Volgens CLB (n = 38)	Volgens HA (n = 45)
Telefonisch	21	23
E-mail	4	2
Beveiligd elektronisch informatieverkeer	0	1
Via brief of verslag meegegeven aan de ouders	15	24
Via brief of verslag opgestuurd door CLB	12	4
Niet	8	5
Andere: enkel via de CLB-arts	7	0

Verder zien we dat er door heel wat CLB-medewerkers al eens contact opgenomen werd in volgende situaties: problematische afwezigheden of spijbelen, moeilijke thuissituaties of crisissituaties, psychiatrische problemen en suïcide preventie (zie tabel 30). Ongeveer de helft van de huisartsen geeft inderdaad aan dat zij al eens gecontacteerd werden in deze situaties. Bij deze problematieken zijn het vooral de CLB-artsen, de psychopedagogisch werkers en de maatschappelijk werkers die contact opnemen met de huisarts. Enkel bij moeilijke thuissituaties zien we dat ook de CLB-verpleegkundigen wel eens contact opnemen met de huisarts. Deze verpleegkundigen blijken voor alle andere onderwerpen uit de tabel zelden tot nooit contact op te nemen met de huisarts. Ook zien we dat de pedagogen eerder zelden contact opnemen met de huisarts, duidelijk minder dan de psychologen.

Verder merken we dat bij het voorkomen van gedragsproblemen, slechts 1/3^{e} van de CLB-medewerkers al eens contact opnam met de huisarts. Hier blijken vooral de CLB-artsen en de maatschappelijk werkers in beperkte mate actief te zijn. Voor leerlingen met een chronische aandoening die een impact heeft op het schoolse vlak, blijkt ook 1/3^{e} van de CLB-medewerkers (en dan in het bijzonder de CLB-artsen) al eens contact opgenomen te hebben met de huisarts.

Bij onderwerpen zoals leer- of studieproblemen, testing of onderzoeken door het CLB en pesten op school, blijkt dat slechts een klein aantal CLB-medewerkers ooit contact nam met

de huisarts. Bij al deze vernoemde problematieken blijkt dat 1/4e tot 1/3e van de huisartsen hiervan al eens op de hoogte gebracht werd. Opvallend is ook dat de helft van de huisartsen vermeldt al eens gecontacteerd te zijn bij gedragsproblemen (zie tabel 30).

Tabel 30: Frequentie waarmee CLB contact neemt met de huisarts in specifieke situaties (perceptie van de bevraagde CLB-medewerkers en huisartsen).

Frequentie van contactname door CLB met huisarts		Volgens CLB (n=38)	Volgens HA (n=45)
Bij studie- of leerproblemen	Nooit	33	34
	Soms	5	11
	Regelmatig	0	0
Bij gedragsproblemen*	Nooit	25	21
	Soms	12	*23*
	Regelmatig	1	0
Bij testing of onderzoeken*	Nooit	32	33
	Soms	5	11
	Regelmatig	1	0
Bij pesten op school*	Nooit	32	31
	Soms	5	14
	Regelmatig	0	0
Bij problematische afwezigheden op school of spijbelen	Nooit	18	19
	Soms	12	25
	Regelmatig	8	1
Bij moeilijke thuissituaties of crisissituaties	Nooit	13	23
	Soms	24	20
	Regelmatig	1	2
Bij psychiatrische problemen*	Nooit	17	27
	Soms	19	17
	Regelmatig	2	0
Bij suïcide preventie	Nooit	20	28
	Soms	15	17
	Regelmatig	3	0
Bij impact van een chronische aandoening op schools vlak	Nooit	27	31
	Soms	8	13
	Regelmatig	3	1

**Bij dit onderwerp vulde 1 respondent de vraag niet in.*

Als we nu ook de contacten door de huisartsen met het CLB bekijken, dan merken we dat 3/4e van de huisartsen al ooit contact opnam met het CLB. Van de CLB-medewerkers blijkt enkel een ruime helft al eens gecontacteerd te zijn door de huisarts (zie tabel 31).

Tabel 31: Frequentie waarmee de huisarts contact neemt met het CLB (perceptie van de bevraagde CLB-medewerkers en huisartsen).

Frequentie van contactname door huisarts met CLB	Volgens CLB (n = 38)	Volgens HA (n = 45)
- Nooit	18	11
- Soms	20	34
- Regelmatig	0	0

De manier waarop de huisarts met het CLB contact legt, is ook hier vooral via de telefoon, via briefwisseling met de ouders en via briefwisseling opgestuurd door de huisarts. Dit wordt zowel door de huisartsen als door de CLB-medewerkers aangegeven. Verder wordt ook E-mail in beperktere mate benut door de huisartsen. Ook zien we dat een deel van de huisartsen geen informatiekanaal gebruikt (zie tabel 32).

Tabel 32: Gebruikte communicatiemethode door de huisarts bij contact met het CLB (perceptie van de bevraagde CLB-medewerkers en huisartsen).

Communicatiemethode van huisarts naar CLB	Volgens CLB (n = 38)	Volgens HA (n = 45)
Telefonisch	22	29
E-mail	3	4
Beveiligd elektronisch informatieverkeer	0	0
Via brief of verslag meegegeven met de ouders	7	10
Via brief of verslag opgestuurd naar CLB	4	8
Niet	12	6
Andere: via school	0	1
Andere: enkel via de CLB-arts	4	0

Verder merken we dat er door ongeveer de helft van de huisartsen al eens contact opgenomen werd in de volgende situaties: gedragsproblemen, pesten op school , problematische afwezigheden of spijbelen, moeilijke thuissituaties of crisissituaties, psychiatrische problemen en suïcide preventie (zie tabel 33).

Tabel 33: Frequentie waarmee de huisarts contact neemt met het CLB in specifieke situaties (perceptie van de bevraagde CLB-medewerkers en huisartsen).

Frequentie van contactname door huisarts met CLB		Volgens CLB (n = 38)	Volgens HA (n = 45)
Bij studie- of leerproblemen	Nooit	35	26
	Soms	3	19
	Regelmatig	0	0
Bij gedragsproblemen	Nooit	33	17
	Soms	5	27
	Regelmatig	0	1
Bij testing of onderzoeken	Nooit	35	28
	Soms	3	17
	Regelmatig	0	0
Bij pesten op school	Nooit	33	20
	Soms	5	23
	Regelmatig	0	2
Bij problematische afwezigheden op school of spijbelen*	Nooit	28	23
	Soms	8	19
	Regelmatig	1	3
Bij moeilijke thuissituaties of crisissituaties	Nooit	21	20
	Soms	15	23
	Regelmatig	2	2
Bij psychiatrische problemen	Nooit	26	22
	Soms	12	22
	Regelmatig	0	1
Bij suïcide preventie	Nooit	33	23
	Soms	5	21
	Regelmatig	0	1
Bij impact van een chronische aandoening op schools vlak	Nooit	32	31
	Soms	6	14
	Regelmatig	0	0

**Bij dit onderwerp vulde 1 respondent de vraag niet in.*

Een deel van de CLB-medewerkers geeft inderdaad aan dat de huisarts al eens contact opnam bij problematische afwezigheden of spijbelen, bij moeilijke thuissituaties of crisissituaties en bij psychiatrische problemen. Bij de andere problematieken wordt dit minder frequent ervaren. Opvallend hierbij is dat contactname door de huisarts gemeld wordt door

alle verschillende disciplines, en dit voor alle problemen vermeld in de bovenstaande tabel. Verder merken we dat ongeveer 1/3e van de huisartsen ook al eens contact opnam met het CLB voor testing of onderzoeken en voor leerlingen met een chronische aandoening met impact op het schoolse vlak (zie tabel 33).

3.2.2.3. Doorverwijzingen

Tenslotte werden ook een aantal vragen gesteld met betrekking tot doorverwijzingen. In onderstaande tabel zien we dat slechts 1/4e van de CLB-medewerkers de huisarts sporadisch informeert bij een doorverwijzing (zie tabel 34). Een groot deel van de huisartsen meldt inderdaad dat zij niet verwittigd worden als hun patiënt doorverwezen wordt door het CLB. Van alle huisartsen is er 1/4e dat wel al eens verwittigd werd en is er een minderheid die al regelmatig verwittigd werd door het CLB bij doorverwijzing (zie tabel 34).

Tabel 34: Frequentie waarmee de huisarts verwittigd wordt door het CLB bij doorverwijzing (perceptie van de bevraagde CLB-medewerkers en huisartsen).

Wordt de huisarts verwittigd bij doorverwijzing door het CLB naar een andere arts of een andere organisatie ?	Volgens CLB (n = 38)	Volgens HA (n = 45)
- Nooit	29	31
- Soms	9	11
- Regelmatig	0	3

Als we in de laatste twee tabellen van het kwantitatief onderzoek kijken hoeveel CLB-medewerkers er wel eens doorverwijzen naar bepaalde hulpverleners, dan valt op dat er vooral doorverwezen wordt door het CLB naar kinderpsychiaters, kinderneurologen, logopedisten, kinesisten en psychologen (zie tabel 35 en 36). Als we kijken naar de functie van de CLB-medewerkers die deze doorverwijzingen doen, dan zien we dat het vooral de psychopedagogisch werkers, de maatschappelijk werkers en de CLB-artsen zijn die dit doen. Bij minder frequente doorverwijzing naar andere hulpverleners zoals pediaters, neus-keel-oorartsen en diëtisten zijn het meestal de CLB-artsen die doorverwijzen, naast ook sporadisch de maatschappelijk werkers en de psychopedagogisch werkers. Bij doorverwijzing naar een oogarts, tandarts, kinderorthopedist, kinderuroloog of dermatoloog zijn het hoofdzakelijk de CLB-artsen die deze verwijzingen doen. Tot slot valt op dat CLB-verpleegkundigen zelden tot nooit zelf doorverwijzingen doen, behalve dan heel sporadisch naar de oogarts, de tandarts of de diëtist.

Tabel 35: Frequentie waarmee CLB-medewerkers doorverwijzen naar andere artsen (perceptie van de bevraagde CLB-medewerkers).

Doorverwijzing door het CLB naar andere artsen:		Volgens CLB (n = 38)
Oogarts	Zelden of nooit	31
	Soms	1
	Regelmatig	6
Tandarts	Zelden of nooit	31
	Soms	1
	Regelmatig	6
Pediater	Zelden of nooit	28
	Soms	5
	Regelmatig	5
(Kinder)psychiater	Zelden of nooit	15
	Soms	6
	Regelmatig	17
(Kinder)neuroloog	Zelden of nooit	18
	Soms	11
	Regelmatig	9
(Kinder)orthopedist	Zelden of nooit	34
	Soms	3
	Regelmatig	1
(Kinder)uroloog	Zelden of nooit	34
	Soms	3
	Regelmatig	1
Dermatoloog	Zelden of nooit	36
	Soms	1
	Regelmatig	1
Neus-keel-oorarts	Zelden of nooit	32
	Soms	4
	Regelmatig	2

Tabel 36: Frequentie waarmee CLB-medewerkers doorverwijzen naar paramedisch werkers (perceptie van de bevraagde CLB-medewerkers).

Doorverwijzing door het CLB naar een paramedisch werker:		Volgens CLB (n = 38)
Logopedist	Zelden of nooit	16
	Soms	10
	Regelmatig	12
Diëtist	Zelden of nooit	27
	Soms	11
	Regelmatig	0
Kinesist	Zelden of nooit	22
	Soms	13
	Regelmatig	3
Psycholoog	Zelden of nooit	11
	Soms	7
	Regelmatig	20
Ergotherapeut	Zelden of nooit	33
	Soms	5
	Regelmatig	0

Stap 4 UNDERSTAND

Om meer inzicht te verwerven in al deze verkregen gegevens, werd een visgraatanalyse of een Ishikawa-diagram opgemaakt (zie figuur 2 en 3). Op deze manier krijgen we een gestructureerde weergave van de bestaande knelpunten binnen de samenwerking tussen CLB's en huisartsen uit de regio.

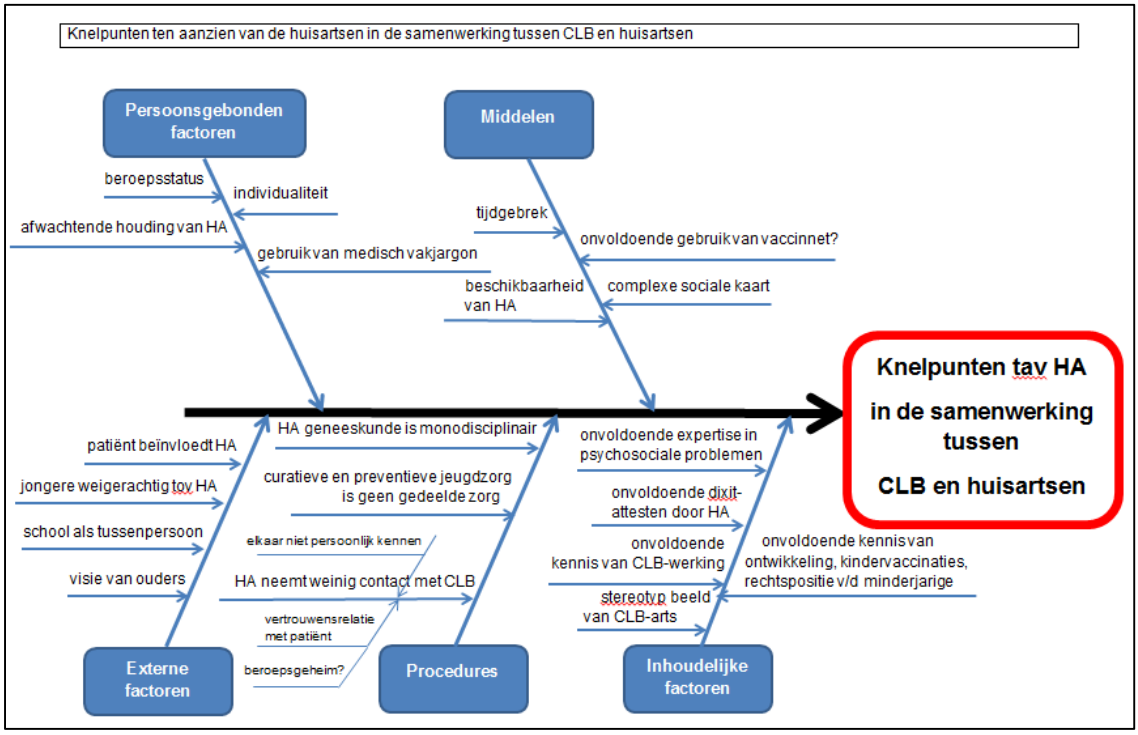

Fig 2: Aangebrachte knelpunten ten aanzien van de huisarts.

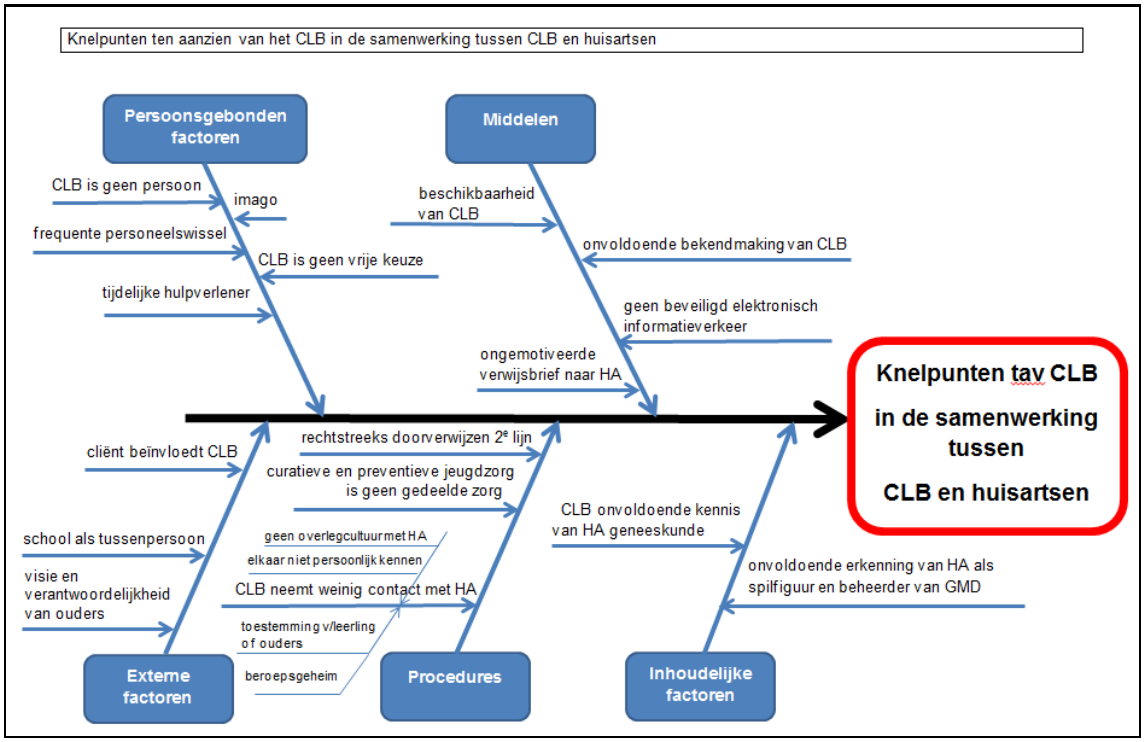

Fig 3: Aangebrachte knelpunten ten aanzien van het CLB.

Stap 5 START

5.1. Overleg met de stakeholders

Eind juni 2013 werd een overleg gepland met enkele vertegenwoordigers vanuit het CLB en vanuit de huisartsenkring. Gezien er net in die periode een wissel was van de bestuursleden van de huisartsenkring, dreigde dit overleg in het water te vallen. Gelukkig kon ik rekenen op enkele erg gemotiveerde huisartsen die mee aan de kar wilden trekken, en dus kon het gezamenlijk overleg toch doorgaan net vóór de vakantieperiode. Ter vertegenwoordiging van de CLB's waren alle gevraagden aanwezig; namelijk de directeurs van de beide lokale CLB's en de directeur van het VCLB Poperinge. Deze laatste persoon werd gevraagd gezien zijn reeds opgedane ervaring omtrent samenwerking tussen CLB's en huisartsen. Ter vertegenwoordiging van de huisartsen werden tien huisartsen aangesproken die mij voorgedragen waren als "gedragen en gemotiveerde huisartsen" binnen de huisartsenkring. Deze tien huisartsen waren verspreid over de volledige regio van de huisartsenkring. De nieuwe ondervoorzitter en secretaris van de huisartsenkring waren aanwezig op het overleg.

Tijdens dit overleg werden eerst de tijdelijke bevindingen vanuit het kwalitatief onderzoek uiteengezet aan de hand van een powerpoint-presentatie (zie bijlage 15). De pluspunten, de minpunten en de oplossingen die tijdens zeven van de acht focusgroepen aan bod gekomen waren, werden eerst kort overlopen. (Gezien er nog één focusgroep diende plaats te vinden, waren de bevindingen omtrent het kwalitatief onderzoek nog niet volledig en was er nog geen analyse mogelijk van de gegevens uit het kwantitatief onderzoek.)
In een tweede fase werd de nominale groepstechniek toegepast; er werd gediscussieerd over de aangereikte oplossingen. De bevindingen van deze discussie werden aangevuld op een oplossingenlijst (zie bijlage 16). Er werd aan elk van de aanwezigen gevraagd om een persoonlijke top-drie op te stellen naar dringendheid en naar haalbaarheid binnen deze lijst. Alle scores werden opgeteld en het totaal resultaat werd weergegeven aan de aanwezigen. Nadien werd deze oplossingenlijst herwerkt gezien er tussen sommige thema's overlap was. Zo werden 15 definitieve grote actiedomeinen bekomen. De onderwerpen en scores van deze 15 actiedomeinen vindt u in tabel 37. De concrete uitwerking van elk onderwerp kan u terugvinden in bijlage 17. Als we naar de dringendheid van de actiedomeinen in het algemeen kijken, dan zien we dat vooral informatie-uitwisseling naar de huisarts vanuit het CLB (score vier) en aanpak van problematische afwezigheden (score drie) het hoogst scoren. Onderwerpen die een score twee haalden, waren: bekendmaking van het CLB, elkaar persoonlijker kennen en meer contactname tussen CLB en huisartsen. Als we naar de

haalbaarheid van de actiedomeinen kijken, dan zien we dat opnieuw informatie-uitwisseling met de huisarts (score drie) en werken rond vaccinaties (score drie) het hoogst scoren. Onderwerpen die een score twee haalden zijn: meer bekendmaking van het CLB en elkaar persoonlijker kennen (zie tabel 37).
Wel valt op dat er voor beide partijen een verschil is in deze de vastgelegde prioriteiten; zo zijn het vooral de huisartsen die werk willen maken van een betere informatie-uitwisseling en zijn het vooral de CLB's die werk willen maken van een betere bekendmaking van het CLB.

Prioriteiten werden tijdens deze bijeenkomst dus reeds vastgelegd, maar er werden nog geen acties gepland. De concrete uitwerking hiervan werd uitgesteld naar een later contactmoment.
Er werd tijdens dit overleg wel afgesproken dat iemand uit de huisartsenkring als contactpersoon met de CLB's zou functioneren en dat het ook zinvol zou zijn om binnen de twee CLB's iemand bereid te vinden om eveneens die taak op zich te nemen.
Het verslag van dit overleg wordt aan alle betrokken vertegenwoordigers bezorgd, zodat iedereen op de hoogte is van mogelijke toekomstige acties.
Tenslotte zullen ook alle CLB-medewerkers en alle huisartsen uit het werkgebied op de hoogte gebracht worden van de resultaten van dit project.

