

DE ROL VAN DE HUISARTS BIJ SPIJBELPREVENTIE: VISIE VAN EEN ARTS

De Brugse Poort

”De Brugse Poort” in Gent is een wijk met een belangrijk industrieel verleden die vanaf 1965 snel verpauperde. Sinds de jaren ’70 kwamen er veel migranten, vooral uit Turkije en Marokko en vanaf de jaren ’90 kwamen er vooral vluchtelingen uit Oost Europa bij. Zowel bevolkingsdichtheid, kansarmoede en achterstelling zijn er veel hoger dan elders in de stad.

Het wijkgezondheidscentrum met dezelfde naam biedt toegankelijke, wijkgerichte hulp aan ingeschreven patiënten die er terecht kunnen bij artsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, diëtiste en maatschappelijk werker. Patiënten betalen niet voor de zorg; per ingeschreven patiënt ontvangt het wijkgezondheidscentrum een vast maandelijks bedrag van de ziekteverzekering.

De artsen werken enkel op afspraak: er is geen vrije consultatie (met uitzondering van urgenties). Er worden drie afspraken per uur gegeven wat betekent dat de arts voor elke patiënt gemiddeld 15 à 20 minuten de tijd heeft. Dit maakt het niet mogelijk ”goed” naar de patiënt te luisteren, hem of haar te onderzoeken en, in onderling overleg en met respect voor de inbreng van de patiënt, het beleid of de behandeling te bepalen.

In 2006 waren er bijna 4.700 patiënten van maar liefst 51 verschillende nationaliteiten ingeschreven. 70% van de patiënten zijn Belg, net geen 21% van de patiënten is afkomstig uit Oost Europa. Het zijn vooral Kosovaren, Slovaken, waaronder vrij veel Roma, en mensen uit Servië en Montenegro. De patiëntenpopulatie van de ”Brugse Poort” is niet alleen erg divers maar ook erg jong: liefst 64% van de patiënten is jonger dan 40 jaar en jongeren tot 15 jaar zijn goed voor bijna 24% van het totale aantal patiënten.

Elke huisarts krijgt regelmatig jongeren op consultatie. Dit is des te meer het geval voor een huisarts met een erg jonge patiëntenpopulatie. Als die huisarts ook nog werkt in een buurt met veel kansarmoede en achterstelling dan wordt zij ook vaak geconfronteerd met vermoeden van spijbelgedrag. ”Naar school gaan, regelmatig naar school gaan en naar school blijven gaan” is voor veel jongeren uit een buurt zoals de Brugse Poort immers niet vanzelfsprekend.

Wat doet de arts met het verhaal van (alweer) een jongen die zegt dat hij de vorige avond plots zeer hoge koorts had ”die nu wel weer weg is” maar die er kiplekker uitziet en geen enkel symptoom of ziekte teken heeft? Hoe reageert de arts best als er (alweer) een zestienjarig meisje vertelt dat ze de hele nacht heeft gebraakt en een briefje vraagt ”met gisteren er-

bij” als zij ook hier ernstige twijfels heeft over de aanwezigheid van ziekte?

Zonder vertrouwen kan er geen sprake zijn van een arts-patiënt-relatie. Een arts moet handelen in het belang van de patiënt. Het is dus duidelijk dat de hierboven geschetste situaties bijzonder moeilijk kunnen zijn voor de arts.

Een beperkt onderzoek

De artsen van het wijkgezondheidscentrum besluiten deze problematiek nader te onderzoeken. In eerste instantie willen zij de bestaande situatie in het wijkgezondheidscentrum in kaart brengen. Worden de artsen vaak met spijbelen geconfronteerd of is dit slechts een door ergernis gekleurde perceptie? Wie spijbelt? Kunnen we spijbelaars ”herkennen”? Hoe doen we dat?

Ten tweede willen de artsen, in het belang van de patiënt (in dit geval, de jongere) aanbevelingen formuleren voor een coherente en adequate aanpak van vermeend spijbelen. *Primum non nocere* (geen schade berokkenen, iets niet erger maken) is voor een arts een erg belangrijk principe. Toegepast op spijbelen betekent dit dat de arts het spijbelen niet stimuleert en, waar mogelijk, bijdraagt om spijbelen te helpen beperken. In het beste geval kunnen artsen een (kleine) bijdrage leveren om de ontwikkelingskansen van sommige jongeren uit de wijk te verbeteren.

