



Bachelor in de Toegepaste Psychologie – Klinische

Student: Maartje Deman

Bachelorproefbegeleider: Liselotte Oyen

Academiejaar 2024-2025

Voorwoord

Het schrijven van deze bachelorproef betekende voor mij veel meer dan het afronden van een opleiding. Het was een traject van persoonlijke groei, reflectie en verbondenheid met een thema dat me nauw aan het hart ligt. Tijdens dit proces werd ik geraakt door de verhalen van kinderen, jongeren en gezinnen die vaak in stilte wachten op psychische hulp. Dit onderzoek gaf mij de kans om hen een stem te geven, en tegelijk ook zelf te groeien als toekomstig hulpverlener.

Ik wil oprecht mijn dank uitspreken aan iedereen die mij tijdens dit proces heeft ondersteund. In de eerste plaats aan mijn begeleider, Liselotte Oyen, voor de waardevolle feedback, geduldige begeleiding en betrokkenheid in mijn proces. Haar kritische blik heeft me geholpen om dit werk naar een hoger niveau te tillen.

Ik ben dankbaar voor de samenwerking met huisartsenpraktijk De Tram en voor alle kinderen, jongeren, ouders, huisartsen en GGZ-professionals die hun ervaringen wilden delen. Dankzij hun openheid kon ik een menselijk en genuanceerd beeld schetsen van een complexe realiteit.

Daarnaast wil ik ook enkele mensen persoonlijk bedanken voor hun steun tijdens dit traject.

Mijn huisarts, voor het geloven in mij en het geven van de duwtjes die ik nodig had om door te zetten. Haar steun en het vertrouwen in dit proces hebben me enorm geholpen en ik ben haar daar ongelooflijk dankbaar voor.

Mijn psycholoog Eline Roels, voor haar luisterend oor, haar kracht en haar vertrouwen in mij. Maar ook voor haar vermogen om me telkens opnieuw te motiveren. Mijn logopedist Michelle Verplancke, voor haar bemoedigende woorden en praktische steun onderweg. Mijn collega's in de praktijk, die me inspireerden met hun betrokkenheid en enthousiasme.

Tot slot een grote dankjewel aan mijn mama. Ze was er altijd, op de achtergrond maar altijd aanwezig. Haar aanmoediging en beschikbaarheid betekenden veel, zeker in de moeilijker momenten.

Deze bachelorproef draag ik op aan iedereen die zich ooit verloren voelde in de wacht en ik richt me graag persoonlijk tot hen: "Jullie zijn niet vergeten en niet alleen. Hulp is onderweg!"

Maartje Deman

Samenvatting

Deze bachelorproef vertrekt vanuit de vaststelling dat steeds meer kinderen en jongeren in psychische nood te maken krijgen met lange wachttijden voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Dit is niet alleen een organisatorisch knelpunt, maar een diepgaand maatschappelijk probleem met ingrijpende gevolgen voor het emotioneel welzijn van kinderen, jongeren en hun omgeving. De wachttijd wordt vaak ervaren als een periode van onzekerheid, frustratie en stilstand. Huisartsen bevinden zich in een unieke positie om nabijheid en ondersteuning te bieden, maar botsen daarbij op diverse structurele en inhoudelijke beperkingen.

De centrale onderzoeksvraag luidt dan ook **“Hoe kunnen huisartsen kinderen en jongeren ondersteunen tijdens de lange wachttijden voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg?”**. Het onderzoek draagt bij aan het versterken van die ondersteunende rol, en formuleert aanbevelingen op verschillende niveaus: voor huisartsen, voor de brede eerstelijnszorg, voor GGZ-instellingen, en voor het beleid.

De doelstellingen van deze bachelorproef zijn drievoudig:

1. Het in kaart brengen van de ervaringen en noden van kinderen, jongeren en ouders tijdens de wachttijd.
2. Het verkennen van de mogelijkheden en drempels voor huisartsen om hierop in te spelen.
3. Het formuleren van concrete aanbevelingen en tools die bijdragen aan zinvolle wachttijdbegeleiding.

De bachelorproef omvat zowel een theoretisch als empirisch kader. Het theoretisch kader biedt inzicht in de opbouw van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen, de plaats van huisartsen binnen die structuur, en de specifieke uitdagingen die gepaard gaan met wachttijden. Er wordt stilgestaan bij de psychologische impact van wachten, de verwachtingen van kinderen en jongeren tegenover hulpverleners en goede praktijken die reeds bestaan, zoals e-health, brugfiguren en geïntegreerde zorgmodellen.

Het onderzoek zelf is kwalitatief van aard en combineert diepte-interviews met een schriftelijke bevraging. De doelgroep bestaat uit kinderen (tussen 7 en 12 jaar), jongeren (13–18 jaar), hun ouders, huisartsen en GGZ-professionals. In totaal namen meer dan vijftig respondenten deel. De interviews werden thematisch gecodeerd en geanalyseerd met aandacht voor terugkerende ervaringen, verschillen tussen leeftijdsgroepen en structurele knelpunten. Uit de resultaten blijkt dat jonge kinderen de wachttijd vaak als verwarrend en emotioneel zwaar ervaren. Ze begrijpen niet waarom ze moeten wachten en missen duidelijke uitleg. Jongeren benoemen gevoelens van frustratie, machteloosheid en zelfs wanhoop. Zij verwachten dat huisartsen hen serieus nemen, duidelijke informatie geven alsook beschikbaar zijn voor laagdrempelig contact, ook zonder onmiddellijke therapeutische functie.

Ouders voelen zich vaak alleen in het zoeken naar hulp en willen dat huisartsen meer betrokken blijven tijdens het wachten. Tegelijk voelen veel huisartsen zich beperkt door tijdsdruk, een gebrek aan gespecialiseerde kennis, en moeizame samenwerking met de GGZ. GGZ-professionals bevestigen dat het systeem onder druk staat en wijzen op het belang van vroegtijdige, preventieve ondersteuning.

Een opvallende vaststelling is dat de gemiddelde wachttijd op basis van dit onderzoek geschat wordt op ongeveer 6,5 maanden. Deze schatting wordt afgeleid uit zestien bruikbare antwoorden uit de enquêtes. Hoewel de steekproef beperkt is, bevestigt dit cijfer de urgentie van het probleem.

Op basis van deze inzichten worden aanbevelingen geformuleerd op zes niveaus. Voor huisartsen wordt gepleit voor meer tijd en ruimte voor psychisch welzijn binnen de consultaties, de ontwikkeling van praktische tools zoals gesprekskaarten, en meer intervisie rond psychisch kwetsbare kinderen en jongeren. Voor beleidsmakers zijn structurele financiering, opleiding en digitale ondersteuning cruciale aandachtspunten. Ook GGZ-instellingen en eerstelijnsnetwerken wordt aangeraden om nauwer samen te werken met huisartse en om brugfiguren of overlegplatformen in te zetten. Tot slot wordt ook aan kinderen en jongeren en hun ouders gevraagd om hun stem te blijven laten horen en actief betrokken te blijven in het zorgtraject.

Een eindproduct dat uit dit onderzoek voortkwam is onder meer een stickerkalender die kinderen en jongeren houvast biedt tijdens de wachttijd, een zogenoemde Wachtwijs box. Deze tool bevat korte reflectie-opdrachten en emotiestickers. De tool kan zelfstandig of met begeleiding worden ingevuld. Tijdens de wachttijd van gemiddeld 6,5 maanden kunnen ongeveer negen van deze kalenders ingezet worden om structuur en verbinding te behouden. Ook een Weg-wijs folder voor ouders is een concrete houvast gedurende de wachttijd.

Tot slot geeft dit onderzoek ook een maatschappelijke weerklank. Tijdens het traject werd contact opgenomen met minister Gennez en minister Vandenbroucke. Minister Gennez toonde interesse in het onderwerp en gaf aan het eindresultaat graag te willen ontvangen. Haar kabinet wil bekijken welke aanbevelingen beleidsmatig kunnen worden opgevolgd. Dit toont aan dat het thema leeft, niet alleen bij kinderen en jongeren en hulpverleners, maar ook op beleidsniveau.

Deze bachelorproef besluit dat wachttijd geen lege tijd hoeft te zijn. Met voldoende ondersteuning, samenwerking en aandacht voor de stem van kinderen en jongeren, kan de huisarts een betekenisvolle rol opnemen in een fase die vandaag te vaak als een fase van stilstand wordt gezien. Een geïntegreerde aanpak is hiervoor onontbeerlijk en brengt 'samen sterk in de wachttijd' in de praktijk. Of hoe een doorgedreven samenwerking binnen en vanuit de eerstelijnszone het zorgtraject van het kwetsbare kind of jongere ten goede komt.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord.....	3
Samenvatting.....	4
1 Inleiding	11
2 Literatuuronderzoek	13
2.1 Wat is de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)?	13
2.2 Lange wachttijden in de Geestelijke Gezondheidszorg	13
2.3 Impact van lange wachttijden op kinderen en jongeren en hun ouders.....	14
2.4 De rol van huisartsen in de Geestelijke Gezondheidszorg	14
2.5 Belemmeringen voor huisartsen	15
2.6 Oorzaken van lange wachttijden.....	16
2.7 Samenwerking met andere zorgprofessionals.....	16
2.8 Vooruitstrevende benaderingen in de Geestelijke Gezondheidszorg	17
2.9 Oplossingen en beleidsaanbevelingen uit de literatuur	17
2.10 Internationale vergelijking	18
2.10.1 Verenigd Koninkrijk – Digitale Cognitieve Gedragstherapie (CGT)	18
2.10.2 Italië – online psychologische zorg via Unobravo	18
2.10.3 Duitsland – triagesystemen voor snellere toegang	18
2.10.4 Nederland – minddistrict als digitaal platform	19
2.10.5 Frankrijk – vergoeding van eerstelijnspsychologische hulp via MonParcoursPsy.....	19
2.10.6 België – voorzichtige stappen in digitale en laagdrempelige GGZ	19
2.11 Conclusie	21
3 Onderzoeksontwerp en -verloop.....	22
3.1 Deelonderzoeksvragen	23
3.1.1 De rol van de huisarts	23
3.1.2 Beleving en behoeften van kinderen, jongeren en ouders.....	23
3.1.3 Interventies en ondersteuning.....	23
3.1.4 Samenwerking in de zorg	23
3.1.5 Beleidsmatige en structurele context	23
3.2 Onderzoeksopzet.....	24
3.3 Enquête	24
3.4 Interviews.....	24

4	Resultaten van het kwantitatieve luik	25
4.1	Kinderen tussen 7 en 12 jaar	25
4.1.1	Reden van hulpvraag	25
4.1.2	Duur van de wachttijd	26
4.1.3	Emotionele impact van de wachttijd	27
4.1.4	Contact met de huisarts tijdens het wachten	28
4.1.5	Beleving van het contact met de huisarts	29
4.1.6	Huidige ondersteuning door de huisarts	29
4.1.7	Wensen van kinderen voor ondersteuning tijdens het wachten	30
4.1.8	Voorkeuren van kinderen voor informatie en hulp tijdens het wachten	31
4.1.9	Conclusie	32
4.2	Jongeren tussen 13 en 18 jaar	33
4.2.1	Contact met de huisarts tijdens het wachten	33
4.2.2	Ervaring met het gesprek en de huisarts	34
4.2.3	Ondersteuningsvormen die huisartsen boden	35
4.2.4	Wensen van jongeren naar huisartsondersteuning toe	35
4.2.5	Wat helpt om de wachttijd draaglijker te maken?	36
4.2.6	Verdiepende inzichten	36
4.2.6.1	Leeftijd en verwachtingen ten aanzien van de huisarts	36
4.2.6.2	Wachttijd en emotionele impact	36
4.2.6.3	Reden van hulpvraag en gewenste ondersteuning	38
4.2.6.4	Emotioneel welbevinden en behoefte aan begeleiding	39
4.2.7	Conclusie	40
4.3	Huisartsen	41
4.3.1	Aard en frequentie van klachten en doorverwijzingen	41
4.3.2	Redenen voor doorverwijzing naar GGZ	42
4.3.3	Huidige ondersteuning tijdens de wachttijd	44
4.3.4	Samenwerking met GGZ	45
4.3.5	Beschikbare ondersteuning en hulpmiddelen tijdens de wachttijd	46
4.3.6	Ervaren obstakels en knelpunten bij doorverwijzing	46
4.3.7	Belemmeringen en ondersteuningsnoden	48
4.3.8	Gewenste ondersteuning en hulpmiddelen	49
4.3.9	De rol van de huisarts: huidig en toekomstig	49
4.3.10	Suggesties van respondenten	49
4.3.11	Conclusie	49
4.4	Ouders van kinderen en jongeren	50
4.4.1	Leeftijd van het kind en wachttijd	50
4.4.2	Reden van doorverwijzing naar GGZ	52
4.4.3	Ervaren ondersteuning door huisartsen	53
4.4.4	Aard van de ondersteuning door huisartsen	54

4.4.5	Verwachtingen van ouders ten aanzien van huisartsen en gewenste steun tijdens de wachttijd.....	55
4.4.5.1	Verwachtingen van ouders ten aanzien van huisartsen.....	55
4.4.5.2	Behoeftte aan ondersteuning en informatie tijdens de wachttijd.....	56
4.4.5.3	Vergelijking van de verwachtingen en gewenste steun	58
4.4.6	Impact van de lange wachttijd op het kind en ouders	59
4.4.7	Beoordeling van de ondersteuning	60
4.4.8	Conclusie	61
4.5	GGZ-professionals.....	62
4.5.1	Frequentie van doorverwijzingen	62
4.5.2	Beoordeling van de samenwerking	63
4.5.3	Knelpunten in de ondersteuning tijdens de wachttijd.....	64
4.5.4	Gevolgen van lange wachttijden volgens de GGZ-professionals	65
4.5.4.1	Verergering van psychische klachten	65
4.5.4.2	Toename crisissituaties	65
4.5.4.3	Problemen op school	65
4.5.4.4	Overbelasting van ouders en gezinnen	65
4.5.4.5	Verminderde motivatie om hulp te zoeken.....	66
4.5.4.6	Minder frequent voorkomende gevolgen	66
4.5.5	Signalen en klachten bij kinderen en jongeren gerapporteerd door GGZ-professionals.....	67
4.5.5.1	Andere belangrijke signalen.....	69
4.5.5.2	Belang voor huisartsen en eerste-lijns zorgverleners	69
4.5.6	Rol van huisartsen en mogelijke acties tijdens wachttijden	70
4.5.7	Beleidsvoorstellen en buitenlandse inspiratie	71
4.5.8	Conclusie	72
5	Resultaten van het kwalitatieve luik.....	73
5.1	Interview met een huisarts.....	73
5.1.1	Toename van psychische klachten bij kinderen en jongeren.....	73
5.1.2	Uitdagingen bij doorverwijzing naar de GGZ	73
5.1.3	Communicatieproblemen met de GGZ	73
5.1.4	Overbrugging tijdens wachttijden.....	74
5.1.5	Rol van de huisarts in de toekomst.....	74
5.1.6	Noden en aanbevelingen voor het eindproduct	74
5.1.7	Conclusie	75

5.2	Interview met ouders	75
5.2.1	Redenen voor hulpvraag en wachttijden.....	75
5.2.2	Impact op het gezinsleven	76
5.2.3	Zoeken naar hulp tijdens de wachttijd.....	76
5.2.4	Ervaringen met huisarts en hulpverlening.....	77
5.2.5	Suggesties voor verbetering	77
5.2.6	Verwachtingen van het eindproduct.....	78
5.2.7	Conclusie	78
6	Conclusie en discussie	79
6.1	Reflectie op de resultaten	79
6.2	Kritische bespreking	81
6.3	Conclusie	81
7	Aanbevelingen	82
7.1	Aanbevelingen voor huisartsenpraktijken	82
7.2	Aanbevelingen voor beleidsmakers	83
7.3	Aanbevelingen voor GGZ-Instellingen	83
7.4	Aanbevelingen voor eerstelijnszorgnetwerken en CLB's.....	84
7.5	Aanbevelingen voor de lange termijn	84
7.6	Aanbevelingen voor kinderen, jongeren en ouders	86
7.6.1	Kinderen (7–12 jaar)	86
7.6.2	Jongeren (13–18 jaar).....	87
7.6.3	Ouders	87
8	Eindproducten.....	88
8.1	GGZ-wegwijzer voor huisartsen	88
8.2	Uitgeschreven prototype voor een gedeeld dossier tussen huisartsen en GGZ 88	
8.2.1	Functionaliteiten van het gedeeld dossier.....	88
8.2.2	Implementatie en evaluatie	89
8.2.3	Resultaten en verwachte impact.....	89
8.2.4	Conclusie	90
8.3	Uitgeschreven prototype zoekplatform GGZ-aanbieders	90
8.3.1	Functionaliteiten van het zoekplatform	90
8.3.2	Technologische basis en beveiliging.....	91
8.3.3	Implementatie en evaluatie	91
8.3.4	Verwachte impact.....	92
8.3.5	Conclusie	92

8.4	Wacht-wijs Box voor kinderen en jongeren.....	92
8.5	Wacht-wijs folder voor ouders.....	92
9	Epiloog.....	93
	Literatuurlijst	94
	Bijlagen	98

1 Inleiding

De schrijnende wachtlijsten binnen de geestelijke gezondheidszorg in België worden steeds vaker in de media belicht. Bij de aanvang van dit onderzoek werd mij een verontrustende casus gemeld van een veertienjarig meisje dat twee jaar op de wachtlijst stond voor het verkrijgen van psychologische hulp omwille van een eetstoornis. De lange wachttijden wordt ondersteund door recent onderzoek van Rens (2023) waarin de ernst van deze wachttijden voor kinderen en jongeren wordt benadrukt. Deze bouwt hierop verder. De casus van het meisje was de aanleiding voor het schrijven van deze bachelorproef, die als doel heeft de lange wachttijden voor geestelijke gezondheidszorg, specifiek voor kinderen en jongeren, te verkorten en de impact van deze wachttijden te verlichten (Gevaert et al., 2020).

Dit onderzoek werd uitgevoerd in samenwerking met huisartsenpraktijk De Tram in Tielt. Deze huisartsenpraktijk speelt een centrale rol in het verkennen van hoe huisartsen in de eerste lijn van zorg een rol kunnen spelen in het ondersteunen van kinderen en jongeren die wachten op geestelijke gezondheidszorg.

Dit sluit aan bij de bevindingen van Nivel (2024), die stelt dat huisartsen vaak het eerste aanspreekpunt zijn voor kinderen en jongeren in nood, maar tegelijkertijd onvoldoende middelen hebben om tijdens de lange wachttijd effectieve ondersteuning te bieden.

Het probleem van lange wachttijden voor psychologische hulp is al langere tijd een uitdaging in België (Vlaams Parlement, 2021). Kinderen en jongeren met psychische problemen ondervinden ernstige vertragingen bij het verkrijgen van noodzakelijke zorg. Huisartsen, die een cruciale rol spelen in de eerste lijn van zorg, worden steeds vaker geconfronteerd met de obstakels van deze lange wachtlijsten. Dit creëert gevoelens van machteloosheid bij zowel zorgverleners als patiënten en heeft ernstige gevolgen voor het welzijn van kinderen en jongeren. De centrale onderzoeksvraag van deze bachelorproef luidt dan ook: **“Hoe kunnen huisartsen kinderen en jongeren ondersteunen tijdens de lange wachttijden voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg?”** Dit vraagstuk is eveneens naar voren gekomen in de literatuur van de Vlaamse Zorggroep (2020) die een toenemende druk op huisartsen en een gebrek aan structurele oplossingen voor wachtlijstproblematiek beschrijft.

Deze rol van huisartsen gaat onvermijdelijk gepaard met het risico van overbelasting wat de kwaliteit van de zorg kan beïnvloeden (Gevaert et. al.,2020).

Daarom onderzoekt deze studie ook expliciet de noden en verwachtingen van kinderen, jongeren, hun ouders en huisartsen, met oog voor haalbaarheid en ondersteuning. Dit helpt te begrijpen hoe deze ondersteuning op een haalbare en verantwoorde manier kan plaatsvinden. Tevens wordt in de literatuur benadrukt dat samenwerking tussen zorgverleners cruciaal is om de lange wachttijden te verkorten (Rens, 2023). Ook deze samenwerking staat in dit onderzoek centraal.

Deze bachelorproef beoogt een bijdrage te leveren aan concrete structurele oplossingen die wachttijden draaglijker maken en de mentale gezondheid van kinderen en jongeren beschermen. De titel van deze bachelorproef, **"Samen sterk in de wachttijd: hoe huisartsen het welzijn van kinderen en jongeren ondersteunen"**, weerspiegelt de overtuiging dat huisartsen, mits goede ondersteuning, een sleutelrol kunnen spelen in het ondersteunen van kinderen en jongeren in afwachting van gespecialiseerde zorg, zonder huisartsen te overbelasten.

2 Literatuuronderzoek

2.1 Wat is de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)?

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is een tak van de gezondheidszorg die zich richt op het behandelen van psychische aandoeningen. Dit omvat zowel diagnostiek als behandeling van mentale gezondheidsproblemen, zoals depressie, angststoornissen, autisme en eetstoornissen. De GGZ biedt zorg aan mensen van alle leeftijden, van kinderen tot ouderen. In deze bachelorproef ligt de focus echter specifiek op kinderen en jongeren.