De overtuiging om stap voor stap verder te werken aan deze samenwerking, was bij alle stakeholders aangewakkerd. Door dit overleg stonden beide partijen ook positief tegenover verdere concrete acties. Het startschot voor een PDCA-cyclus in de nabije toekomst was gegeven.

Tabel 37: De 15 finaal verkregen actiedomeinen (bij overleg tussen stakeholders van twee CLB's en de huisartsenkring) en de scores naar dringendheid en naar haalbaarheid van de verschillende stakeholders.

	Totale score naar dringendheid			Totale score naar haalbaarheid		
Thema's voor mogelijke acties	Tot	Top 3 HA	Top 3 CLB	Tot	Top 3 HA	Top 3 CLB
1. Meer leerling-informatie doorgeven aan HA	**4**	3	1	**3**	3	0
2. Meer bekendmaking van CLB	**2**	0	2	**2**	0	2
3. Principes bij doorverwijzing	0	0	0	**1**	0	1
4. Hulpverleners in regio: oplijsting via SEL	0	0	0	**1**	0	1
5. Visie lanceren bij CLB waarbij HA = eerstelijnspartner + HA = centrale beheerder van het globaal medisch dossier	0	0	0	0	0	0
6. Aanpak van problematische afwezigheden	**3**	1	2	**1**	0	1
7. Elkaar persoonlijker kennen	**2**	1	1	**2**	2	0
8. Bereikbaarheid van CLB verduidelijken	**1**	0	1	**1**	0	1
9. Meer contactname tussen CLB en HA	**2**	1	1	**1**	0	1
10. Opmaak van samenwerkingsdocument	**1**	0	1	0	0	0
11. Opmaak van samenwerkingsafspraken rond specifieke CLB-onderwerpen (via LMN)	0	0	0	0	0	0
12. Vaccinaties (en Vaccinnet)	0	0	0	**3**	1	2
13. Drempel naar HA voor jongere verlagen	0	0	0	0	0	0
14. Ook bij HA open communicatie t.o.v. ouders en leerlingen als contactname met andere hulpverleners	0	0	0	0	0	0
15. Afwezigheden bij leerling met chronische aandoening	0	0	0	0	0	0

DISCUSSIE

Beschrijving van de resultaten

Uit dit onderzoeksproject blijkt dat er tussen CLB's en huisartsen momenteel enkel sprake is van sporadische contacten tussen beide hulpverleners. Deze contacten worden door beide partijen meestal als een positieve toenadering ervaren, maar ze schieten duidelijk tekort om van samenwerking te kunnen spreken.

Tijdens focusgroepen bij CLB-medewerkers en bij huisartsen werd een verkenning van deze samenwerking gedaan. Hierbij kon ik telkens rekenen op een grote interesse, opbouwende discussies en eerlijke zelfkritiek van de deelnemers.
In een eerste fase werd gevraagd naar de positieve elementen. Zo ervaren de CLB-medewerkers de huisarts vooral als vlot bereikbaar, als een belangrijke informatiebron (omwille van zijn kennis van het kind en de gezinscontext), als een hulpverlener met een unieke vertrouwensrelatie (waardoor beïnvloeding en opvolging van de ouders en het kind mogelijk is) en als een welwillende samenwerkingspartner die bereid is tot overleg (om te komen tot een gedeelde zorg voor het kind). Ook bij de huisartsen werd eenzelfde positieve houding vastgesteld; zij beschrijven het CLB als een organisatie die een multidisciplinaire, sterk gestructureerde en deels verplichte werking biedt om te waken over de globale gezondheid van leerlingen. Hierbij tonen huisartsen appreciatie voor de inspanningen die geleverd worden omtrent medische screening, vaccinaties, besmettelijke ziekten, problematische afwezigheden en individuele begeleiding van leerlingen bij allerhande onderwerpen.
In een tweede fase werd ook gevraagd om de minpunten binnen de samenwerking weer te geven. Deze knelpunten kwamen echter al vanaf het begin van de focusgroepen heel duidelijk naar voor, nog voor de vraag expliciet gesteld werd. Uit de gesprekken kunnen we afleiden dat CLB-medewerkers vermoeden dat de huisarts onvoldoende vertrouwd is met de CLB-werking en met CLB-gerelateerde onderwerpen. Men vermoedt dat de huisarts het CLB hierdoor vaak als samenwerkingspartner vergeet en hierdoor zelden tot nooit contact opneemt met het CLB. Ook vermoedt men dat de bijzondere vertrouwensrelatie van de huisarts met zijn patiënt eveneens een oorzaak kan zijn in deze beperkte contactname met het CLB. Verder ervaren vooral de niet-artsen binnen het CLB de individualiteit, het tijdgebrek en de beroepsstatus van de huisarts als een drempel om contact op te nemen. De huisarts wordt tot slot ervaren als een hulpverlener die gemakkelijk ingaat op de vraag van de patiënt, die soms te vaak een afwachtende houding aanneemt na doorverwijzing vanuit het CLB, die onvoldoende registreert in 'vaccinnet' en die te weinig gebruik maakt van

bestaande hulpverleningsnetwerken. Ook bij de huisartsen werden al heel vroeg in de gesprekken knelpunten aangebracht. Zo kwam duidelijk naar voor dat huisartsen een gezicht missen binnen een organisatie; het onpersoonlijke karakter van het CLB is een grote drempel voor de huisarts om contact op te nemen. Ook zeer belangrijk was dat huisartsen zich noch betrokken noch geïnformeerd weten bij de hulpverlening vanuit het CLB aan hun patiëntjes. Hierdoor voelen zij zich dan ook niet erkend in hun centrale rol binnen de zorg. Zij menen dat het CLB meer contact zou kunnen opnemen met de huisarts om te overleggen en dat het CLB heel wat informatie zou kunnen doorgeven voor het globaal medisch dossier van de huisarts. De huidige informatie-uitwisseling op papier vanuit het CLB vindt men terecht niet meer van deze tijd. Tot slot ervaart de huisarts ook beperkingen in het verwijsbeleid vanuit het CLB; er wordt rechtstreeks naar de tweede lijn doorverwezen (zonder overleg met de huisarts), de verwijsbrief naar de huisarts vanuit het medisch consult is vaak onvoldoende gemotiveerd en het opvolgsysteem van de doorverwijzingen vanuit het CLB is niet waterdicht.
Opvallend bij deze knelpunten is, dat beide groepen deze beperkingen ook openlijk bij zichzelf herkennen. Men geeft dus niet alleen opbouwende kritiek op de andere, maar ook op zichzelf. Dit doet me vermoeden dat er een bereidheid is bij beide partijen om de samenwerking te willen verbeteren.
Vanuit de vragenlijsten wordt inderdaad bevestigd dat er slechts uitzonderlijk regelmatige contacten zijn tussen CLB-medewerkers en huisartsen en dat er vanuit het CLB inderdaad rechtstreeks doorverwezen wordt naar de tweede lijn zonder de huisarts hiervan op de hoogte te brengen.

Tijdens het overleg met de stakeholders werden oplossingen vanuit de focusgroepen overlopen, bediscussieerd en gerangschikt naar haalbaarheid en dringendheid. Hieruit blijkt dat men duidelijk werk wil maken van informatie-uitwisseling met de huisarts, aanpak van afwezigheden, een beter gebruik van vaccinnet, bekendmaking van het CLB, meer persoonlijke contacten en meer contactname tussen beiden.

Uitdieping van de resultaten

Tijdens de verwerking van alle gegevens botste ik ook op enkele tegenstrijdigheden. Deze aangehaalde onderwerpen vragen mogelijks om verdere uitdieping.
Een eerste tegenstrijdigheid vond ik bij het gebruik van vaccinnet. Zo werd door de medische discipline van het CLB aangegeven dat huisartsen bijna zelden kindervaccinaties in vaccinnet registreren. Tijdens de groepsgesprekken met de huisartsen lijkt het er echter op dat de meeste huisartsen vaccinnet nochtans wel gebruiken. De enkelingen die commentaar

geven om dit niet te doen, kunnen hierbij trouwens niet op bijval van hun collegae rekenen. Vanuit de vragenlijsten wordt ook bevestigd dat het merendeel van de huisartsen vaccinnet zou gebruiken. Hierbij geeft een grote helft van de gebruikers aan dit altijd te doen en een kleine helft dit soms te doen. Tijdens het overleg met de stakeholders geven de huisartsen dan weer aan dat er inderdaad onvoldoende geregistreerd wordt in vaccinnet. Hierdoor stel ik mij de vraag wat huisartsen dan verstaan onder het gebruik van vaccinnet. Het lijkt erop dat een deel van de huisartsen beroep doet op vaccinnet om zijn vaccins te verkrijgen, zonder hierbij te registreren in vaccinnet. Misschien speelt de dubbele registratie van vaccinaties door de huisarts hier een rol in (in vaccinnet en in EMD).

Vervolgens vermoeden heel wat CLB-medewerkers dat de huisarts liever alleen met de CLB-arts communiceert omwille van het beroepsgeheim. Tijdens de focusgroepen met de huisartsen kwam dit echter niet aan bod als drempel tot contactname. Uit de vragenlijsten merken we verder dat alle disciplines binnen het CLB aangeven dat zij al eens door een huisarts gecontacteerd werden, en dus niet alleen de CLB-artsen. Naargelang de problematiek wordt er blijkbaar vooral contact opgenomen door de huisarts met de CLB-artsen, de psychologen en de maatschappelijk werkers en toch minder met de verpleegkundigen en de pedagogen. Het zou dus kunnen zijn dat de huisarts geen voorkeur heeft om een CLB-arts te spreken. Of misschien krijgt de huisarts eerder toevallig alle verschillende soorten hulpverleners aan de lijn, omdat de CLB-arts niet altijd beschikbaar is op het moment dat de huisarts contact opneemt.

Omgekeerd melden vooral verpleegkundigen, maar ook pedagogen dat ze zelden tot nooit zelf contact opnemen met de huisarts. Wat hiervan de oorzaak is, kwam tijdens mijn onderzoeksproject niet aan bod, maar zou wel interessant zijn om te weten.

Uit mijn project kon ik ook vaststellen dat CLB-medewerkers weinig vertrouwd zijn met de rol van de huisarts als centrale dossierbeheerder. Dit is echter van groot belang als we ervoor willen zorgen dat alle informatie van een patiënt of een cliënt in één centraal dossier terechtkomt. Hierbij stelde ik mij dan ook de vraag of de betekenis van het Globaal Medisch Dossier (GMD) wel voldoende gekend is. Als zelfs hulpverleners weinig notie hebben van het begrip GMD, dan stel ik mij de vraag wat het GMD dan betekent voor ‘het grote publiek’.

Ook werd aangehaald dat het CLB mogelijks als concurrentie ervaren wordt door de huisartsen (vooral dan in het kader van de vaccinaties). Tijdens de focusgroepen bij de huisartsen blijkt dit eerder niet het geval te zijn; dit naargelang de visie en de werkdruk van de huisarts. Bijkomend werd zowel door het CLB als door de huisarts vermeld dat vooral de pediater een concurrent van de huisarts is.

Terugkoppeling met de literatuur

Als we de knelpunten in de samenwerking tussen jeugdgezondheidszorg en huisartsen uit Nederland[8] en uit de Vlaamse rand rond Brussel[10] vergelijken met de knelpunten uit mijn project, dan blijken deze bijna volledig overeen te stemmen.
Ook zien we dat het gekozen onderwerp 'afwezigheidsattestering' in het LOGO Antwerpen Noord[9] eveneens in mijn project tot één van de prioriteiten behoort van de stakeholders. Dit doet vermoeden dat de gevonden knelpunten ook aanwezig zullen zijn in andere CLB's in Vlaanderen, uiteraard met mogelijke lokale verschillen.

Wat de interventies betreft om de samenwerking tussen CLB's en huisartsen te optimaliseren, biedt mijn project enkel suggesties binnen de 15 actiedomeinen. Jammer genoeg kan ik alleen maar vaststellen dat er in Vlaanderen, ondanks de samenwerkingsnota van 1997 tussen de VWVJ en de VWVH, uiterst weinig samenwerkingsinitiatieven van de grond gekomen zijn. Hopelijk kunnen de aangekaarte actiedomeinen uit mijn project hier enige verandering in brengen.

Voor het belang van actieve samenwerking of 'interprofessional collaboration' geven de Cochrane reviews aan dat er weinig goede studies bestaan om de evidentie hiervan na te gaan. Vermoedelijk bestaan er net zoals in Vlaanderen, ook wereldwijd heel wat projecten die willen sleutelen aan samenwerking, maar die jammer genoeg niet wetenschappelijk onderbouwd zijn en hierdoor niet gekend zijn.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

Met alle opgedane kennis tijdens mijn project, kan ik besluiten dat het van groot belang is om meer wetenschappelijk ondersteunde projecten rond samenwerking op touw te zetten. Op deze manier bevordert men niet alleen de samenwerking tussen verschillende hulpverleners, maar krijgt men ook een beter beeld over het belang van allerhande soorten samenwerkingsinitiatieven.

Bij een vorige paragraaf kwamen reeds een aantal bedenkingen aan bod. Deze kunnen mogelijks aanleiding geven tot nader onderzoek.

- Hoe gebruiken huisartsen vaccinnet?
- Heeft de huisarts een voorkeur om te overleggen met een CLB-arts?
- Waarom nemen bepaalde hulpverleners minder gemakkelijk contact op met de huisarts dan andere?
- In welke mate is het 'GMD' bekend bij hulpverleners en bij het grote publiek?

Aanbevelingen voor de praktijk

Het lijkt erop dat samenwerking aanleiding kan geven tot een betere en gedeelde zorg voor de jongere en tegelijk ook tot meer jobtevredenheid bij de hulpverlener. Ik wil dan ook alle *huisartsen* en *CLB-medewerkers* aansporen om zelf vaker het initiatief te nemen tot samenwerking. Een betere wereld begint tenslotte altijd bij jezelf.

Deze grondige probleemanalyse werd in de eerste plaats uitgevoerd om in mijn *eigen regio* de samenwerking met de huisartsen te verbeteren. Ik hoop dan ook om, samen met andere voortrekkers, de verdere ondersteuning van de CLB-directies en de huisartsenkring te krijgen om stap voor stap werk te maken van de vooropgestelde actiedomeinen (zie 5.1.).

Deze actiedomeinen lijken mij ook heel geschikt voor alle *andere CLB's in Vlaanderen*. Gezien er vermoedelijk heel wat gelijkenissen zijn tussen de verschillende CLB's wat knelpunten betreft, is een uitgebreide probleemanalyse zoals in dit project dan ook niet nodig. Wel lijkt het mij zinvol dat CLB's en huisartsenkringen uit dezelfde regio samen rond de tafel gaan zitten om bijkomende lokale knelpunten op te sporen en om eveneens prioriteiten binnen de actiedomeinen vast te leggen. Hierbij lijkt het mij ook zeer nuttig om bij de concrete uitwerking van initiatieven ondersteuning te vragen bij regionale partners zoals LOGO, SEL en LMN.

Voor *de huisartsenkringen* lijkt het mij erg zinvol om het gebruik van vaccinnet bij hun leden verder te stimuleren en te ondersteunen; ook eventueel in samenwerking met andere ondersteunende partners. Een koppeling van het elektronisch medisch dossier (EMD) van de huisarts en van vaccinnet lijkt mij hierbij ook vereist.

Het is verder van belang dat er rond deze samenwerking gesleuteld wordt op hogere niveaus; zoals de koepels, de beroepsverenigingen, de opleidingscommissies en de ministeries.

Zo lijkt het mij ten zeerste aangewezen dat er vanuit *de koepels en de beroepsverenigingen* gestreefd wordt naar een elektronische informatie-uitwisseling binnen de CLB's, zoals E-health en Medimail. Eigenlijk zou dit voor alle hulpverleners die over gezondheidsinformatie van een patiënt beschikken, een bruikbaar medium moeten zijn om op een veilige manier informatie door te geven aan de huisarts.
Hiervoor zal wel nagedacht moeten worden hoe de toestemming voor deze informatie-uitwisseling naar de huisarts aangepakt zal worden. Men kan het principe van toestemming van de patiënt of van de cliënt niet zomaar teniet doen. Misschien is kennis van het al dan

niet hebben van een GMD bij een bepaalde huisarts hier wel een mogelijke toekomstige oplossing.
Bij de opmaak van richtlijnen vervolgens, is het van belang dat er verschillende beroepsverenigingen betrokken zijn, zodat gezamenlijke richtlijnen opgemaakt kunnen worden die beter op elkaar afgestemd zijn.
Tijdens de focusgroepen werd er ook geopperd dat er misschien ook meer samenwerking en overleg zou mogen zijn tussen de verschillende CLB-netten zelf.

Verder lijkt er mij ook een belangrijke rol weggelegd voor *de beleidsmakers die instaan voor de vorming* van huisartsen, jeugdartsen, schoolpsychologen, pedagogen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen en alle andere hulpverleners. Vermoedelijk ligt de klemtoon van elk van deze opleidingen hoofdzakelijk op de eigen discipline en nog veel te weinig op samenwerking tussen de verschillende hulpverleners. Naast bestaande netwerkstages, zou ik hen aanraden om kennis te maken met 'interprofessional education', zoals het IPSIG project in Antwerpen. Hierbij leren studenten via interactief overleg de verschillende hulpverleners kennen binnen de zorgsector en worden hen ook communicatievaardigheden bijgebracht voor een optimale samenwerking. Ook vermoed ik dat de centrale rol van de huisarts binnen alle opleidingen nog meer in de verf gezet mag worden.
Niet alleen bij studenten, maar ook bij de verschillende hulpverleners, lijkt gezamenlijke en interactieve vorming me een interessante optie.

Ook voor *het ministerie van Welzijn en van Onderwijs* is de belangrijke taak weggelegd om samenwerkingsinitiatieven te stimuleren en te ondersteunen, dit zowel op het gebied van vorming als op het gebied van de praktijkvoering. Dit door eventuele wijzigingen aan te brengen in de wetgeving en binnen de organisatie van de gezondheidszorg. Ook op dit niveau kan de centrale rol van de huisarts volgens mij nog meer verstevigd worden.

Tot slot kan ik alle hulpverleners en vooral ook alle kleine en grotere beleidsmakers aanraden om de richtlijn van de WHO "Framework for action on interprofessional education and collaborative practice" [5] en de "Handreiking: samenwerking huisarts jeugdgezondheidszorg" [18] uit Nederland door te nemen.

Sterke punten van dit onderzoek

In andere lokale projecten in Vlaanderen omtrent de samenwerking tussen CLB's en huisartsen, werd steeds enige informatie verkregen omtrent de samenwerking, maar dit steeds gekoppeld aan een bepaalde actie om de samenwerking te verbeteren (vb. CLB-

werking voorstellen, afwezigheidsattestering voorstellen). In tegenstelling tot deze projecten, was een verkenning van de huidige samenwerking tussen CLB's en lokale huisartsen de specifieke doelstelling in mijn onderzoeksproject. Hierdoor werd een erg grondige verkenning van de samenwerking bekomen en werd eveneens een uitgebreide probleemanalyse verkregen.

Voor dit verkennend onderzoek werd beroep gedaan op drie verschillende onderzoeks-methodes, namelijk focusgroepen en vragenlijsten bij de veldwerkers en een nominale groepstechniek bij de vertegenwoordigers. Hierdoor was er tijdens dit onderzoek ook sprake van triangulatie en werden sommige onderwerpen duidelijker doordat ze vanuit verschillende invalshoeken bekeken werden (zie supra: voorbeeld van vaccinnet).

Er werd tijdens dit onderzoek ook een duidelijk afgebakende regio vooropgesteld, namelijk de regio van de huisartsenkring IJzerstreek en Westkust. Door mij te beperken tot deze welbepaalde regio was het voor mij mogelijk om alle CLB-medewerkers en alle huisartsen uit deze regio aan te spreken. Op deze manier werden bijna alle CLB-medewerkers en werd bijna de helft van de huisartsen bevraagd a.d.h.v. de vragenlijsten. Ook namen bijna alle CLB-medewerkers en nam bijna één derde van de huisartsen deel aan de focusgroepen. Er kan dus gesproken worden van een hoge graad van deelname. Hierbij mag ook gezegd worden dat er in alle focusgroepen een actieve en betrokken houding was van de meeste aanwezigen omtrent het besproken onderwerp.

Gezien de onderzoeker zelf erg betrokken is bij het onderwerp en misschien zelfs een voortrekker genoemd mag worden, is de kans op toekomstige acties binnen de lokale samenwerking eerder groot.

Zwakke punten van dit onderzoek

Als ik terugblik op mijn masterproef, kan ik met zekerheid stellen dat ik een nog onervaren onderzoeker en moderator was. Dit laat zich merken in de zwakke punten van dit onderzoek.