De artsen verwachten ook dat zulk een aanpak nog andere voordelen zou hebben: minder ergernis bij de artsen, meer tijd voor andere patiënten uit deze achtergestelde buurt. Met het onderzoek en de aanbevelingen willen zij dus de kwaliteit van meerdere aspecten van hun medisch handelen bevorderen.

Er gebeurt een beperkte, kwantitatieve analyse van de beschikbare patiëntengegevens. Het vertrekpunt daarbij is de, op dat moment op perceptie gestoelde hypothese dat een belangrijk deel van de consultaties bij 12-18 jarigen eigenlijk gemotiveerd zijn door de, al dan niet terecht, vraag om een medisch schooltest.

Een vakantieweek wordt met de daaraan voorafgaande en de daarop volgende week vergeleken. Hiervoor wordt de periode rond de herfstvakantie gekozen, voornamelijk omdat deze periode volledig buiten de griep-epidemie valt. Deze drie weken zijn dus weinig of niet vertekend door epidemisch voorkomende luchtweg-infecties (onder andere griep).

De bevindingen van het onderzoek

Van de 80 jongeren tussen 12 en 18 jaar die tijdens deze 3 weken in totaal 103 keer consulteren worden leeftijd, geslacht en nationaliteit opgetekend. Ook wordt het aantal consultaties in de voorafgaande periode van 12 maanden nagegaan en wordt het aantal consultaties wegens ademhalings- en/of abdominale klachten genoteerd. Voor al deze jongeren wordt nagekeken of zij aan een chronische aandoening lijden (vb. astma). Alle gegevens worden opgezocht met behulp van het bestaande medische softwareprogramma aangevuld met gegevens van de papieren dossiers.

Uit de analyse blijkt dat jongeren voor en na een vakantie opvallend vaker consulteren dan tijdens de vakantie. Ook is deze variatie groter dan bij patiënten uit andere leeftijdsgroepen. Tijdens de herfstvakantie zijn de consultaties voor 12-18-jarigen goed voor ongeveer 7% van het totale aantal consultaties terwijl dat voor en na de herfstvakantie ongeveer 11% is.

Tijdens de herfstvakantie consulteren jongens en meisjes ongeveer even vaak (45% meisjes), daar waar meisjes in de week ervoor en de week erna veel duidelijker vertegenwoordigd zijn (respectievelijk 66% en 72%).

De jongeren die in deze periode consulteren zijn gemiddeld 15 jaar oud. Er zijn geen opvallende verschillen betreffende nationaliteit, hoewel het aandeel van de Oost-Europese jongeren sterk in de week na de herfstvakantie stijgt.

Het meest in het oog springend is echter de toch wel erg hoge consultatiefrequentie van deze groep van 80

jongeren (gemiddeld 7,53 consultaties/jaar; mediaan 6 consultaties/jaar). Vooral de 15 tot 17-jarigen consulteren vaak: gemiddeld 7 of 8 keer per jaar.

Respiratoire diagnoses, onder andere de symptoomdiagnosen "hoesten", worden erg vaak opgetekend. Slechts bij 3 van deze 80 jongeren is er sprake van een aandoening of probleem met een min of meer chronisch karakter (2 zwangerschappen, 1 depressieve stoornis). Hierbij moet nog worden opgemerkt dat orale contraceptie (de pil) na een eerste voorschrift voor drie maanden, telkens voor een periode van 12 maanden worden voorgeschreven. Er zijn dus relatief weinig consultatiemomenten hiervoor.

Bij deze groep van 80 jongeren registreren artsen slechts uiterst zelden een meer expliciete vermelding naar (vermoeden van) schoolse problemen, hoewel het programma die mogelijkheid biedt.

Wat kunnen we uit dit beperkte onderzoek besluiten?