De zorg kan variëren afhankelijk van de ernst van de psychische problemen. Gaande van gesprekken met een psycholoog of psychiater, tot intensievere behandelingen zoals dagbehandelingen of opname in een ziekenhuis. Het doel van de GGZ is om mensen te helpen bij het omgaan met hun psychische klachten en hen te ondersteunen in het herstellen van hun mentaal welzijn.

2.2 Lange wachttijden in de Geestelijke Gezondheidszorg

Lange wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg vormen een belangrijke uitdaging, zowel in België als in het buitenland. Volgens de studie van Gevaert et al. (2020) verhogen wachttijden, de druk op het zorgsysteem aanzienlijk. Vooral in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Het Trimbos-instituut (2024) benadrukt dat deze wachttijden niet alleen de toegang tot zorg belemmeren, maar ook de kwaliteit van de zorg ondermijnen. Voor kinderen en jongeren betekent dit vaak een verergering van hun psychische problemen, wat kan leiden tot ernstigere aandoeningen op lange termijn.

Toch geldt dit niet voor iedereen. Onderzoek toont aan dat een deel van de kinderen en jongeren tijdens de lange wachttijd stabiel blijft, of zelfs verbetering ervaart zonder professionele hulp. Zo blijkt uit een grootschalige Britse studie dat 27% van de jongeren met mentale gezondheidsproblemen na één jaar spontaan herstelt, terwijl 9% een verslechtering laat zien (Loades et al., 2019). Ook andere studies wijzen uit dat tussen de 15% en 50% van de jongeren spontaan herstel vertonen. Vooral wanneer beschermende factoren, zoals een ondersteunende thuisomgeving aanwezig zijn (Patel et al., 2020).

Deze bevindingen tonen aan dat het effect van wachttijden sterk varieert en dat een genuanceerde benadering nodig is. Niet elk kind of jongere gaat noodzakelijk achteruit. Het effect varieert sterk per individu. Het is daarom cruciaal om tijdens de lange wachttijd aandacht te besteden aan zowel de risico's als de veerkracht van kinderen en jongeren zodoende hen op een gepaste en tijdige manier te monitoren.

Wachttijden kunnen variëren afhankelijk van de regio en zorginstelling. Over het algemeen lopen ze vaak op tot enkele maanden of zelfs jaren. Dit probleem is niet enkel lokaal gekend, maar ook internationaal zoals Rens (2023) aantoon. Voor kinderen en jongeren betekent dit een lange periode van onzekerheid. Evenzeer voor huisartsen. Als eerste aanspreekpunt worden zij geconfronteerd met een zorgvraag waarvoor ze niet altijd onmiddellijk een oplossing kunnen bieden. Dit plaatst hen in een complexe en vaak frustrerende positie.

2.3 Impact van lange wachttijden op kinderen en jongeren en hun ouders

Lange wachttijden hebben vooral voor kwetsbare groepen zoals kinderen en jongeren aanzienlijke gevolgen. Ten eerste verhogen wachttijden het risico op verergering van aandoeningen zoals depressie en angst, wat negatieve effecten heeft op sociale en schoolprestaties, evenals op relaties met familie en vrienden (Vlaamse Zorggroep, 2020). Ten tweede kan het wachten op zorg de motivatie om hulp te zoeken drastisch verminderen. Het wachten op zorg wordt vaak ervaren als een verlenging van lijden. (Trimbos, 2024).

Voor ouders kan de onzekerheid over toegang tot zorg hen machteloos doen voelen, wat hun eigen welzijn onder druk zet (Tegek, 2020). Dit benadrukt niet alleen de noodzaak van tijdige zorg voor kinderen en jongeren, maar ook voor het ganse gezin. Een recente studie van de Vlaamse Zorggroep (2020) toont aan dat ouders vaak aangeven dat het lange wachten op zorg de psychische belasting vergroot, wat leidt tot verhoogde stress en onzekerheid binnen het gezin.

2.4 De rol van huisartsen in de Geestelijke Gezondheidszorg

Huisartsen spelen een cruciale rol in de geestelijke gezondheidszorg, vooral in de eerste lijn. Ze fungeren vaak als het eerste aanspreekpunt voor kinderen, jongeren en hun ouders. Huisartsen moeten psychische klachten herkennen en erkennen en doorverwijzen naar gespecialiseerde zorg. Net hier worden zij geconfronteerd met de uitdaging van lange wachttijden (Vlaams Parlement, 2021).

Literatuur toont aan dat huisartsen beperkte middelen hebben om langdurige ondersteuning te bieden. Ze kunnen wel psychologische eerste hulp bieden, maar langdurige therapieën moeten door gespecialiseerde therapeuten of psychologen worden verstrekt (Gevaert et al., 2020). De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV, z.d.) benadrukt dat huisartsen waardevolle ondersteuning kunnen bieden door doorverwijzingen te versnellen en patiënten gerust te stellen over het zorgproces.

Rens (2023) stelt dat de ondersteuning van huisartsen tijdens de lange wachttijd de psychologische belasting voor kinderen en jongeren verlicht. Dit stelt hen in staat beter met hun kwetsbaarheid om te gaan totdat ze toegang krijgen tot gespecialiseerde zorg. Huisartsen kunnen deze rol vervullen door middel van psychologische eerste hulp, versnellen van doorverwijzingen, regelmatige monitoring en het voorschrijven van medicatie indien nodig (Trimbos-instituut, 2024). Deze steun draagt bij aan het verkorten van de psychologische afstand tussen het moment van de eerste zorgen en de uiteindelijke gespecialiseerde behandeling.

2.5 Belemmeringen voor huisartsen

Ondanks de cruciale rol die huisartsen spelen, hebben ze te maken met verschillende belemmeringen die hen kunnen hinderen in het bieden van optimale zorg. Één van de grootste uitdagingen is de tijdsdruk. Huisartsen werken vaak met een overvolle agenda, waardoor ze niet genoeg tijd kunnen besteden aan het psychologisch welzijn van hun patiënten (Vlaams Parlement, 2021). Dit leidt vaak tot oppervlakkige gesprekken en onvoldoende doorverwijzing naar de juiste zorg.

Daarnaast beschikken huisartsen meestal niet over de gespecialiseerde kennis die nodig is voor het behandelen van complexe psychische aandoeningen bij kinderen en jongeren. Om zowel fysieke als mentale zorg te leveren, beschikken zij vaak over te beperkte middelen en kennis om in te grijpen (Wegvandewachtlijst.nl, 2024).

HaaglandenGezonder.nl (z.d.) geeft aan dat de belangrijkste belemmeringen voor huisartsen zijn:

- Tijdsdruk: consultaties duren gemiddeld 10 tot 15 minuten, wat onvoldoende is om een diepgaande psychische problematiek te bespreken.
- Beperkte expertise: veel huisartsen voelen zich onvoldoende getraind in het omgaan met complexe psychische stoornissen bij kinderen en jongeren.
- Onvoldoende samenwerking met GGZ: de samenwerking tussen huisartsen en gespecialiseerde GGZ-instellingen verloopt niet altijd soepel, wat de doorverwijzing bemoeilijkt.
- Administratieve last: het regelen van doorverwijzingen en het opvolgen van dossiers vraagt veel tijd en verhoogt de werkdruk.

2.6 Oorzaken van lange wachttijden

De lange wachttijden in de GGZ zijn te wijten aan verschillende oorzaken. Een belangrijke factor is het gebrek aan voldoende capaciteit binnen zorginstellingen. Dit wordt verergerd door een tekort aan gekwalificeerd personeel. Daarnaast vergt ook de complexiteit van de behandelingen veel tijd (Wegvandewachtlijst.nl, 2024). Tot slot heeft de toename van psychische problemen bij kinderen en jongeren geleid tot een stijgende vraag naar zorg, wat het zorgsysteem verder belast.

Deze stijgende vraag kan deels worden toegeschreven aan maatschappelijke veranderingen. De huidige maatschappij legt een zware druk op kinderen en jongeren, door bijvoorbeeld hoge verwachtingen, sociale media en een gebrek aan veerkrachtige steunstructuren (Gevaert et al., 2020). Deze veranderingen verergeren de druk op het zorgsysteem, waardoor wachttijden eveneens toenemen.

2.7 Samenwerking met andere zorgprofessionals

De samenwerking tussen huisartsen en andere zorgprofessionals is cruciaal om de lange wachttijden te verkorten en de kwaliteit van zorg te verbeteren. Een goed voorbeeld van een effectieve samenwerking is het pilootproject van de kinderliasonpsychiatrie in het Sint-Andriesziekenhuis in Tiel. Deze samenwerking werd sinds augustus 2021 geïntroduceerd. Dit project maakt regionale psychische zorg voor kinderen van 0 tot 14 jaar mogelijk, zelfs als ze zich in een milde crisissituatie bevinden. Dit project kenmerkt zich door korte opnames en multidisciplinair teamoverleg. Het zorgt voor snellere toegang tot zorg en vermindert de druk op intensieve zorgsystemen (De Moor, 2021).

Een ander model is de inzet van de Specialistische Ondersteuner Huisartsenzorg Jeugd-GGZ (SOH-JGGZ). Deze instantie werkt samen met huisartsen om diagnostiek en kortdurende behandelingen aan te bieden. Zo worden wachttijden overbrugd. Deze professionals kunnen helpen bij triage en ondersteunen gezinnen tijdens de lange wachttijd. Evaluaties tonen aan dat dit model bijdraagt aan een snellere en laagdrempelige hulp. Deze overbruggingszorg wordt door alle betrokkenen gewaardeerd wordt (Kenniscentrum Kinderpsychiatrie, 2018).

2.8 Vooruitstrevende benaderingen in de Geestelijke Gezondheidszorg

Innovaties zoals e-health en telezorg bieden veelbelovende mogelijkheden om wachttijden te verkorten en om kinderen en jongeren sneller toegang te geven tot zorg. Cerniglia et al. (2020) wijst erop dat e-healthplatforms, zoals online therapieën en counseling, een waardevolle rol kunnen spelen in het bieden van psychosociale ondersteuning tijdens wachttijden. Deze platforms helpen ouders en kinderen om tijdelijk om te gaan met psychische problemen totdat zij face-to-face hulp krijgen.

Telezorg en andere digitale interventies bieden ook structurele oplossingen voor kinderen en jongeren die in afgelegen gebieden wonen, of voor wie fysieke afspraken moeilijk bereikbaar zijn. Dit biedt niet alleen praktische voordelen, maar kan ook de psychologische belasting verminderen door vroegtijdige ondersteuning te bieden (Psyche.be, 2024). Huisartsen kunnen hierin een sleutelrol spelen door deze technologieën aan te bevelen en patiënten te begeleiden bij het gebruik ervan. De toegang tot zorg wordt hierdoor vergemakkelijkt.

Innovatieve modellen, zoals de inzet van een Specialistische Ondersteuner Huisartsenzorg Jeugd-GGZ (SOH-JGGZ), kunnen de druk op huisartsen verlichten en tegelijkertijd tijdige ondersteuning bieden aan kinderen en jongeren. Evaluaties tonen aan dat deze professionals, vaak psychologen, bijdragen aan snelle en laagdrempelige hulp, wat zowel door ouders als zorgverleners positief wordt ervaren (KenniscentrumKinderpsychiatrie, 2018).

2.9 Oplossingen en beleidsaanbevelingen uit de literatuur

Om de lange wachttijden te verkorte wordt in de ruimere literatuur gepleit voor een breder netwerk van psychologische ondersteuning in de eerstelijnszorg. Rens (2023) suggereert meer samenwerking tussen huisartsen, psychologen en andere zorgprofessionals om een efficiënter doorverwijzingssysteem te creëren. Daarnaast benadrukt het Trimbos-instituut (2024) het belang van e-healthplatforms en preventieve zorg die de toegang tot zorg kunnen bevorderen. Vooral tijdens langere wachttijden.

De Nederlandse zorgautoriteit (NZa, 2024) benadrukt het belang van transparantie in wachttijden. Ook een betere registratie van wachtlijsten is nodig om de zorgvraag beter af te stemmen op het aanbod. Daarnaast kunnen ook zelfhulp en ondersteuning in de eerstelijnszorg ook bijdragen aan het verlichten van de druk op gespecialiseerde GGZ (Psyche.be, 2024).

2.10 Internationale vergelijking

In andere landen zoals Nederland en Duitsland, wordt hetzelfde probleem van lange wachttijden in de GGZ ervaren. Het Trimbos-instituut (2024) merkt op dat wachttijden in veel andere Europese landen eveneens een grote uitdaging vormen. Dit heeft internationaal geleid tot de implementatie van innovatieve benaderingen. Het gebruik van digitale zorgplatforms en triagesystemen kunnen snellere toegang tot de juiste zorg bieden.

In dit hoofdstuk worden enkele van deze benaderingen besproken, met bijzondere aandacht voor digitale zorgplatforms en triagesystemen.

2.10.1 Verenigd Koninkrijk – Digitale Cognitieve Gedragstherapie (CGT)

Het Verenigd Koninkrijk heeft met succes digitale zorgprogramma's zoals Sleepio geïntroduceerd, een online platform voor cognitieve gedragstherapie (CGT) gericht op slapeloosheid. Sleepio wordt volledig online aangeboden, waardoor het voor patiënten toegankelijk is zonder de noodzaak voor face-to-face sessies. Studies hebben aangetoond dat digitale CGT even effectief is als traditionele behandelingen en het kan patiënten sneller toegang tot zorg bieden, wat wachttijden verkort. Het gebruik van dergelijke digitale programma's heeft niet alleen geleid tot betere slaapresultaten, maar ook tot een verhoogde patiënttevredenheid door het gemak en de toegankelijkheid van het platform (Turner, 2021).

2.10.2 Italië – online psychologische zorg via Unobravo

In Italië is het platform Unobravo een belangrijke innovatie in de geestelijke gezondheidszorg. Dit platform biedt videoconsultaties met psychologen, waardoor patiënten snel toegang hebben tot zorg zonder fysieke afspraken. Unobravo heeft in korte tijd een breed scala aan gebruikers bereikt en biedt psychologische ondersteuning voor verschillende aandoeningen, zoals depressie, angst en stress. Het systeem heeft bewezen effectief te zijn in het verbeteren van de toegang tot zorg, vooral in landelijke gebieden waar het aanbod van geestelijke gezondheidszorg beperkt is. Het platform heeft ook bijgedragen aan het verlagen van de drempel voor patiënten om hulp te zoeken, doordat het anoniem en vanuit huis toegankelijk is (Tech.eu, 2023).

2.10.3 Duitsland – triagesystemen voor snellere toegang

In Duitsland wordt gebruik gemaakt van geavanceerde triagesystemen die patiënten helpen sneller doorverwezen te worden naar de juiste zorg. Deze systemen, vaak ondersteund door digitale technologie, zorgen ervoor dat patiënten op basis van hun symptomen en urgentie snel de passende zorg kunnen ontvangen. Dit model heeft niet alleen de wachttijden verkort, maar ook de efficiëntie van het zorgproces verbeterd. Patiënten kunnen sneller en effectiever geholpen worden, wat bijdraagt aan een hogere tevredenheid en betere behandelresultaten (Schmidt et al., 2022).

2.10.4 Nederland – minddistrict als digitaal platform

In Nederland heeft Minddistrict zich bewezen als een innovatief digitaal platform voor de behandeling van psychische aandoeningen zoals depressie, angst en burn-out. Het platform biedt patiënten de mogelijkheid om zelfhulpmodules te volgen, evenals therapieën die worden begeleid door gecertificeerde therapeuten via videoconsultaties. Minddistrict heeft bewezen effectief te zijn in het verbeteren van de therapietrouw en het verkorten van wachttijden voor behandelingen. Bovendien kunnen patiënten 24/7 toegang krijgen tot de inhoud van het platform, wat de drempel verlaagt voor het zoeken van hulp (Minddistrict, 2024).

2.10.5 Frankrijk – vergoeding van eerstelijnspsychologische hulp via MonParcoursPsy

Frankrijk heeft sinds 2022 het initiatief MonParcoursPsy uitgerold, waarmee burgers recht hebben op een aantal gratis psychologische consultaties bij erkende klinisch psychologen, mits doorverwijzing door een huisarts. Dit initiatief werd ingevoerd om de toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg te vergroten en wachttijden in de gespecialiseerde sector te verlagen. De sessies worden volledig terugbetaald door de sociale zekerheid, wat de financiële drempel aanzienlijk verlaagt. Hoewel het systeem aanvankelijk kritiek kreeg vanwege het beperkte aantal sessies en de bureaucratische doorverwijzing via de huisarts, tonen recente evaluaties aan dat het aantal jongeren dat psychologische hulp zoekt is gestegen. Dit wijst erop dat laagdrempelige, vergoede eerstelijnspsychologische zorg een belangrijke stap kan zijn richting vroegdetectie en preventie van ernstigere problemen (Ministère de la Santé, 2023).

2.10.6 België – voorzichtige stappen in digitale en laagdrempelige GGZ

In België werden in de afgelopen jaren enkele initiatieven genomen om de toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg voor jongeren te verbeteren. Zo werd binnen het conventieproject eerstelijnspsychologische zorg gestart met het aanbieden van deels terugbetaalde sessies bij geconventioneerde klinisch psychologen. Dit project beoogt een snelle en laagdrempelige toegang tot psychologische hulp, zonder tussenkomst van een psychiater of lange wachttijden. Toch blijkt uit recente evaluaties dat het aanbod beperkt blijft, met een groot tekort aan beschikbare therapeuten en een ongelijke spreiding over de regio's (RIZIV, 2023).

Wat digitale zorg betreft, loopt België nog achter op landen als Nederland of het VK. Er zijn wel enkele e-health-initiatieven, zoals de online platformen OnlinePsyHulp en Helpper, maar deze bereiken slechts een beperkt publiek. De integratie van digitale triagesystemen of volledig digitale behandeltrajecten staat nog in de kinderschoenen. Dit onderstreept de nood aan een sterker beleid rond digitale GGZ en structurele samenwerking met de eerstelijnszorg, om wachttijden effectief te kunnen verkorten en jongeren tijdig hulp te bieden.

Internationale good practices in geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren

Land	Voorbeeld platform	Type interventie	Resultaat / Doelstelling	Opmerkingen
Verenigd Koninkrijk	Sleepio	Digitale CGT bij slaapstoornissen	Kortere wachttijd, hogere tevredenheid, evidence-based	Volledig online, breed inzetbaar
Italië	Unobravo	Online psychologische videoconsultaties	Toegenomen bereik, vooral in rurale gebieden	Anoniem en laagdrempelig
Duitsland	Digitale triage	Symptoom-gebaseerde doorverwijzing	Snellere toegang tot gepaste zorg, efficiënter proces	Ondersteund door digitale tools
Nederland	Minddistrict	Online zelfhulpmodules & videoconsulten	Meer therapietrouw, snellere hulpverlening	24/7 toegankelijk
Frankrijk	MonParcoursPsy	Gratis sessies bij psycholoog via huisarts	Verlaagde financiële drempel, meer hulpzoekgedrag	Beperkt aantal sessies per jaar
België	Eerstelijnsconventie & e-tools	Gedeeltelijk terugbetaalde hulp, beperkte e-health	Eerste stappen naar laagdrempelige hulp	Tekort aan therapeuten, regionaal ongelijk

2.11 Conclusie

Het verminderen van wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is cruciaal om het mentaal welzijn van kinderen en jongeren te versterken. De literatuur toont aan dat dit enkel mogelijk is via een geïntegreerde aanpak, waarbij zowel de capaciteit van zorginstellingen verhoogd wordt als preventieve en eerstelijnsinterventies versterkt worden. Huisartsen nemen hierin een sleutelrol op, aangezien zij vaak het eerste aanspreekpunt zijn voor gezinnen. Toch blijkt dat zij momenteel onvoldoende ondersteund worden met gepaste middelen, samenwerking en werkstructuren om deze rol ten volle te vervullen. Zonder bijkomende investeringen in deze eerstelijnszorg dreigt een groot aantal kwetsbare jongeren tussen de mazen van het net te vallen.

Internationaal tonen diverse landen waardevolle voorbeelden van hoe de toegang tot geestelijke gezondheidszorg structureel verbeterd kan worden. Zo hebben het Verenigd Koninkrijk (Sleepio) en Italië (Unobravo) digitale platforms ingevoerd die snellere en toegankelijke hulpverlening mogelijk maken. Duitsland werkt met digitale triagesystemen die patiënten sneller naar gepaste zorg doorverwijzen. In Frankrijk wordt via MonParcoursPsy gratis eerstelijnspsychologische hulp geboden op doorverwijzing van de huisarts, wat de financiële drempel verlaagt en hulpzoekgedrag stimuleert. België heeft via het conventieproject voor eerstelijnspsychologische zorg een eerste stap gezet naar laagdrempelige ondersteuning, maar het aanbod blijft beperkt en digitalisering staat nog in de kinderschoenen.

Deze internationale voorbeelden tonen aan hoe technologie, beleidsinterventies en structurele samenwerking kunnen bijdragen aan een toegankelijke en efficiënte GGZ. In hoofdstuk 7 worden deze inzichten vertaald naar concrete aanbevelingen voor de Vlaamse context.

3 Onderzoeksontwerp en -verloop

Dit onderzoek heeft als doel de rol van huisartsen te onderzoeken bij het ondersteunen van kinderen en jongeren die te maken hebben met lange wachttijden voor geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast wordt specifiek aandacht besteed aan de algemene behoeften van kinderen, jongeren en hun ouders gedurende deze wachttijd net aan de specifieke verwachtingen die zij hebben van huisartsen in deze periode. Ook wordt onderzocht welke interventies huisartsen kunnen inzetten om de lange wachttijd draaglijker te maken. Verder wordt gekeken naar de mogelijkheden voor een efficiëntere samenwerking tussen huisartsen en andere zorgverleners, zodat deze kwetsbare doelgroep op een gecoördineerde manier kan worden ondersteund.