Zo stelde ik een vragenlijst op, maar voerde ik geen testfase uit. Hierdoor merkte ik bij de verwerking van de afgenomen vragenlijsten dat mijn antwoorden niet altijd eenduidig waren; het leek erop dat de antwoorden voor interpretatie vatbaar waren.
Zo werd er geen onderscheid gemaakt tussen contacten in het kader van de medische consulten en andere contacten tussen de huisarts en het CLB, bij de vragen die polsten naar de onderlinge contacten. Ook werden er eerder vage termen gebruikt om de frequentie

van contactname te bepalen: zelden of nooit, soms en regelmatig (in plaats van absolute frequenties zoals 1x/week, 1x/maand, etc.). Tenslotte werd ook geen duidelijke termijn bevraagd (vb. contacten gedurende de voorbije 6 maanden).
Bij de vragen rond doorverwijzing werd niet nagevraagd of men al dan niet naar de huisarts doorverwees. Dit had wel belangrijke informatie kunnen opleveren. Bij deze doorverwijzings-vragen werden ook geen samenwerkingspartners vermeld, zoals: CGG, CAW, revalidatiecentra, etc.

Als moderator bleken mijn gesprekstechnieken vervolgens niet altijd optimaal. Zo merkte ik bij het doorlezen van de transcripties dat ik nog vaker had moeten doorvragen en dat ik de respondenten niet altijd de kans had gelaten om hun volledige verhaal te doen. Hierdoor heb ik mogelijks belangrijke informatie laten liggen. Ook merkte ik dat het erg moeilijk was om op het einde van een focusgroep nog eens kort alles samen te vatten.
Als moderator voelde ik ook een sterke betrokkenheid tijdens de focusgesprekken. Gezien mijn beperkte ervaring is het dan ook mogelijk dat ik soms het gesprek enigszins gestuurd heb door eigen inbreng gedurende de gesprekken.

Verder was het niet evident om moderator te zijn bij de gesprekken van de huisartsen. Tijdens deze gesprekken had ik namelijk niet alleen mijn taak als moderator, maar werd ik vooral ook aanzien als een vertegenwoordiger van het CLB. Hierdoor was het voor mij niet altijd mogelijk om de vragen van de deelnemers naast mij neer te leggen. Gezien de vele vragen van de huisartsen, verliepen deze focusgroepen duidelijk minder gestructureerd dan deze bij de CLB-medewerkers. Wel werd steeds gepoogd om de gesprekken terug te brengen tot de oorspronkelijk gestelde vragen.
Een bijkomend nadeel bij de focusgroepen met de huisartsen, was dat een aantal huisartsen aan het gesprek deelnam zonder de inleiding gehoord te hebben. Hierdoor was het verloop van het gesprek voor deze huisartsen niet altijd duidelijk.

ABSTRACT

Context

Uit de huidige literatuur blijkt interprofessionele samenwerking aan belang toe te nemen. Zo neemt de evidentie toe dat een goede samenwerking een positief effect zou hebben op de gezondheid van de patiënt, op de jobtevredenheid van hulpverleners en op de organisatie van de gezondheidszorg.

Met het vermoeden dat de samenwerking tussen CLB's (Centra voor leerlingenbegeleiding of schoolgezondheidszorg) en huisartsen niet optimaal is, werd een grondige verkenning gedaan van deze samenwerking.

Onderzoeksvraag

Tijdens dit project wou men meer te weten komen over de huidige samenwerking tussen CLB's en huisartsen en in het bijzonder over de knelpunten die er zijn. Verder wou men ook weten welke interventies er bestaan om deze samenwerking effectief te verbeteren. Vervolgens werden ook antwoorden gezocht op de vraag hoe samenwerking gemeten kan worden, wat het belang is van een samenwerkingsprotocol als interventie, wat het belang is van een goede samenwerking in het algemeen en wat voorwaarden zijn voor een goede samenwerking.

Methode

Via een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden werd gepoogd om een beeld te krijgen van de huidige samenwerking. Er werden acht focusgroepen uitgevoerd; 4 bij CLB-medewerkers (artsen, psychologen, pedagogen, maatschappelijk werkers en verpleegkundigen) en 4 bij huisartsen. Er namen in totaal 41 CLB-medewerkers en 31 huisartsen deel. Deze groepsgesprekken polsten naar de pluspunten, minpunten, verwachtingen en oplossingen binnen deze samenwerking. Aanvullend werd ook een vragenlijst ingevuld door beide groepen. Hierbij werd een idee verkregen van de onderlinge contacten en doorverwijzingen vanuit het CLB.

Tot slot werd met enkele stakeholders van beide groepen een nominale groepstechniek toegepast om de aangeboden oplossingen vanuit de focusgroepen te verkennen en aan te vullen. Uit al deze actiedomeinen werd een top drie opgesteld naar haalbaarheid en naar dringendheid.

Resultaten

Bij de belangrijkste pluspunten kwam vooral de unieke positie van de huisarts aan bod (omwille van zijn vertrouwensrelatie met ouders en zijn kennis van de hele gezinscontext). Vervolgens werd ook het belang van de multidisciplinaire, gestructureerde en deels verplichte werking van een CLB in de verf gezet.

Voor de meest voorkomende knelpunten werden vanuit het CLB volgende minpunten ten opzichte van de huisarts weerhouden: een onvoldoende kennis van de CLB-werking, het zelden contact opnemen met het CLB en onvoldoende registratie in vaccinnet. Knelpunten die bij huisartsen ervaren worden, zijn de onduidelijke bereikbaarheid, de erg beperkte informatie-uitwisseling en de rechtstreekse doorverwijzing naar de tweede lijn van een CLB.

Volgende actiedomeinen werden door de stakeholders als prioritair aanzien: meer informatie-uitwisseling naar de huisarts, aanpak van problematische afwezigheden en vaccinaties en vaccinnet.

Conclusie

We kunnen besluiten dat er in de Westhoek en vermoedelijk ook in heel Vlaanderen op dit moment nog geen sprake is van samenwerking tussen CLB's (schoolgezondheidszorg) en huisartsen. Er zijn tussen deze twee hulpverleners binnen de eerste lijn enkel sporadische contacten om informatie uit te wisselen bij problematische situaties. Deze contacten worden meestal als positief ervaren en vragen om een intensere samenwerking tussen beiden. Om deze samenwerking te verbeteren werden de knelpunten binnen deze samenwerking in kaart gebracht en werden 15 actiedomeinen bekomen.

E-mail: eveline_de_coster@hotmail.com

REFERENTIES

[1] Grouwels D, Seuntjens L, Vanden Bussche P. Dokteren met kwaliteit. Antwerpen: Standaard Uitgeverij nv; 2008.

[2] Historiek van de Centra voor Leerlingenbegeleiding [Online]. Vlaams Ministerie van Onderwijs; [cited 2013 July 25]. Available from: URL: http://www.ond.vlaanderen.be/clb/clb-medewerker/Achtergrond.htm

[3] Decreet betreffende de Centra voor Leerlingenbegeleiding, 01 december 1998, Art. 97, 5°.

[4] Besluit van de Vlaamse Regering tot vaststelling van de doelstellingen van de Centra voor Leerlingenbegeleiding, 03 juli 2009, Art. 20 en Art. 21.

[5] Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. World Health Organization (WHO), 2010.

[6] Samuelson M, Tedeschi P, Aarendonk D, de la Cuesta C, Groenewegen P. Improving interprofessional collaboration in primary care: position paper of the European Forum of Primary Care. Qual Prim Care, 2012; 20: 303-12.

[7] Fiala S, Cieslak P, DeBess E, Young C, Winthrop K, Stevenson E. Physician attitudes regarding school-located vaccination clinics. J Sch Health, May 2013;Vol.83,No.5:299-305.

[8] NHG-standpunt toekomstvisie huisartsenzorg: Huisartsenzorg en jeugd. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), 3 december 2008.

[9] “Dokter, mag ik een briefje voor ’t school?” Hoe de samenwerking tussen huisartsen en CLB bevorderen? [Online] LOGO Antwerpen, 2011 [cited 2013 July 25]. Available from: URL: http:// www.logoantwerpen.be/userfiles/files/file/clb/Eindevaluatie%20AA%202011.pdf

[10] Zorg rond de patiënt – leerling: resultaten van een congres. Samenwerking tussen huisartsen en CLB’s [Online]. vzw Medirand, 2009 [cited 2013 July 25]. Available from: URL: http://www.zorgzoeker.be/Cms.aspx?id=229

[11] Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3

[12] Goldman J, Meuser J, Lawrie L, Rogers J, Reeves S. Interprofessional primary care protocols: A strategy to promote an evidence-based approach to teamwork and the delivery of care. J Interprof Care, November 2010, 24(6): 653-665.

[13] Brown J, Lewis L, Ellis K, Stewart M, Freeman T, Kasperski M. Conflict on interprofessional primary health care teams – can it be resolved? J Interprof Care, 2011, 25: 4-10.

[14] Shaw A, de Lusignan S, Rowlands G. Do primary care professionals work as a team: A qualitative study. J Interprof Care, August 2005; 19(4): 396-405.

[15] Sargeant J, Loney E, Murphy G. Effective Interprofessional Teams: “Contact is not enough” tot Buid a Team. J Contin Educ Health Prof, 2008, 28(4): 228-234.

[16] Hansson A, Friberg F, Segesten K, Gedda B, Mattson B. Two sides of the coin – General practitioners’ experience of working in multidisciplinary teams. J Interprof Care, January 2008; 22(1): 5-16.

[17] Whitehead C. The doctor dilemma in interprofessional education and care: ho wand why will physician collaborate? Medical Education, 2007; 41: 1010-1016.

[18] Handreiking samenwerking huisarts en jeugdgezondheidszorg. Een samenwerking tussen NHG, LHV en AJN, ondersteund door Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 14 oktober 2008.

[19] Samenwerkingsnota VWVJ – WVVH: Huisartsgeneeskunde en schoolgezondheidszorg complementair in de preventieve zorg voor de schoolgaande jongeren. Een samenwerking tussen VWVJ en WVVH, november 1997.

[20] Protocol betreffende de samenwerking tussen de medische sector en onderwijs in het kader van het actieplan ‘een sluitende aanpak van spijbelen en schoolverzuim’. Een project onder Vlaams minister van Werk, Onderwijs en Vorming, Frank Vandenbroucke, 22 maart 2007.

[21] Samenwerkingsprotocol CLB’s – Huisartsen. Een samenwerkingsproject tussen CLB vrij en gemeentelijk onderwijs Halle, CLB gemeenschapsonderwijs Halle en Artsenkring Halle en omgeving.

[22] Samenwerkingsvoorstel CLB – Huisartsen. VCLB Poperinge, december 2010.

[23] Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young J, Odgaard-Jensen J, French S, O’Brien M, Johansen M, Grimshaw J, Oxman A. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes.Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 7.

[24] Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (update). Cochrane Database of Systeatic Reviews 2013, Issue 3.

[25] Deneckere S, Euwema M, Van Herck P, Lodewijckx Cathy, Panella M, Sermeus W, Vanhaecht K. Care pathways lead tobetter teamwork: Results of a systematic review. Soc Sci Med, 2012; 75: 264-268.

[26] Delva D, Jamieson M, Lemieux M. Team effectiveness in academic primary health care teams. J Interprof Care, 2008 Dec; 22(6): 598-611.

[27] Stille C, Jerant A, Bell D, Meltzer D, Elmore J. Coordinating care across diseases, settings, and clinicians: a key role for the generalist in practice. Ann Intern Med, 2005; 142: 700-708.

[28] The team around the child (TAC) and the lead professional: a guide for practitioners. Coordinating and delivering integrated services for children and young people. Children's Workforce Development Council, 2009.

[29] Suter E, Arndt J, Arthur N, Parboosingh J, Taylor E, Deutschlander S. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. J Interprof Care, 2009 Jan; 23(1): 41-51.

[30] Mickan S, Hoffman S, Nasmith L. Collaborative practice in a global health context: Common themes from developed and developing countries. J Interprof Care, 2010 Sept; 24(5): 492-502.

[31] Brown J, Lewis L, Ellis K, Stewart M, Freeman T, Kasperski M. Mechanisms for communicating within primary health care teams. Can Fam Physician, 2009; 55: 1216-1222.

[32] Pullon S. Competence, respect and trust: Key features of succesful interprofessional nurse-doctor relationships. J Interprof Care, 2008 Mar; 22(2): 133-147.

[33] Kvarnström S. Difficulties in collaboration: a critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. J Interprof Care, 2008 Mar; 22 (2): 191-203.

[34] Mortelmans D. Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden. Leuven: Acco uitgeverij, tweede druk 2009

BIJLAGE 1: Gebruikte afkortingen.

AJN: artsen jeugdgezondheidszorg Nederland
ALERT IIS: alert immunization information system
CBA: controlled before and after (studies)
CLB: centrum voor leerlingenbegeleiding
EMD: elektronisch medisch dossier
GMD: globaal medisch dossier
GO CLB: gemeenschapsonderwijs CLB of CLB verbonden aan het gemeenschapsonderwijs
HA: huisarts
IPC: ‘interprofessional collaboration’
IPE: ‘interprofessional education’
IPO: ‘interprofessional organisation’
IPP: ‘interprofessional practice’
IPSIG: Interprofessioneel samenwerken In gezondheidszorg
IT: informatie technologie
ITS: interrupted time series (studies)
JGZ: jeugdgezondheidsorg
LHV: landelijke huisartsen vereniging
LMN: lokaal multidisciplinair netwerk
LOGO: Loco-regionaal gezondheidsoverleg en -organisatie
LOK: lokale kwaliteitsgroep
MESH: medical subject headings
MST: medisch schooltoezicht
MW: maatschappelijk werker
NHG: Nederlands huisartsen genootschap
PMW: paramedisch werker (verpleegkundigen of anderen)
PPW: psychopedagogisch werker
RCTs: randomised controlled trials (studies)
SEL: samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg
VCLB: vrij CLB of CLB verbonden aan het vrije onderwijs
WVVH: wetenschappelijke vereniging voor Vlaamse huisartsen
VWVJ : Vlaamse wetenschappelijke vereniging voor jeugdgezondheidszorg

BIJLAGE 2: Uitgebreide literatuurzoektocht (juli 2013).

Zoektermen:

	VRIJE tekstwoorden	MESH-termen
1. Persons		
CLB medewerkers = jeugdgezondheidszorg = schoolgeneeskunde	Youth health care Child health care Preventive health care School health care School-based service	Child health services Preventive medicine Preventive health services School health (services)
Huisartsen	Family medicine General practice physician	General practitioner Family physician
1ste lijns geneeskunde	Primary care	Primary health care Primary care physician
2. Intervention		
Samenwerking tussen huisarts en verschillende CLB-medewerkers = interdisciplinaire – multidisciplinaire – interprofessionele samenwerking	Cooperation Collaboration Networking Multidisciplinary communication	Cooperative behaviour Interprofessional relations Interdisciplinary communication Community networks
Acties om de samenwerking te verbeteren	Program of amelioration Health planning recommendations	Problem solving Health planning guidelines
Samenwerkingsprotocol – of document- of overeenkomst	Agreement Protocol Document	Consensus Decision making
Doorlichting van de samenwerking	Screening Audit	Audit
3. Outcome		
Goede samenwerking	Quality of cooperation Quality of collaboration Criteria Essentials Necessities	Cooperative behaviour Quality of health care
Knelpunten - moeilijkheden – problemen in de samenwerking	Barriers Bottlenecks Abashments Difficulties	Problems

Onderzoeksvragen:

- Hoe verloopt de samenwerking tussen CLB's en HA; welke knelpunten zijn er?
- Welke interventies kunnen samenwerking verbeteren?
- Op welke manier kan samenwerking gemeten worden?
- Wat is het belang van een samenwerkingsprotocol om samenwerking te verbeteren?
- Wat is het belang van goede samenwerking?
- Wat zijn voorwaarden voor goede samenwerking?

Zoekstrategie literatuur via CEBAM:

KWATERNAIRE BRONNEN (guidelines, standaarden, aanbevelingen, consensusteksten): 2 relevante guidelines

- Domus Medica: negatief
- SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale): negatief
- KCE (Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg): negatief
- RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering): negatief
- NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap): negatief
  ⇒ wel 2 interessante visieteksten (zie primaire bronnen)
- CBO (Centraal begeleidings orgaan): negatief
- Zoekmotor Hoge Gezondheidsraad: negatief
  ⇒ geen te weerhouden aanbevelingen omtrent 'schoolgeneeskunde', 'samenwerking', 'communicatie', 'jeugdgezondheidszorg', 'interdisciplinair', 'multidisciplinair'
- Belgian screening tools verpleegkundigen: negatief
- Verpleegkundige richtlijnen: negatief
- Répertoire des recommandations de bonne pratique francophone (CISMeF-BP, catalogue et index des sites médicaux de lange française – best practices): negatief
- EBM Guidelines: negatief

Geen te weerhouden aanbevelingen bij 'school health', 'primary health care', 'communication barrier', 'interprofessional'

- Clinical Knowledge summaries (Prodigy): negatief (enkel type guidelines)
- Guideline finder UK: 1 relevante guideline
  (doorverwezen naar NICE, national institute of health and care excellence)
  'school health services': 1821 hits
  'school health services and interprofessional': 24 hits: geen relevante
  'school health services and interprofessional': 24 hits: geen relevante
  'Interprofessional relations': 92 hits
  'interprofessional relations and primary health care': 69 hits: 1 weerhouden
  "The team around the child and the lead professional: a guide for practitioners + a guide for managers" (2009)
  'interdisciplinary communication and primary health care': 21hits: geen relevante
- National Guideline Clearinghouse: negatief (erg klinisch gericht) (enkel type guidelines)
  'school health': 734 hits (enkel guidelines)
  'school health and collaboration': 210 hits
  'school health and interprofessional collaboration': 8 hits: gn weerhouden
  'primary health care': 1845 hits
  'primary health care and interdisciplinary communication': 57 hits, geen relevante
- New Zealand guidelines group: negatief (enkel type guidelines)
  'school health': 8 hits, geen relevante
  'primary health care and interprofessional relations': 25 hits, geen relevante
  'primary health care and interdisciplinary communication': 8 hits, geen relevante
  'communication barrier': 2 hits, geen relevante
  andere MESH termen: geen relevante hits
- WHO (enkel in de titel, anders > 1000 hits: 1 relevante guideline (enkel type guideline)
  'school health': 2 hits, geen weerhouden
  'interdisciplinary': 1 hit, niet weerhouden
  'cooperative behaviour': 0 hits
  "Framework for action on interprofessional education and collaborative practice" (2010)

TERTIAIRE BRONNEN (Systematische reviews en meta-analyses): 3 relevante reviews

- **Clinical evidence (BMJ version): negatief**
  Alle zoektermen uitgeprobeerd, steeds specifieke klinische topics
- **Cochrane: 3 relevante reviews gevonden**
  'school health': 218 hits
  'school health and collaboration': 6 hits, geen weerhouden
  'school health and general practitioner': 2 hits, geen weerhouden
  'school health and networking': 2 hits, geen weerhouden
  'school health and interprofessional': 0 hits
  'school health and interdisciplinary': 1 hit, geen weerhouden
  'school health and multidisciplinary': 1 hit, geen weerhouden
  'primary health care': 7646 hits
  'primary health care and interprofessional relations': 2 hits bij Cochrane reviews, 1 weerhouden
  " Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes" (July 2009)
  ⇒ in deze review wordt verwezen naar een andere Cochrane review:
  "Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes" (Cochrane Review, 2009 -> ondertussen is er een update van deze review van 2013)
  ⇒ in deze review wordt ook verwezen naar een aantal relevante artikels:
  "Team effectiveness in academic primary health care teams"(J Interprof care, 2008)

"Diffucilties in collaboration: a critical incident study of interprofessional healthcare teamwork" (J interprof care, 2008)

"Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice" (J interporf care, 2009)

'primary health care and interprofessional relations': andere reviews, 1 weerhouden

"Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit" (Centre for Reviews and Dissemination, 2012) (medical audit verbetert quality of health)

'Primary health care and collaboration': 29 hits, 1 weerhouden:

"Interprofessional collaboration: effects of practice-based …" (zie supra)

"Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes" (Cochrane review, june 2012)

'Primary health care and interdisciplinary': 5 hits, 0 weerhouden

"Interprofessional collaboration: effects of practice-based …" (zie supra)

SECUNDAIRE BRONNEN (Originele studies) : 11 relevante artikels

- **Minerva : negatief**

  ⇒ wel enkele relevante artikels :

  'school health' of 'schoolgeneeskunde': 0 hits

  'primary health care' : 8 hits, 0 weerhouden

  'Samenwerking ': 27 hits, 0 weerhouden

- **ACP journal: negatief**

  'school health care': 172 hits

  'school health care and collaboration': 7 hits, geen weerhouden

  'school health care and interprofessional': 0 hits

  'primary health care and communication': 16 hits, 0 weerhouden

  'communication barrier': 6 hits, geen weerhouden

  'collaboration audit': 6 hits, geen weerhouden

  'primary care audit': 8 hits, geen weerhouden

  'cooperative behaviour': geen relevante hits

  'community health services and interdisciplinary': geen relevante hits

- **Cinahl : 10 relevante artikels**

  'school health' : 16837 hits

  'school health services' : 4929 hits

  'school health services and general practitioner' : 29 hits

  'school-based health': 708 hits

  'school-based health and general practitioner': 1 hit, niet weerhouden

  'school-based health and family physician': 14 hits, geen weerhouden

  'school-based health and collaboration': 61 hits, geen weerhouden

  'interprofessional relations and youth health care' : 0 relevante hits

  'interprofessional relations and primary health care' : 262 hits

  'interprofessional relations and primary health care' + limit full text available: 86 hits, 10 weerhouden