Dit onderzoek is methodologisch sterk beperkt. Dit heeft te maken met de beperkte onderzoeksvragen en de beperkte tijd die voor dit onderzoek beschikbaar was. Zowel staal als onderzoeksperiode zijn beperkt, er gebeurde geen bijkomende toetsing. Ook ontbreekt een erg belangrijke variabele, namelijk school of schooltype (aso of tso, voltijds of deeltijds onderwijs). De patiëntendossiers bevatten hierover geen informatie en wegens tijdsgebrek was het niet mogelijk dit na te gaan voor de onderzochte groep.

De bevindingen moeten dus met de nodige omzichtigheid geïnterpreteerd worden.



De opvallendste bevinding is zeker de hoge consultatiefrequentie: 7,5 contacten per jaar is meer dan het dubbele van de gemiddelde consultatiefrequentie voor 12-18 jarigen (3 per jaar) uit de Belgische Gezondheidsenquête van 2004. De sociale context van de wijk en de socio-economische kenmerken van de patiëntenpopulatie kunnen dit verschil niet volledig verklaren. De socio-economische gradiënt speelt zeker een rol: hoe lager het opleidingsniveau, hoe hoger het gemiddeld aantal contacten met de huisarts. Maar deze sociaal-economische gradiënt geldt voor alle leeftijdsgroepen en kan dus niet verklaren waarom jongeren, in vergelijking met andere leeftijdsgroepen, in het wijkgezondheidscentrum zo veel consulteren. Andere mogelijke verklaringen, zoals een hogere prevalentie van chronische aandoeningen of raadplegingen wegens bepaalde herhaalvoorschriften (de pil) zijn niet van toepassing.

Dit contrast zou er dus kunnen op wijzen dat het wijkgezondheidscentrum in deze periode (rond de herfstvakantie) vooral

spijbelende adolescenten aantrekt die uit zijn op een medisch attest.

Een aantal gelijkenissen tussen de vaststellingen van het Rapport leerplicht 2005-2006 en deze bevindingen zouden deze redenering kunnen ondersteunen. In het rapport zijn vooral 15 tot 17-jarigen afwezig, wat ook in deze analyse het geval is.

Volgens het Rapport leerplicht zijn meer meisjes ook vaker dan jongens problematisch afwezig. Dat meisjes uit de onderzochte groep vaker dan jongens consulteren kan er eveneens op wijzen dat zij meer spijbelen - of dat ze meer een beroep doen op een arts om hun spijbelgedrag te camoufleren.

Een belangrijke vraag is of consultatiefrequentie en -gedrag zomaar als een "proxy-indicator" voor spijbelen mocht worden gebruikt?. Mochten de artsen ervan uitgaan dat bij een belangrijk aantal jongeren "de vraag-achter-de-vraag" (= de vraag achter de vraag die de consultatie motiveert) een (al dan niet impliciete) vraag is om een medisch attest? De artsen zijn van mening dat de toch wel erg hoge consultatiefrequentie, die ook voor hen een verrassing was, dit toch lijkt aan te geven.

Het is goed gekend dat 12 tot 18-jarigen relatief gezond zijn: de infectieziekten uit de kinderleeftijd zijn achter de rug en de degeneratieve aandoeningen liggen nog ver in het verleden. Indien deze gezonde leeftijdsgroep dus opvallend vaker consulteert dan de jongere en oudere groepen, die wel "vaker ziek" zijn, dan kan dit op spijbelgedrag wijzen. Temeer daar, zoals hierboven vermeld, chronische aandoeningen noch anticonceptieve elementen, een rol van betekenis speelden.

De laagdrempeligheid van het wijkgezondheidscentrum (gratis zorg) speelt ongetwijfeld een rol. Toegankelijke zorg kan bijdragen tot betere zorg, maar dit is misschien niet voor alle groepen zo. Voor bepaalde jongeren kan de grote toegankelijkheid van de zorg (de jongere moet enkel een afspraak maken en investeert dus enkel tijd, een voor hem of haar niet schaars goed) minder aangewezen zijn. Uiteraard is het niet de laagdrempeligheid die de spijbelproblematiek veroorzaakt maar de laagdrempeligheid kan de spijbelproblematiek wel versterken. De vraag lijkt dus gerechtvaardigd of deze laagdrempeligheid "zonder meer" het belang van deze jongeren dient.