Hoewel het uiteindelijke doel van dit onderzoek is om bij te dragen aan het verkorten van de wachtlijsten voor geestelijke gezondheidszorg, wordt erkend dat dit op korte termijn niet haalbaar is. Desondanks hoopt dit onderzoek een startpunt te vormen voor een bredere herziening van de geestelijke gezondheidszorg met het oog op het verbeteren van toegankelijkheid en kwaliteit van zorg.

De centrale onderzoeksvraag van deze bachelorproef luidt:

Hoe kunnen huisartsen kinderen en jongeren effectief ondersteunen tijdens de lange wachttijden voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg?

Om deze centrale vraag te beantwoorden, worden de volgende deelonderzoeksvragen geformuleerd. Deze zijn thematisch gegroepeerd en vormen de basis voor zowel de data-analyse als de opbouw van de enquêtes en interviews. Let wel: dit zijn geen letterlijke interviewvragen, maar analytische vragen die richting geven aan het onderzoek.

3.1 Deelonderzoeksvragen

3.1.1 De rol van de huisarts

- Hoe ervaren huisartsen hun rol in de begeleiding van kinderen en jongeren die wachten op geestelijke gezondheidszorg?
- Welke vormen van ondersteuning bieden huisartsen momenteel, en welke belemmeringen ervaren zij daarbij?
- Wat is nodig om de rol van huisartsen te versterken in het ondersteunen van deze doelgroep?

3.1.2 Beleving en behoeften van kinderen, jongeren en ouders

- Hoe ervaren kinderen, jongeren en hun ouders de lange wachttijd en de ondersteuning die ze ontvangen van hun huisarts?
- Wat zijn hun behoeften en verwachtingen ten aanzien van de huisarts tijdens de lange wachttijd?
- Welke gevolgen heeft de lange wachttijd voor het mentaal welzijn van kinderen en jongeren?

3.1.3 Interventies en ondersteuning

- Welke interventies of hulpmiddelen kunnen huisartsen inzetten om kinderen en jongeren tijdens de lange wachttijd te ondersteunen?
- Welke kennis, vaardigheden en ondersteuning hebben huisartsen nodig om hierin effectief te kunnen handelen?

3.1.4 Samenwerking in de zorg

- Hoe kan de samenwerking tussen huisartsen en andere betrokken zorgverleners (zoals CLB, eerstelijnspsychologen, CGG, school, ...) verbeterd worden?
- Welke rol kan de eerstelijnszorg spelen in het overbruggen van de lange wachttijd?

3.1.5 Beleidsmatige en structurele context

- Welke structurele oorzaken liggen aan de basis van lange wachttijden voor geestelijke gezondheidszorg bij kinderen en jongeren?
- Welke beleidsmaatregelen of inspirerende voorbeelden uit binnen- of buitenland kunnen bijdragen aan het verbeteren van deze situatie?

3.2 Onderzoeksopzet

Dit onderzoek hanteert een kwalitatieve benadering. Zowel enquêtes als semi-gestructureerde interviews werden ingezet. Voor elke doelgroep (kinderen en jongeren, ouders, huisartsen en andere zorgprofessionals) werd een aparte vragenlijst opgesteld. Interviews en vragenlijsten werden opgebouwd rond vijf hoofdthema's:

1. Beleving van de lange wachttijd
2. Contact met de huisarts
3. Verwachtingen ten aanzien van ondersteuning
4. Praktische hulpmiddelen
5. Samenwerking in de zorg

3.3 Enquête

Specifieke enquêtes werden afgenomen bij kinderen en jongeren, ouders, huisartsen en andere professionals om hun ervaringen, verwachtingen en behoeften met betrekking tot de lange wachttijden te onderzoeken. Deze enquêtes zijn opgenomen in de bijlage van de bachelorproef.

3.4 Interviews

Naast de enquêtes werden ook verschillende diepte-interviews afgenomen met huisartsen en ouders die ervaring hebben met de lange wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg. Zowel kinderen en jongeren als ouders en huisartsen werden in de enquête bevraagd over hun interesse om deel te nemen aan een interview. Helaas waren de kinderen en jongeren niet bereid om deel te nemen aan een interview. De gesprekken met huisartsen en ouders boden echter waardevolle, gedetailleerde inzichten in de persoonlijke ervaringen van de betrokkenen en vormen een belangrijke aanvulling op de kwantitatieve gegevens. De resultaten van deze gesprekken zijn eveneens opgenomen in de bijlage van de bachelorproef.

4 Resultaten van het kwantitatieve luik

4.1 Kinderen tussen 7 en 12 jaar

Dit onderdeel is gebaseerd op interviews met negen kinderen van 7 tot 12 jaar. De vragen werden op een kindvriendelijke manier gesteld, met visuele ondersteuning, en richtten zich op hun ervaringen met wachttijden, het contact met hun huisarts en hun wensen voor ondersteuning.

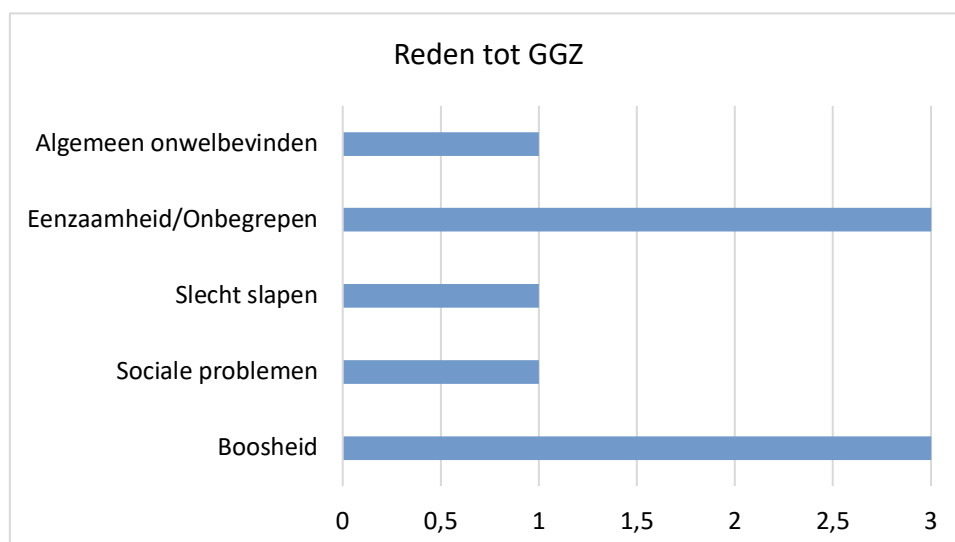
Kinderen in deze leeftijdsgroep krijgen steeds vaker te maken met lange wachttijden voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, wat hun emotioneel welzijn kan beïnvloeden. In dit hoofdstuk wordt onderzocht hoe zij deze wachttijd ervaren en welke rol huisartsen kunnen spelen in het verlichten van deze periode.

4.1.1 Reden van hulpvraag

Kinderen zoeken om uiteenlopende redenen psychische hulp. De meest genoemde klachten zijn boosheid, eenzaamheid en het gevoel onbegrepen te zijn. Deze werden door elk van de drie respondenten benoemd. Daarnaast werden slecht slapen (één respondent), sociale problemen (één respondent) en een zich algemeen onwel bevinden (één respondent) als voornaamste reden tot aanmelding bij de GGZ aangegeven (Figuur 1).

Deze cijfers laten zien dat kinderen zich vooral vanwege emotionele en relationele spanningen tot de geestelijke gezondheidszorg wenden. Opvallend is dat sommige kinderen meerdere klachten tegelijk benoemen. Dat kan wijzen op een onderlinge samenhang tussen deze ervaringen. Bijvoorbeeld dat spanningen thuis of op school gevoelens van boosheid of verdriet oproepen. Dit hoeft echter niet noodzakelijk te duiden op een complexe problematiek.

De combinatie van emotionele klachten en moeilijkheden in de leefomgeving benadrukt in ieder geval de nood aan toegankelijke en passende ondersteuning. Aangezien de hulpvragen per kind sterk kunnen verschillen, blijft een flexibele en afgestemde benadering binnen de jeugdhulpverlening essentieel.



Figuur 1 – Redenen voor aanmelding bij de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

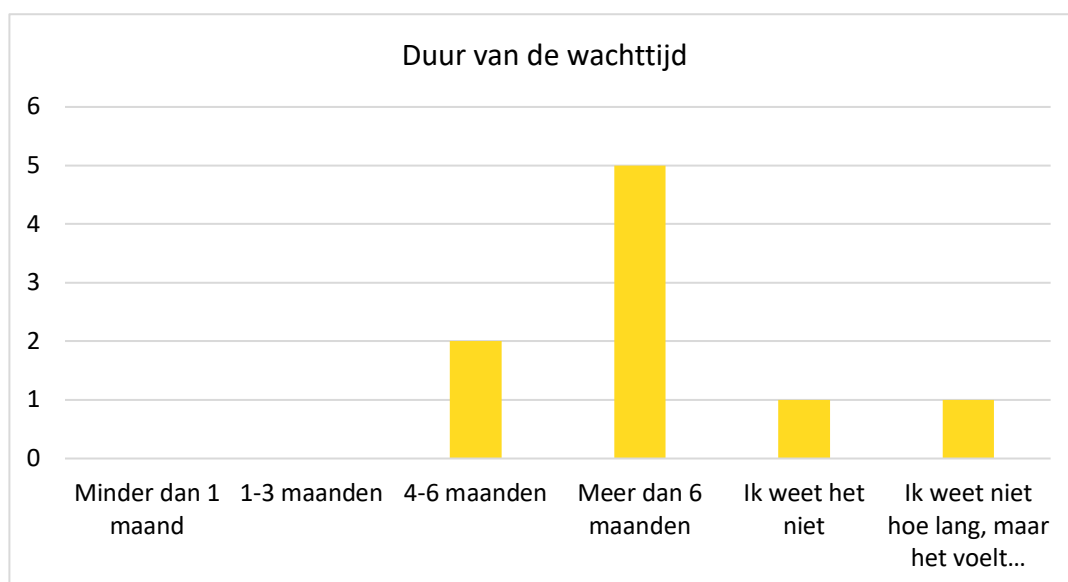
4.1.2 Duur van de wachttijd

Belangrijker dan de exacte duur van de wachttijd is de impact ervan op het emotioneel welzijn van de kinderen. Door het gebrek aan duidelijke communicatie en ondersteuning tijdens deze periode, ervaren velen de wachttijd als onzeker en verwarrend. Het uitblijven van tussentijdse begeleiding maakt het wachten bijzonder belastend, ongeacht de precieze tijdspanne.

De wachttijd voor psychologische hulp varieerde onder de bevraagde kinderen. Zoals weergegeven in Figuur 2, gaf de meerderheid (vijf kinderen) aan dat zij meer dan zes maanden moesten wachten alvorens toegang te krijgen tot geestelijke gezondheidszorg. Twee kinderen rapporteerden een wachttijd van vier tot zes maanden. Kortere wachttijden kwamen slechts sporadisch voor. Slechts twee kinderen konden zich niet meer herinneren hoelang zij precies hadden moeten wachten.

Hoewel deze wachttijden objectief gezien aanzienlijk zijn, gaven kinderen vooral aan dat de beleving van deze periode als zwaar werd ervaren. Zij beschreven gevoelens van spanning, frustratie en onzekerheid tijdens het wachten. Deze gevoelens werden versterkt door het gebrek aan duidelijke communicatie of begeleiding in de tussentijd.

De gerapporteerde wachttijden wijzen op een tekort aan beschikbare hulp binnen de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen. Toch blijkt uit de reacties dat niet alleen de duur, maar vooral de ervaring van het wachten een grote impact heeft op het emotioneel welzijn. Het ontbreken van tussentijdse opvolging maakt de wachttijd voor veel kinderen extra belastend, los van de exacte tijdspanne.



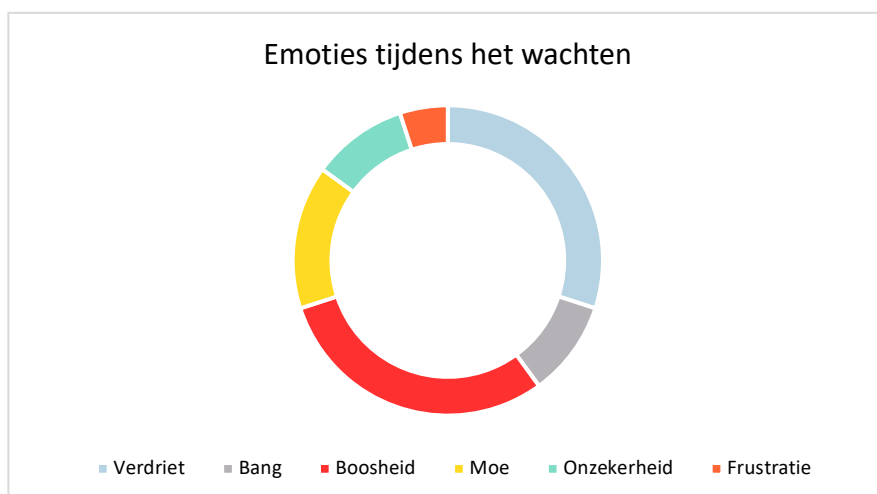
Figuur 2 – Duur van de wachttijd voor toegang tot geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

4.1.3 Emotionele impact van de wachttijd

Kinderen gaven aan de wachttijd voor psychologische hulp als emotioneel belastend te ervaren. Zoals weergegeven in Figuur 3, kwamen negatieve emoties zoals verdriet (zes kinderen), boosheid (zes kinderen), angst (twee kinderen) en onzekerheid (twee kinderen) veelvuldig voor. Opvallend is dat deze klachten al aanwezig waren vóór de aanmelding bij de geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast meldden vier kinderen lichamelijke klachten, zoals slaapproblemen en een verslechtering van de algemene gezondheid. Deze bevindingen benadrukken de nauwe verwevenheid tussen psychisch en lichamelijk welzijn.

Hoewel deze klachten niet noodzakelijk het gevolg zijn van de wachttijd, gaven meerdere kinderen aan dat het uitblijven van hulp hun klachten intenser maakte of moeilijker hanteerbaar. De wachttijd werd door hen niet ervaren als een neutrale tussenperiode, maar eerder als een fase van aanhoudende stress en onzekerheid. Het gebrek aan tussentijdse opvolging droeg bij aan gevoelens van onbegrip of verwaarlozing.

Op basis van deze belevingen lijkt de wachttijd voor sommige kinderen een periode waarin bestaande klachten kunnen verergeren. Deze observatie wijst op het belang van erkenning en ondersteuning nog voor de start van formele hulp. Tegelijk is het van belang om te benadrukken dat deze bevindingen gebaseerd zijn op subjectieve ervaringen van een beperkte groep respondenten. Verder onderzoek is dus nodig om bredere conclusies te trekken over de structurele impact van wachttijden op het welzijn van kinderen.



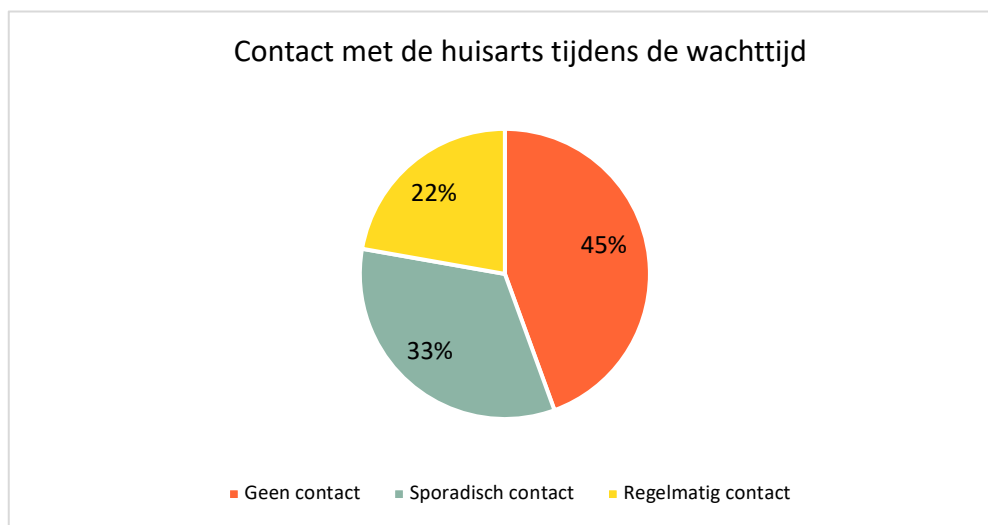
Figuur 3 – Ervaren emoties bij kinderen tijdens de wachttijd voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

4.1.4 Contact met de huisarts tijdens het wachten

Uit de bevraging blijkt dat het contact met de huisarts tijdens de wachttijd beperkt was. Zoals weergegeven in Figuur 4, hadden vier van de negen bevroagde kinderen tijdens deze periode geen enkel contact met hun huisarts. Drie kinderen rapporteerden sporadisch contact, terwijl slechts twee kinderen aangaven dat hun huisarts regelmatig betrokken bleef.

De data bevatten geen expliciete uitspraken over hoe dit gebrek aan contact werd ervaren. Er kan dus niet met zekerheid worden vastgesteld dat dit tot gevoelens van ongemak of onveiligheid leidde. Wel suggereert de afwezigheid van medische opvolging tijdens deze wachttijd dat kinderen mogelijk weinig continuïteit in zorg hebben ervaren.

Hoewel verdere bevraging nodig is om de impact hiervan nauwkeuriger te duiden, benadrukken deze resultaten het potentieel van de huisarts als toegankelijke eerstelijnszorgverlener. Proactief contact, ook bij psychische hulpvragen zonder fysieke klachten, zou kunnen bijdragen aan een betere overbrugging van de wachttijd en vroegtijdige ondersteuning van kwetsbare kinderen.



Figuur 4 – Contactfrequentie met de huisarts tijdens de wachttijd voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

4.1.5 Beleving van het contact met de huisarts

Van de vijf kinderen die tijdens de wachttijd contact hadden met hun huisarts (Figuur 4), gaf geen enkel kind aan dat dit gesprek hen daadwerkelijk deugd had gedaan.

Deze uiteenlopende ervaringen tonen aan dat het effect van het contact niet alleen afhangt van de frequentie, maar ook van de manier waarop het gesprek gevoerd wordt. Hoewel kinderen het begrip 'veiligheid' of 'kindvriendelijkheid' niet letterlijk benoemden, suggereren hun uitspraken een duidelijke nood aan een benadering die aansluit bij hun leefwereld. Vertrouwen, heldere uitleg en erkenning van gevoelens lijken hierbij essentieel.

Een kindvriendelijke communicatie en een laagdrempelige houding van de arts kunnen een wezenlijk verschil maken in hoe een kind het contact beleeft. Verdere verdieping is nodig om te onderzoeken hoe huisartsen hierin best ondersteund kunnen worden.

4.1.6 Huidige ondersteuning door de huisarts

De ondersteuning die kinderen van hun huisarts ontvingen, liep sterk uiteen. Sommige kinderen kregen praktische tips of werden doorverwezen, terwijl anderen opmerkten dat er weinig tot geen concrete hulp werd geboden of dat de focus uitsluitend lag op lichamelijke klachten.

Deze variatie wijst op het ontbreken van duidelijke richtlijnen voor huisartsen bij de opvolging van psychische hulpvragen. De geboden ondersteuning lijkt sterk afhankelijk van de persoonlijke betrokkenheid en ervaring van de arts. Dit benadrukt de nood aan handvaten die huisartsen kunnen ondersteunen om kinderen op een consistente en effectieve manier te begeleiden tijdens psychische wachttijden.

4.1.7 Wensen van kinderen voor ondersteuning tijdens het wachten

Opvallend is dat de negen bevraagde kinderen zeer concrete en realistische suggesties doen over hoe huisartsen hen kunnen ondersteunen. De meest genoemde wensen waren:

- **Spelletjes of oefeningen:** drie kinderen gaven aan dat ze het nuttig zouden vinden om praktische hulpmiddelen, zoals spelletjes of oefeningen, te ontvangen.
- **Tips en tools voor het omgaan met gevoelens:** vijf kinderen gaven aan dat ze graag tips of tools zouden ontvangen om beter met hun gevoelens om te gaan.
- **Eenvoudige, kindvriendelijke uitleg over hun situatie:** er was interesse in kindvriendelijke uitleg over hun situatie, al werd dit niet afzonderlijk van andere wensen genoemd. Dit suggereert een behoefte aan eenvoud en duidelijkheid.
- **Meer contactmomenten met de huisarts:** één kind zou graag meer contactmomenten met de huisarts hebben, ook wanneer er geen lichamelijke klachten zijn.
- **Ondersteuning voor de ouders:** vijf kinderen noemden de wens voor meer ondersteuning voor hun ouders tijdens de wachttijd.

Deze bevindingen laten zien dat kinderen in deze leeftijdsgroep geen diepgaande therapie van hun huisarts verwachten, maar wel verlangen naar nabijheid, erkenning en praktische ondersteuning. Ze zien de huisarts als een potentiële steunfiguur die hen kan helpen met concrete handvatten. Bijvoorbeeld in het omgaan met gevoelens en in het ondersteunen van hun ouders tijdens de wachttijd.