  "Interprofessional primary care protocols: A strategy to promote an evidence-based approach to teamwork and the delivery of care" (J of interprof care, nov2010)

  "Collaborative practice in a global health context: Common themes from developed and developing countries." (J of interprof care, sept2010)

  "Coordinating care across diseases, settings, and clinicians: a key role for the generalist in practice." (Annals of internal medicine, 2005)

  "Improving interprofessional collaboration in primary care: Position Paper of the European Forum for Primary Care." (quality of primary care, 2012)

  "Conflict on interprofessional primary health care teams -- can it be resolved?" (J of interprof care, jan 2011)

  "Interprofessionalism and shared decision-making in primary care: a stepwise approach towards a new model. "(J of interprof care, jan 2011)

  "Do primary care professionals work as a team: A qualitative study." (J of interprof care, jan 2005)

“Effective interprofessional teams: "contact is not enough" to build a team.” (Journal of Continuing Education in the Health Professions, 2008)

“Two sides of the coin - General Practitioners' experience of working in multidisciplinary teams.” (J of interprof care, jan 2008)

“Mechanisms for communicating within primary health care teams.” (Canadian Family Physician, 2009 Dec)

‘interprofessional relations and primary health care and key’: 8 hits, geen weerhouden

‘Interdisciplinary’: 27222 hits

‘Interdisciplinary communication’: 135 hits

‘Interdisciplinary communication AND preventive medicine’: 0 hits

‘Interdisciplinary communication AND health care’: 42 hits, 0 weerhouden

- **Pubmed : 1 relevante artikel**

‘Interprofessional relation’: 46073 hits

‘Interprofessional relations AND quality of health care’ : 15353 hits

‘Interprofessional relations AND quality of health care AND communication’: 6582 hits

‘Interprofessional relations AND quality of health care AND communication AND preventive health care’: 57 hits, geen weerhouden

“Social network analysis of interdisciplinary cooperation and networking in early prevention and intervention. A pilot study.” (2010, Duits)

‘school health service’: 87945 hits

‘school health service and general practitioner’: 1944 hits

‘school health service and general practitioner and barrier’: 42 hits, geen weerhouden

‘school health service and general practitioner and cooperation’: 19 hits, geen weerhouden

‘journal of school health and general practitioner’: 3 hits, geen weerhouden

‘journal of school health and family physician’: 19 hits, 1 weerhouden

“Physician attitudes regarding school-located vaccination clinics.” (Journal of school health, may 2013)

Volgende zoektermen werden verder nog gecombineerd, (met als limiet dat we zoeken binnen de tekstwoorden van Pubmed): ‘school health service’ of ‘school-based care’ en ‘general practitioner’, ‘family physician’ of ‘general practice physician’

‘school health service [tekst word] and family physician [tekst word]’: 3 hits, 0 weerhouden

Zoekstrategie literatuur via ERIC: 0 relevante documenten

verschillende zoektermen werden gebruikt en gecombineerd, zonder echte relevante hits

‘school health’: 38405

‘school health care’: 7028 hits

‘school health care’ (limits: in titel): 2 hits, geen relevante

‘school health care’ (limits: publication type: guides-general, reports-general, journal article and language: english, dutch): 2368 hits

‘school health care and cooperation’ + limits: 174hits

‘school health care and cooperation and general practitioner’ + limits: 3 hits, 0 weerhouden

‘school health care and collaboration’+ limits: 85 hits, 0 weerhouden:

‘school health care and interprofessional collaboration’ + limits: 2 hits, geen relevante

‘Collaboration’ + limits: 14096 hits

‘Collaboration and family physician’ + limits: 16 hits, 0 weerhouden

Zoekstrategie literatuur via WEB OF SCIENCE: 3 relevante artikels + 1 review

‘school health’: 48379 hits

‘school health’ + limit review: 2008 hits

‘school health and cooperation’ + limit review: 13 hits, geen weerhouden

‘school health and family physician’ + limit review: 29 hits, geen weerhouden
‘school health and cooperative behaviour + limit review: 1 hit, niet weerhouden
‘school health and interprofessinal’ + limit review: 1 hit, niet weerhouden
‘interprofessional’: 2624 hits
‘interprofessional’+ limit review: 77 hits
‘interprofessional collaboration’ + limit review: 31 hits, enkele relevante reviews, idem vanuit Cochrane database
‘interdisciplinary communication’: 2455 hits
‘interdisciplinary communication’+ limit review/artcile: 1905 hits
‘interdisciplinary communication’+ limit review: 187 hits
‘interdisciplinary communication and primary health’+ limit review: 12 hits, enkele relevante reviews, idem vanuit Cochrane database
‘interdisciplinary communication and youth’+ limit review/article: 14 hits, geen weerhouden
‘Interdisciplinary communication and barrier’: 123 hits
‘Interdisciplinary communication and barrier’+ limit review: 10 hits, geen weerhouden
‘interprofessional relation and barrier’: 26 hits, 4 weerhouden
“Care pathways lead to better teamwork: Results of a systematic review” (juli 2012)
“Competence, respect and trust: Key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships” (journal of interprofessional care, 2008)
“Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork.” (j of interprofessional care, 2008)
“The doctor dilemma in interprofessional education and care: how and why will physicians collaborate?” (Medical education, 2007)

PRIMAIRE BRONNEN:

- NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap):
  “NHG standpunt: Huisartsenzorg en jeugd” (dec 2008)
  “Handreiking samenwerking huisarts en jeugdgezondheidszorg (oktober 2008, opgesteld door NHG, LHV en AJN)
- Google
  “Samenwerkingsvoorstel CLB – huisartsen” (VCLB Poperinge, december 2010)
  “Hoe de samenwerking tussen huisartsen en CLB bevorderen? Dokter, mag ik een briefje voor ‘t school?” (LOGO Antwerpen Noord, 2008-2011)
  “Samenwerking tussen huisartsen en CLB’s. Zorg rond de patient-leerling: resultaten van een congress.” (vzw Medirand, 2009)
  “Protocol betreffende de samenwerking tussen de medische sector en onderwijs in het kader van het actieplan: een sluitende aanpak van spijbelen en schoolverzuim.” (Vlaamse Overheid, maart 2007)
  “Conferentie eerstelijnsgezondheidszorg: naar een visie op de toekomst van de eerstelijn” (Vlaams Ministerie van Welzijn, 11 december 2010)
  “Historiek van de Centra voor Leerlingenbegeleiding” (Vlaams Ministerie van onderwijs)
  “Historiek van CLB” (vzw Vrije CLB koepel)
- Bevraging van de CLB’s in Vlaanderen
  “Samenwerkingsprotocol CLB’s – Huisartsen” (VCLB Halle, GO CLB Halle en Artsenkring Halle en omgeving, 2008)
- Bevraging van de LOGO’s in Vlaanderen
- *“Samenwerkingsnota – Huisartsgeneeskunde en schoolgezondheidszorg complementair in de preventieve zorg voor de schoolgaande jongeren” (VWVJ, WVWH, 1997)*

BIJLAGE 3: Samenwerkingsnota VWVJ – WVVH, november 1997.

SAMENWERKINGSNOTA VWVJ (*) - WVVH (**) - november 1997
HUISARTSENGENEESKUNDE EN SCHOOLGEZONDHEIDSZORG
COMPLEMENTAIR IN DE
DE PREVENTIEVE ZORG VOOR DE SCHOOLGAANDE JONGEREN

(*) Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg
(**) Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen

1. INLEIDING

Deze 'samenwerkingsnota' kwam in consensus tot stand in de gemengde werkgroep WVVH-VWVJ. Ze werd goedgekeurd door beide Raden van Bestuur.

Deze nota wil beide sectoren dichter bij elkaar brengen, de complementariteit benadrukken en zo de kansen voor beiden vergroten om de zorg voor de jongeren te optimaliseren.

De huisarts heeft een centrale positie in de gezondheidszorg en staat, algemeen gesproken, in voor de eerste-lijnszorg.
De opdrachten van de schoolgezondheidszorg (1) situeren zich voor een groot deel ook op het niveau van de eerste lijn.
Het is de bedoeling om de sterke kanten van beide invalshoeken te bundelen, in het belang van de jongere. Zo zijn het centraal medisch dossier bij een zelf gekozen vaste huisarts en een geëchelonneerde gezondheidszorg ook voor de schoolgezondheidszorg potentieel kwaliteitsbevorderend evenals de specifieke deskundigheid, de multidisciplinaire setting en de invalshoek via de school dit zijn voor de huisartsgeneeskunde.

2. WAARDEN EN PRINCIPES

1. De huisartsen staan achter opdrachten van de schoolgezondheidszorg [1]. Deze opdrachten mogen niet verloren gaan als de Centra voor Leerlingen Begeleiding (CLB's) [2] worden opgericht en de Minister van Gezondheidsbeleid dient terzake bevoegd te blijven. De artsen werkzaam in de schoolgezondheidszorg moeten artsen zijn met een bijkomende opleiding in de jeugdgezondheidszorg. De huisartsen zullen deze principes ook bij anderen verdedigen.

   De schoolartsen staan achter het principe dat de huisarts een centrale rol heeft in de gezondheidszorg. Het centraal medisch dossier bij een zelfgekozen vaste huisarts en een geëchelonneerde zorgverlening zijn hierbij uiterst belangrijke elementen. De schoolartsen zullen deze principes ook bij anderen verdedigen.

2. Een goede samenwerking tussen huisarts en schoolarts komt de zorg t.o.v. de jongere ten goede en geeft een meerwaarde aan het functioneren van zowel de huisartsgeneeskunde als de schoolgezondheidszorg.

   Deze meerwaarde wordt gedragen door de complementariteit van beiden. Enkele voorbeelden van complementaire accenten: individueel - collectief; thuismilieu - schoolmilieu; cliënt neemt initiatief - zorgverstrekker doet aanbod; hulpvrager wordt bereikt - iedereen wordt bereikt; situatiegerichte GVO - groepsgerichte GVO; individuele historiek - eigen perceptie nu; gezinsarts - neutrale raadgever ...

3. Deze samenwerking wordt waar mogelijk en nodig vastgelegd in standaarden (protocollen, guidelines..). De wetenschappelijke aspecten hiervan worden overlegd tussen de wetenschappelijke verenigingen en de opleidingscentra, na toetsing bij de beroepsgroep. Ook de implementatie van deze samenwerking moet worden overlegd. In elk geval zal moeten gestreefd worden naar een coherent en continu beleid inzake opleiding en navorming.

   Ook op niveau van de lokale MST-diensten en de lokale huisartsenkringen kunnen samenwerkingsprotocollen worden afgesloten.
   Het zal hier dan eerder gaan over een concrete invulling van bepaalde activiteiten of over de werkwijze bij de aanpak van bepaalde problemen (vb. drugproblematiek, medische attesten, spoedgevallen, anti-spijbelstrategie, gezamenlijke boodschap inzake een lokaal project over gezonde voeding...).

4. Deze samenwerking veronderstelt taakafspraken waarbij wordt uitgegaan van het subsidiariteitsprincipe [3] en van een model waarbij een geëchelonneerde zorgverlening wordt aangemoedigd.

5. Een aantal opdrachten van de huidige MST-equipes dienen verplicht te blijven, ook in de toekomstige CLB's, en dienen uitgevoerd te worden door artsen en verpleegkundigen verbonden aan een CLB, namelijk: de algemene en gerichte consulten, het toezicht op besmettelijke ziekten en het toezicht op het schoolmilieu.

6. Binnen het samenwerkingsverband MST-PMS is de schoolarts verantwoordelijk voor de coördinatie van de medische en de paramedische zorg en voor het overleg, de verwijzing en de samenwerking met de curatieve sector.

   Zeker bij de individugerichte activiteiten zal, in het belang van de jongere en met respect voor het beroepsgeheim, de schoolarts ervoor zorgen dat de huisarts wordt ingelicht en dat hij/zij betrokken wordt bij het beleid.

   De huisarts zal met respect voor het beroepsgeheim, de schoolarts inlichten en met hem/haar overleggen in het belang van de jongere en/of de schoolgemeenschap.

7. Binnen een toekomstig CLB dient de coördinerend geneesheer de verantwoordelijkheid te dragen voor een kwalitatieve realisatie van het sociaal-medisch werk en voor de sociaal-medische samenwerking (overleg, protocollen ...) met externe diensten (waaronder de huisartsenkringen).

   Binnen de huisartsenkring wordt de functie van 'huisarts-preventie-coördinator' uitgebouwd. Deze functie kan ook gedragen worden door een groep huisartsen. Deze huisarts-preventie-coördinator staat ondermeer in voor de coördinatie van de samenwerking met de toekomstige CLB's.

8. De beschikbaarheid van de schoolartsen en sociaal-verpleegkundigen heeft niet tot doel een behandelingsnetwerk voor de jongeren te organiseren. Hun opdracht blijft preventief van aard. Wanneer individuele vragen aan bod komen zullen zij adviezen verstrekken waar een algemene consensus over bestaat. Zo kan de jongere (of zijn ouders) leren om op een verantwoorde wijze keuzen te maken m.b.t. zijn gezondheid. Bij therapeutische adviezen zal de rol van de huisarts hierbij een integraal deel uitmaken van het advies.

3. UITWERKING VAN THEMA'S

Deze waarden en principes zijn een basis om verder te werken aan een meer omschreven taakverdeling en om de samenwerkingsprotocollen concreet inhoud te geven.
Er dient gestreefd naar een breder draagvlak voor deze consensussen.

VOETNOTEN

1 De opdrachten van de schoolgezondheidszorg:
De Vlaamse overheid plant een fusie tussen het medisch schooltoezicht (bevoegdheid van de Minister van Gezondheidsbeleid) en de psycho-medisch-sociale centra (bevoegdheid van de Minister van Onderwijs). De VWVJ formuleerde haar visie over de werkinhoud van de sociaal-medische discipline (schoolartsen en sociaal verpleegkundigen) binnen deze Centra voor Leerlingen Begeleiding (CLB's). Wanneer we het in deze nota hebben over 'De opdrachten van de schoolgezondheidszorg' dan verwijzen we naar die visie.
De VWVJ voorziet vier kerntaken: 1) een basisaanbod voor alle leerlingen aangevuld met een probleemgestuurd aanbod, 2) een aanbod naar de ouders en de school, 3) epidemiologisch onderzoek en 4) kwaliteitsbewaking.
De eerste kerntaak wordt in het kader van deze nota wat meer omschreven: ze omvat een basisaanbod en een probleemgestuurd aanbod.
Het basisaanbod voor alle leerlingen omvat van de kleuterleeftijd tot het einde van het secundair onderwijs vier algemene en vier gerichte consulten, het aanbieden van de vaccinaties, het dossierbeheer en het toezicht op besmettelijke ziekten en het schoolmilieu.
Het probleemgestuurd aanbod is gericht op specifieke problemen, risico's, signalen of vragen. Deze zijn reeds gekend, worden actief opgespoord of spontaan gemeld. Dit aanbod is enerzijds groepsgericht en anderzijds individugericht.
In het eerste geval zijn de activiteiten toegespitst op bepaalde risico's die eigen zijn aan de opleiding, die opgespoord worden of die gemeld worden. De interventie kadert in een globaal gezondheidsbeleid van de school d.m.v. groepsgerichte strategieën en in een netwerkontwikkeling met 'externe' diensten.
De individugerichte activiteiten kaderen in een beschikbaarheid, in het evalueren van gegevens, in het verstrekken van informatie en in een aktief nazorgbeleid (advies, verwijzing, opvolging, overleg, selectief consult). Eventuele begeleidingen zullen met respect voor de privacy in overleg gebeuren met de huisarts en eventuele andere hulpverleners. In principe zal het niet gaan om 'behandelingen', maar om 'een op weg helpen naar' een geschikte hulp.

2 MST-PMS-CLB:
Tot op heden worden de sociaal-medische taken van de toekomstige CLB's gerealiseerd door de equipes van het medisch schooltoezicht (MST). In het gemeenschapsonderwijs werken die geïntegreerd in het PMS-centrum (Psycho-medisch-sociaal centrum), in de overige scholen zijn PMS en MST afzonderlijke diensten maar bestaat er wel een samenwerking gezien de meeste MST-artsen ook PMS-arts zijn voor dezelfde doelgroep en hiervoor een aantal uren per jaar zijn aangeworven.
Wanneer in deze nota verwezen wordt naar het 'MST', dan betekent dit dat hetzelfde geldt voor de toekomstige CLB's. Wanneer er sprake is van 'CLB's' dan geldt hetzelfde voor de huidige 'MST-PMS-werking'.

3 Subsidiariteitsprincipe:
Hiermee bedoelen we het aanbieden van de zorg op dat niveau waar voor de laagste prijs een voldoende hoge kwaliteit wordt gerealiseerd.

Voorbeeld van taakverdeling : VACCINATIES

Principes

Het vaccinatieschema (met inbegrip van inhaalprocedures) wordt door elke arts gestandaardiseerd toegepast.
De entstof wordt door de overheid gratis ter beschikking gesteld , ongeacht wie de inenting toedient
Iedereen die ingeënt wordt krijgt hiervan een attest.
De overheid krijgt via welbepaalde kanalen alle geregistreerde gegevens (anoniem) om de vaccinatiegraad van de Vlaamse bevolking te volgen.
De schoolgezondheidszorg realiseert en registreert de vaccinaties bij schoolgaanden in samenwerking met de behandelende artsen (huisartsen en kinderartsen). De behandelende artsen en de schoolartsen hebben hierbij een complementaire taak.

Uitwerking:

1. *Taken voor de artsen binnen de schoolgezondheidszorg:*
   - de ouders op geregelde tijdstippen informeren over de nodige vaccinaties met de vermelding dat men hiervoor ook bij de huisarts terecht kan
   - toedienen van de vaccins na toestemming van de ouders
   - opvragen van de inentingsdata (bij ouders, andere diensten en behandelende artsen)
   - registreren (geïnformatiseerd en in het dossier) van de inentingsdata, ook van de jongeren die ze niet zelf hebben ingeënt
   - toezicht op de vaccinatiegraad van hun doelgroep met inbegrip van het opsporen, informeren en zo nodig zelf inenten van de 'uitvallers' om zo de totale vaccinatiegraad van de populatie op te trekken.
   - doorgeven van de gegevens
     - aan de ouders: van de toegediende vaccins en op geregelde tijdstippen van alle geregistreerde gegevens. De ouders houden ze bij en laten ze inzien door hun behandelend arts.
     - aan de behandelend arts en aan andere preventieartsen als die daarom vragen en mits ze de betrokkene onder toezicht hebben.
     - aan de overheid betreffende hun doelgroep, op anonieme wijze: alle geregistreerde gegevens, ook van de jongeren die ze niet zelf hebben ingeënt.

2. *Taken voor de huisartsen:*
   - de informatie rond de vaccinaties individueel ondersteunen en de ouders om hun kinderen te laten inenten, met de vermelding dat men hiervoor stimuleren ook bij de schoolarts terecht kan
   - toedienen van de vaccins bij die kinderen waarvan de ouders dat verkiezen
   - registreren van de inentingsdata in het centraal medisch dossier, ook van de vaccins die ze niet zelf toedienden
   - toezicht op de vaccinatietoestand van hun patiënt, met speciale aandacht voor risiscogroepen en met inbegrip van het opsporen en verhelpen van hiaten in het individuele schema.
   - doorgeven van de gegevens
     - aan de ouders: van de toegediende vaccins en op hun vraag alle geregistreerde gegevens. De ouders houden deze gegevens bij en laten ze inzien door o.a. de schoolarts.
     - aan de schoolarts en aan andere behandelende artsen als die daarom vragen en mits ze de betrokkene onder toezicht hebben.

BIJLAGE 4: Goedkeuring van de ethische commissie.

UZA
Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Tel 03 821 30 00 / Fax 03 829 05 20
www.uza.be / BE 0874.619.603

Universiteit Antwerpen
COMITE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Prof. dr. L. PEREMANS

UA
Huisartsgeneeskunde
2610 Wilrijk

Fax: 03 265 25 29

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35
fax: 03 821 42

Samenwerking tussen CLB en de lokale huisartsen: een knelpuntenanalyse.

Een kwalitatief onderzoek naar de knelpunten van CLB-medewerkers (uit GO CLB Westhoek en VCLB Veurne-Diksmuide_Westhoek) en van huisartsen (in huisartsenregio Ijzerstreek en Westkust) bij hun onderlinge samenwerking. (master-na-masterproef Eveline De Coster)

datum	ons kenmerk	
29/04/2013	13/16/172	Annelies Van Looy / Kim Vernimmen ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen heeft bovenvermelde studie besproken en geeft een gunstig advies dd. 29/04/2013 .

De volgende bijlagen werden volgens de GCP-ICH richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- Informatieformulier NL
- Protocol
- Uitnodigingsbrief voor deelnemers
- Vragenlijst
  - CLB-medewerker
  - Huisarts
- Toestemmingsformulier NL

De volgende opmerkingen werden nog gemaakt:

1) Er wordt gebruik gemaakt van individuele vragenlijsten. Gelieve te verduidelijken waarom.
2) Er wordt gesproken over 'anonieme' gegevens, dit dient gewijzigd te worden in 'gecodeerde' gegevens.

Tenslotte verzoeken wij u ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken.

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. CRAS
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Dr. E. DE COSTER, Katholieke Universiteit Leuven - Jeugdgezondheidszorg, Tervuursevest 101 - 3001 Heverlee

BIJLAGE 5: Uitnodigingsemail voor de CLB-medewerkers.