Aanbevelingen

Op basis van wat aanvaardbaar én haalbaar is worden een aantal aanbevelingen voor een coherente en adequate aanpak van vermeend spijbelen geformuleerd. Deze aanbevelingen vertrekken vanuit een bepaalde visie op de verantwoordelijkheid van ouders, school en CLB. De artsen gaan ervan uit dat het de ouders zijn die ervoor verantwoordelijk zijn dat hun kinderen regelmatig naar school gaan (maar dat niet alle ouders erin slagen deze verantwoordelijkheid op zich te nemen) en dat de school en het CLB verant-

woordelijk zijn voor het spijbelbeleid en het actief en vroegtijdig opvolgen van spijbelende jongeren.

Vanuit deze visie hebben de artsen én de andere medewerkers van het wijkgezondheidscentrum en beperkte, duidelijk afgelijnde verantwoordelijkheid: zij zijn niet rechtstreeks verantwoordelijk voor het spijbelgedrag maar mogen dit niet toedekken want dat is niet in het belang van de jongere ("*primum non nocere*"). Bovendien willen de artsen de mogelijke negatieve impact hiervan (onterecht ingenomen consultatietijd) beperken in het belang van andere patiënten en van de goede werking van het wijkgezondheidscentrum.

De aanpak viel in twee grote onderdelen uiteen. Aan de ene kant wordt getracht zoveel als mogelijk de instroom van onnodige consultaties door jongeren te beperken. Dit hoeft de toegankelijkheid van zorg niet in het gedrang te brengen en kan zelfs de zorg voor anderen toegankelijker maken.

Ten tweede wordt geprobeerd optimaal gebruik te maken van de consultatiemomenten met jongeren om problemen van vermeend spijbelen te herkennen, registreren en zo nodig op te volgen. Dit vereist o.a. herkenning van (risicofactoren voor) schoolse problemen; duidelijke en eenduidige registratie van (vermoeden van) spijbelen tijdens contacten; een duidelijke en eenduidige houding tegenover het schrijven van medische attesten en de registratie ervan. Uiteraard worden de jongeren zelf hierbij betrokken.

Het volgende tienpuntenplan wordt besproken en uitgewerkt.

De artsen vergroten hun kennis van de regelgeving over (gewettigde) afwezigheden en spijbelen.

Dit houdt vooreerst in dat alle artsen in het wijkgezondheidscentrum de geldende regelgeving voor zowel het lager als het secundair onderwijs kennen. Ook kennen zij de betekenis van de voor de medische praktijk relevante codes die de aard van de afwezigheid aanduiden. Op zijn minst weten zij waar Z, D en B voor staan. Zij weten ook dat een D-attest door de school in een B-attest kan worden omgezet, als de school zich vragen stelt over de waarde van het medische attest of als zij sterke vermoedens heeft dat het medisch attest een onderliggende niet-medische reden verbergt.

Dit is een eenvoudig uit te voeren aanbeveling, die een eenmalige en beperkte tijdsinvestering vraagt en die door de artsen als nuttig wordt ervaren.

De artsen en andere zorgverleners vergroten hun kennis van de risicofactoren voor spijbelgedrag.

De voornaamste risicofactoren zijn leeftijd (16-jarigen) en onderwijstype (deeltijds onderwijs). De leeftijd van een patiënt kan de arts gemakkelijk schatten bij het contact en staat bovendien op het dossier vermeld. De arts kan de leerling tijdens de consultatie vragen waar hij of zij school loopt om de informatie

over school én schooltype te verkrijgen. Informatie over de school is tevens van belang om de CLB-arts proactief te kunnen contacteren (zie verderop).

Het voorstel om, bij het begin van elk schooljaar, school en onderwijstype (elektronisch) in elk dossier te noteren is niet systematisch uitgevoerd. In de plaats daarvan worden deze gegevens eerder adhoc opgetekend in de dossiers van die jongeren waar de arts spijbelen vermoedt.

Artsen zijn zich ervan bewust dat Romajongeren een groter risico op spijbelen hebben. Het blijft in de praktijk voor de artsen lastig om de juiste balans te vinden tussen meer aandacht hiervoor zonder in vooroordelen tegenover deze groep jongeren te vervallen.