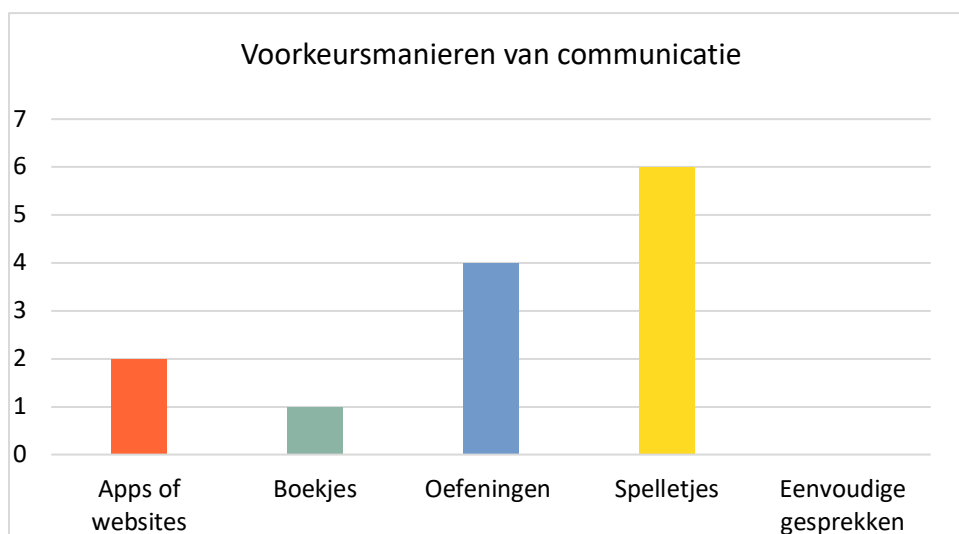
Figuur 5 – Wensen voor ondersteuning, gerapporteerd door kinderen

4.1.8 Voorkeuren van kinderen voor informatie en hulp tijdens het wachten

Kinderen geven aan dat ze nood hebben aan visuele en toegankelijke informatievormen. Uit de bevraging blijkt dat vooral zes kinderen spelletjes en vier kinderen oefeningen noemen als populaire manieren om met gevoelens om te gaan. Daarnaast werden ook door twee kinderen apps of websites en door één kind boekjes genoemd als geschikte middelen. Sommige kinderen verwezen ook naar de waarde van eenvoudige, duidelijke gesprekken. Dit werd echter niet altijd expliciet benoemd als voorkeursvorm.

Veel kinderen gaven aan dat ze geen of weinig uitleg kregen over wat er tijdens de wachttijd zou gebeuren. Wanneer er wel uitleg werd gegeven, vonden ze deze vaak te complex of verwarrend. Ze geven de voorkeur aan duidelijke, concrete communicatie die afgestemd is op hun leeftijd en taalniveau.

Deze bevindingen onderstrepen het belang van aangepaste communicatie en hulpmiddelen die beter aansluiten bij de leefwereld van het kind. De huisarts kan hierin een cruciale rol spelen door begrijpelijke uitleg te geven en visuele of speelse vormen van ondersteuning te bieden. Samenwerking met eerstelijnszorgverleners zoals psychologisch consulenten of speltherapeuten, kan dit verder versterken en de wachttijd beter overbrugbaar maken.



Figuur 6 – Voorkeursmanieren van communicatie, gerapporteerd door kinderen

4.1.9 Conclusie

De wachttijd voor gespecialiseerde hulp is voor kinderen een emotioneel belastende periode. Ze ervaren gevoelens van onzekerheid, eenzaamheid en frustratie, vaak zonder structurele ondersteuning. Huisartsen worden in deze fase weinig ingeschakeld, ondanks hun centrale positie in de eerstelijnszorg.

Kinderen vragen geen uitgebreide therapie, maar wel nabijheid, herkenning en kleine vormen van hulp die hen geruststellen. Ze geven aan nood te hebben aan kindvriendelijke communicatie, praktische tools en regelmatige opvolging, ook zonder lichamelijke klachten. Bovendien vragen ze dat ook hun ouders ondersteuning krijgen.

Het is aan te bevelen dat huisartsen:

- Proactief contact houden met kinderen die wachten op psychische hulp
- Gebruik maken van visuele, kindvriendelijke hulpmiddelen
- Psycho-educatie en praktische tips aanbieden
- Ouders betrekken en ondersteunen in hun rol

Wanneer huisartsen deze rol opnemen, kunnen zij bijdragen aan het stabiliseren van het emotioneel welzijn van kinderen. Dit vraagt geen diepgaande psychotherapeutische interventie, maar wel tijd, empathie en aandacht voor het kind in zijn totaliteit.

4.2 Jongeren tussen 13 en 18 jaar

Dit hoofdstuk onderzoekt de ervaringen van jongeren met wachttijden voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en de rol van huisartsen in deze periode. De gegevens zijn verzameld via een enquête, aangevuld met kwalitatieve antwoorden op open vragen. Op die manier wordt een breed en genuanceerd inzicht geboden in de behoeften van jongeren tijdens het wachten.

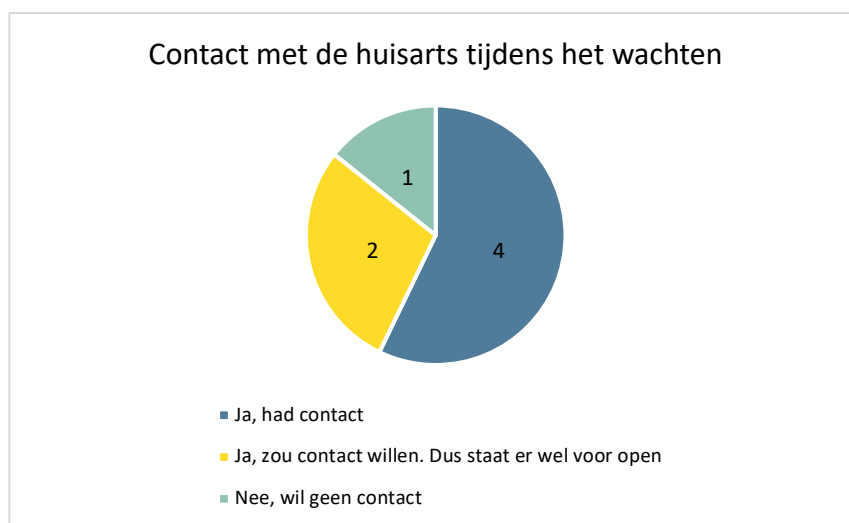
De bevindingen zijn gebaseerd op zeven ingevulde online vragenlijsten van jongeren tussen 13 en 18 jaar. De vragen gingen over hun gevoelens tijdens de wachttijd, het contact met de huisarts, de ondersteuning die ze ontvingen of misten, en hun suggesties voor verbetering.

4.2.1 Contact met de huisarts tijdens het wachten

Van de zeven bevraagde jongeren gaf de meerderheid aan bereid te zijn tot contact met hun huisarts tijdens de wachttijd, of stond minstens positief tegenover deze mogelijkheid. Slechts één jongere gaf expliciet aan geen contact te willen. Er is dus een algemene openheid onder jongeren om het gesprek aan te gaan zelfs in een

De grootste groep, bestaande uit vier jongeren, gaf aan daadwerkelijk contact te hebben gehad met hun huisarts. Daarnaast stonden twee jongeren open voor dit contact, hoewel het nog niet had plaatsgevonden.

Deze bevindingen benadrukken dat jongeren hun huisarts als een toegankelijke en betekenisvolle figuur beschouwen, ook in de afwezigheid van lichamelijke klachten. Dit vormt een belangrijk uitgangspunt voor het versterken van de rol van de huisarts tijdens wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (Figuur 7).



Figuur 7 – Frequentie van contact van jongeren met de huisarts tijdens de wachttijd

4.2.2 Ervaring met het gesprek en de huisarts

De ervaringen met het huisartscontact varieerden sterk. Sommigen voelden zich gehoord en begrepen en omschreven het gesprek als prettig of ondersteunend. Anderen vonden het moeilijk om hun zorgen te delen, of hadden het gevoel dat er weinig ruimte was voor hun verhaal.

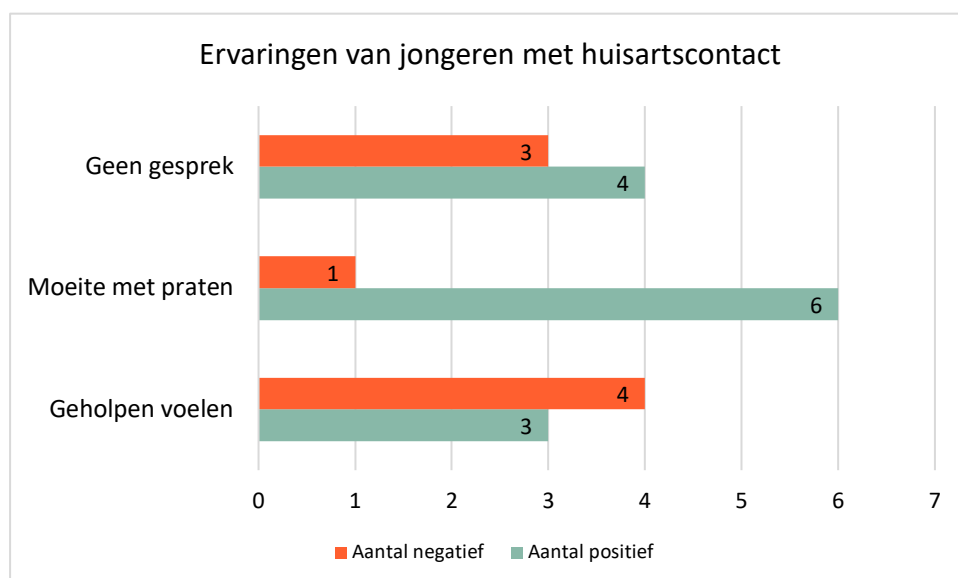
De gegevens werden verzameld door middel van de vraag: "Hoe heb je het gesprek met je huisarts ervaren?" Deze open vraag gaf jongeren de mogelijkheid om hun persoonlijke ervaringen te delen. Figuur 8 toont een gedetailleerd overzicht van de ervaringen van de jongeren. De verdeling in de grafiek is als volgt:

Aantal jongeren met en zonder gesprek: van de respondenten had 75% (vier jongeren) daadwerkelijk een gesprek met hun huisarts, terwijl 25% (drie jongeren) geen gesprek heeft gehad.

Positieve en negatieve ervaringen: van de jongeren die een gesprek hadden (zeven jongeren in totaal), gaf 86% (zes jongeren) aan het gesprek als positief en ondersteunend te hebben ervaren. 14% (één jongere) gaf aan dat het moeilijk was om hun zorgen te delen en dat er weinig ruimte was voor een diepgaand gesprek.

Geholpen voelen: van de zes jongeren die het gesprek als positief ervaarden, gaf 42% (drie jongeren) aan zich geholpen te voelen door hun huisarts, terwijl 56% (vier jongeren) aangaf niet geholpen te zijn door het gesprek of het gesprek wel oké vond, maar moeite had om te praten.

Deze variatie in ervaringen toont het belang van empathische communicatie en het creëren van een veilige sfeer binnen het gesprek. Het wijst erop dat er een behoefte is aan huisartsen die actiever luisteren en meer ruimte bieden voor het bespreken van mentale gezondheid, vooral voor de jongeren die het moeilijk vonden om hun zorgen te delen.



Figuur 8 – Ervaringen van jongeren met contact met de huisarts

4.2.3 Ondersteuningsvormen die huisartsen boden

De meest voorkomende vorm van ondersteuning was een administratieve doorverwijzing. Enkele jongeren kregen aanvullende informatie over zelfhulp of voerden gesprekken met de huisarts. Één jongere gaf aan zich helemaal niet ondersteund te voelen.

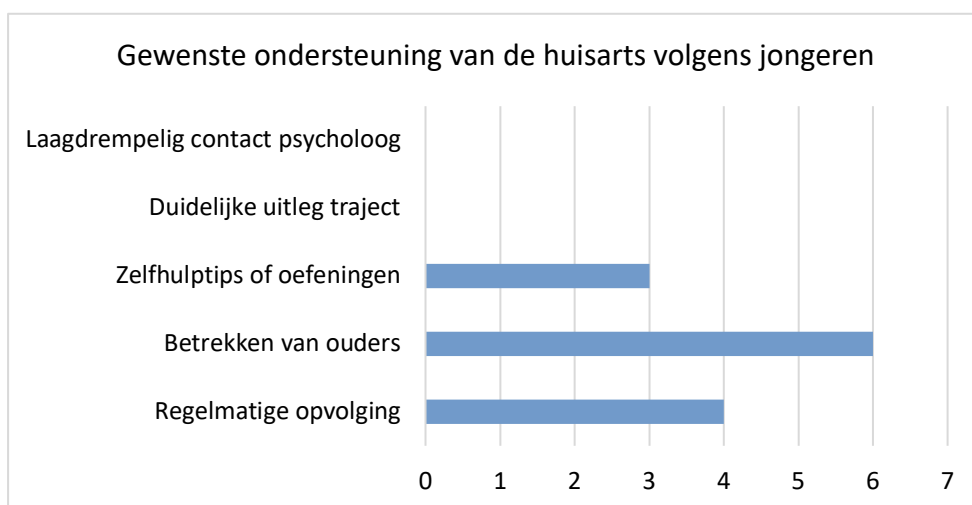
Deze resultaten geven weer dat de ondersteuning vaak beperkt blijft tot doorverwijzen, zonder verdere opvolging of begeleiding. Jongeren uiten duidelijk de wens naar meer concrete handvaten tijdens het wachten, zoals tips, uitleg en contactmomenten. Informatie over de wachttijd en het verdere verloop van het zorgtraject ontbreekt vaak, wat de gevoelens van onzekerheid versterkt.

4.2.4 Wensen van jongeren naar huisartsondersteuning toe

Van de zeven bevroegde jongeren gaven de meesten duidelijke suggesties over hoe hun huisarts hen beter zou kunnen ondersteunen tijdens de wachttijd. De meest genoemde behoeften waren:

- Betrekken van ouders via toegankelijke informatie en praktische tools (zes van de zeven jongeren)
- Regelmatige opvolging of tussentijdse check-ins (vier jongeren)
- Concrete zelfhulptips of oefeningen (drie jongeren)

Uit de antwoorden op de open vragen bleek dat jongeren het gevoel “er alleen voor te staan” als bijzonder belastend ervaren. Zelfs kleine gebaren, zoals een kort contactmoment of het aanbieden van een eenvoudige tool, kunnen een groot verschil maken. Opvallend is dat geen enkele jongere expliciet vroeg om duidelijke uitleg over het zorgtraject of laagdrempelig contact met een psycholoog. Nabijheid, praktische hulp en ouderbetrokkenheid vanuit de huisarts is aldus zeer wenselijk.



Figuur 9 – Gewenste vormen van ondersteuning bij huisartscontact volgens jongeren

4.2.5 Wat helpt om de wachttijd draaglijker te maken?

De elementen die jongeren als helpend ervaren, sluiten nauw aan bij wat ze momenteel missen. Zij benoemen:

- Werkzame zelfhulptips
- Eerlijke uitleg over het verdere verloop van het zorgtraject
- Toegang tot laagdrempelige hulp, zoals een eerstelijnspsycholoog

Jongeren geven aan dat het gebrek aan transparantie over wachttijden en zorgtrajecten gevoelens van machteloosheid versterken. Duidelijke communicatie, psycho-educatie en concrete copingstrategieën kunnen de wachttijd draaglijker maken en hun emotioneel welzijn ondersteunen.

4.2.6 Verdiepende inzichten

4.2.6.1 Leeftijd en verwachtingen ten aanzien van de huisarts

De leeftijd van de jongere blijkt bepalend voor de gewenste betrokkenheid van de huisarts en de rol van de ouders. Jongeren tussen 12 en 14 jaar vinden ouderbetrokkenheid belangrijk, bijvoorbeeld via ondersteunende tools. Jongeren tussen 16 en 18 jaar geven vaker de voorkeur aan zelfstandig contact met de huisarts in een vertrouwelijke context. Dit wijst op het belang van leeftijdsspecifieke ondersteuning, afgestemd op de ontwikkeling en autonomie van de jongere.

4.2.6.2 Wachttijd en emotionele impact

De duur van de wachttijd varieerde van enkele weken tot meer dan een jaar. Jongeren beschreven het wachten vaak als zwaar en frustrerend, waarbij termen als “verschrikkelijk” en “ik voelde me vergeten” werden gebruikt. Naarmate de wachttijd langer duurde, kwamen negatieve gevoelens zoals machteloosheid, verdriet en wanhoop steeds vaker naar voren.

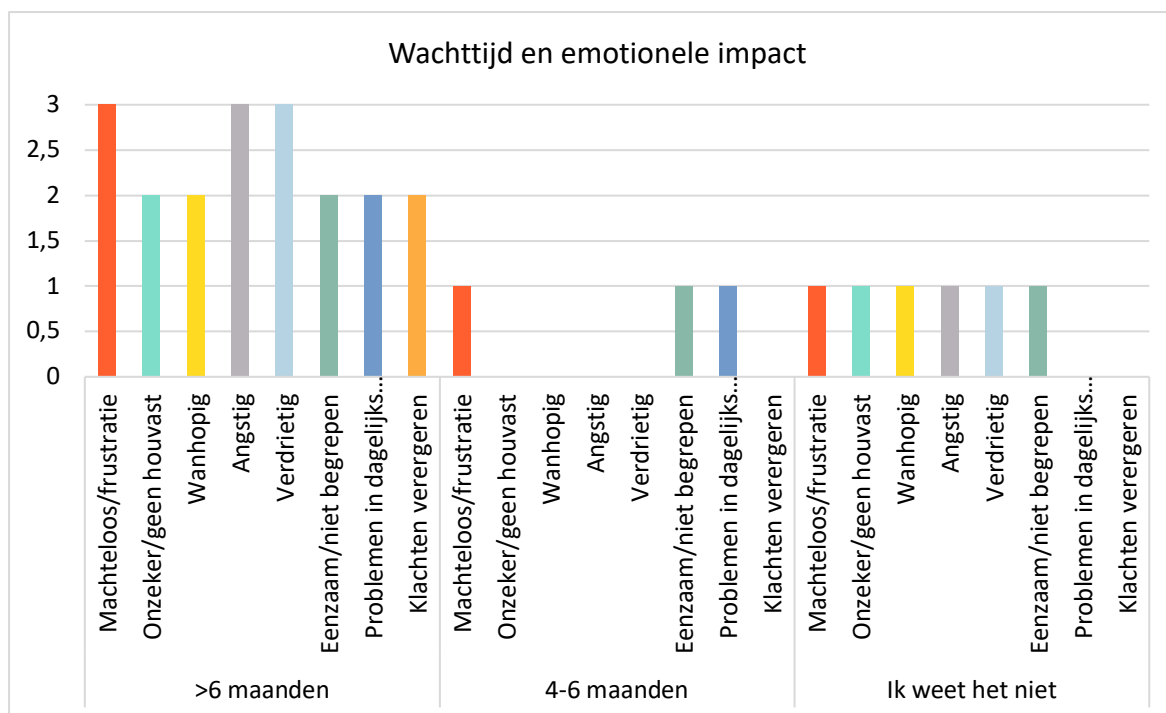
Bij wachttijden langer dan zes maanden (vijf jongeren) gaf 60% (drie jongeren) expliciet aan gevoelens van machteloosheid te ervaren. Daarnaast gaven zij aan meer nood te hebben aan:

- Regelmatige opvolging van hun situatie
- Meer uitleg over het verdere traject
- Een huisarts die hun situatie erkent en begrijpt

Ook jongeren met een kortere wachttijd (minder dan zes maanden, één jongere) ervoeren frustratie en onzekerheid, maar de intensiteit van negatieve gevoelens was opvallend minder uitgesproken.

Deze cijfers tonen aan dat lange wachttijden niet neutraal worden beleefd, maar juist een significante impact hebben op het mentaal welzijn van jongeren. Figuur 10 illustreert hoe negatieve gevoelens zoals wanhoop toenemen naarmate de wachttijd langer duurt.

Deze bevindingen benadrukken het belang van een proactieve, empathische rol voor huisartsen. Zelfs als formele hulp nog niet beschikbaar is, kunnen erkenning, duidelijke communicatie en regelmatige check-ins een belangrijke beschermende rol vervullen.