"Samenwerking tussen CLB en de lokale huisartsen: een knelpuntenanalyse"

Een onderzoek naar de knelpunten van CLB-medewerkers (uit GO CLB Westhoek en uit VCLB Veurne-Diksmuide-Westkust) en van huisartsen (uit de huisartsenkring IJzerstreek en Westkust) bij hun onderlinge samenwerking.

Uitnodiging tot deelname aan dit onderzoek

Beste CLB-medewerker,

Hierbij wil ik u uitnodigen om mee te werken aan een onderzoek in het kader van mijn masterproef Jeugdgezondheidszorg. Ik ben ervan overtuigd dat uw mening hierbij zeker van belang is.

Het inlichtingenformulier en het onderzoeksprotocol vindt u in bijlage.

Mag ik u vragen om in elk geval mijn E-mail te beantwoorden?

1. **U wenst deel te nemen aan het onderzoek: dan vermeldt u in uw antwoord "Ik neem deel"**

   U verklaart zich bereid tot een groepsgesprek van maximaal anderhalf uur, samen met de onderzoeker en enkele van uw collega's. Dit zal doorgaan tijdens (de personeelsvergadering op datum / de discipline werkgroep op datum).

   Toestemming geven houdt in dat u deelneemt aan bovengenoemd groepsgesprek. Hierbij kan u op elk moment beslissen om zich terug te trekken uit het onderzoek. Alvorens de gesprekken te analyseren, worden de transcripten nagelezen en worden alle namen en verwijzingen naar personen verwijderd.
   Toestemming geven houdt eveneens in dat u een aantal persoonsgegevens ter beschikking stelt bij de aanvang van het bovengenoemd groepsgesprek. Deze gegevens worden gecodeerd, zijn enkel gekend door de onderzoeker en zullen enkel gebruikt worden in het kader van dit onderzoek met respect voor de privacy van de deelnemer.

2. **U wenst niet deel te nemen aan het onderzoek: dan vermeldt u in uw antwoord: "Ik neem niet deel"**

   Dit betekent dat u helemaal niet geïnteresseerd bent in deelname aan dit onderzoek.

Met vriendelijke groeten,

Eveline De Coster
CLB-arts (en voormalig huisarts)

BIJLAGE 6: Inlichtingenformulier.

"Samenwerking tussen CLB en de lokale huisartsen: een knelpuntenanalyse"

Een onderzoek naar de knelpunten van CLB-medewerkers (uit GO CLB Westhoek en uit VCLB Veurne-Diksmuide-Westkust) en van huisartsen (uit de huisartsenkring IJzerstreek en Westkust) bij hun onderlinge samenwerking.

Inlichtingenformulier

Het onderzoek is getiteld:
"Samenwerking tussen CLB en de lokale huisartsen: een knelpuntenanalyse"
Een onderzoek naar de knelpunten van CLB-medewerkers (uit GO CLB Westhoek en uit VCLB Veurne-Diksmuide-Westkust) en van huisartsen (uit de huisartsenkring IJzerstreek en Westkust) bij hun onderlinge samenwerking.

Het onderzoek wordt uitgevoerd met behulp van groepsinterviews (met name focusgroepen) en probeert een antwoord te formuleren op de vraag: "Welke knelpunten ondervinden huisartsen en CLB-medewerkers bij hun onderlinge samenwerking?"

Achtergrondinformatie: Dit onderzoek is een verkennend onderzoek. Er wordt in een eerste fase gezocht naar knelpunten binnen de samenwerking tussen huisartsen en CLB's.
Deze knelpuntenanalyse zal in een tweede fase de nodige informatie bieden om met vertegenwoordigers van beide betrokken partijen rond de tafel te gaan zitten. Zo kan er een plan opgemaakt worden om de samenwerking tussen CLB's en huisartsen daadwerkelijk te gaan verbeteren.

Procedure: Het onderzoek waar u aan deelneemt, verloopt onder de vorm van een focusgroep. Hierbij zullen huisartsen en CLB-medewerkers uit de bovenvermelde regio afzonderlijk in groep bevraagd worden. Tijdens dit groepsinterview wordt gedurende maximum anderhalf uur dieper ingegaan op enkele vragen die betrekking hebben op de samenwerking. U krijgt hierbij de kans om uw persoonlijke ervaring en in het bijzonder uw eigen knelpunten te delen. Deze groepsgesprekken gaan door tijdens een overlegmoment (voor de CLB-medewerkers gebeurt dit op een vergadering tijdens de werkuren, voor de huisartsen gebeurt dit tijdens een LOK-vergadering).
De gesprekken worden opgenomen maar strikt anoniem verwerkt.
Alle knelpunten worden verzameld, geanalyseerd en worden nadien besproken met enkele vertegenwoordigers van elke partij (namelijk vertegenwoordigers van de huisartsenkring, het GO CLB en het VCLB).
In een latere fase worden de resultaten van de groepsgesprekken en van het overleg met de vertegenwoordigers teruggekoppeld aan de deelnemers.

Verzekering van confidentialiteit: We verzekeren de bescherming van uw privacy in deze studie. Indien de resultaten van deze studie gepubliceerd worden in een wetenschappelijk tijdschrift zal uw persoonlijke levenssfeer beschermd worden.

Recht op informatie: U hebt het recht om informatie te vragen over de procedures en het onderzoeksproject die in dit document beschreven worden. De resultaten van het onderzoek worden gebundeld in een onderzoeksrapport. U kan dit rapport steeds opvragen.

Recht om uw deelname stop te zetten: u kan op elk moment van het onderzoek besluiten om uw deelname te weigeren of te stoppen. Hierbij is het belangrijk expliciet te vermelden dat u niet verplicht kan worden om deel te nemen aan dit onderzoek, tijdens dit geplande overleg binnen uw werksituatie.

Verklaring van de promotoren: de promotoren zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van dit onderzoeksprogramma volgens de voorwaarden die in dit document beschreven staan.

Promotor Prof. Lieve Peremans
Vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire zorg
Universiteit Antwerpen

Onderzoeker Dr. Eveline De Coster
CLB-arts (en voormalig huisarts)

BIJLAGE 7: Onderzoeksprotocol.

"Samenwerking tussen CLB en de lokale huisartsen: een knelpuntenanalyse"

Een onderzoek naar de knelpunten van CLB-medewerkers (uit GO CLB Westhoek en uit VCLB Veurne-Diksmuide-Westkust) en van huisartsen (uit de huisartsenkring IJzerstreek en Westkust) bij hun onderlinge samenwerking.

Onderzoeksprotocol

1) Inleiding

Er zijn verschillende redenen die aangezet hebben om dit onderzoek te doen.
Allereerst had ik *voor mezelf* een grondige reden om de samenwerking van dichterbij te willen bekijken en om deze te willen verbeteren. In de jaren dat ik zowel als huisarts en als CLB-arts werkzaam was, had ik namelijk bij de huisartsen steeds het gevoel het te moeten opnemen voor de zinvolle werking van de CLB's, en omgekeerd moest ik het bij CLB-medewerkers opnemen voor de kwaliteiten van de huisartsen. Het leek erop dat deze beide groepen elkaar onvoldoende begrepen en waardeerden.
Verder was het van groot belang dat er tijdens mijn zoektocht naar een masterproef-onderwerp in diezelfde periode net een samenwerkingsprotocol gelanceerd werd door een naburig CLB. Het leek mij erg zinvol en *praktisch* om ook voor ons CLB concrete afspraken op papier te kunnen zetten.
Vervolgens stelde ik mij de vraag of er nog andere *CLB's in Vlaanderen* waren die een samenwerkingsovereenkomst hadden met de lokale huisartsen. Bij een korte bevraging via email, bleek dat er heel wat interesse was bij de CLB-directies omtrent dit onderwerp.
Verder bleek dat er 2 CLB's (uit dezelfde regio) waren met een schriftelijke overeenkomst en dat er 10 CLB's (uit verschillende regio's) waren met mondelinge overeenkomsten over specifieke onderwerpen. Bij de 2 CLB's met een samenwerkingsovereenkomst deed ik navraag naar de totstandkoming ervan.
Ook vernam ik via mijn promotor dat het LOGO van Antwerpen in het verleden reeds samenwerkte met CLB's uit regio Antwerpen en de lokale huisartsen. Daarom leek het me ook zinvol om de *LOGO's in Vlaanderen* kort via email te bevragen. Uit deze korte rond-vraag bleek dat 2 LOGO's projecten hadden omtrent de samenwerking tussen huisartsen en CLB's.
Ook werd in diezelfde periode de conferentie *eerstelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen* gehouden, met als onderwerp "Naar een visie op de toekomst van de eerstelijn". Hierbij werd ik opnieuw bevestigd in het belang van een betere samenwerking tussen de verschillende hulpverleners.
Tenslotte bleek tijdens mijn literatuurzoektocht dat er over samenwerking tussen huisartsen en CLB's in de *wetenschappelijke literatuur* geen richtlijnen terug te vinden zijn. (Wel kon ik een samenwerkingsvoorstel "Handreiking samenwerking huisarts JGZ" terugvinden dat *in Nederland* gebruikt wordt sinds 2008.)

Dit onderzoek zou van belang kunnen zijn voor verschillende partijen. In de eerste plaats is dit onderzoek bedoeld voor de huisartsen en de CLB-medewerkers uit de eigen regio. Ook zou dit onderzoek praktisch kunnen zijn voor andere CLB's in Vlaanderen.
Vervolgens is dit onderzoek zinvol voor de lokale beleidsmakers, zoals het bestuur van de huisartsenkring en de directies van de CLB's. Misschien is dit onderzoek ook relevant voor beleidsmakers hogerop, namelijk binnen het ministerie van welzijn en het ministerie van onderwijs. Dit onderzoek kan tot slot ook een bijdrage leveren aan de wetenschap.

2) Onderzoeksdoel en onderzoeksvragen

Onderzoeksdoel:
Dit onderzoek is in eerste plaats bedoeld om een grondige verkenning te doen van de huidige knelpunten
die leven bij de verschillende CLB-medewerkers uit het GO CLB Veurne-Westhoek, bij de verschillende CLB-medewerkers uit het VCLB Veurne-Diksmuide-Westkust en bij de huisartsen uit de huisartsenkring Ijzerstreek-Westkust.
Vervolgens is het de bedoeling om met de stake-holders van de verschillende partijen te overleggen over deze knelpunten, om zo de start te geven tot de PDCA-cyclus van een kwaliteitsverbeterend project.
Dit initiatief kan mogelijks ook een aanzet en een handleiding zijn voor andere CLB's, om de samenwerking met de lokale huisartsen te verbeteren.

Onderzoeksvraag:
Welke knelpunten ondervinden huisartsen (uit de huisartsenkring IJzertsreek-Westkust) en CLB-medewerkers (uit het GO CLB Veurne-Westhoek en uit het VCLB Veurne-Diksmuide-Westkust) bij hun onderlinge samenwerking?
Subvragen:
Welke criteria zijn van belang voor een goede interprofessionele samenwerking?
Welke indicatoren zijn er om de samenwerking te meten?
Wat is het belang van een samenwerkingsdocument bij een interprofessionele samenwerking?

3) **Studieopzet**

We volgen voor deze aanzet tot een kwaliteitsverbeterend project de stappen uit het FOCUS-model.
FOCUS staat voor 5 opeenvolgende stappen, nl:

1) '**F**ind subject' (een onderwerp vastleggen):
   "samenwerking tussen huisartsen en CLB's"
2) '**O**rganise meeting' (samenzitten met de betrokkenen):

"korte bevraging van alle CLB's in Vlaanderen, korte bevraging van alle LOGO's in Vlaanderen, contact opgenomen met de directies van de CLB's uit de eigen regio, contact opgenomen met de voorzitter van de huisartsenkring uit de eigen regio, contact opgenomen met het LOGO uit de eigen regio, contact opgenomen met de SEL uit de eigen regio"

3) '**C**larify problem' (probleem-verheldering):
" er zijn geen schriftelijke afspraken bij de samenwerking tussen de desbetreffende CLB's en de lokale huisartsen, er wordt occasioneel met elkaar samengewerkt zonder dat hier eenduidige afspraken over zijn, de manier van samenwerken lijkt historisch gegroeid te zijn"

4) '**U**nderstand/Uncover problem' (probleem in kaart brengen adhv dataverzameling, visgraatanalyse, nominale groepstechniek en/of processen)
" Deze probleemanalyse gebeurt adhv een *exploratief onderzoek*; we gaan op zoek naar knelpunten binnen de samenwerking tussen huisartsen en CLB's, door zowel de huisartsen als de verschillende CLB-medewerkers te gaan bevragen uit de eigen regio, en dit aan de hand van focusgroepen. Er worden een 4-tal focusgroepen uitgevoerd bij verschillende CLB-medewerkers afzonderlijk en een 4-tal focusgroepen bij huisartsen afzonderlijk.
Dit kwalitatief onderzoek zorgt ervoor dat we informatie verkrijgen over een domein waar we momenteel nog weinig over weten; de samenwerking tussen twee heel specifieke groepen; namelijk de huisartsen en de CLB's."

5) '**S**tart project' (start verbetering/verandering adhv PDCA cyclus).
"Dit verkennende onderzoek kunnen we ook als een vooronderzoek beschouwen; als een noodzakelijk onderdeel binnen de FOCUS procedure van een kwaliteits-verbeterend project . We kunnen met andere woorden deze knelpuntenanalyse zien als een noodzakelijke stap in de voorbereiding van een actief overleg om met de betrokken partijen aan de slag te gaan om de samenwerking tussen CLB's en huisartsen daadwerkelijk te gaan verbeteren. Dit gebeurt aan de hand van de PDCA cyclus. Deze cyclus bestaat uit de volgende 4 stappen: 1) **P**lan: een plan opmaken om verbeteringen aan te brengen
2) **D**o: uitvoering van het plan
3) **C**heck: evaluatie van het lopende project
4) **A**ct: wat gebeurt er met het project na de evaluatie: project verlaten, project aanpassen, project integreren in de werking

Recrutering van de deelnemers:
In een eerste fase werden de directies van beide CLB's (i.e. Mevr. Lien Van Maele voor GO CLB en Mr. Jan Seys voor VCLB) aangesproken en geïnformeerd over het onderzoek. Zij erkennen het belang van dit onderzoeksthema en zijn bereid om hun CLB-medewerkers te laten deelnemen aan de focusgroepen tijdens de werkuren. Voor het GO CLB Veurne-Westhoek zal dit doorgaan tijdens een personeelsvergadering. Voor het VCLB Veurne-Diksmuide-Westkust zal dit doorgaan tijdens drie verschillende discipline werkgroepen. Ook zijn zij bereid tot een gezamenlijk overleg nadien als vertegenwoordigers van de betrokken partijen.

Voor de huisartsen werd contact opgenomen met de voorzitter van de Huisartsenkring Ijzerstreek-Westkust Dr. Gaby Loncke. Ook hij erkent het belang van een goede samen-werking tussen huisartsen en de CLB's. Hij stelde zich eveneens bereid om aan dit project mee te werken. Hij bezorgde mij de contactgegevens van de verslaggevers van de LOK-groepen binnen zijn huisartsenkring. De verslaggevers van deze LOK groepen zullen telefonisch gecontacteerd worden om hen te informeren over dit project. Verder zal hen gevraagd worden of zij bereid zijn tijdens één van hun LOK bijeenkomsten aan dit project mee te werken.
In een tweede fase wordt elke CLB-medewerker van de desbetreffende CLB's individueel en via elektronische weg uitgenodigd om aan het onderzoek deel te nemen. De contact-gegevens van de CLB-medewerkers zijn openbaar en beschikbaar via het Ministerie van Onderwijs of de koepelorganisaties van de centra voor leerlingenbegeleiding. De email bevraagt of de aangeschrevene al dan niet wenst deel te nemen aan het onderzoek en verschaft de nodige informatie (via het inlichtingenformulier en het onderzoeksprotocol in bijlage) die de aangeschrevene nodig heeft om voor zichzelf te kunnen uitmaken of hij of zij al dan niet wenst deel te nemen.
Ook zullen de huisartsen van de opgegeven LOK's binnen de desbetreffende huisartsen-kring op dezelfde manier uitgenodigd worden als de CLB-medewerkers. De contact-gegevens van deze huisartsen zullen opgevraagd worden bij de LOK verslaggevers.

Toestemming geven houdt in dat de deelnemer zich bereid verklaart om mee te werken aan een focusgroep, en dit gedurende maximaal anderhalf uur, samen met de onderzoe-ker en enkele van zijn collega's. Voor de huisartsen zijn dit collega's uit hun eigen LOK groep. Voor de CLB-medewerkers zijn dit collega's uit hun eigen CLB. Toestemming geven houdt eveneens in dat er via een korte vragenlijst een aantal persoonsgegevens ter beschikking gesteld worden bij de aanvang van het bovengenoemd groepsgesprek. Deze gegevens worden gecodeerd, zijn enkel gekend door de onderzoeker en zullen enkel gebruikt worden in het kader van dit onderzoek met respect voor de privacy van de deelnemer.

Alle deelnemers die hun medewerking verlenen zullen op de hoogte gehouden worden van de resultaten van het onderzoek.

Analyse:
De onderzoeker schrijft de eerste twee opgenomen gesprekken volledig uit. Volgende gespreksanalyses gebeuren op basis van de opgenomen versie. De codering met de samenstelling van het codeboek gebeurt door de onderzoeker, op basis van de transcriptie van de geregistreerde gesprekken. Het codeboek wordt besproken door de onderzoeker, de promotor en de copromotoren. Na analyse van de gespreksgegevens gebeurt er een terugkoppeling naar de respondenten.

Ethische en deontologische overwegingen:
Alle gegevens worden, vóór analyse, gecodeerd zodat de privacy van alle deelnemers verzekerd is. Alle namen en contactgegevens van de deelnemers zijn alleen bekend bij de onderzoeker en worden apart van de verkregen onderzoeksgegevens bewaard.

BIJLAGE 8: Uitnodigingsemail voor de LOK-verantwoordelijken.

"Samenwerking tussen CLB en de lokale huisartsen: een knelpuntenanalyse"

Een onderzoek naar de knelpunten van CLB-medewerkers (uit GO CLB Westhoek en uit VCLB Veurne-Diksmuide-Westkust) en van huisartsen (uit de huisartsenkring IJzerstreek en Westkust) bij hun onderlinge samenwerking.

Uitnodigingsemail LOK-verantwoordelijke

Beste,

ik stuur u deze email in het kader van uw functie als LOK-verantwoordelijke of LOK-voorzitter.

Gezien ik u niet van uw kostbare tijd wil beroven, zal ik in deze email kort en duidelijk zijn.

En stel ik voor om u op een later tijdstip nog eens op te bellen.

Mezelf even kort voorstellen:

Ik ben Eveline De Coster. Ik studeerde af als arts in 2005 en specialiseerde mij in de huisartsgeneeskunde. Mijn huisartsenstage deed ik in Oostende en nadien werkte ik enkele jaren als huisarts in Oostvleteren. De voorbije jaren werkte ik als CLB-arts in Ieper, Veurne en Diksmuide en volgde ik tegelijkertijd de opleiding jeugdgezondheidszorg. In het kader van deze opleiding dien ik nog een masterproef af te leggen.

Mijn project even kort schetsen:

Ik heb ervoor gekozen om voor mijn masterproef **een knelpuntenanalyse te doen in de samenwerking tussen huisartsen en CLB's.** In het bijzonder de samenwerking tussen huisartsen van de huisartsenkring Ijzerstreek en Westkust en de CLB's uit deze regio, namelijk CLB GO Veurne-Westhoek en VCLB Veurne-Diksmuide-Westkust. De masterproef zelf is enkel bedoeld om een knelpuntenanalyse op te maken van deze samenwerking, dit aan de hand van focusgroepen (groepsgesprekken binnen de LOK's). Met deze informatie zou ik in de toekomst willen verder werken, om deze samenwerking ook daadwerkelijk te gaan verbeteren. De directies van de CLB's en de voorzitter van de huisartsenkring zijn alvast bereid hier aan mee te werken.

Mijn vraag naar u toe:

Er liggen reeds verschillende focusgroepen vast voor de beide CLB's. Maar het spreekt voor zich dat dit onderzoek enkel zinvol is als ik ook de medewerking van de lokale huisartsen zou kunnen krijgen.
Vandaar mijn vraag naar u toe, of ik in de periode van maart 2013 tot juli 2013 een focusgroep/groepsinterview mag komen doen tijdens één van jullie LOK-vergaderingen?

Alvast bedankt voor uw interesse en uw tijd
Vriendelijke groeten

Eveline De Coster

eveline_de_coster@hotmail.com

BIJLAGE 9: Uitnodigingsemail voor de huisartsen.

"Samenwerking tussen CLB en de lokale huisartsen: een knelpuntenanalyse"

Een onderzoek naar de knelpunten van CLB-medewerkers (uit GO CLB Westhoek en uit VCLB Veurne-Diksmuide-Westkust) en van huisartsen (uit de huisartsenkring IJzerstreek en Westkust) bij hun onderlinge samenwerking.

Uitnodiging tot deelname aan dit onderzoek

Beste huisarts,

Hierbij wil ik u uitnodigen om mee te werken aan een onderzoek voor mijn masterproef Jeugdgezondheidszorg. Ik ben ervan overtuigd dat uw mening hierbij zeker van belang is.