(Vermoeden van) spijbelen krijgt een expliciete plaats tijdens de consultatie.

Door het afsprakensysteem is er voldoende tijd voor een gesprek met elke jongere. Het gaat er dus eerder om meer bewust met dit aspect rekening te houden tijdens de consultatievoering en (vermeend) spijbelen eerder en meer expliciet met de jongere te bespreken. Dit blijkt voor de artsen in het wijkgezondheidscentrum vrij gemakkelijk in de praktijk te brengen.

De artsen registreren systematisch, eenvormig en duidelijk hun (vermoeden) van schoolse problemen.

De registratie op zich is, zeker bij vrij duidelijke gevallen, niet echt een probleem. Bij "twijfelgevallen" is het soms wel wat moeilijker: registreert de arts beter meteen zijn twijfels in het dossier?. Kan zij beter een meer afwachting houding aannemen? Een goede arts-patiënt-communicatie levert hier uiteraard een belangrijke bijdrage maar het is niet altijd eenvoudig om zicht te krijgen op de reden voor de consultatie en op de achterliggende thuis- en schoolsituatie van de jongere. Soms lukt dit pas na een aantal contacten.

De werking van het wijkgezondheidscentrum is hierbij een niet onbelangrijke factor: er werken 8 artsen zodat patiënten, en zeker jongere patiënten, vaak bij verschillende artsen op raadpleging komen.

Communicatie en, indien nodig, overeenstemming tussen de artsen verloopt uiteraard niet enkel via het patiëntendossier (zie verder) maar het dossier is in een groepspraktijk of wijkgezondheidscentrum wel een belangrijk werkinstrument voor een coherent en adequaat beleid.

Over het algemeen ervaren de artsen deze meer nauwgezette registratie als positief voor zichzelf én voor de jongere. De mogelijke onvolkomenheden of moeilijkheden van deze registratie kunnen trouwens aangevuld worden door de nauwgezette registratie van uitgereikte attesten (zie verder).

De artsen registreren systematisch en zeer strikt elke aan een jongere uitgereikt medisch attest.

De arts kan eventuele schoolse problemen ook op het spoor komen door bij elk patiëntencontact het aantal voorafgaande afwezigheden nauwgezet te bekijken: *hoeveel dagen was deze jongere dit schooljaar al afwezig wegens medische redenen?*. Dit kan dan in perspectief geplaatst worden met de kennis die de arts heeft van de medische en sociale problematiek van de jongere.

Deze eenvoudige aanbeveling wordt systematisch opgevolgd. Van alle aanbevelingen wordt zij door de artsen als de meest positieve, voor henzelf én voor jongere, ervaren. Bovendien kan het systematisch uitvoeren ervan andere aanbevelingen vergemakkelijken. Het kan een ingangspoort zijn voor het eerder en meer expliciet bespreken van schoolse problemen of problemen thuis.

De artsen zijn consequent en duidelijk bij het uitreiken van medische attesten.

Menen zij dat er geen redenen zijn die de afwezigheid kunnen wettigen, dan wordt ofwel geen medisch attest uitgereikt ofwel wordt een attest meegegeven dat de bevinding van de arts duidelijk weergeeft (het zogenaamde *dixit-attest*).

De persoonlijke inbreng, visie en persoonlijkheid van de artsen maakt dat hieromtrent in de praktijk verschillen blijven bestaan. Alle artsen volgen wel eenzelfde beleid waar het de datum betreft: er worden geen geantidateerde attesten meer uitgereikt.

Om onnodige consultaties door jongeren terug te dringen worden jongeren en hun ouders op duidelijke en gepaste wijze geïnformeerd over de houding van het wijkgezondheidscentrum op het gebied van medische attesten voor jongeren.

Op verschillende manieren wordt dit in de praktijk gebracht: een poster in de wachtzaal, flyers in meerdere talen, mondelinge mededeling door de onthaalmedewerker als de jongere een afspraak komt maken.

Hiervoor kan het wijkgezondheidscentrum een beroep doen op reeds bestaand en nog te verschijnen materiaal zoals de bestaande modelbrieven voor ouders van het departement onderwijs in o.a. Albanees, Arabisch, Slovaaks, Turks en nog een hele reeks andere talen.