Figuur 10 – Emotionele impact van wachttijd op jongeren, uitgesplitst naar duur van de wachttijd

4.2.6.3 Reden van hulpvraag en gewenste ondersteuning

De noden van jongeren hangen sterk samen met de reden waarom zij hulp zochten. Veelvoorkomende thema's waren:

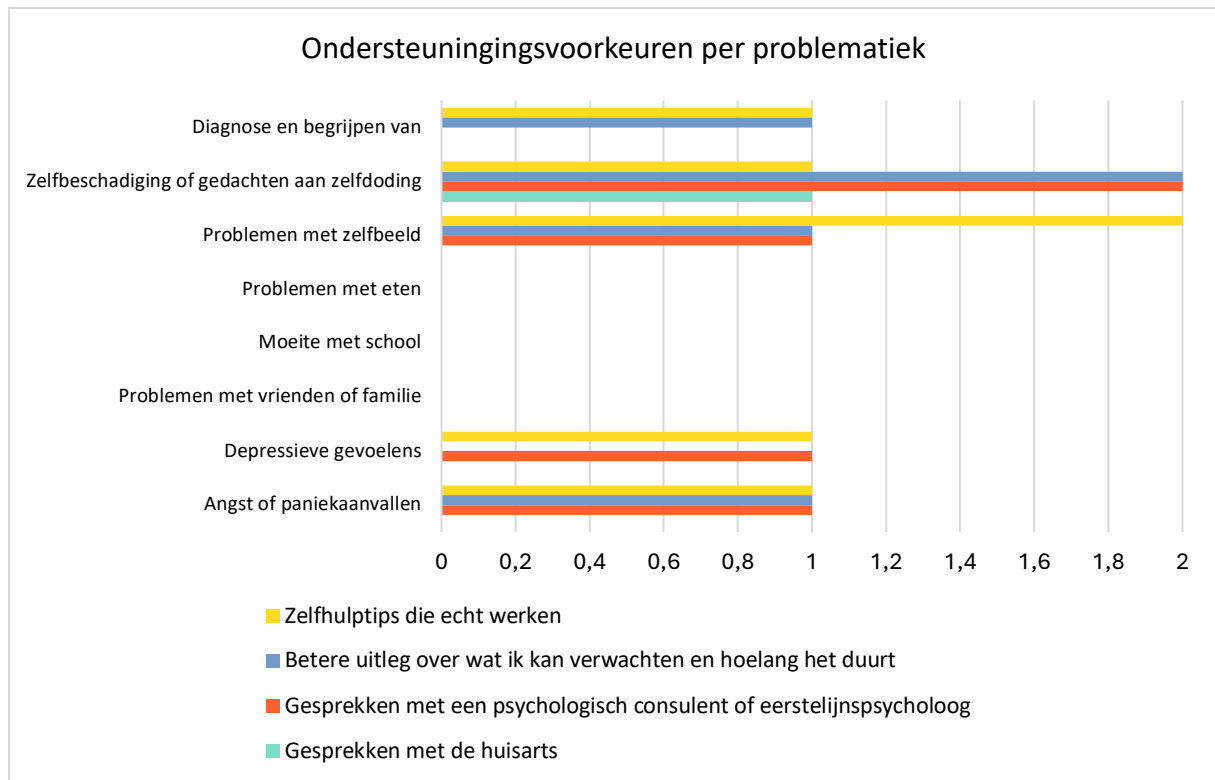
- Angst of paniekaanvallen (één jongere)
- Depressieve gevoelens (één jongere)
- Problemen met zelfbeeld of identiteitsvragen (twee jongeren)
- Zelfbeschadiging of suïcidale gedachten (twee jongeren)
- De wens tot meer inzicht in hun klachten (één jongere)

Per type klacht gaven jongeren aan verschillende vormen van ondersteuning te verwachten (Figuur 11).

- De twee jongeren met **angstklachten of depressieve gevoelens** benoemden vooral behoefte aan:
 - o Geruststelling van een professional (twee jongeren)
 - o Zelfhulptools of praktische handvaten (twee jongeren)
 - o Betere uitleg over het verdere traject (één jongere)
- De twee jongeren met **suïcidale gedachten of zelfbeschadiging** benadrukten het belang van:
 - o Snelle en laagdrempelige opvolging (twee jongeren)
 - o Betere uitleg over het verdere traject (twee jongeren)
 - o Zelfhulptools of praktische handvaten (één jongere)
- De twee jongeren met **vragen rond zelfbeeld of identiteit** vroegen vooral om:
 - o Zelfhulptools of praktische handvaten (twee jongeren)
 - o Gesprekken met een psychologisch consulent of eerstelijnspsycholoog (één jongere)
 - o Betere uitleg over het verdere traject (één jongere)

Daarnaast gaf één jongere aan dat zij vooral nood had aan meer inzicht in haar klachten, zonder deze te kunnen linken aan een specifieke problematiek. Ook zij benadrukte het belang van een ruimte waarin zij samen met een hulpverlener kon verkennen wat er precies aan de hand was.

Deze resultaten tonen aan dat jongeren duidelijke verwachtingen hebben over het type hulp dat aansluit bij hun persoonlijke situatie. Een op maat gemaakte aanpak, afgestemd op de aard van hun klachten, lijkt daarbij cruciaal om hen op een gepaste manier te ondersteunen.



Figuur 11 – Voorkeuren van jongeren voor ondersteuning, uitgesplitst per problematiek

4.2.6.4 Emotioneel welbevinden en behoefte aan begeleiding

Jongeren die zichzelf omschreven als eenzaam, bang of onzeker, gaven vaker aan dat zij behoefte hadden aan:

- Actieve opvolging (bv. maandelijkse check-in)
- Normalisering van hun klachten
- Eenvoudige uitleg over hun situatie

Een gebrek aan contact met de huisarts werd door deze jongeren vaak geïnterpreteerd als onverschilligheid. Sommige jongeren gaven letterlijk aan dat "iemand die gewoon vraagt hoe het gaat" al een groot verschil zou hebben gemaakt.

4.2.7 Conclusie

De stem van de jongeren zelf geeft een duidelijk antwoord op de centrale onderzoeksvraag: “Hoe kunnen huisartsen kinderen en jongeren ondersteunen tijdens de lange wachttijden voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg?”

Zij verwachten dat huisartsen niet enkel doorverwijzen, maar ook:

- Regelmatig contact aanbieden
- Zelfhulptools of toegankelijke informatie delen
- Ouders actief betrekken
- De wachttijd kaderen en normaliseren

Een betrokken en toegankelijke huisarts kan het verschil maken tussen een uitzichtloze wachttijd en een periode van ondersteuning, zelfinzicht en hoop. Dit vraagt aandacht voor geestelijke gezondheid binnen de eerstelijnszorg en structurele versterking van het netwerk rond jongeren.

Op basis van de verzamelde antwoorden van kinderen en jongeren werd een ruwe schatting gemaakt van de gemiddelde wachttijd. Deze bedraagt ongeveer 6,5 maanden. De schatting is gebaseerd op 16 bruikbare antwoorden, waarbij uitspraken zoals “meer dan 6 maanden” geteld werden als 7 maanden, en onduidelijke of niet-kwantificeerbare antwoorden buiten beschouwing bleven. Hoewel de steekproef beperkt is, geeft dit cijfer een indicatief beeld van de ervaren realiteit en onderstreept het de ernst van de problematiek.

4.3 Huisartsen

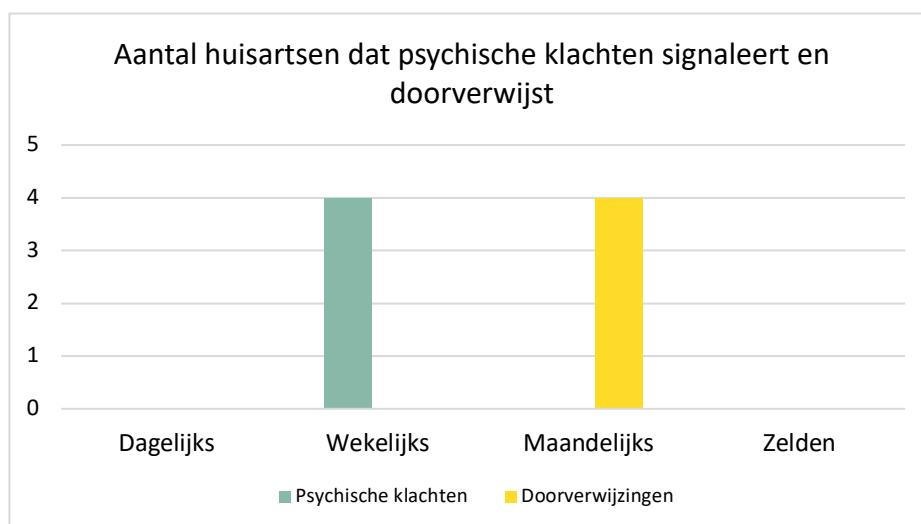
De resultaten in dit onderdeel zijn gebaseerd op vier ingevulde vragenlijsten door huisartsen. Zij beantwoordden vragen over hun rol tijdens de wachttijd, de ondersteuning die zij bieden, obstakels die zij in de praktijk ervaren en hun samenwerking met andere zorgverstrekkers.

In dit hoofdstuk wordt onderzocht hoe huisartsen kinderen en jongeren kunnen ondersteunen tijdens de lange wachttijd voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De resultaten van de bevraging worden thematisch gepresenteerd en bieden inzicht in de huidige rol van huisartsen, de obstakels die zij tegenkomen, de ondersteuning die zij zelf wensen en hun visie op de toekomst.

4.3.1 Aard en frequentie van klachten en doorverwijzingen

Uit de bevraging blijkt dat huisartsen wekelijks geconfronteerd worden met kinderen en jongeren die psychische klachten vertonen. Zoals weergegeven in Figuur 12, komen alle bevraagde huisartsen wekelijks in aanraking met kinderen en jongeren die psychische klachten ervaren. Daarentegen vinden doorverwijzingen naar gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ) doorgaans slechts maandelijks plaats. Deze discrepantie tussen het aantal gevallen dat huisartsen zien en het aantal doorverwijzingen naar de GGZ benadrukt een fundamenteel knelpunt in de zorgverlening.

De visuele vergelijking tussen de frequentie van psychische klachten en het aantal doorverwijzingen toont een significant verschil in de handelingsmogelijkheden van huisartsen. Hoewel huisartsen wekelijks psychische klachten signaleren bij jongeren, verwijzen zij gemiddeld slechts eenmaal per maand door naar gespecialiseerde zorg. Dit verschil kan grotendeels worden toegeschreven aan de beperkte capaciteit en de lange wachttijden binnen de GGZ. Hierdoor worden huisartsen geconfronteerd met een aanzienlijke zorgvraag, terwijl hun mogelijkheden om effectief door te verwijzen beperkt blijven.

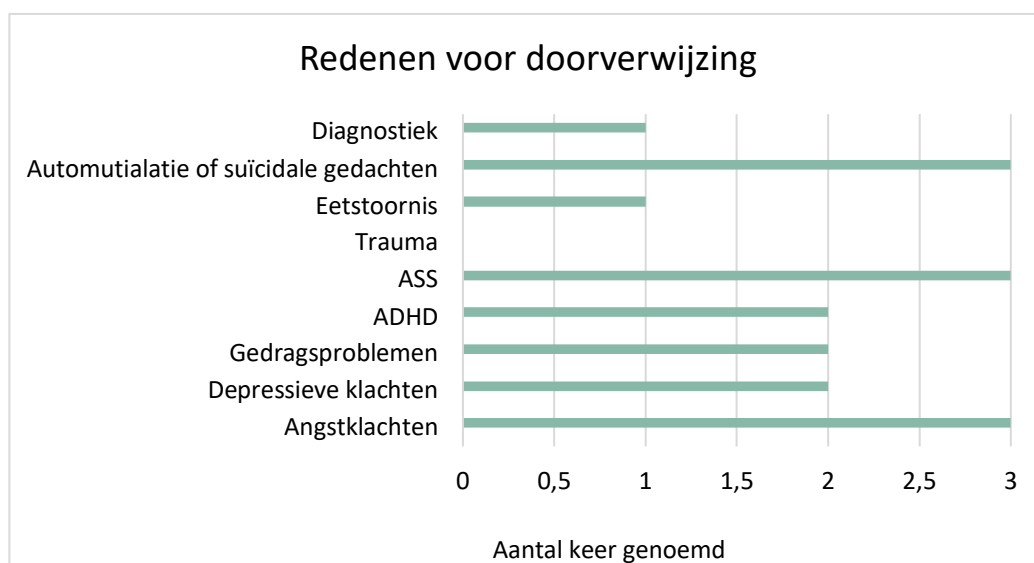


Figuur 12 – Frequentie waarin huisartsen psychische klachten signaleren en doorverwijzen

De beperkte frequentie van doorverwijzingen kan deels worden verklaard door de structurele problemen binnen de GGZ, zoals de beperkte beschikbaarheid van zorg en de lange wachttijden. Dit leidt er vaak toe dat huisartsen, ondanks de noodzaak voor gespecialiseerde zorg, de verantwoordelijkheid nemen om tijdelijk ondersteuning zelf te bieden. De gegevens wijzen dus niet alleen op de noodzaak van een sterkere eerstelijnszorg, maar ook op de urgente behoefte aan een betere afstemming tussen huisartsen en GGZ-instellingen om tijdig adequate zorg te bieden. Deze bevindingen benadrukken de zwaarbelaste rol van huisartsen in de eerstelijnszorg. Ze worden geconfronteerd met de uitdaging om jongeren op te vangen, terwijl er tegelijkertijd een tekort is aan beschikbare gespecialiseerde zorg. Dit legt de nadruk op de noodzaak voor een meer geïntegreerde zorgstructuur, waarin huisartsen beter ondersteund worden en de samenwerking met GGZ meer gestroomlijnd is. De gegevens wijzen op de centrale rol die huisartsen momenteel spelen in het opvangen van kinderen en jongeren met psychische klachten, maar ook op de noodzaak om deze rol structureel en duurzaam te versterken, met de nodige middelen en richtlijnen.

4.3.2 Redenen voor doorverwijzing naar GGZ

De redenen voor doorverwijzing naar gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ) worden in de huisartsenpraktijk voornamelijk bepaald door complexe en ernstige psychische problematieken. Uit de bevraging blijkt dat huisartsen vooral doorverwijzen voor autismespectrumstoornissen (ASS), angstklachten, automutilatie, depressieve klachten, eetstoornissen, ADHD, gedragsproblemen en concentratieproblemen. Drie huisartsen gaven aan door te verwijzen voor automutilatie, drie voor angstklachten en drie voor ASS. Twee huisartsen verwezen door voor ADHD, gedragsproblemen en depressieve klachten. Één huisarts verwees voor een eetstoornis en één voor diagnostische problematiek.



Figuur 13 – Redenen voor doorverwijzing door huisartsen, weergegeven naar aantal keer genoemd

Deze gegevens wijzen erop dat huisartsen goed in staat zijn om de ernst van de klachten van jongeren te herkennen en te bepalen wanneer gespecialiseerde zorg noodzakelijk is. De frequentie van doorverwijzing voor ernstige problematiek, zoals ASS, angstklachten en automutilatie, bevestigt dat huisartsen goed kunnen inschatten welke gevallen specialistische interventie vereisen. Dit duidt op een goede klinische kennis en een capaciteit om passende beslissingen te nemen in de zorg voor kinderen en jongeren met psychische klachten.

Echter, hoewel huisartsen goed in staat zijn deze inschattingen te maken, blijkt uit de bevraging dat zij vaak moeite hebben om deze inschattingen om te zetten in daadwerkelijke doorverwijzingen naar GGZ. De structurele knelpunten, zoals lange wachttijden, beperkte beschikbaarheid van hulp en onduidelijke verwijzingscriteria, bemoeilijken het proces van doorverwijzing. Deze belemmeringen maken het voor huisartsen moeilijk om de benodigde gespecialiseerde zorg tijdig aan te bieden, zelfs wanneer zij weten dat deze zorg vereist is. Dit benadrukt de dringende behoefte aan verbeteringen binnen de zorgstructuur, zodat huisartsen hun inschattingen daadwerkelijk kunnen omzetten in adequate doorverwijzingen.

4.3.3 Huidige ondersteuning tijdens de wachttijd

Om een beeld te krijgen van de rol die huisartsen opnemen tijdens de wachttijd voor geestelijke gezondheidszorg, werd hen gevraagd: “Welke interventies of vormen van ondersteuning biedt u momenteel aan kinderen en jongeren die op een wachtlijst staan voor de GGZ?”

Uit de antwoorden blijkt dat huisartsen in veel gevallen een actieve rol proberen op te nemen. Genoemde vormen van ondersteuning zijn onder meer:

- Kortdurende gesprekken met de jongere en/of ouders,
- Verwijzing naar externe partners zoals het CLB of eerstelijnspsychologen,
- Toepassing van laagdrempelige gespreksmethodieken,
- In sommige gevallen medicamenteuze ondersteuning.

Toch blijkt dat deze ondersteuning zelden structureel of uniform is. De meeste acties gebeuren op eigen initiatief van de huisarts, zonder duidelijke richtlijnen of afspraken. Dit leidt tot een uiteenlopende praktijkvoering tussen artsen, waarbij het persoonlijk engagement en de ervaring van de arts doorslaggevend zijn.

Wanneer deze bevindingen vergeleken worden met de ervaringen van jongeren, blijkt er niet altijd een sluitende overeenkomst. Meerdere jongeren gaven aan zich tijdens de wachttijd onvoldoende ondersteund te voelen. Dit duidt op een mogelijke discrepantie tussen de intentie van huisartsen en de manier waarop jongeren de geboden hulp ervaren.

Deze resultaten benadrukken het belang van een meer gestroomlijnde en toegankelijke aanpak, waarin de huisarts ook tijdens de wachttijd een duidelijke en betekenisvolle rol kan opnemen binnen het bredere GGZ-traject.

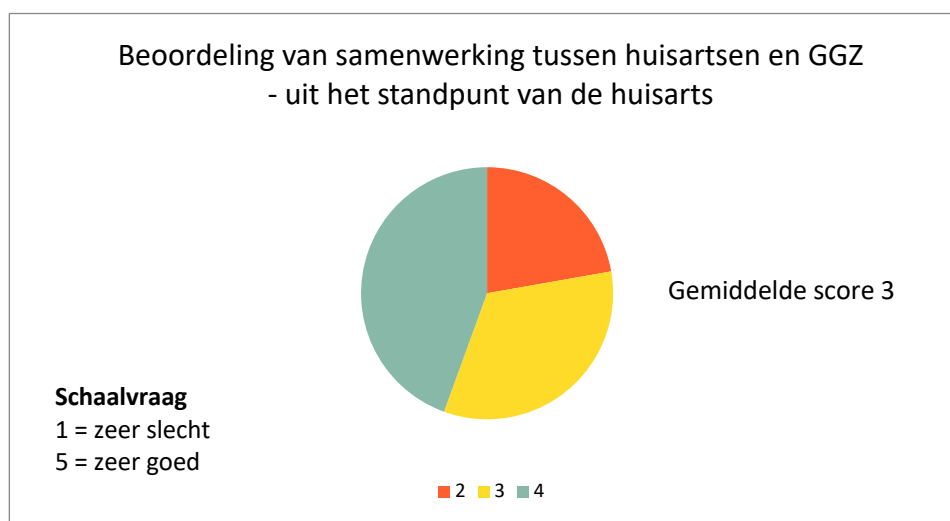
4.3.4 Samenwerking met GGZ

De samenwerking tussen huisartsen en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) werd door de bevroagde huisartsen over het algemeen als matig positief beoordeeld. De gemiddelde score bedroeg drie op vijf, wat wijst op een redelijke communicatie met ruimte voor verbetering. De beoordelingen varieerden: twee huisartsen gaven een score van drie, één huisarts gaf een score van twee en één huisarts beoordeelde de samenwerking met een vier. Deze variatie duidt op uiteenlopende ervaringen, waarbij sommige huisartsen de samenwerking als redelijk beschouwen en anderen als onvoldoende.

De meeste huisartsen ervaren de afstemming met GGZ-instellingen als beperkt. De terugkoppeling vanuit de GGZ verloopt niet altijd vlot, waardoor huisartsen vaak onvoldoende zicht hebben op het verdere verloop van het zorgtraject. Dit gebrek aan transparantie belemmert niet alleen de ondersteuning door de huisarts, maar kan ook de continuïteit van de zorg voor jongeren ondermijnen.

Daarnaast geven huisartsen aan dat zij onvoldoende inzicht hebben in de behandelmethoden en interventies die binnen de GGZ worden ingezet. Dit maakt het moeilijk om adequate vervolgzorg te organiseren en om hun patiënten optimaal te ondersteunen.

Op basis van deze bevindingen pleiten de huisartsen voor meer structurele terugkoppeling en duidelijkere communicatiekanalen met GGZ-instellingen zodat zij beter geïnformeerd blijven over de voortgang van hun patiënten en meer gericht vervolgzorg kunnen bieden.