Het inlichtingenformulier en het onderzoeksprotocol vindt u in bijlage.

1. **U wenst deel te nemen aan het onderzoek: dan verwacht ik u graag op jullie volgende LOK vergadering**

   U verklaart zich bereid tot een groepsgesprek van één tot anderhalf uur, samen met de onderzoeker en enkele van uw collega's. Dit zal doorgaan tijdens jullie eerstvolgende LOK vergadering.
   Deze LOK vergadering gaat door op … , om … u, in ….. .

   Toestemming geven houdt in dat u deelneemt aan bovengenoemd groepsgesprek.
   Hierbij kan u op elk moment beslissen om zich terug te trekken uit het onderzoek. Alvorens de gesprekken te analyseren, worden de transcripten nagelezen en worden alle namen en verwijzingen naar personen verwijderd.
   Toestemming geven houdt eveneens in dat u een aantal persoonsgegevens ter beschikking stelt bij de aanvang van het bovengenoemd groepsgesprek. Deze gegevens worden gecodeerd, zijn enkel gekend door de onderzoeker en zullen enkel gebruikt worden in het kader van dit onderzoek met respect voor de privacy van de deelnemer.

2. **U wenst niet deel te nemen aan het onderzoek: dan vraag ik u vriendelijk om mij dit mee te delen.**

   Dit betekent dat u helemaal niet geïnteresseerd bent in deelname aan dit onderzoek.

Met vriendelijke groeten,

Eveline De Coster
CLB-arts (en voormalig huisarts)

E-mail: eveline_de_coster@hotmail.com

BIJLAGE 10: Script voor de moderator.

"Samenwerking tussen CLB en de lokale huisartsen: een knelpuntenanalyse"

Een onderzoek naar de knelpunten van CLB-medewerkers (uit GO CLB Westhoek en uit VCLB Veurne-Diksmuide-Westkust) en van huisartsen (uit de huisartsenkring IJzerstreek en Westkust) bij hun onderlinge samenwerking.

Script voor de moderator

1. **Verwelkoming:**

De moderator verwelkomt de deelnemers en bedankt hen voor hun deelname. De moderator bedankt ook de verantwoordelijken om hun medewerking hieraan te verlenen.
Graag wil ik starten met de LOK-verslaggever te bedanken om ons te ontvangen op jullie LOK-bijeenkomst. En uiteraard wil ik jullie, huisartsen, bedanken voor jullie komst en jullie medewerking aan dit onderzoek.

2. **Voorstellen moderator en observator:**

De moderator stelt zichzelf kort voor. De moderator stelt eveneens de observator kort voor.
Graag stel ik ons even kort aan jullie voor.
Ikzelf ben Eveline De Coster. Ik studeerde af als arts in 2005 en specialiseerde mij in de huisartsgeneeskunde. Mijn huisartsenstage deed ik in Oostende en nadien werkte ik enkele jaren als huisarts in Oostvleteren. De voorbije jaren werkte ik als CLB-arts in Ieper, Veurne en Diksmuide en volgde ik tegelijkertijd de opleiding jeugdgezondheidszorg. In het kader van deze opleiding dien ik nog een masterproef af te leggen. Ik heb ervoor gekozen om een knelpuntenanalyse te doen in de samenwerking tussen huisartsen en CLB's. Vandaag zit ik hier echter niet als CLB-arts noch als huisarts, maar ben ik hier als moderator tijdens deze focusgroep.
De persoon die jullie daar zien zitten, is Lander Vanhee. Hij zal onze observator zijn voor vandaag. Hij is tevens huisarts, en hij was zo vriendelijk om mij bij mijn onderzoek te willen helpen.

3. **Voorstellen van het project:**

De moderator stelt het project voor aan de deelnemers.
Doelstelling:
Wat is de bedoeling van dit groeps-interview? De algemene doelstelling is om de samenwerking tussen huisartsen en CLB's te gaan verbeteren. Een eerste stap in dergelijk kwaliteitsverbeterend project is een analyse maken van het probleem; wat loopt er fout en wat kan er dus beter. Aan de hand van deze knelpunten kan er nadien met vertegenwoordigers van de verschillende partijen overlegd worden en kan er heel concreet gezocht worden naar manieren om de samenwerking daadwerkelijk te verbeteren. Deze voorbereidende stappen om tot actie te kunnen overgaan vallen binnen dit onderzoeksproject.
Er zullen in deze voorbereidende fase focusgroepen uitgevoerd worden, en dit zowel bij huisartsen als bij CLB-medewerkers afzonderlijk. Hiervoor zijn er reeds groepsgesprekken vastgelegd in verschillende huisartsen LOK-vergaderingen binnen de regio Ijzerstreek en westkust. Verder vonden er ook groepsgesprekken plaats bij de verschillende CLB-medewerkers van het VCLB Veurne-Diksmuide-Westkust en het GO CLB Westhoek.

Het groepsgesprek van vandaag heeft tot doel om de huidige samenwerking tussen CLB en de lokale huisartsen te gaan verkennen; zowel de positieve als de minder goede ervaringen zullen aan bod komen. We gaan tijdens dit groepsgesprek ook op zoek naar knelpunten binnen deze samenwerking. Namelijk knelpunten die jullie, als huisartsen, in jullie dagelijkse praktijk ervaren, in de samenwerking met de CLB's uit jullie eigen regio.

Na de verwerking van alle onderzoeksgegevens uit de verschillende groepsinterviews, zullen deze gegevens meegedeeld worden aan alle deelnemers. Verder zal met deze informatie actief overlegd worden met vertegenwoordigers uit de verschillende partijen (namelijk huisartsenkring, het GO CLB en het VCLB), om een plan op te stellen om de samenwerking daadwerkelijk te gaan verbeteren. Tenslotte zullen deze gegevens ook uiteengezet worden voor alle betrokkenen in de desbetreffende regio; voor de huisartsen zal dit doorgaan op een vergadering van de huisartsenkring en voor de CLB-medewerkers zal dit uiteengezet worden op een personeelsvergadering.

4. **Vragen**

De moderator gaat na of alles goed begrepen werd.
Heeft u nog vragen bij dit onderzoek? Zijn er nog zaken onduidelijk?

5. **Spelregels:**

De moderator legt de spelregels uit aan de deelnemers.
Algemeen: Volgende praktische zaken zijn verder nog belangrijk voor u om te weten:
* Duur: Dit groepsgesprek zal vermoedelijk één à anderhalf uur in beslag nemen.

* Opname: De gehele duur van dit groepsgesprek zal opgenomen worden met deze dictafoon, zodat alle commentaren van de deelnemers geregistreerd worden. Deze informatie zal nadien kwalitatief gecodeerd geanalyseerd worden. Na de verwerking van de gegevens zal de opname uiteraard vernietigd worden.
* Anonimiteit: Deze gegevens zullen anoniem verwerkt worden; er zal nadien dus geenszins nagegaan kunnen worden welke persoon welke antwoorden of commentaren gaf.
* Niet door elkaar praten: Voor de kwaliteit van de opname, wordt gevraagd om niet door elkaar te praten, maar uw hand op te steken indien u iets wenst te zeggen.
* Storend lawaai: Verder vragen we ook om tijdens de gesprekken zo weinig mogelijk achtergrondlawaai te maken. Zo kan onderling overleg, kuchen, geritsel van papier, etc de kwaliteit van de opname verstoren.
* GSM uit: Vooraleer we het groepsinterview starten, wil ik jullie nog vragen om jullie GSM uit te schakelen. Indien dit niet mogelijk is, vragen we om de stille modus in te schakelen. Indien u een oproep dient te beantwoorden tijdens dit groepsgesprek, vragen we u vriendelijk om de zaal even te verlaten.
* Toestemming: Indien er mensen zijn die, na deze informatie, toch liever niet wensen deel te nemen aan dit onderzoek, kunnen zij nog steeds uit het onderzoek stappen. Verder wil ik er u ook op wijzen dat u op elk moment van het onderzoek kan weigeren of stoppen om verder deel te nemen aan dit onderzoek.

Werkwijze:
Hoe gaan we te werk tijdens deze focusgroep?

1) In de papierbundel die voor u ligt, vindt u op de eerste pagina een toestemmingsformulier. Graag vraag ik u om dit document te ondertekenen. Hiermee bevestigt u dat u akkoord gaat om aan het onderzoek deel te nemen. Dit document is bedoeld voor de onderzoeker. U vindt een los tweede exemplaar in de bijgevoegde enveloppe, dat voor u, als deelnemer, bestemd is. In deze enveloppe vindt u eveneens een kleine gadget, namelijk enkele magneten met relevante websites over het CLB en ter stimulatie van de samenwerking. Zoals het logo op jullie balpen zegt: 'Let's work together'.
2) Op de tweede pagina van de papierbundel wordt er gevraagd om *enkele persoonlijke gegevens* in te vullen. Deze geven ons een idee welke deelnemers we voor ons hebben. Deze informatie wordt nadien uiteraard anoniem verwerkt. Graag zou ik jullie willen vragen om de vragenlijst in te vullen en deze nadien naar voren door te geven.
3) Graag schets ik nog even het verloop van het groepsgesprek, zodat dit voor iedereen duidelijk is:
   Er zullen tijdens dit gesprek 4 vragen gesteld worden om de huidige samenwerking te verkennen. Er kan hierover gediscussieerd worden tijdens het groepsgesprek. Graag vermeld ik hierbij dat alle commentaren van alle deelnemers van belang zijn; er bestaan in dit gesprek dan ook geen juiste of foute antwoorden. Tenslotte wil ik jullie er ook op wijzen dat het niet de bedoeling is om tijdens dit gesprek personen te gaan viseren; geen commentaren dus op individuen met naam en toenaam.

6. <u>Vragen</u>

De moderator gaat na of alles goed begrepen werd.
Heeft u nog vragen bij deze spelregels ? Zijn er nog zaken onduidelijk?

7. <u>Inleiding</u>

De moderator geeft een *korte inleiding* om het groepsgesprek te starten.
Nadien start de moderator met de eerste vraag.
Na elke vraag wordt kort samengevat wat er door de deelnemers gezegd werd en of er nog aanvullingen zijn.

We kunnen stellen dat er doorheen de jaren een samenwerking gegroeid is tussen het MST van vroeger en het huidige CLB enerzijds en de lokale huisartsen anderzijds. Zonder dat er hierover eigenlijk concrete afspraken bestaan. Deze samenwerking is wellicht ontstaan vanuit de medische onderzoeken, vanuit het louter medische aspect van de gezondheid van onze jongeren.

Maar ik moet het u niet vertellen, meer en meer worden we geconfronteerd met gezondheid van onze jongeren in de meest brede betekenis van het woord, namelijk zoals de definitie van de WHO het zegt, is "gezondheid een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en dus niet alleen de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken." Dit komt duidelijk naar voor in de berichtgeving in Vlaanderen; denk maar aan de vele gezinnen die in armoede leven, de toename van jonge kinderen binnen de bijzondere jeugdzorg, de hoge incidentie van zelfmoord bij de West-Vlaamse jongeren, problematische opvoedingssituaties, enz.

En ik ben ervan overtuigd dat deze brede waaier aan problematieken terecht komt bij de hulpverleners van de eerstelijnszorg, en zeker bij de huisartsen en de CLB's. Een goede samenwerking tussen deze twee partners lijkt me dan ook erg zinvol.

Graag wil ik vandaag ook jullie visies en ervaringen horen omtrent deze samenwerking. Laat dus zeker je stem horen in het groepsgesprek van vandaag.

8. Vragen

Er zullen in dit groepsgesprek een 4-tal vragen aan bod komen, waarbij ik graag van jullie zou horen wat jullie allemaal als positief en ook als negatief ervaren binnen deze samenwerking.

Maar vooraleer daar echt verder op in te gaan, zou ik eerst eens willen navragen wat nu voor elk van jullie de betekenis is van het CLB? Ik stel voor dat we beginnen aan mijn rechter zijde. Wat betekent het CLB voor u?

We starten met de eerste vraag:
Graag zou ik van jullie willen weten wat jullie momenteel als positief ervaren binnen de samenwerking tussen het CLB en u als huisarts. Wat loopt er met andere woorden goed op dit moment volgens jullie?

Laten we overgaan naar een tweede vraag:
Gezien ik graag een knelpuntenanalyse zou willen maken, zoals in de titel van mijn onderzoek wordt weergegeven, spreekt het voor zich dat ik van jullie ook graag zou willen weten wat er op dit moment misschien minder goed verloopt binnen de samenwerking? Zijn er met andere woorden ook negatieve ervaringen binnen de samenwerking tussen het CLB en u als huisarts?

Bijkomende vragen:
- Kan je het probleem wat verduidelijken?
  - Kan je daar nog iets meer over vertellen?
  - Wenst iemand daar nog iets aan toe te voegen?
- Zien jullie voor dit probleem eventuele oplossingen?

Een derde vraag dan:
Stel dat zowel u als huisarts en de CLB-medewerkers zich in de ideale werksituatie bevinden; maw je hebt alle tijd en alles is mogelijk, hoe zou je dan wensen dat de samenwerking tussen jullie beiden verloopt?

De laatste vraag dan:
Wat vinden jullie zeker belangrijk om mee te nemen naar het gezamenlijk overleg met alle betrokken partijen?

Zijn er mensen die nog iets wensen toe te voegen aan dit gesprek? Zijn er onderwerpen die volgens u nog niet aan bod zijn gekomen?

9. Slot

De moderator bedankt de deelnemers nogmaals voor hun medewerking.

De moderator geeft tot slot mee dat de deelnemers op de hoogte gebracht zullen worden van de resultaten van dit onderzoek tijdens een personeelsvergadering of een vergadering van de huisartsenkring.

We zijn aan het einde van het groepsgesprek gekomen. Graag wil ik jullie nogmaals bedanken voor jullie waardevolle medewerking. En dan zie ik jullie op een later tijdstip, tijdens een veragdering, heel graag nog eens terug om de resultaten van dit onderzoek aan jullie mee te delen.

BIJLAGE 11: Topiclijst voor de moderator.

"Samenwerking tussen CLB en de lokale huisartsen: een knelpuntenanalyse"

Een onderzoek naar de knelpunten van CLB-medewerkers (uit GO CLB Westhoek en uit VCLB Veurne-Diksmuide-Westkust) en van huisartsen (uit de huisartsenkring IJzerstreek en Westkust) bij hun onderlinge samenwerking.

Topiclijst

Inhoudelijke thema's	
1	Medische consulten
2	Weigering medisch consult
3	Vaccinaties
4	Vaccinatieweigering
5	Gezondheidspreventie en- promotie
6	Voeding – Beweging
7	Besmettelijke ziekten
8	Chronische aandoening
9	Studieproblemen – Leerproblemen –Leerstoornissen
10	Testing – onderzoeken
11	Gedragsproblemen
12	Psychosociale problematieken – Pesten op school
13	Psychiatrische problemen – Suïcide preventie
14	Problematische afwezigheden – Spijbelen – Attesten
15	Kansarmoede – Moeilijke thuissituatie
16	Crisissituaties – Misbruik – Verwaarlozing
17	Middelengebruik –Drugsgebruik – Roken
18	Seksualiteit – Tienerzwangerschap

BIJLAGE 12: Script voor de observator.

"Samenwerking tussen CLB en de lokale huisartsen: een knelpuntenanalyse"
Een onderzoek naar de knelpunten van CLB-medewerkers (uit GO CLB Westhoek en uit VCLB Veurne-Diksmuide-Westkust) en van huisartsen (uit de huisartsenkring IJzerstreek en Westkust) bij hun onderlinge samenwerking.

Script voor de observator

1. **Verwelkoming:**

De moderator verwelkomt de deelnemers en bedankt hen voor hun deelname. De moderator bedankt ook de verantwoordelijken om hun medewerking hieraan te verlenen.

2. **Voorstellen moderator en observator:**

De moderator stelt zichzelf kort voor. De moderator stelt eveneens de observator kort voor.

3. **Voorstellen van het project:**

De moderator stelt het project voor aan de deelnemers.
Doelstelling:
Wat is de bedoeling van dit groeps-interview?
De algemene doelstelling is om de samenwerking tussen huisartsen en CLB's te verbeteren. Een eerste stap in dergelijk kwaliteitsverbeterend project is een analyse maken van het probleem; wat loopt er fout en wat kan er dus beter. Aan de hand van deze knelpunten kan er nadien met de verschillende partijen overlegd worden en kan er heel concreet gezocht worden naar manieren om de samenwerking daadwerkelijk te verbeteren. Deze voorbereidende stappen om tot actie te kunnen overgaan vallen binnen dit onderzoeksproject.

Er zullen in deze voorbereidende fase focusgroepen nodig zijn, en dit zowel bij huisartsen als bij CLB-medewerkers afzonderlijk. Hiervoor zijn er reeds 4 groepsgesprekken vastgelegd in verschillende huisartsen LOK-vergaderingen binnen de regio Ijzerstreek en westkust. Verder werden er reeds 4 groepsgesprekken uitgevoerd bij de verschillende CLB-medewerkers van het VCLB Veurne-Diksmuide-Westkust en het GO CLB Westhoek.

Het groepsgesprek van vandaag heeft tot doel om de huidige samenwerking tussen CLB en de lokale huisartsen te gaan verkennen. Wat is er positief aan deze samenwerking, wat verloopt er momenteel minder goed binnen deze samenwerking en wat zou er misschien nog aangewezen zijn binnen deze samenwerking? Welke oplossingen lijken er mogelijk? We gaan tijdens dit groepsgesprek op zoek naar knelpunten binnen deze samenwerking. Namelijk knelpunten die jullie, als huisartsen, in jullie dagelijkse praktijk ervaren, in de samenwerking met de CLB's uit jullie eigen regio.

Na de verwerking van alle onderzoeksgegevens uit de verschillende groepsinterviews, zullen deze gegevens meegedeeld worden aan alle deelnemers. Verder zal met deze informatie actief overlegd worden met vertegenwoordigers uit de verschillende partijen (namelijk huisartsenkring, het GO CLB en het VCLB), om een plan op te stellen om de samenwerking daadwerkelijk te gaan verbeteren. Tenslotte zullen deze gegevens ook uiteengezet worden voor alle betrokkenen in de desbetreffende regio; voor de huisartsen zal dit doorgaan op een vergadering van de huisartsenkring en voor de CLB-medewerkers zal dit uiteengezet worden op een personeelsvergadering.

4. **Vragen**

De moderator gaat na of alles goed begrepen werd.
Heeft u nog vragen bij dit onderzoek? Zijn er nog zaken onduidelijk?

5. **Spelregels:**

De moderator legt de spelregels uit aan de deelnemers.
Algemeen:
Volgende praktische zaken zijn verder nog belangrijk voor u om te weten:
* Duur:
Dit groepsgesprek zal vermoedelijk één à anderhalf uur in beslag nemen.
* Opname:
De gehele duur van dit groepsgesprek zal opgenomen worden met deze dictafoon, zodat alle commentaren van de deelnemers geregistreerd worden. Deze informatie zal nadien kwalitatief gecodeerd geanalyseerd worden. Na de verwerking van de gegevens zal de opname uiteraard vernietigd worden.
* Anonimiteit:
Deze gegevens zullen anoniem verwerkt worden; er zal nadien dus geenszins nagegaan kunnen worden welke persoon welke antwoorden of commentaren gaf.
* Niet door elkaar praten:
Voor de kwaliteit van de opname, wordt gevraagd om niet door elkaar te praten, maar uw hand op te steken indien u iets wenst te zeggen.
* Storend lawaai:
Verder vragen we ook om tijdens de gesprekken zo weinig mogelijk achtergrondlawaai te maken. Zo kan onderling overleg, kuchen, geritsel van papier, etc. de kwaliteit van de opname verstoren.
* GSM uit:
Vooraleer we het groepsinterview starten, wil ik jullie nog vragen om jullie GSM uit te schakelen. Indien dit niet mogelijk is, vragen we om de stille modus in te schakelen. Indien

u een oproep dient te beantwoorden tijdens dit groepsgesprek, vragen we u vriendelijk om de zaal even te verlaten.
* Toestemming:
Indien er mensen zijn die, na deze informatie, toch liever niet wensen deel te nemen aan dit onderzoek, kunnen zij nog steeds uit het onderzoek stappen. Verder wil ik er u ook op wijzen dat u op elk moment van het onderzoek kan weigeren of stoppen om verder deel te nemen aan dit onderzoek.

Werkwijze:
Hoe gaan we te werk tijdens deze focusgroep?

4) In de papierbundel die voor u ligt, vindt u op de eerste pagina een toestemmingsformulier. Graag vragen we u om dit document te ondertekenen. Hiermee bevestigt u dat u akkoord gaat om aan het onderzoek deel te nemen. Dit document is bedoeld voor de onderzoeker. U vindt een los tweede exemplaar in de bijgevoegde enveloppe, dat voor u, als deelnemer, bestemd is. In deze enveloppe vindt u eveneens een kleine gadget, namelijk enkele magneten met relevante websites over het CLB en de VWVJ, dit met de bedoeling om de samenwerking te stimuleren.
5) Op de tweede pagina van de papierbundel wordt er gevraagd om *enkele persoonlijke gegevens* in te vullen. Deze geven ons een idee welke deelnemers we voor ons hebben. Deze informatie wordt nadien uiteraard anoniem verwerkt. Graag zou ik jullie willen vragen om deze vragenlijst in te vullen en deze nadien naar voren door te geven.
6) Graag schetsen we nog even het verloop van het groepsgesprek, zodat dit voor iedereen duidelijk is:
Er zullen tijdens dit gesprek 4 vragen gesteld worden om de huidige samenwerking te gaan verkennen. Er kan hierover gediscussieerd worden tijdens het groepsgesprek. Graag vermeld ik hierbij dat alle commentaren van alle deelnemers van belang zijn; er bestaan in dit gesprek dan ook geen juiste of foute antwoorden . Tenslotte wil ik jullie erop wijzen dat het niet de bedoeling is om tijdens dit gesprek personen te gaan viseren; geen commentaren dus op individuen met naam en toenaam.