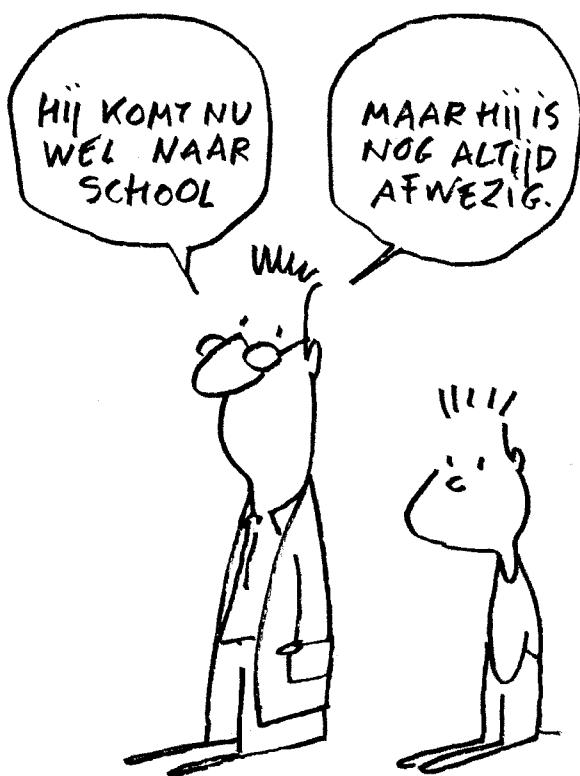
Er zijn ook een aantal bijkomende maatregelen getroffen. Zo kunnen tieners in principe niet meer tijdens de schooluren consulteren en moeten jongeren tot de leeftijd van 15 jaar begeleid worden door een ouder of ander familielid - daar waar het vroeger gebruikelijk was dat zelfs 13-jarigen alleen kwamen consulteren.

Deze maatregelen zijn bedoeld drempelverhogend. Zij kunnen wel tot verwarring bij de jongeren zorgen als zij niet altijd consequent worden toegepast (want er moeten uitzonderingen kunnen worden gemaakt).

Spijbelen zal als een medisch gerelateerd onderwerp aanzien worden.

Dit betekent concreet dat vermeend spijbelen tijdens de wekelijkse artsenbespreking, waar patiënten worden besproken, aan bod komt. Zo kunnen de artsen hun ervaringen uit verschillende patiëntencontacten samenvoegen, waardoor de puzzel soms wat beter past of een ander licht op een probleem wordt geworpen. Ook kan de visie en ervaring van andere artsen een nuttige insteek zijn voor de inschatting van (de ernst van het) probleem en het te voeren beleid.

Dit komt de individuele patiënt ten goede maar is ook belangrijk voor de patiëntengroep. De wekelijkse bespreking biedt immers ook de mogelijkheid om de hele aanpak regelmatig te evalueren en zo nodig bij te sturen: Zijn we nu niet te streng? Hoe gaan we om met conflicten met jongeren hieromtrent?



De artsen schrijven zich volmondig in het spijbelactieplan (september 2007) in.

Dit is niet in de praktijk gebracht en het spijbelactieplan is bij de meeste artsen niet bekend.

Bij vermeend spijbelen treden artsen meer proactief op.

Zij contacteren sneller het CLB bij vermeend spijbelen, onder andere om, indien nodig, met het CLB te overleggen over welke andere hulpverleningsdiensten ingeschakeld moeten worden. Hoewel dit meer gebeurt dan vroeger wordt het CLB toch als een moeilijk te bereiken organisatie ervaren.

Besluit

Dit beperkte onderzoek levert toch een aantal bevindingen op die in concrete aanbevelingen werden vertaald en die in de praktijk nuttig blijken te zijn. Door de specifieke context (patiëntenpopulatie, wijkgezondheidscentrum) zijn de aanbevelingen echter niet zomaar te extrapoleren voor andere huisartsen. Wel is van belang dat artsen, ongeacht de setting en werkwijze, spijbelen niet bevorderen en steeds het belang van de jongere voor ogen blijven houden.

Tine DUSAUCHOIT

Huisarts

69, Broustinlaan, 1083 Brussel
janssens.dusauchoit@telenet.be