Figuur 14 – Beoordeling van de samenwerking tussen huisartsen en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) weergegeven op een schaal van 1 (zeer slecht) tot 5 (zeer goed)

4.3.5 Beschikbare ondersteuning en hulpmiddelen tijdens de wachttijd

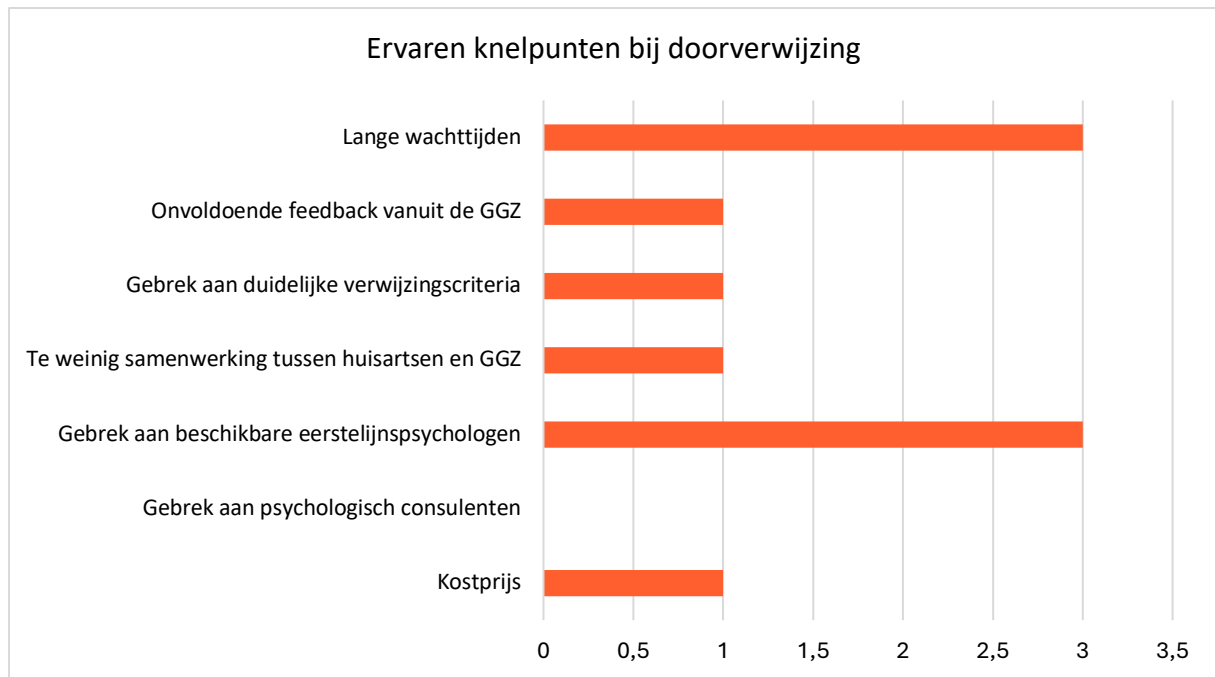
Tijdens de wachttijd ondersteunen huisartsen kinderen en jongeren via kortdurende gesprekken, verwijzingen naar eerstelijnspsychologen, CLB, en occasioneel medicatie. Sommigen gebruiken gespreksmethodieken of doorverwijskaarten, maar velen geven aan geen hulpmiddelen beschikbaar te hebben. Dit wijst op een gebrek aan een gestandaardiseerd en toegankelijk ondersteuningsaanbod.

4.3.6 Ervaren obstakels en knelpunten bij doorverwijzing

Huisartsen signaleren diverse structurele obstakels die hun betrokkenheid bij de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren bemoeilijken. Deze obstakels situeren zich zowel op het niveau van hun dagelijkse praktijk als in het bredere zorglandschap. De meest genoemde knelpunten zijn tijdsdruk, een beperkt aanbod aan doorverwijsmogelijkheden, lange wachttijden voor gespecialiseerde hulp, en een gebrek aan overzicht van alternatieve hulpbronnen.

Tijdens de enquêtes werd meermaals verwezen naar lange wachttijden binnen de GGZ, wat door drie huisartsen als één van de grootste struikelblokken werd benoemd. Ook het tekort aan beschikbare eerstelijnspsychologen werd door drie huisartsen aangehaald als een hinderpaal voor een vlotte doorverwijzing of tijdelijke overbrugging. Daarnaast vermeldden huisartsen ook nog onduidelijke verwijzingscriteria (één huisarts), hoge kosten voor ouders (één huisarts), een gebrek aan terugkoppeling vanuit GGZ-instellingen (één huisarts) en beperkte samenwerking tussen huisartsen en GGZ (één huisarts) als concrete knelpunten.

Deze beperkingen leiden tot gevoelens van machteloosheid, vooral wanneer huisartsen geconfronteerd worden met complexe psychische problematieken bij kinderen en jongeren waarvoor geen direct hulpaanbod beschikbaar is. Het gebrek aan laagdrempelige, toegankelijke alternatieven maakt het moeilijk om gepaste hulp te bieden tijdens de lange wachttijd. Tegelijkertijd zorgt het ontbreken van duidelijke verwijzingsrichtlijnen en structurele terugkoppeling ervoor dat huisartsen vaak in het ongewisse blijven over het verdere zorgtraject van hun patiënt. Dit brengt de continuïteit in het gedrang.



Figuur 15 – Ervaren knelpunten bij de doorverwijzing naar de GGZ volgens huisartsen

Deze bevindingen benadrukken de noodzaak van structurele hervormingen in het zorgtraject. Huisartsen pleiten voor:

- Heldere en toegankelijke richtlijnen voor doorverwijzing
- Betere samenwerking en afstemming met GGZ-instellingen
- Snellere toegang tot eerstelijnspsychologen en alternatieve zorgvormen
- Transparante en regelmatige terugkoppeling over het verloop van zorg

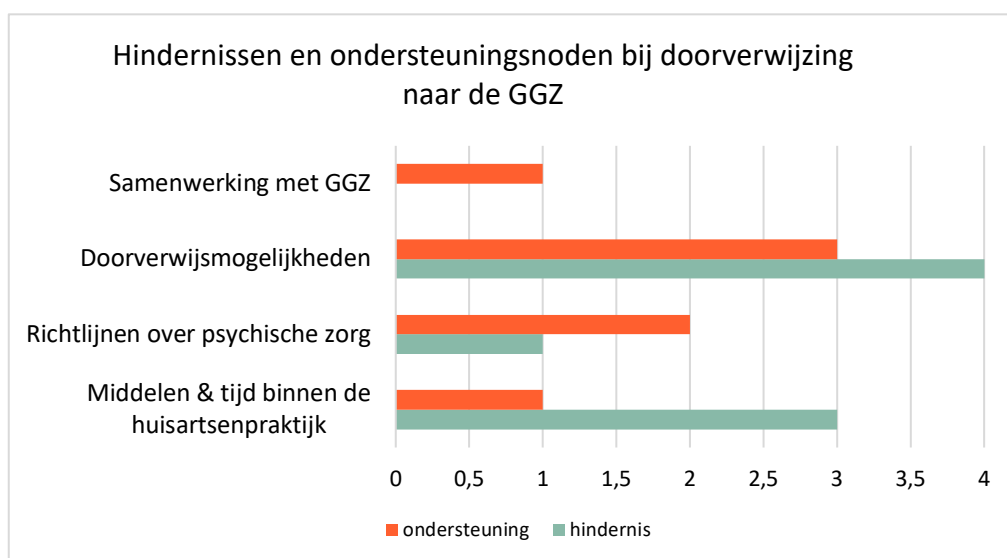
Zonder deze structurele verbeteringen dreigen kinderen en jongeren tussen wal en schip te vallen. Dit niet alleen ten koste van hun psychisch welzijn, maar ook ten nadele van de draagkracht van de eerstelijnszorg.

4.3.7 Belemmeringen en ondersteuningsnoden

Huisartsen ervaren verschillende praktische obstakels tijdens het ondersteunen van kinderen en jongeren met psychische klachten. Dit vooral vanwege de structurele belemmeringen in de zorgverlening. De belangrijkste obstakels die zij noemen zijn een gebrek aan doorverwijsmogelijkheden (vier keer genoemd), tijdsdruk (drie keer genoemd), onvoldoende kennis van psychologische interventies en het beperkte nut van het CLB (Centrum voor Leerlingenbegeleiding) bij het behandelen van een ernstigere problematiek. Deze obstakels maken het voor huisartsen moeilijk om effectief in te spelen op de psychische zorgbehoeften van kinderen en jongeren, vooral wanneer er geen andere geschikte doorverwijsmogelijkheden zijn en zij onvoldoende tijd hebben om diepgaande gesprekken te voeren.

Daarnaast geven huisartsen aan behoefte te hebben aan verschillende vormen van ondersteuning om hun zorgtaak te vergemakkelijken. De meeste genoemde behoeften zijn praktische hulpmiddelen zoals een duidelijk overzicht van beschikbare hulpverleningsmogelijkheden (drie keer genoemd), richtlijnen voor psychische zorg bij jongeren (twee keer genoemd), verbeterde communicatie met GGZ-instellingen en meer tijd en middelen binnen de huisartsenpraktijk. Deze noden wijzen duidelijk op de structurele aard van de problemen die huisartsen ervaren. Zonder voldoende ondersteuning vanuit het beleid en de zorgstructuur kunnen huisartsen hun rol als zorgverleners niet volledig vervullen.

De grootste obstakels blijven het gebrek aan doorverwijsmogelijkheden, lange wachttijden voor gespecialiseerde zorg en de voortdurende tijdsdruk die huisartsen ervaren. Daarnaast is er een gebrek aan overzicht van alternatieve zorgmogelijkheden en onvoldoende samenwerking met GGZ. Dit benadrukt dat de huidige eerstelijnszorg onvoldoende is gefaciliteerd om de zorg voor kinderen en jongeren met psychische klachten op een adequate manier te ondersteunen. Deze structurele tekorten vragen om beleidsmatige interventies die huisartsen beter in staat stellen om hun cruciale rol in het zorgtraject van kinderen en jongeren met psychische problemen te vervullen.



Figuur 16 – Hindernissen en ondersteuningsnoden bij doorverwijzing naar de GGZ volgens huisartsen

4.3.8 Gewenste ondersteuning en hulpmiddelen

Er is een duidelijke vraag naar meer handvatten om kinderen en jongeren adequaat te begeleiden. Huisartsen geven aan nood te hebben aan overzichtelijke informatie over beschikbare hulpvormen, richtlijnen voor de aanpak van psychische klachten bij kinderen en jongeren, en structureel overleg met GGZ-partners. Ook de vraag naar meer tijd en middelen binnen de praktijk is prominent aanwezig, net als de wens om via intervisie met collega's casussen te kunnen bespreken.

4.3.9 De rol van de huisarts: huidig en toekomstig

Huisartsen verschillen in hun beleving van hun rol. Sommigen geven aan zich onzeker te voelen bij een psychische problematiek, terwijl anderen zich net sterk engageren. Zij botsen dan weer op de grenzen van hun mogelijkheden. Voor de toekomst zien velen zichzelf als een schakel binnen een netwerk van een vertrouwenspersoon en coördinator. Deze rol dient echter duidelijk worden erkend en ondersteund met structurele middelen.

4.3.10 Suggesties van respondenten

Enkele huisartsen benadrukten het belang van betere dossierdeling en informatiedeling tussen huisarts, GGZ en andere betrokken hulpverleners met de bedoeling om continuïteit en samenhang in de zorg te waarborgen.

4.3.11 Conclusie

De bevraging maakt duidelijk dat huisartsen een essentiële maar kwetsbare positie innemen in het geestelijke gezondheidszorgtraject van kinderen en jongeren. Zij vervullen een opvangfunctie, begeleiden waar mogelijk en verwijzen gericht door. Vaak doen ze dit zonder de juiste middelen of ondersteuning. Willen huisartsen deze rol op een duurzame en kwaliteitsvolle manier blijven opnemen, dan is een versterking binnen de zorgketen noodzakelijk. Concrete aanbevelingen zijn betere samenwerking met GGZ, het verkrijgen van duidelijke richtlijnen, toegang tot hulpmiddelen en extra tijd en middelen binnen de eerstelijnszorg.

4.4 Ouders van kinderen en jongeren

De resultaten zijn gebaseerd op 32 ingevulde vragenlijsten van ouders van kinderen of jongeren die op een wachtlijst staan of stonden voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Ouders beantwoordden vragen over hun ervaringen met huisartsen, hun verwachtingen, de communicatie, en de bredere impact van de wachttijd op het gezin.

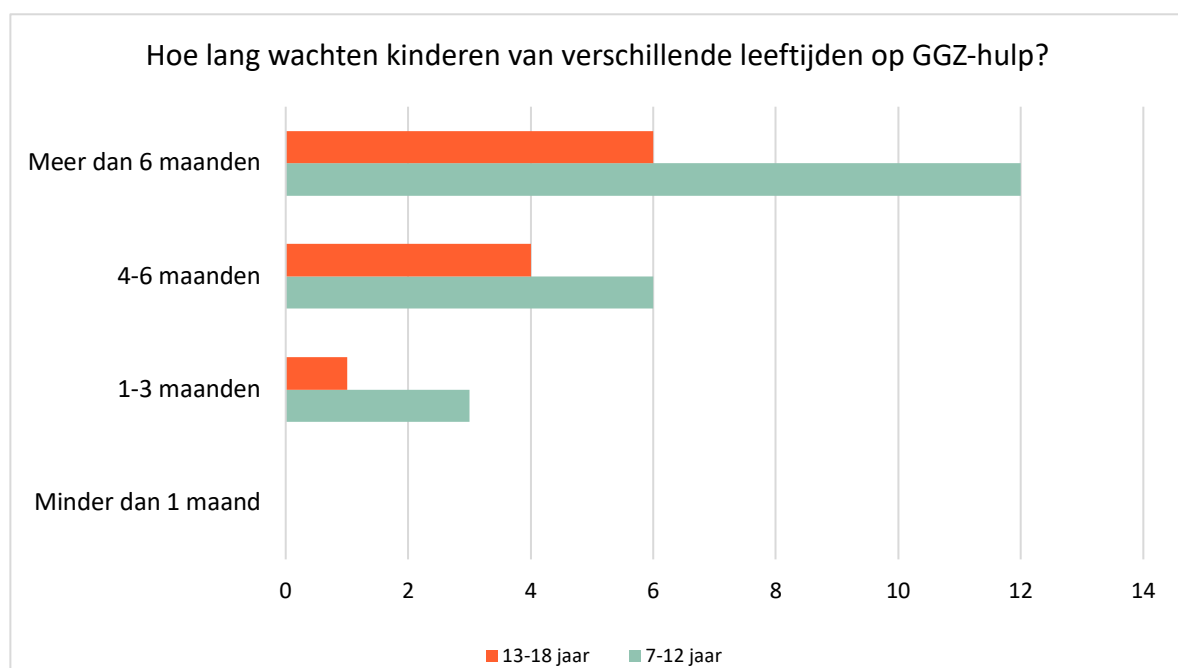
Dit gedeelte bespreekt de ervaringen en verwachtingen van ouders ten aanzien van de ondersteuning die huisartsen bieden tijdens de lange wachttijd voor GGZ. De gegevens zijn verzameld via een online enquête onder ouders van kinderen en jongeren die wachten op GGZ-hulp. De resultaten bieden inzicht in zowel de ervaren als de gewenste ondersteuning, evenals de impact van de lange wachttijd op het welzijn van het kind en de ouders.

4.4.1 Leeftijd van het kind en wachttijd

De kinderen van de bevroagde ouders (32 respondenten) waren tussen de 7 en 18 jaar oud, met een gemiddelde leeftijd van tien jaar. De wachttijd voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg varieerde sterk, waarbij de meeste ouders wachttijden tussen de 4 en 12 maanden rapporteerden. De verdeling van de wachttijden per leeftijdsgroep is weergegeven in Figuur 17.

De verdeling van de wachttijden per leeftijdsgroep is als volgt:

- Voor kinderen van 13–18 jaar wachtten zes respondenten langer dan zes maanden, vier respondenten tussen de vier en zes maanden, en één respondent tussen de één en drie maanden.
- Voor kinderen van 7–12 jaar gaven 12 ouders aan langer dan zes maanden te moeten wachten, zes ouders wachtten tussen de vier en zes maanden, en drie ouders rapporteerden een wachttijd van één tot drie maanden.



Figuur 17 – Wachttijden voor GGZ-hulp bij kinderen van 7-12 jaar en 13-18 jaar

Uit de gegevens blijkt dat de wachttijd een bepalende factor was in de ervaring van ouders met de ondersteuning van hun huisarts. Hoe langer de wachttijd, hoe vaker ouders aangaven dat zij behoefte hadden aan tussentijdse ondersteuning of opvolging door hun huisarts.

Ouders van oudere kinderen (13-18 jaar) gaven vaker aan dat de wachttijd als moeilijker werd ervaren. Dit had deels te maken met de ontwikkelingsfase waarin deze kinderen zich bevonden. Sociale, emotionele en academische uitdagingen waren hierbij prominenter. Ouders in deze groep ervoeren de wachttijd als extra belastend door de complexiteit van de problemen waarmee hun kinderen te maken hadden.

Bij jongere kinderen (7-12 jaar) lag de nadruk vaak meer op gedragsproblemen. Ouders gaven aan dat de wachttijd stressvol was, vooral omdat gedragsproblemen snel konden verergeren zonder de juiste professionele begeleiding. Dit maakte de wachttijd extra zwaar voor ouders. Ze hadden het gevoel dat het welzijn van hun kind in gevaar was zonder tijdige zorg.

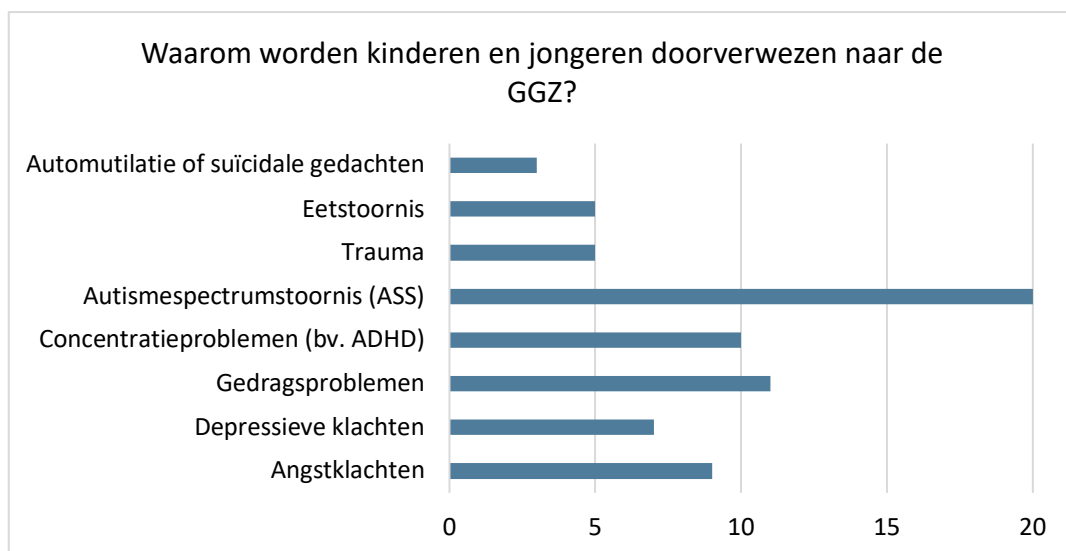
4.4.2 Reden van doorverwijzing naar GGZ

In totaal werden 32 vragenlijsten ingevuld. De redenen voor doorverwijzing naar de GGZ varieerden sterk. De meest genoemde redenen in dit onderzoek waren gedragsproblemen, eetstoornissen, trauma, autismespectrumstoornis (ASS), ADHD, depressieve klachten, angstklachten en automutilatie of suïcidale gedachten. Het gaat dus om een combinatie van gedragsproblemen en emotionele moeilijkheden.

Gedragsproblemen, zoals agressief gedrag, terugtrekking en stemmingswisselingen, werden door 34,38% van de respondenten (11 van de 32) genoemd als belangrijke reden voor verwijzing. Daarnaast gaf 28,13% (9 van de 32) angstklachten op als voornaamste reden.

Ouders gaven aan dat het soms moeilijk was om te bepalen of het gedrag van hun kind binnen het normale ontwikkelingspatroon viel of wees op ernstigere psychische problemen. Depressieve klachten werden door 21,88% (7 van de 32) genoemd als bron van onzekerheid over de juiste aanpak. Daarnaast maakte 9,38% (3 van de 32) zich zorgen over automutilatie of suïcidale gedachten.

Verder noemde 15,63% van de respondenten (5 van de 32) eetstoornissen en eveneens 15,63% trauma als reden voor doorverwijzing. Tot slot gaf 62,5% (20 van de 32) aan dat hun kind werd doorverwezen vanwege ASS, en 31,25% (10 van de 32) noemde ADHD als verwijzingsreden.

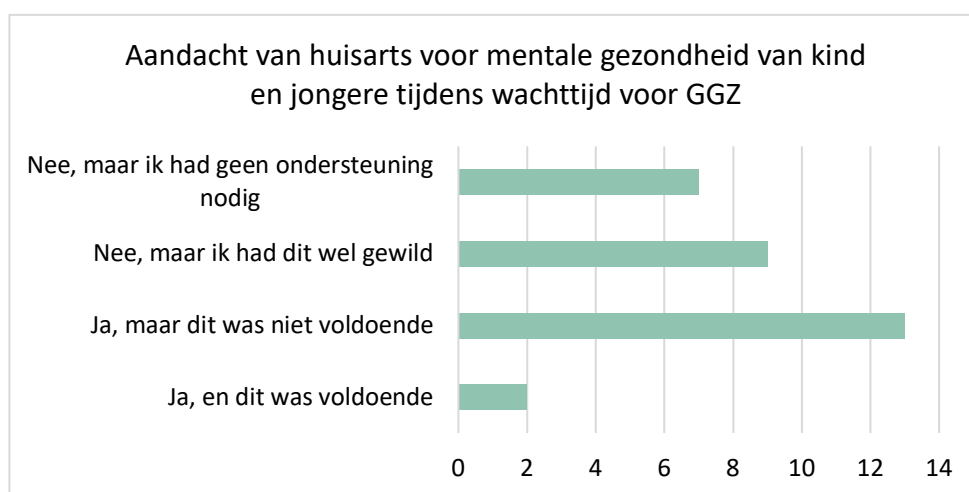


Figuur 18 – Redenen voor doorverwijzing van kinderen en jongeren naar GGZ

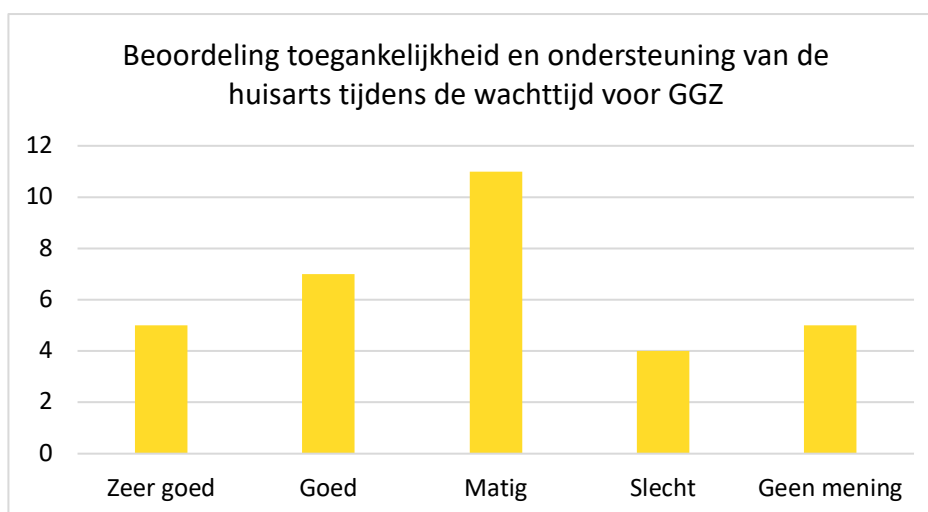
4.4.3 Ervaren ondersteuning door huisartsen

De beoordeling van de rol van de huisarts varieert sterk. Slechts een minderheid van de ouders vond de ondersteuning zeer goed (vijf respondenten), terwijl het merendeel een matige (elf respondenten) of slechte (vier respondenten) ervaring rapporteerde. Slechts twee ouders gaven aan dat de ondersteuning voldoende was. Daarnaast meldden negen ouders dat ze geen ondersteuning ontvingen, maar dit wel gewenst hadden.