6. Vragen

De moderator gaat na of alles goed begrepen werd.
Heeft u nog vragen bij deze spelregels ? Zijn er nog zaken onduidelijk?

7. Inleiding

De moderator geeft een *korte inleiding* om het groepsgesprek te starten.
Nadien start de moderator met de eerste vraag.
Na elke vraag wordt kort samengevat wat er door de deelnemers gezegd werd en of er nog aanvullingen zijn.

"We kunnen stellen dat er doorheen de jaren een samenwerking gegroeid is tussen het MST van vroeger en het huidige CLB enerzijds en de lokale huisartsen anderzijds. Zonder dat er hierover eigenlijk concrete afspraken bestaan. Deze samenwerking is wellicht ontstaan vanuit de medische onderzoeken, vanuit het louter medische aspect van de gezondheid van onze jongeren.
Maar ik moet het u niet vertellen, meer en meer worden we geconfronteerd met gezondheid van onze jongeren in de meest brede betekenis van het woord, namelijk zoals de definitie van de WHO het zegt, is "gezondheid een toestand van volledig
lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en dus niet alleen de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken." Dit komt duidelijk naar voor in de berichtgeving in Vlaanderen; denk maar aan de vele gezinnen die in armoede leven, de toename van jonge kinderen binnen de bijzondere jeugdzorg, de hoge incidentie van zelfmoord bij de West-Vlaamse jongeren, problematische opvoedingssituaties, enz.
En ik ben ervan overtuigd dat deze brede waaier aan problematieken terecht komt bij de hulpverleners van de eerstelijnszorg, en zeker bij de huisartsen en de CLB's. Een goede samenwerking tussen deze twee partners lijkt me dan ook erg zinvol.
Graag wil ik vandaag ook jullie visies en ervaringen horen omtrent deze samenwerking.
Laat dus zeker je stem horen in het groepsgesprek van vandaag."

8. Vragen

Er zullen in dit groepsgesprek een 4-tal vragen aan bod komen, waarbij ik graag van jullie zou horen wat jullie allemaal als positief en ook als negatief ervaren binnen deze samenwerking.
Maar vooraleer daar echt verder op in te gaan, zou ik eerst eens willen navragen wat nu voor elk van jullie de betekenis is van het CLB? Ik stel voor dat we beginnen aan mijn rechter zijde. Wat betekent het CLB voor u?

We starten met de eerste vraag:

> Graag zou ik van jullie willen weten wat jullie momenteel als positief ervaren binnen de samenwerking tussen het CLB en u als huisarts. Wat loopt er met andere woorden goed op dit moment volgens jullie?

Laten we overgaan naar een tweede vraag:

> Gezien ik graag een knelpuntenanalyse zou willen maken, zoals in de titel van mijn onderzoek wordt weergegeven, spreekt het voor zich dat ik van jullie ook graag zou willen weten wat er op dit moment misschien minder goed verloopt binnen de samenwerking? Zijn er met andere woorden ook negatieve ervaringen binnen de samenwerking tussen het CLB en u als huisarts?
> Bijkomende vragen:
> Kan je het probleem wat verduidelijken?
> Kan je daar nog iets meer over vertellen?
> Wenst iemand daar nog iets aan toe te voegen?
> Zien jullie voor dit probleem eventuele oplossingen?

Een derde vraag dan:

Stel dat zowel u als huisarts en de CLB-medewerkers zich in de ideale werksituatie bevinden; maw je hebt alle tijd en alles is mogelijk, hoe zou je dan wensen dat de samenwerking tussen jullie beiden verloopt?

De laatste vraag dan:

Wat vinden jullie zeker belangrijk om mee te nemen naar het gezamenlijk overleg met alle betrokken partijen?

Zijn er mensen die nog iets wensen toe te voegen aan dit gesprek? Zijn er onderwerpen die volgen su nog niet aan bod zijn gekomen?

9. Slot

De moderator bedankt de deelnemers nogmaals voor hun medewerking.
De moderator geeft tot slot mee dat de deelnemers op de hoogte gebracht zullen worden van de resultaten van dit onderzoek tijdens een personeelsvergadering of een vergadering van de huisartsenkring.

We zijn aan het einde van het groepsgesprek gekomen. Graag wil ik jullie nogmaals bedanken voor jullie waardevolle medewerking. En dan zie ik jullie op een later tijdstip, tijdens een veragdering, heel graag nog eens terug om de resultaten van dit onderzoek aan jullie mee te delen.

Bijkomende informatie voor de observator

Observeren
= 1 van de centrale dataverzamelingsmethoden, naast het interviewen zelf
= 1 van de meest fundamentele menselijke instincten
= meer dan gewoon rondkijken; actief bezig zijn met kijken (waarbij genoeg in detail kijken en tegelijk het brede kader behouden) en tegelijk ook registreren

Types observatoren:

Deze types zijn ideaaltypes en zijn gevaarlijk indien ze heel eenzijdig benaderd worden. Elk van de types benadrukt een element dat in een goede observatie aan bod moet komen. Een kwalitatieve observatie heeft aandacht voor elk van deze dimensies en probeert elk ervan de nodige aandacht te geven.

1) De secretaris (detail van de observatie)
Observeert: heel breed, neemt alle mogelijke en onmogelijke details op.
Veldnota's: zijn bijzonder gedetailleerd en uitgebreid.
Voordeel: uitgebreide rijkdom aan gegevens, uitgebreide basis voor analyses.
Nadeel: een gebrek aan observatiefocus waardoor gegevens tegelijk eenzijdig en arm zijn. Niet alle details zijn belangrijk bij analyse.
2) De fotograaf (visuele informatie)
Observeert: enkel wat er visueel te zien is.
Veldnota's: zijn een registratie van wat visueel te zien is.
Voordeel: basiselementen van de observatie zijn gevat en kan rijk materiaal opleveren.
Nadeel: als enkel visuele geregistreerd werd, kan dit ook eenzijdig zijn.
3) De bandopnemer (auditieve informatie – conversaties)
Observeert: vooral wat auditief waarneembaar is.
Veldnota's: zijn gebaseerd op taal en conversaties.
Voordeel: aandacht voor gesprek en sociale betekenisgeving in een natuurlijke omgeving.
Nadeel: verlies aan belangrijke elementen uit de sociale omgang tussen mensen zoals de intonatie, het non-verbale, de interactie met de omgeving.
4) De klasseerder (leidend naar een analyse die categoriseert)
Observeert: vanuit categorieën, klassementen. Hij start vanuit ruwe ideeën reeds vóór de start van de observaties, en deze steeds verder ontwikkelend tijdens de observaties. Tijdens het verzamelen van de data, reeds bezig met analyseren.
Nadeel: vastklampen aan bestaande categorieën waardoor observaties heel eng en steriel zijn.
5) De metronoom (met aandacht voor de tijdsdimensie)
Observeert: met oog voor timing van sociale gebeurtenissen; let sterk op volgorde, timing en gevolgen van gebeurtenissen; kortom de evolutie .
Nadeel: te strak denken in oorzaak-gevolg schema's.
6) De abstraheerder (leidend naar een analyse die abstraheert)
Observeert: op een hoog niveau en zet deze waarnemingen om in ideeën, begrippen, analyses.
Nadeel: abstractiewerk kan leiden tot ideaaltypes, waardoor "afwijkende" informatie niet gefilterd wordt als ze niet passen in de denkschema's; hierdoor tunnelvisie.
7) De interactionist (met aandacht voor de interactie tussen mensen)
Observeert: gericht op mensen en hun interacties.
Nadeel: kan een eenzijdig beeld geven indien niet naar de omgeving gekeken wordt.
8) De spiegelaar (een onderzoeker die zelf niet volledig losstaat van het geobserveerde)
Observeert: door terug te koppelen op zichzelf; vergelijken met eigen ervaringen en eigen leven.

Wat observeren?

1) De Plaats
De fysieke omgeving of de plaats waar het onderzoek doorgaat, wordt in kaart gebracht (schets van de locatie dmv een vloerplan) en wordt beschreven. Aanwezige objecten worden beschreven.
2) De Actoren
De mensen die aanwezig en betrokken zijn worden beschreven. Er wordt een schets opgemaakt hoe de personen aanwezig zijn in de ruimte.
3) De Activiteiten

Beschrijven van de dingen die mensen doen tijdens het interview: alleenstaande acties van mensen, een reeks samenhangende acties van verschillende mensen (gebeurtenissen), interacties tussen mensen.
De gesprekken worden opgenomen met een dictafoon. Wat er letterlijk gezegd wordt, zou dus opgenomen moeten zijn. Er hoeft dus minder aandacht besteed te worden aan wat er exact gezegd wordt.

4) Aandacht hierbij wel voor Gevoelens en uitdrukkingen van mensen (die horen we niet altijd op een opname).
5) Aandacht voor de Tijdsdimensie
6) Aandacht voor Non-verbale / Symbolische elementen.

TIPS:

1) Val zo min mogelijk op.

Trek zo weinig mogelijk aandacht.
Zorg voor aangepaste en onopvallende kledij voor de setting waar je gaat observeren.
Schat zo snel mogelijk in hoe men verwacht dat je je in deze setting gedraagt.

2) Maak jezelf eerst wegwijs.

De hele setting eerst goed bekijken en zien hoe het eraan toe gaat.
Eerste de grote structuur van de setting in kaart brengen. Nadien meer ingaan op de details.

3) Registreer regelmatig wat je observeerde; het menselijke geheugen is beperkt.
4) Soms is het moeilijk om in te schatten wat relevant is en wat niet.

Stel jezelf daarom de vraag: “Wat trekt mijn aandacht?”
“Waarom trekt nu net dat mijn aandacht?”
Deze vragen zorgen ervoor dat je terugkerende patronen leert herkennen.

5) Wissel tijdens je observatie van perspectief.

Wanneer je je gedurende een tijdje focust op één persoon, één gebeurtenis of een speciaal event, schakel je best eens terug naar een algemene observatie van het geheel . Zo kan je de detailobservaties terug in het bredere kader plaatsen.

Veldnota’s

= de volledig uitgeschreven resultaten van de observatie
Deze worden best na de observatie uitgeschreven en best niet langer dan 24u na het interview, omwille van de beperking van het menselijke geheugen.

Kladnota’s

= de neergeschreven bevindingen tijdens het interview zelf
Om elementen uit een gesprek te onthouden, kunnen sleutelwoorden, trefwoorden en korte zinnen helpen om de kern van een gesprek samen te vatten.

Registreer chronologisch onder elkaar.

Gedragingen, gevoelens, uitdrukkingen van mensen mogen niet geïnterpreteerd worden door de observator. Beschrijf zo objectief mogelijk wat je observeert. Dit geldt ook bij het beschrijven van de personen zelf.

BIJLAGE 13: Vragenlijst voor de CLB-medewerker.

"Samenwerking tussen CLB en de lokale huisartsen: een knelpuntenanalyse"
Een kwalitatief onderzoek naar de knelpunten van CLB-medewerkers (uit GO CLB Westhoek en uit VCLB Veurne-Diksmuide-Westkust) en van huisartsen (uit de huisartsenkring IJzerstreek en Westkust) bij hun onderlinge samenwerking.

Vragenlijst CLB-medewerker

Vraag 1: Bent u een man of een vrouw?

☐ Man ☐ Vrouw

Vraag 2: In welke gemeente is de vestiging gelegen waar u werkzaam bent?

☐ ……

☐ ……

Vraag 3: Welke is uw functie binnen het CLB?

☐ Arts

☐ Paramedisch werker: verpleegkundige

☐ Paramedisch werker: andere

☐ Psycholoog

☐ Pedagoog

☐ Maatschappelijk werker

Vraag 4: Hoeveel jaar bent u reeds werkzaam als CLB-medewerker?

☐ 0 tot 1 jaar

☐ 2 tot 5 jaar

☐ 6 tot 10 jaar

☐ 11 tot 20 jaar

☐ 21 tot 30 jaar

☐ 31 tot 40 jaar

☐ meer dan 40 jaar

Vraag 5: Werkt u met Vaccinnet?

☐ nooit

☐ soms

☐ regelmatig

Vraag 6: Neemt u vaak contact op met de huisarts?

☐ nooit

☐ soms

☐ regelmatig

Vraag 7: Neemt u contact op met de huisarts in volgende situaties:

- Studieproblemen – Leerproblemen

☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig

- Gedragsproblemen

☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig

- Testing - Onderzoek

☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig

- Pesten op school

☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig

- Problematische afwezigheden op school - Spijbelen

☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig

- Moeilijke thuissituatie - Crisissituatie

☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig

- Psychiatrische problemen

☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig

- Suïcide preventie

☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig

- Impact van een chronische aandoening op school

☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig

Vraag 8: Verwittigt u de huisarts wanneer de leerling wordt doorverwezen naar een andere organisatie (een andere arts of een andere hulpverleningsorganisatie)?

☐ nooit

☐ soms

☐ regelmatig

☐ altijd

Vraag 9: Naar welk van de onderstaande artsen verwijst u als CLB-medewerker door? Indien ja, hoe frequent doet u dit?

oogarts	☐ zelden of nooit	☐ soms	☐ regelmatig
tandarts	☐ zelden of nooit	☐ soms	☐ regelmatig
pediater	☐ zelden of nooit	☐ soms	☐ regelmatig
(kinder)psychiater	☐ zelden of nooit	☐ soms	☐ regelmatig
(kinder)neuroloog	☐ zelden of nooit	☐ soms	☐ regelmatig
(kinder)orthopedist	☐ zelden of nooit	☐ soms	☐ regelmatig
(kinder)uroloog	☐ zelden of nooit	☐ soms	☐ regelmatig
dermatoloog	☐ zelden of nooit	☐ soms	☐ regelmatig
neus-keel-oor arts	☐ zelden of nooit	☐ soms	☐ regelmatig
andere: ……	☐ zelden of nooit	☐ soms	☐ regelmatig

Vraag 10: Naar welk van de onderstaande paramedisch werkers verwijst u als CLB-medewerker door?
Indien ja, hoe frequent doet u dit?

logopedist	☐ zelden of nooit	☐ soms	☐ regelmatig
diëtist	☐ zelden of nooit	☐ soms	☐ regelmatig
kinesist	☐ zelden of nooit	☐ soms	☐ regelmatig
psycholoog	☐ zelden of nooit	☐ soms	☐ regelmatig
ergo-therapeut	☐ zelden of nooit	☐ soms	☐ regelmatig
andere: ……	☐ zelden of nooit	☐ soms	☐ regelmatig

Vraag 11: Op welke manier geeft u informatie door aan de huisarts?

☐ telefonisch

☐ email

☐ beveiligd elektronisch informatieverkeer (cfr. Medibridge)

☐ via een brief/verslag, meegegeven aan de ouders

☐ via een brief/verslag, opgestuurd door het CLB

☐ via een brief/verslag, opgestuurd door een specialist (na doorverwijzing door het CLB)

☐ andere: ……..

Vraag 12: Neemt de huisarts vaak contact op met u?

☐ nooit

☐ soms

☐ regelmatig

Vraag 13: Neemt de huisarts contact op met u in volgende situaties:

- Studieproblemen – Leerproblemen

☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig

- Gedragsproblemen

☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig

- Testing - Onderzoek

☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig

- Pesten op school

☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig

- Problematische afwezigheden op school - Spijbelen

☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig

- Moeilijke thuissituatie - Crisissituatie

☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig

- Psychiatrische problemen

☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig

- Suïcide preventie

☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig

- Impact van een chronische aandoening op school

☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig

Vraag 14: Op welke manier geeft de huisarts informatie door aan u?

☐ telefonisch

☐ email

☐ beveiligd elektronisch informatieverkeer (cfr. Medibridge)

☐ via een brief/verslag, meegebracht door de ouders

☐ via een brief/verslag, opgestuurd door de huisarts

☐ via een brief/verslag, opgestuurd door de specialist (na doorverwijzing door de huisarts)

☐ andere: ……..

BIJLAGE 14: Vragenlijst voor de huisarts.

"Samenwerking tussen CLB en de lokale huisartsen: een knelpuntenanalyse"
Een kwalitatief onderzoek naar de knelpunten van CLB-medewerkers (uit GO CLB Westhoek en uit VCLB Veurne-Diksmuide-Westkust) en van huisartsen (uit de huisartsenkring IJzerstreek en Westkust) bij hun onderlinge samenwerking.

Vragenlijst huisarts

Vraag 1: Bent u een man of een vrouw?

☐ Man ☐ Vrouw

Vraag 2: In welke gemeente bent u als huisarts gevestigd?

☐ ……..

Vraag 3: Hoeveel jaar bent u reeds werkzaam als huisarts?

☐ 0 tot 1 jaar
☐ 2 tot 5 jaar
☐ 6 tot 10 jaar
☐ 11 tot 20 jaar
☐ 21 tot 30 jaar
☐ 31 tot 40 jaar
☐ meer dan 40 jaar

Vraag 4: Onder welke praktijkvorm werkt u als huisarts?

☐ solopraktijk
☐ solopraktijk met samenwerkingsverband (= afspraakregeling bij afwezigheid met andere praktijk)
☐ groepspraktijk met gemeenschappelijk praktijkgebouw (gemeenschappelijk dossiersysteem, 1 praktijkpopulatie, verdeelde praktijkpermanentie)
☐ groepspraktijk zonder gemeenschappelijk gebouw (gemeenschappelijk dossiersysteem, 1 praktijkpopulatie, verdeelde praktijkpermanentie)
☐ andere:

Vraag 5: Kan u mij een schatting geven van de frequentie waarmee u kinderen (van 3 tot 18 jaar) in uw huisartsenpraktijk ziet?

☐ zelden tot nooit
☐ meerdere keren per jaar
☐ meerdere keren per maand
☐ meerdere keren per week
☐ meerdere keren per dag
☐ andere:

Vraag 6: Werkt u met Vaccinnet?

☐ nooit
☐ soms
☐ regelmatig

Vraag 7: Neemt u vaak contact op met het CLB?

☐ nooit
☐ soms
☐ regelmatig

Vraag 8: Neemt u contact op met het CLB in volgende situaties:

- Studieproblemen – Leerproblemen
  - ☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig
- Gedragsproblemen
  - ☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig
- Testing – Onderzoek
  - ☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig
- Pesten op school
  - ☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig
- Problematische afwezigheden op school - Spijbelen
  - ☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig
- Moeilijke thuissituatie - Crisissituatie
  - ☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig
- Psychiatrische problemen
  - ☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig
- Suïcide preventie
  - ☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig
- Impact van een chronische aandoening op school
  - ☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig

Vraag 9: Op welke manier geeft u informatie door aan het CLB?

- ☐ telefonisch
- ☐ email
- ☐ beveiligd elektronisch informatieverkeer (cfr. Medibridge)
- ☐ via een brief/verslag, meegegeven aan de ouders
- ☐ via een brief/verslag, opgestuurd naar het CLB
- ☐ via een brief/verslag, opgestuurd door een specialist (na doorverwijzing door de huisarts)
- ☐ andere: ……..

Vraag 10: Neemt het CLB vaak contact op met u?

- ☐ nooit
- ☐ soms
- ☐ regelmatig

Vraag 11: Neemt het CLB contact op met u in volgende situaties:

- Studieproblemen – Leerproblemen
  - ☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig
- Gedragsproblemen
  - ☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig
- Testing – Onderzoek
  - ☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig
- Pesten op school
  - ☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig
- Problematische afwezigheden op school - Spijbelen
  - ☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig
- Moeilijke thuissituatie - Crisissituatie
  - ☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig
- Psychiatrische problemen
  - ☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig
- Suïcide preventie
  - ☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig
- Impact van een chronische aandoening op school
  - ☐ nooit ☐ soms ☐ regelmatig

Vraag 12: Wordt u door het CLB verwittigd wanneer uw patiënt wordt doorverwezen naar een andere organisatie (een andere arts of een andere hulpverleningsorganisatie)?

- ☐ nooit
- ☐ soms
- ☐ regelmatig
- ☐ altijd

Vraag 13: Op welke manier geeft Het CLB informatie door aan u?

- ☐ telefonisch
- ☐ email
- ☐ beveiligd elektronisch informatieverkeer (cfr. Medibridge)
- ☐ via een brief/verslag, meegebracht door de ouders
- ☐ via een brief/verslag, opgestuurd door het CLB
- ☐ via een brief/verslag, opgestuurd door de specialist (na doorverwijzing door het CLB)
- ☐ andere: ……..

BIJLAGE 15: Powerpoint presentatie tijdens overleg met de stakeholders.

"Samenwerking tussen CLB en de lokale huisartsen: een knelpuntenanalyse"

Een onderzoek naar de knelpunten
van CLB-medewerkers (uit GO CLB Westhoek en uit VCLB Veurne-Diksmuide-Westkust)
en
van huisartsen (uit de huisartsenkring IJzerstreek en Westkust)
bij hun onderlinge samenwerking.