Positieve ervaringen, zoals “de huisarts was altijd beschikbaar en luisterde oprecht”, kwamen slechts sporadisch voor. De meeste huisartsen boden enkel een doorverwijzing aan en waren vervolgens niet meer betrokken bij opvolging. In sommige gevallen werd zelfs de doorverwijzing geweigerd of onvoldoende opgevolgd. Dit leidde bij ouders tot een gevoel van verlatenheid, zeker gezien de ernst van de situatie waarin hun kind zich bevond.



Figuur 19 – Ervaren aandacht van huisarts voor de mentale gezondheid van kinderen en jongeren tijdens de wachttijd voor GGZ, volgens



Figuur 20 – Beoordeling van de toegankelijkheid en ondersteuning door huisartsen tijdens de wachttijd voor GGZ, volgens ouders van kinderen en jongeren

4.4.4 Aard van de ondersteuning door huisartsen

Uit de antwoorden van 32 respondenten blijkt dat de aard van de ondersteuning door huisartsen tijdens de wachttijd sterk varieerde. Op basis van de open antwoorden konden de volgende categorieën van ondersteuning worden onderscheiden:

- Geen ondersteuning: 13 respondenten (40,63%) gaven aan dat zij geen enkele vorm van hulp ontvingen van hun huisarts. In sommige gevallen werd zelfs geen verwijzing gedaan, of was de huisarts helemaal niet betrokken.
- Luisterend oor/emotionele steun: 9 respondenten (28,13%) benoemden dat de huisarts een luisterend oor bood, mededacht of begrip toonde.
- Gesprekken en actieve ondersteuning (zoals opvolgafspraken of het zoeken naar structurele oplossingen): 2 respondenten (6,25%) kregen gesprekken of actieve begeleiding aangeboden.
- Praktische hulp of medicatie (zoals attesten, melatonine, doorverwijzing naar praktijkondersteuner of tips naar alternatieve hulp): 8 respondenten (25%) gaven aan dat zij op praktische manier werden ondersteund.
- Verwijzing via kinderarts, niet huisarts: 2 respondenten (6,25%) gaven aan dat de verwijzing en opvolging geheel via de kinderarts verliep, zonder betrokkenheid van de huisarts.

Deze cijfers tonen aan dat er grote verschillen bestaan in hoe huisartsen omgaan met de lange wachttijd voor geestelijke gezondheidszorg. 59,38% van de ouders gaf aan dat hun huisarts actief beschikbaar was voor steun of begeleiding. De overige 40,63% gaf aan of geen ondersteuning te hebben ontvangen, of dat de huisarts niet betrokken was bij het traject.

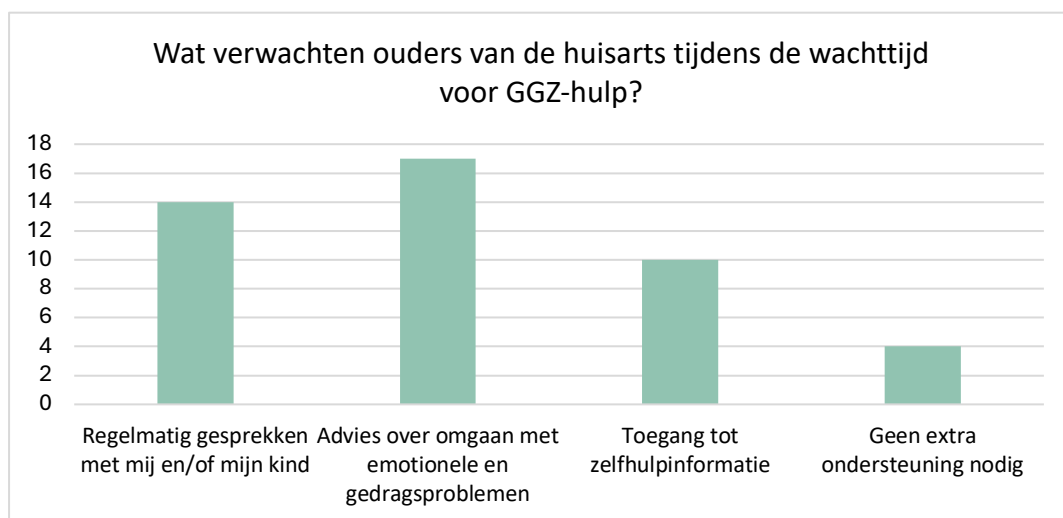
Er is dus een gebrek aan eenduidige richtlijnen voor huisartsen in het omgaan met kinderen met psychische klachten en er is een risico op een onderbroken zorgtraject voor gezinnen.

4.4.5 Verwachtingen van ouders ten aanzien van huisartsen en gewenste steun tijdens de wachttijd

4.4.5.1 Verwachtingen van ouders ten aanzien van huisartsen

Ouders hebben specifieke verwachtingen van hun huisarts tijdens de lange wachttijd voor gespecialiseerde zorg. De huisarts wordt niet alleen gezien als een doorverwijzer naar gespecialiseerde hulp, maar ook als een belangrijke begeleider in deze periode. De belangrijkste verwachtingen van ouders ten aanzien van hun huisarts zijn als volgt:

- Regelmatige gesprekken met het kind en/of de ouders: 43,75% van de ouders (14 van de 32 respondenten) gaf aan dat zij behoefte hebben aan regelmatige gesprekken om de voortgang van hun situatie te bespreken en een gevoel van continuïteit in de zorg te ervaren.
- Praktisch advies over de omgang met gedrags- en emotionele problemen: 53,13% van de ouders (17 van de 32 respondenten) verwachten praktisch advies van de huisarts over hoe ze het beste om kunnen gaan met de gedrags- en emotionele problemen van hun kind. Dit geeft aan dat ouders van hun huisarts concrete, toepasbare structurele oplossingen voor de dagelijkse uitdagingen willen ontvangen.
- Toegang tot zelfhulpinformatie of alternatieve begeleiding (zoals kindercoaches of ontspanningstechnieken): 31,25% van de ouders (10 van de 32 respondenten) gaven aan behoefte te hebben aan zelfhulpinformatie of alternatieve vormen van begeleiding, zoals kindercoaches of ontspanningstechnieken. Dit wijst op een interesse in aanvullende, niet-medische zorg naast de reguliere benadering.
- Geen verwachtingen of geen behoefte aan ondersteuning via de huisarts: 12,50% van de ouders (4 van de 32 respondenten) gaven aan geen verwachtingen te hebben van de huisarts en geen behoefte te voelen aan extra ondersteuning tijdens de lange wachttijd.



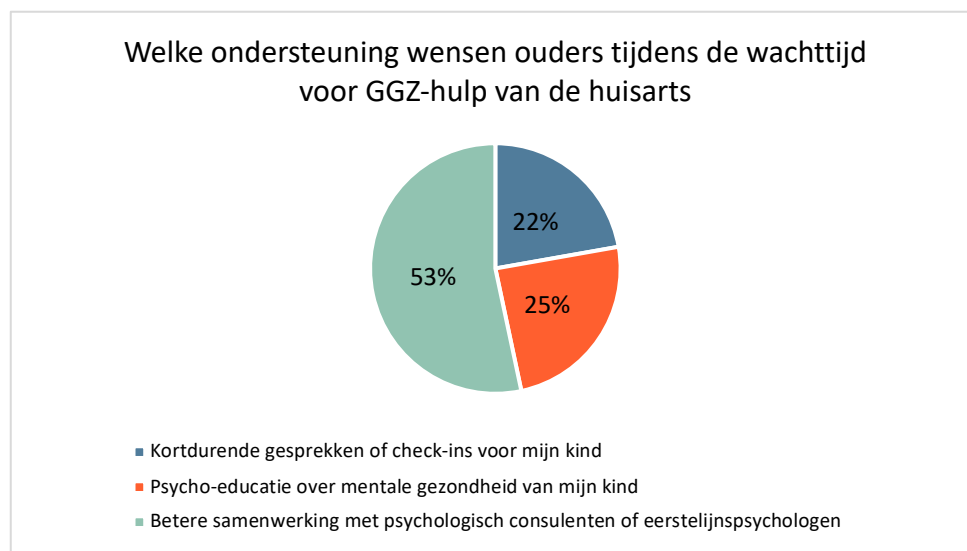
Figuur 21 – Verwachtingen van ouders ten aanzien van de rol van de huisarts tijdens de wachttijd voor GGZ-hulp

Deze cijfers benadrukken de uitgesproken behoefte aan continuïteit van zorg. Ouders verwachten van hun huisarts niet alleen een medische doorverwijzing, maar ook actieve betrokkenheid tijdens de lange wachttijd. De huisarts wordt gezien als een bron van ondersteuning, informatie en geruststelling, zelfs in afwezigheid van een formele diagnose. Wanneer deze betrokkenheid ontbreekt, ervaren ouders vaak frustratie, onzekerheid en het gevoel er alleen voor te staan.

4.4.5.2 Behoefte aan ondersteuning en informatie tijdens de wachttijd

Uit het onderzoek blijkt dat ouders behoefte hebben aan meer structurele ondersteuning tijdens de wachttijd voor GGZ-hulp. De belangrijkste vormen van ondersteuning die ouders aangeven, zijn als volgt:

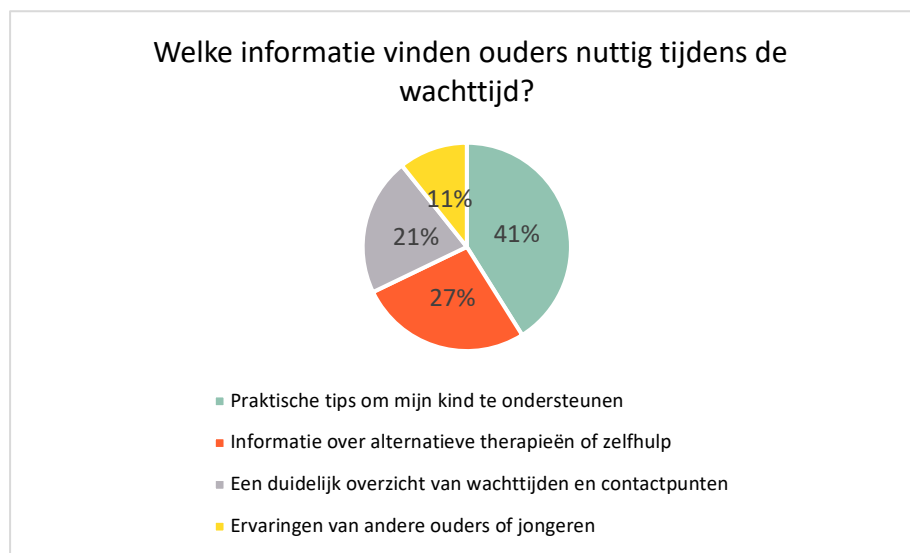
- Opvolggesprekken (telefonisch of fysiek): 22% van de ouders gaf aan dat opvolggesprekken hen zouden helpen om in contact te blijven met zorgverleners en om hun situatie beter te bespreken.
- Psycho-educatie en mentale ondersteuning: 25% van de ouders benadrukte het belang van psycho-educatie en mentale ondersteuning om beter om te gaan met de situatie van hun kind en hun eigen welzijn te behouden tijdens de wachttijd.
- Sneller overleg met andere zorgverleners (zoals het CLB of eerstelijnszorgpsychologen): 53% van de ouders gaf aan dat zij behoefte hebben aan sneller overleg tussen zorgverleners om efficiënter naar structurele oplossingen te zoeken en sneller hulp te krijgen.



Figuur 22 – Wensen van ouders voor ondersteuning door de huisarts tijdens de wachttijd voor GGZ-hulp

Daarnaast legden ouders een sterke nadruk op de praktische informatie die zij nodig hebben tijdens de wachttijd. De meest gewenste vormen van informatie zijn:

- Duidelijkheid over de duur van de wachttijd: 21% van de ouders gaf aan dat het voor hen belangrijk is om duidelijkheid over de wachttijd te krijgen, zodat ze zich beter kunnen voorbereiden en plannen.
- Ervaringen van anderen: 11% van de ouders gaf aan dat ze deze ervaringen nuttig zouden vinden om hen beter te begrijpen tijdens de wachttijd.
- Alternatieve therapieën: 27% van de ouders zou graag meer informatie krijgen over alternatieve therapieën zoals kinderyoga, kindercoach...
- Zelfhulptips over ontspanning, communicatie en emotieregulatie: 65% van de ouders gaf aan dat zelfhulptips nuttig zouden zijn om beter om te gaan met stress en emoties tijdens de wachttijd.



Figuur 23 – Informatie die ouders nuttig vinden tijdens de wachttijd voor GGZ-hulp

4.4.5.3 Vergelijking van de verwachtingen en gewenste steun

De verwachtingen van ouders ten aanzien van hun huisarts zijn voornamelijk gericht op praktische ondersteuning en doorverwijzing naar geschikte hulpbronnen. Ouders verwachten regelmatige gesprekken en advies over hoe ze het beste met gedrags- en emotionele problemen kunnen omgaan. Ze zien de huisarts als een belangrijke schakel in het bieden van praktische en informatieve steun, zelfs als de wachttijd voor gespecialiseerde zorg lang is.

De gewenste steun daarentegen, gaat verder dan alleen de rol van de huisarts. Ouders verwachten niet alleen medische doorverwijzing, maar ook mentale en emotionele ondersteuning, evenals pragmatische informatie om hen te helpen de wachttijd beter door te komen. Veel ouders hebben aangegeven behoefte te hebben aan opvolggesprekken en psycho-educatie, iets wat in de verwachtingen van de huisartsrol zelf minder prominent aanwezig is. Dit geeft aan dat ouders meer zoeken dan alleen praktische adviezen. Ze verlangen ook naar een grotere emotionele betrokkenheid en ondersteuning in het omgaan met de onzekerheden van de lange wachttijd.

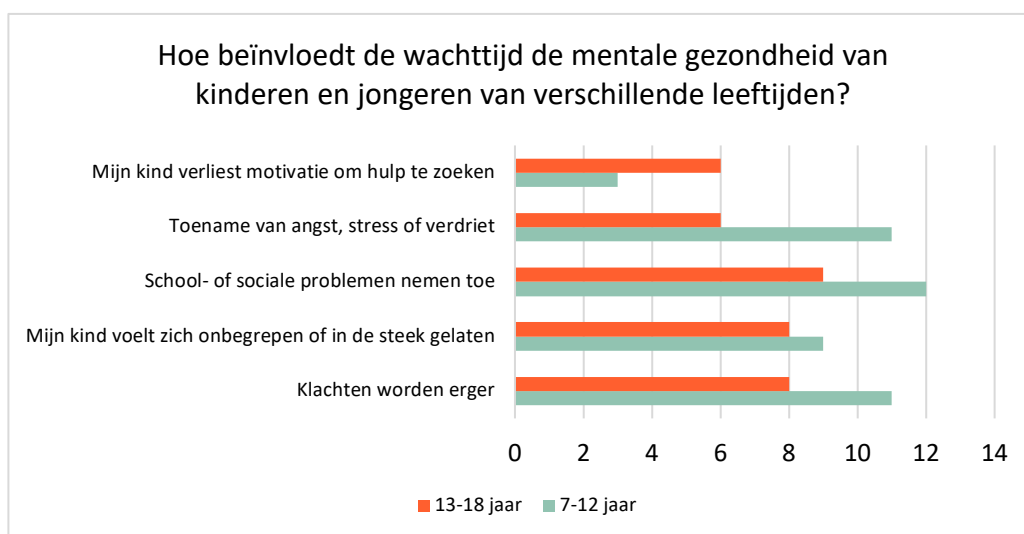
Daarnaast blijkt dat zelfhulpinformatie, alternatieve vormen van begeleiding en crisiscontacten belangrijke onderdelen zijn van de gewenste steun die ouders zoeken. Deze komen echter minder vaak terug in de verwachtingen ten aanzien van huisartsen. Dit suggereert dat ouders zowel behoefte hebben aan zelfstandige middelen om de situatie aan te pakken, als aan ondersteuning van zorgprofessionals om hen hierin te begeleiden.

4.4.6 Impact van de lange wachttijd op het kind en ouders

De wachttijd voor gespecialiseerde hulp heeft aanzienlijke gevolgen voor het welzijn van zowel kinderen als ouders. Ouders meldden verschillende negatieve effecten, die variëren afhankelijk van de leeftijd van het kind. De belangrijkste gevolgen van de wachttijd per leeftijdsgroep zijn als volgt:

- **Verslechtering van klachten:** 11 ouders van kinderen tussen 7 en 12 jaar gaven aan dat de klachten van hun kinderen erger werden, terwijl 8 ouders van kinderen tussen 13 en 18 jaar dit ook rapporteerden.
- **Gevoelens van onbegrip of in de steek gelaten worden:** 9 ouders van kinderen tussen 7 en 12 jaar meldden dat hun kind zich onbegrepen voelde of het gevoel had in de steek gelaten te worden, tegenover 8 ouders van kinderen tussen 13 en 18 jaar.
- **Toename van school- of sociale problemen:** 12 ouders van kinderen tussen 7 en 12 jaar gaven aan dat de school- of sociale situatie van hun kind verslechterde, terwijl 9 ouders van kinderen tussen 13 en 18 jaar ditzelfde rapporteerden.
- **Toename van angst, stress of verdriet:** 11 ouders van kinderen tussen 7 en 12 jaar gaven aan dat hun kind meer last had van angst, stress of verdriet door de wachttijd, tegenover 6 ouders van kinderen tussen 13 en 18 jaar.
- **Verlies van motivatie om hulp te zoeken:** 3 ouders van kinderen tussen 7 en 12 jaar meldden dat hun kind de motivatie verloor om hulp te zoeken, terwijl 6 ouders van kinderen tussen 13 en 18 jaar dit ervoeren.

Naast de impact op de kinderen zelf, had de lange wachttijd ook een aanzienlijke invloed op de ouders. Één ouder gaf aan zich uitgeput te voelen door het langdurige wachten zonder adequate ondersteuning. Dit werd als bijzonder zwaar ervaren wanneer er geen tussentijdse steun beschikbaar was om de situatie tijdelijk te verlichten. Ouders voelden zich vaak machteloos, wat de druk binnen het gezin verder vergrootte.



Figuur 24 – Effect van de wachttijd op de mentale gezondheid van kinderen en jongeren van verschillende leeftijden (7-12 jaar en 13-18 jaar)

4.4.7 Beoordeling van de ondersteuning

De algemene beoordeling van de geboden ondersteuning door huisartsen was overwegend negatief. De meeste ouders gaven aan dat ze slechts een doorverwijzing ontvingen, zonder verdere opvolging. Er was een duidelijke behoefte aan meer betrokkenheid van huisartsen, waaronder:

- Regelmatige opvolggesprekken
- Emotionele steun
- Informatie en begeleiding over zelfhulp en alternatieve zorg

Daarnaast kwamen er suggesties naar voren voor meer laagdrempelige hulp in afwachting van GGZ en structurele samenwerking tussen huisartsen, het CLB en eerstelijnszorg. Er werd ook opgemerkt dat meer aandacht nodig is voor psychische klachten die zich niet altijd via gedragsveranderingen uiten en dat er meer empathie van huisartsen verwacht wordt.

Veel ouders waren ontevreden over de informatie en ondersteuning die zij kregen van hun huisarts. Vaak werd enkel een doorverwijzing verstrekt, zonder verdere opvolging of toelichting over wachttijd, alternatieven of zelfhulp.

*"We kregen geen info, zelfs niet wanneer we iemand konden verwachten.
We stonden er alleen voor." (Ouder 1)*

Dit kan wijzen op een informatie- en communicatiebreuk tussen de huisarts en de ouders. Het verstrekken van basisinformatie en het actief ondersteunen van ouders kan de wachttijd minder belastend maken.