Eveline De Coster, 25 juni 2013

KU LEUVEN · Universiteit Gent · Universiteit Antwerpen · Vrije Universiteit Brussel

---

VERLOOP van dit OVERLEG:

1ste fase: Informatie uit de groepsgesprekken:
- Algemene bevindingen
- Positieve elementen
- Eerder negatieve elementen
- Oplossingen

2de fase: Nadenken over verbeterpunten

3de fase: Prioriteiten vastleggen

"SAMENWERKING TUSSEN CLB EN DE LOKALE HUISARTSEN: EEN KNELPUNTENANALYSE"

---

1. Informatie uit de groepsgesprekken
ALGEMENE BEVINDINGEN:
- Momenteel slechts sporadisch contact tussen beiden; hoofdzakelijk bij problematische situaties.
- Meeste contacten worden als positief ervaren.
- Zou aangenaam en zinvol zijn als er meer contact is.
- Huisartsen en CLB-medewerkers
  - gaven hun mening over de ander
  - gaven hun mening over derden
  - en keken in eigen boezem

"SAMENWERKING TUSSEN CLB EN DE LOKALE HUISARTSEN: EEN KNELPUNTENANALYSE"

---

1. Informatie uit de groepsgesprekken
POSITIEVE ELEMENTEN vanuit CLB tov HA:

HA Algemeen	HA als informatiebron
- is meestal vlot bereikbaar	- kent gezinscontext - kent medische voorgeschiedenis van leerling en ouders - bijkomende informatie bovenop die van leerling/ouders en school - doet huisbezoeken
HA als hulpverlener	**HA als samenwerkingspartner**
- is vertrouwenspersoon van ouders: bespreken, motiveren, gedeeld advies - heeft lagere toegangsdrempel dan specialist - biedt continuïteit in zorg (na kantooruren, over lange periode) - is belangrijk opvangnet - kan leerling of gezin opvolgen - heeft meer impact naar specialisten toe	- positieve evolutie in afwezigheidsattesten, MAAR ... - positieve evolutie van doorverwijsbriefjes na medisch consult - meer open communicatie (afh arts) - als contact met HA, meestal positief: overleg, info uitwisselen, bevestiging - heel positief als HA CLB contacteert: casus, onderzoek, opvolging, informatie

"SAMENWERKING TUSSEN CLB EN DE LOKALE HUISARTSEN: EEN KNELPUNTENANALYSE"

---

1. Informatie uit de groepsgesprekken
EERDER NEGATIEVE ELEMENTEN vanuit CLB tov HA:

HA Algemeen
- HA kent CLB-werking onvoldoende
- HA werkt monodisciplinair
- Kennis van HA omtrent ontwikkeling en kindervaccinaties wordt in vraag gesteld
- HA vaak weinig tijd bij telefonisch contact
- HA moeilijker bereikbaar voor niet-artsen
- Niet persoonlijk kennen van de HA in de regio

HA als hulpverlener
- HA gebruikt onvoldoende vaccinnet
- HA is niet altijd vertrouwenspersoon van jongere
- HA gaat gemakkelijker mee met verhaal of vraag van patiënt (attest, geruststelling, gn gedeeld advies, gn contact)
- HA schrijft nog vaak onterechte gewettigde afwezigheden en weinig dixit-attesten
- HA bouwt onvoldoende netwerk op rond gezin

HA als samenwerkingspartner
- HA neemt zelden contact op, waardoor soms kostbare tijd verloren gaat
- CLB vaak vergeten als hulpverleningspartner
- Contacten vanuit CLB door niet-artsen met de HA: minder positief ervaren (minderwaardig gevoel bij CLB, terughoudendheid van HA, spreken in medisch vak(jargon)
- HA minimaliseert gemakkelijk problem en neemt vaak afwachtende houding aan bij doorverwijzing na medisch consult
- Als info doorgegeven wordt aan de HA, wat gebeurt er dan mee (medisch, niet-medisch)?
- CLB-arts neemt niet graag contact op met HA omtrent afwezigheden, gezien het controlerende karakter
- Welke verwachtingen heeft HA van CLB?

"SAMENWERKING TUSSEN CLB EN DE LOKALE HUISARTSEN: EEN KNELPUNTENANALYSE"

---

1. Informatie uit de groepsgesprekken
CLB kijkt in eigen boezem:

CLB Algemeen:
- CLB beperkte bereikbaarheid (binnen kantooruren)
- Informatie-uitwisseling vooral telefonisch of op papier (veilig elektronisch informatieverkeer beperkt)
- Onvoldoende vertrouwd met HA als centrale beheerder
- Terugbetalingsattest bij doorverwijzing onvoldoende gekend

CLB als hulpverlener:
- CLB meestal niet dezelfde vertrouwenspositie als HA (ongewaagd, slecht nieuws, niet zelf gekozen)
- CLB kan geen continue zorg bieden (kantooruren, levensloop)
- CLB moet niet alles weten, enkel indien het moeilijk gaat

CLB als samenwerkingspartner:
- CLB doet geen beroep op HA als informatiebron bij doorverwijzing
- CLB bezorgt geen informatie aan HA bij doorverwijzing
- CLB verwijst vaak rechtstreeks door naar de tweede lijn
- CLB betrekt HA meestal enkel in acute of problematische situaties

"SAMENWERKING TUSSEN CLB EN DE LOKALE HUISARTSEN: EEN KNELPUNTENANALYSE"

---

1. Informatie uit de groepsgesprekken
OPLOSSINGEN vanuit CLB:

- **Meer bekendmaking van CLB-werking** (LOK, vergadering HAkring)
- **Bereikbaarheid: namen van CLB-medewerkers doorgeven aan HA**
- **Inventarisatie van huisartsen** (contactgegevens + mogelijke contactmomenten)
- **Bij contactname met de HA:**
  - * Met HA beter moment afspreken om terug te bellen
  - * Als niet-arts melden aan HA bij contactname dat je mandaat heet vanuit Team om te bellen
  - * Melden aan HA bij contactname dat er toestemming van de ouders is
  - * concrete afspraken maken (vb. ik spreek leerling, jij gaat op huisbezoek)
- **Bij doorverwijzing na medisch oonsult**
  - * eerst doorverwijzen naar HA (HA vermelden op verwijsbrief)
  - * goed gemotiveerde verwijsbrief vanuit CLB na medisch consult
- **Bij problematische afwezigheden:**
  - * geen onterechte afwezigheidsattesten
  - * schrijf dixit-attesten
  - * neem als HA contact op met CLB
- **Bij intake-gesprek met leerling of ouders HA navragen**
- **HA actiever bevragen naar informatie bij doorverwijzing**
- **HA kopie van doorverwijsbrief bezorgen** (als doorverwijzing naar tweede lijn)

"SAMENWERKING TUSSEN CLB EN DE LOKALE HUISARTSEN: EEN KNELPUNTENANALYSE"

VERLOOP van dit OVERLEG:

1ste fase: Informatie uit de groepsgesprekken:
- Algemene bevindingen
- Positieve elementen
- Eerder negatieve elementen
- Oplossingen

2de fase: Nadenken over verbeterpunten

3de fase: Prioriteiten vastleggen

"SAMENWERKING TUSSEN CLB EN DE LOKALE HUISARTSEN: EEN KNELPUNTENANALYSE"

BIJLAGE 16: Prioriteitenlijst tijdens overleg met de stakeholders.

	Oplossingen – Acties **(kolom 1: dringendheid, kolom 2: haalbaarheid)**	**Top 3**	**Top 3**
1	**Meer leerling-informatie doorgeven aan HA:** *verslagen/doorverwijsbrieven na medische consulten *gewicht- en groeicurves *verslag bij doorverwijzing vanuit CLB *graag op de hoogte als er problemen met leerling zijn (vb. ook schoolse of psychische problemen)		
2	**Meer bekendmaking van CLB** Methode: *Via LOK ? *Via Vergadering Huisartsen? *Via website ?		
3	**CLB dossier niet vernietigen na schoolloopbaan, maar aan HA doorgeven**		
4	**Medimail invoeren** (voor medische verslagen + doorverwijzingsverslagen)		
5	**E-health invoeren** (als raadpleegbare informatiebron bij problemen)		
6	**Bij doorverwijzing:** *Verwijsbrief na medisch consult naar HA beter motiveren door CLB-arts *Eerst doorverwijzen naar HA (niet rechtstreeks naar specialist) *HA betrekken bij doorverwijzing (overleg, extra informatie) *HA zeker kopie van doorverwijsbrief bezorgen		
7	**Hulpverleners in regio aan HA aanreiken (via lijst of via website)**		
8	**Visie waarbij: HA = eerstelijnspartner** **+ HA = centrale beheerder van het globaal medisch dossier** *HA navragen bij intake *HA meedelen op verwijsbrief (voor tweede lijn)		
9	**Bij problematische afwezigheden:** *Geen onterechte afwezigheidsattesten schrijven door HA *HA schrijft dixit-attesten *Neem als HA zelf contact op met CLB *School betrekken bij interpretatie van afwezigheidsattesten door CLB		
10	**Elkaar persoonlijker kennen** (korte of blijvende ontmoetingsmomenten) *Elkaar uitnodigen op vorming (vanuit sector) *Voorstelling van thema op LOK of huisartsenkring *Onder zelfde dak werken *Werkgroep		
11	**Bereikbaarheid** *Jaarlijkse mailinglijst van CLB-medewerkers met contactgegevens voor HA + op website *Inventarisatie van huisartsen voor CLB (contactgegevens + contactmomenten) *Persoonlijk aanspreekpunt binnen CLB voor HA		
12	**Contactname** *Bij contactname door HA met CLB: - vaker zelf contact opnemen bij problemen - vragen dat CLB terugbelt (ipv uitstel -> afstel) *Bij contactname door CLB met HA: - vaker zelf contact opnemen (in allerhande situaties) - met HA beter moment afspreken om terug te bellen - als niet-arts melden aan HA bij contactname dat je mandaat hebt vanuit team om te bellen - melden aan HA bij contactname dat er toestemming v/d ouders is - concrete afspraken maken (vb. ik spreek leerling, jij gaat op huisbezoek)		
13	**Opmaak van samenwerkingsdocument** **Elkaars werking** **Elkaars verwachtingen** **Concrete afspraken** **Elkaar informeren** *Voor huisarts: - Gedeeld beroepsgeheim - Rechtspositie minderjarigen - Inhoudelijke onderwerpen: groei, puberteit *Voor CLB: - Terugbetalingsattest bij doorverwijzing via de HA		
14	**Opmaak van draaiboek over CLB-onderwerpen, specifiek voor hulpverleners (op website?)**		
15	**Vaccinaties:** *Vaccinatiekaart voor jongeren *Historische vaccinaties registreren in vaccinnet *Weigeraars doorverwijzen naar HA of HA minstens informeren		
16	**Vaccinnet gebruiken** **Vaccinnet stimuleren** • Als vaccin bij HA, doorverwijsbrief met advies tot registratie		
17	**Drempel naar HA voor jongere verlagen:** • Informeren omtrent beroepsgeheim (door HA en CLB) • Jongere apart spreken (zonder ouders)		
18	**Ook bij HA open communicatie als contactname met andere hulpverleners**		

BIJLAGE 17: Prioriteitenlijst na overleg met de stakeholders.

Gezamenlijk overleg op 25 juni 2013: Oplossingen tot verbetering van de samenwerking	
1	**Meer leerling-informatie doorgeven aan HA:** **Welke informatie:** • Verslagen + doorverwijsbrieven na medische consulten (bij normaal + afwijkende resultaten) • Gewicht- en groeicurves • Verslag bij doorverwijzing vanuit CLB naar andere arts of organisatie • Begeleiding door het CLB: melding of verdere informatie • Onderzoeken door het CLB • Als er problemen met leerling zijn • Ook niet-medische informatie: zoals schoolse problemen of psychosociale problemen (zo heeft HA objectiever beeld van de situatie en heeft HA idee van de belasting van het gezin) **Eventuele middelen hiertoe:** • CLB dossier niet vernietigen na schoolloopbaan, maar aan HA doorgeven • Medimail invoeren (voor informatie-uitwisseling van medische verslagen vanuit CLB + onderzoeksverslagen vanuit CLB (afwijkende resultaten eventueel labelen) + voor doorverwijzingsverslagen) • E-health invoeren (als raadpleegbare informatiebron bij problemen): er blijkt momenteel reeds overleg aan de gang te zijn om E-health te gebruiken binnen CLB's ***KNELPUNTEN:*** • Juridisch aspect: om informatie door te geven is steeds toestemming vereist, ofwel van de ouders, ofwel van de +12 jarige jongere • Wetgeving: CLB-dossier dient vernietigd te worden
2	**Meer bekendmaking van CLB** **Eventuele middelen hiertoe:** • Via LOK ? • Via Vergadering Huisartsen? • Via website ? ***NIEUWE VOORSTELLEN:*** ➔ Bekendmaking op LOK wordt niet als ideaal medium gezien ➔ CLB-gerelateerde onderwerpen brengen door beide CLB's samen (medische standaarden + ook niet-medische draaiboeken of procedures) op 2-maandelijkse bijscholing van de huisartsen lijkt zinvoller (contact opnemen met bijscholingscommissie van HA kring) ➔ Eventueel themalijst uit kwalitatief onderzoek benutten om aangekaarte thema's als vormingsonderwerpen te brengen ➔ Via occasionele CLB-nieuwsbrief (info begin van schooljaar omtrent medewerkers en projecten binnen CLB) via mailing vanuit HA kring ➔ Link naar CLB op website van HA kring ➔ CLB-filmpje benutten? ➔ HA in de centrumraad van CLB? lijkt niet realistisch
3	**Principes bij doorverwijzing:** • Doorverwijzing na medisch consult: - Altijd eerst doorverwijzen naar HA (niet rechtstreeks naar specialist) (Behalve voor vb. oogarts en tandarts) - Verwijsbrief beter motiveren door CLB-arts + bijkomende gegevens indien nodig - Ook verwijsbrief aan HA bezorgen (op deze manier extra controle of ouders/leerlingen ingaan op doorverwijzing) • Doorverwijzingen vanuit het CLB naar andere arts of organisatie: - HA navragen bij intake (wie, welke band) - HA betrekken bij doorverwijzing (overleggen, extra informatie opvragen) - HA zeker kopie van doorverwijsbrief bezorgen (eventueel via ouders) - Op doorverwijsbrief vermelden dat andere arts of organisatie ook de HA op de hoogte brengt
4	**Hulpverleners in regio aan HA aanreiken (via lijst of via website)** ***NIEUW VOORSTEL:*** ➔ Contact opnemen met SEL; zij beschikken over recente hulpverlenerslijsten (opmaak van thuiszorgzakboekje) ➔ Hulpverleners kunnen op apart onderdeel van de website inloggen ➔ Als CLB eventueel ook contacten leggen met SEL
5	**Visie waarbij:** **HA = eerstelijnspartner** **+ HA = centrale beheerder van het globaal medisch dossier** (Automatisme om alle informatie door te geven aan HA is er nog niet) **Eventuele middelen hiertoe:** • HA navragen bij intake (wie, welke band) • HA meedelen op verwijsbrief (voor tweede lijn) • Zelf vragen aan ouders of leerlingen om informatie door te geven aan de HA
6	**Bij problematische afwezigheden:** **Eventuele middelen hiertoe:** • Geen onterechte afwezigheidsattesten schrijven door HA, maar dixit-attesten schrijven of als HA zelf contact opnemen met CLB indien vermoeden van problematische afwezigheden • Dergelijke afspraken via mailinglijst van HA kring opnieuw onder aandacht van huisartsen brengen • HA hieromtrent informeren via bijscholing van de huisartsen • LOK-vorming omtrent dit onderwerp beschikbaar bij Domus Medica • School betrekken bij interpretatie van afwezigheidsattesten door CLB: hier lijkt vernieuwde aandacht van belang

7	**Elkaar persoonlijker kennen** (korte of blijvende ontmoetingsmomenten) **Eventuele middelen hiertoe:** • Elkaar uitnodigen op vorming (zie punt 2) • Voorstelling van thema op LOK of huisartsenkring (zie punt 2) • Onder zelfde dak werken • Werkgroep: 1à2 keer per jaar overleg om acties binnen de samenwerking te bespreken ***NIEUWE VOORSTELLEN:*** ➔ Vertegenwoordiging van HA in CLB centrumraad (zie punt 2) ➔ Contactpersoon met HA vanuit beide CLB's: kandidaten? ➔ Contactpersoon met CLB vanuit beheerraad van de HA: secretaris wil deze rol op zich nemen
8	**Bereikbaarheid verduidelijken** **Eventuele middelen hiertoe:** • Jaarlijkse mailinglijst van CLB-medewerkers met contactgegevens voor HA + op website: beide CLB's kunnen bij begin van schooljaar gegevens van CLB en medewerkers doorgeven om via de mailinglijst van de HA kring verstuurd te worden • inventarisatie van huisartsen voor CLB: contactgegevens van de HA ter beschikking via eigen CLB of via website van HA kring ?, contactmomenten van de HA zijn moeilijk te inventariseren (contactname zie punt 9) • Persoonlijk aanspreekpunt binnen CLB voor HA: ?
9	**Contactname** **Eventuele middelen hiertoe:** • Bij contactname door HA met CLB: - Contactname uitleggen aan HA via mailinglijst van HA kring (welke school bij welk CLB? Welke medewerkers in welk CLB) - HA vaker zelf contact opnemen bij problemen - Als CLB-medewerker niet beschikbaar is, vragen dat CLB hen terugbelt (ipv uitstel -> afstel) • Bij contactname door CLB met HA: - CLB vaker zelf contact opnemen (in allerhande situaties) - met HA moment afspreken om terug te bellen - als niet-arts melden aan HA dat je mandaat hebt vanuit CLB team-overleg om te bellen - melden aan HA dat er toestemming van de ouders is om te bellen - concrete afspraken maken (vb. ik spreek leerling, jij gaat op huisbezoek) ***NIEUW VOORSTEL:*** ➔ Best altijd eerst telefonisch contact opnemen met HA om afspraken te maken (verdere informatie over doorverwijzing of over lopende begeleiding of over andere zaken kan dan eventueel via email gebeuren zodat HA niet gestoord moet worden)

10	**Opmaak van samenwerkingsdocument** ➔ Samenwerkingsdocument: niet zinvol voor HA (zal niet gelezen worden door HA) ➔ Samenwerkingsdocument: eerder voor intern gebruik bij CLB **Welke informatie:** • **Elkaars werking** • **Elkaars verwachtingen** • **Concrete afspraken** • **Elkaar informeren** Voorbeelden voor huisarts: Gedeeld beroepsgeheim, Rechtspositie minderjarigen, Inhoudelijke onderwerpen: groei, puberteit, etc. Voorbeelden voor CLB: Terugbetalingsattest bij doorverwijzing via de HA, Visie omtrent GMD en functie van HA, etc. **Eventuele middelen hiertoe:** zie punt 2
11	**Opmaak van draaiboek over CLB-onderwerpen, specifiek voor hulpverleners (op website?)** ***NIEUW VOORSTEL:*** ➔ Contact opnemen met LMN om specifieke onderwerpen uit te werken tot zorgpaden (LMN goed gekend en gebruikt door HA)
12	**Vaccinaties:** **Eventuele middelen hiertoe:** • Vaccinatiekaart voor jongeren: in 3e secundair wordt overzicht meegegeven (wettelijk verplicht), gaat vermoedelijk gemakkelijk verloren • Historische vaccinaties registreren in vaccinnet: ➔ vaccinnet in orde voor leerlingen uit 3e secundair en jonger in schooljaar 2012-2013, ouder dan 3e secundair nog niet in orde (zal binnen enkele jaren geen probleem meer zijn) ➔ Controverse binnen vaccinnet (en VCLB-koepel) om niet-zelfgegeven vaccins retrograad te registreren; problemen met voorraad hierdoor? • Weigeraars doorverwijzen naar HA of HA minstens informeren ➔ HA kan ouders of leerlingen misschien wel overtuigen ➔ Als leerling op latere leeftijd wel vaccinaties wil, zijn ontbrekende vaccinaties gekend ➔ Bij ontbrekende vaccinaties moet ook aan minder frequente infecties gedacht worden **Gebruik van vaccinnet stimuleren** **Eventuele middelen hiertoe:** • Als vaccin bij HA; HA is verantwoordelijk voor zelfgegeven vaccinaties • CLB-doorverwijsbrief met advies tot registratie in vaccinnet • Positieve evolutie van gebruik van vaccinnet door HA, echter nog onvoldoende registratie (zal binnen enkele jaren vermoedelijk geen probleem meer zijn)

13	**Drempel naar HA voor jongere verlagen:** • Informeren omtrent beroepsgeheim (door HA en CLB) • Jongere apart spreken (zonder ouders)
14	**Ook bij HA open communicatie ten opzichte van ouders en leerlingen als contactname met andere hulpverleners**
15	**Afwezigheden bij leerling met chronische aandoening** ***NIEUW VOORSTEL:*** **Eventuele middelen hiertoe:** ➔ HA op de hoogte brengen van het bestaan van dit attest; uitleg geven via mailinglijst (zie punt 2) ➔ CLB kan chronisch afwezigheidsattest uitschrijven enkel in overleg met de HA (HA moet op de hoogte zijn, maar moet ook akkoord zijn)