4.4.8 Conclusie

De resultaten tonen aan dat ouders zich vaak in de steek gelaten voelen tijdens de lange wachttijd voor gespecialiseerde GGZ. Er is een duidelijke kloof tussen hun verwachtingen en de realiteit. Ouders hopen op meer betrokkenheid, erkenning en opvolging door hun huisarts. Hoewel sommige artsen deze rol wel opnemen, is de ervaring sterk afhankelijk van de individuele arts.

Een huisarts kan volgens de respondenten het verschil maken door:

- Regelmatig contact te houden met het gezin
- Informatie te geven over zelfhulp of overbrugging
- Ouders actief te ondersteunen
- Doorverwijzingen op te volgen als onderdeel van een zorgtraject

Er is nood aan duidelijke richtlijnen en meer ondersteuning voor huisartsen, bijvoorbeeld via samenwerking met eerstelijnszorgpsychologen of meer consulttijd voor mentale zorg.

In de toekomst zou het zorgsysteem kunnen profiteren van een meer proactieve rol voor huisartsen in het overbruggen van de wachttijd, waarbij zij naast doorverwijzingen ook actief informatie en ondersteuning bieden. Ook samenwerkingen aangaan met andere zorgverleners zoals eerstelijnszorgpsychologen blijkt een succesverhaal.

4.5 GGZ-professionals

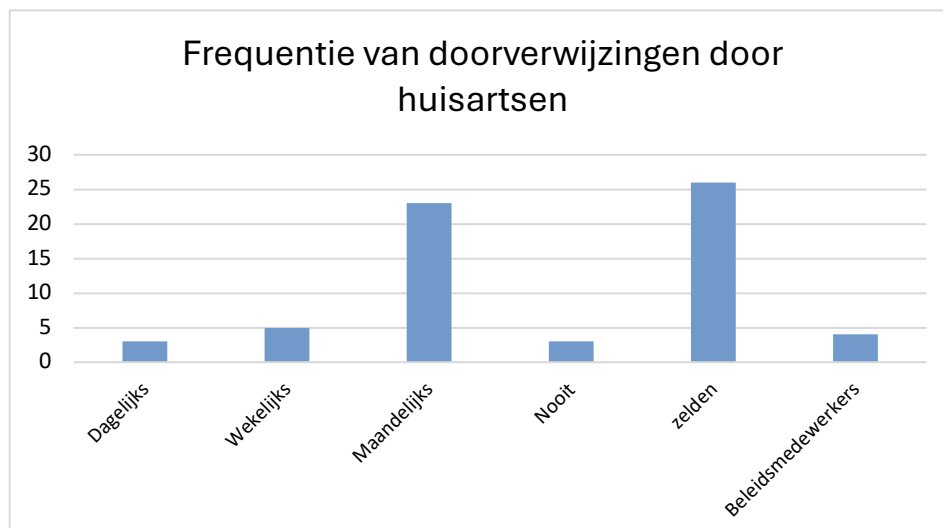
De input in dit gedeelte is gebaseerd op 64 enquêtes van GGZ-professionals. Zij deelden hun ervaringen over kinderen en jongeren in de wachttijd, de rol van de huisarts en gewenste samenwerkingsvormen.

Een online bevraging onder GGZ-professionals en beleidsmedewerkers werd uitgevoerd om de onderzoeksvraag "Hoe kunnen huisartsen kinderen en jongeren ondersteunen tijdens lange wachttijden voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg?" te onderbouwen. De focus lag op ervaringen met doorverwijzingen, samenwerking met huisartsen, knelpunten en mogelijke structurele oplossingen. De resultaten bieden waardevolle inzichten in de samenwerking tussen eerste- en tweedelijnszorg en de impact van lange wachttijden op de ondersteuning.

4.5.1 Frequentie van doorverwijzingen

Uit de bevraging, ingevuld door 60 GGZ-professionals en 4 beleidsmedewerkers, blijkt dat de frequentie van doorverwijzingen door huisartsen naar GGZ-professionals sterk varieert. Slechts een klein aantal respondenten gaf aan dagelijks (3) of wekelijks (5) doorverwijzingen te ontvangen voor kinderen en jongeren met psychische klachten. De meerderheid meldde dat zij maandelijks (23) doorverwijzingen ontvangen. Anderzijds geeft een aanzienlijk deel van de respondenten aan zelden (26) of nooit (3) doorverwijzingen te ontvangen.

Deze spreiding wordt visueel weergegeven in Figuur 25, waarin de variatie in doorverwijzingsfrequentie duidelijk zichtbaar is. De grote spreiding wijst op een gebrek aan uniformiteit en gestructureerde afstemming binnen het verwijzingsproces. De betrokkenheid van huisartsen bij de psychische hulpverlening aan jongeren blijkt sterk te variëren, mogelijk als gevolg van regionale verschillen, de organisatie van de zorg, of door de individuele werkwijzen van huisartsen. Dit gebrek aan consistentie benadrukt de noodzaak voor een meer gestandaardiseerde en geoptimaliseerde verwijzingsstructuur tussen de eerste- en tweedelijnszorg.

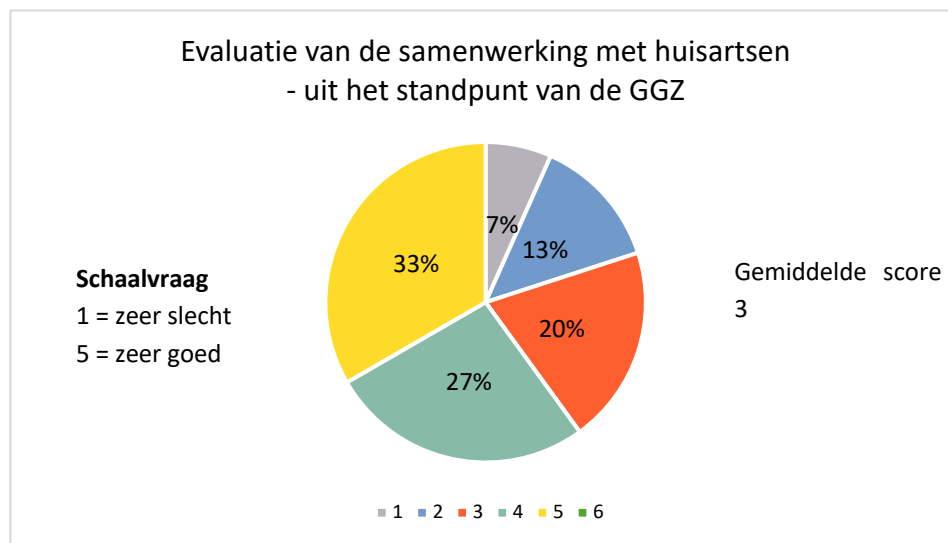


Figuur 25 – Frequentie van doorverwijzingen door huisartsen naar andere instanties, weergegeven per tijdsinterval

4.5.2 Beoordeling van de samenwerking

GGZ-professionals werden gevraagd om de samenwerking met huisartsen te beoordelen op een schaal van 1 (zeer slecht) tot 5 (uitstekend). De gemiddelde score bedroeg ongeveer drie op vijf, wat wijst op een matige samenwerking. Opvallend is dat ongeveer een derde van de respondenten de samenwerking als goed beoordeelt, wat duidt op positieve ervaringen bij een aanzienlijk aantal zorgverleners. Sommige respondenten gaven zelfs een score van vier op vijf, wat wijst op een eerder positieve dan negatieve samenwerking.

Tegelijkertijd gaf 20% van de respondenten aan de samenwerking als slecht of zeer slecht te ervaren. Dit wijst op aanzienlijke knelpunten bij een kleiner, maar niet onbelangrijk deel van de professionals. De gemengde beoordelingen benadrukken de noodzaak om de samenwerking te verbeteren. Vooral op het gebied van communicatie en gedeelde verantwoordelijkheid. Er is behoefte aan meer structurele afstemming en betere communicatie tussen de betrokken zorgverleners, zodat huisartsen effectiever kunnen bijdragen aan de psychische zorg van kinderen en jongeren, zeker tijdens de wachttijden voor gespecialiseerde hulp.



Figuur 26 – Evaluatie van de samenwerking met huisartsen vanuit het perspectief van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), weergegeven op een schaal van 1 (zeer slecht) tot 5 (zeer goed)

4.5.3 Knelpunten in de ondersteuning tijdens de wachttijd

De bevraging bracht verschillende knelpunten aan het licht die de ondersteuning van kinderen en jongeren tijdens de wachttijd bemoeilijken. Volgens de GGZ-professionals waren de meest genoemde knelpunten:

- Gebrek aan beschikbare tijd bij huisartsen: 8 respondenten gaven aan dat huisartsen vaak te weinig tijd hebben om effectieve ondersteuning te bieden tijdens de wachttijd.
- Onvoldoende doorverwijsmogelijkheden in de eerstelijnszorg: 26 respondenten meldden dat er een gebrek is aan adequate doorverwijsmogelijkheden in de eerstelijnszorg, wat de wachttijden verlengt en de continuïteit van zorg belemmert.
- Onvoldoende kennis bij huisartsen over psychische problemen bij jongeren: 9 respondenten gaven aan dat huisartsen vaak onvoldoende kennis hebben over de specifieke psychische problemen die bij jongeren spelen, wat leidt tot een verminderde kwaliteit van zorg.
- Beperkte communicatie tussen huisarts en andere zorgverleners: 19 respondenten benoemden het gebrek aan effectieve communicatie tussen huisartsen en andere zorgverleners als een belangrijk knelpunt, wat de coördinatie en continuïteit van zorg tijdens de wachttijd negatief beïnvloedt.

Daarnaast werden nog andere relevante knelpunten genoemd, zoals de onduidelijkheid bij kinderen, jongeren en hun ouders over waar zij terechtkunnen voor hulp, en het bestaan van taboes rond geestelijke gezondheidszorg bij kinderen en jongeren. Dit alles zou hen kunnen ontmoedigen om tijdig hulp te zoeken.



Figuur 27 – Knelpunten in de ondersteuning van kinderen en jongeren tijdens de wachttijd volgens zorgverleners

4.5.4 Gevolgen van lange wachttijden volgens de GGZ-professionals

De lange wachttijden voor gespecialiseerde zorg hebben aanzienlijke gevolgen voor de mentale gezondheid en het welzijn van kinderen en jongeren. Dit onderzoek identificeerde meerdere negatieve effecten die voortvloeien uit het uitblijven van tijdige hulpverlening. De gegevens benadrukken de ernst van deze gevolgen en de dringende noodzaak tot verbeterde toegang tot geestelijke gezondheidszorg. De gerapporteerde gevolgen sluiten grotendeels aan bij de ervaringen van kinderen en jongeren zelf, hoewel er enkele nuances zichtbaar zijn.

4.5.4.1 *Verergering van psychische klachten*

De meest verontrustende bevinding is de verergering van psychische klachten als gevolg van het lange wachten zoals angst en depressie. 22 professionals gaven aan dat het gebrek aan tijdige hulpverlening leidde tot een toename van de ernst van klachten. Ook zeven kinderen en jongeren bevestigden dat hun symptomen verergerden tijdens de wachttijd. Deze verergering kan jongeren in een vicieuze cirkel brengen, waarin hun problemen toenemen en hun vermogen om hiermee om te gaan afneemt.

4.5.4.2 *Toename crisissituaties*

Een ander opvallend gevolg is de stijging van het aantal crisissituaties, zoals automutilatie en suïcidale gedachten. 28 professionals rapporteerden dat de psychische nood onder jongeren door het lange wachten zo hoog opliep dat er ernstige crisisverschijnselen ontstonden. Dit werd eveneens bevestigd door vier kinderen en jongeren. Deze bevinding benadrukt dat de huidige wachttijden ernstige risico's opleveren voor het welzijn en zelfs het leven van jongeren, en dat er bijgevolg dringend meer aandacht moet komen voor crisispreventie en spoedzorg.

4.5.4.3 *Problemen op school*

De impact van wachttijden strekt zich ook uit naar het schoolleven van jongeren. 26 professionals gaven aan dat kinderen en jongeren te maken kregen met verminderde schoolprestaties, verhoogde stress en concentratieproblemen. Van de 16 kinderen en jongeren gaf 25% aan moeilijkheden te ervaren op school met soms (tijdelijke) schooluitval tot gevolg. Aangezien schoolprestaties van cruciaal belang zijn voor de ontwikkeling en toekomstkansen van jongeren, is dit een ernstig signaal.

4.5.4.4 *Overbelasting van ouders en gezinnen*

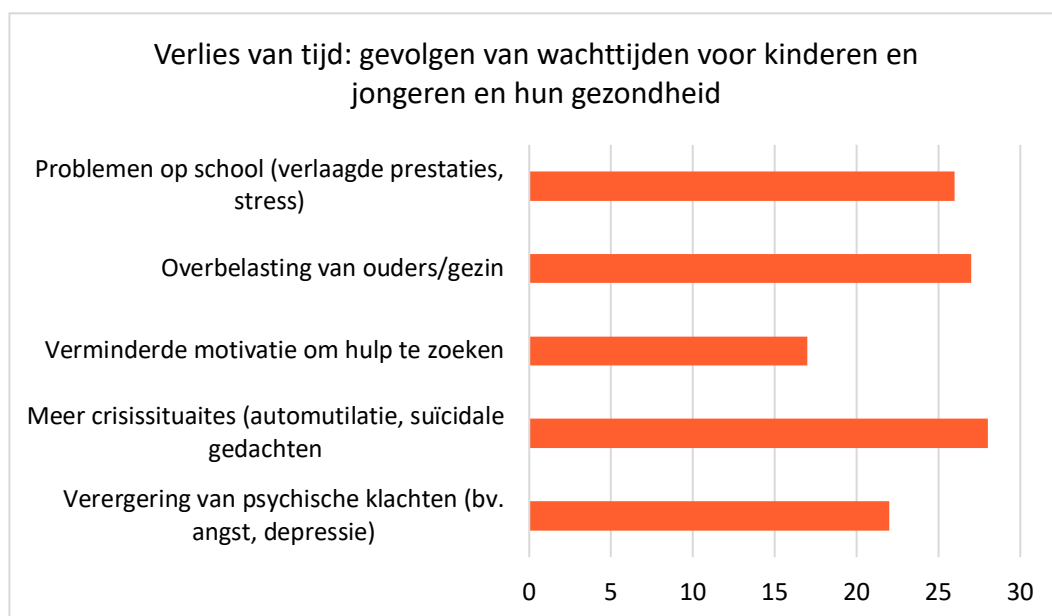
Ook op het gezinsleven hebben wachttijden een negatieve impact. 27 professionals meldden dat ouders zich overweldigd voelden door de situatie van hun kinderen. 25 ouders beschreven gevoelens van stress, onmacht en bezorgdheid over het welzijn van hun kind. Deze gezinsstress heeft niet alleen gevolgen voor de ouders zelf, maar verergert vaak ook de problemen van de kinderen en jongeren.

4.5.4.5 Verminderde motivatie om hulp te zoeken

Een meer subtiel maar belangrijk gevolg, is de verminderde motivatie om hulp te zoeken. 17 professionals gaven aan dat jongeren ontmoedigd raakten door de lange wachttijden. Ook 11 kinderen en jongeren gaven aan hoop te verliezen en hun motivatie om hulp te blijven zoeken op te geven. Dit vormt een ernstige belemmering voor de instroom naar de zorg en het herstelproces.

4.5.4.6 Minder frequent voorkomende gevolgen

Daarnaast werden minder vaak voorkomende gevolgen gerapporteerd, zoals terugval in emotionele ontwikkeling, zelfisolatie, schooluitval en wantrouwen tegenover hulpverleners. Deze werden door zes professionals genoemd. Hoewel deze situaties minder frequent voorkomen, kunnen zij ernstige en langdurige gevolgen hebben voor de psychosociale ontwikkeling van kinderen en jongeren.



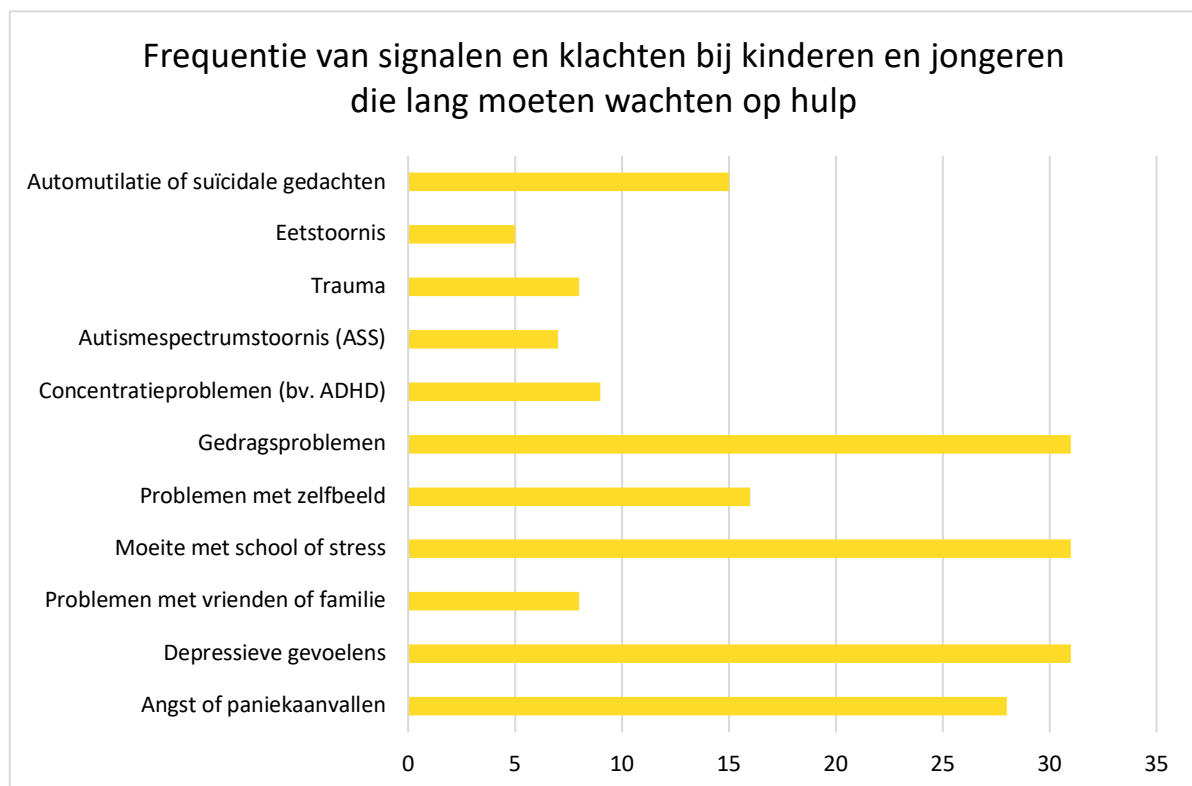
Figuur 28 – Gevolgen van wachttijden voor kinderen en jongeren, met betrekking tot hun gezondheid en sociale omgeving, zoals ervaren tijdens de wachttijd

4.5.5 Signalen en klachten bij kinderen en jongeren gerapporteerd door GGZ-professionals

De lange wachttijden voor gespecialiseerde zorg hebben aanzienlijke gevolgen voor de mentale en fysieke gezondheid van kinderen en jongeren. Gedurende deze wachttijd ontwikkelen zich vaak diverse klachten. Bij het niet behandelen ervan kunnen deze verergeren en leiden tot ernstigere gezondheidsproblemen. Deze klachten werden zowel door GGZ-professionals als door de kinderen en jongeren zelf gerapporteerd in de bevraging. De belangrijkste klachten en signalen zijn als volgt:

- **Angstklachten** komen veelvuldig voor bij kinderen en jongeren die langdurig op hulp moeten wachten. 28 professionals gaven aan dat angst, waaronder algemene angstgevoelens, paniekaanvallen en specifieke fobieën, een veelvoorkomend probleem vormt. Dit werd bevestigd door de kinderen en jongeren, die aangaven dat hun angstgevoelens toenamen naarmate de wachttijd vorderde. Angst leidde vaak ook tot fysieke symptomen zoals hartkloppingen en duizeligheid.
- **Depressieve gevoelens** zijn een ander veelvoorkomend signaal. 31 professionals meldden dat jongeren gevoelens van hopeloosheid, verlies van interesse in dagelijkse activiteiten en moeite met emotieregulatie ervaren. Ook de kinderen en jongeren bevestigden deze klachten, waarbij velen meldden zich sociaal geïsoleerd te voelen en hun motivatie om hulp te zoeken te verliezen.
- **Problemen met schoolwerk** werden door 31 professionals genoemd. Zij merkten op dat kinderen en jongeren slechter presteerden op school vanwege psychische klachten. Dit werd bevestigd door de kinderen en jongeren, die verminderde motivatie en concentratieproblemen rapporteerden.
- **Moeilijkheden in sociale relaties** kwamen eveneens naar voren. Acht professionals gaven aan dat kinderen en jongeren vaker conflicten hadden met vrienden of familie. Deze bevinding werd onderschreven door de kinderen en jongeren.
- **Problemen met het zelfbeeld** werden door 16 professionals gemeld. De kinderen en jongeren bevestigden dat ze een negatiever zelfbeeld ontwikkelden tijdens de wachttijd.
- **Gedragsproblemen**, zoals opstandig gedrag en impulsiviteit, kwamen volgens 31 professionals veelvuldig voor. Ook de kinderen en jongeren rapporteerden worstelingen met gedragsproblemen.

- **Toename van ADHD-symptomen** werd door negen professionals gerapporteerd. Ook de kinderen en jongeren gaven aan meer onrust en frustratie te ervaren. **Verergering van ASS-symptomen** werd door zeven professionals genoemd, hetgeen eveneens bevestigd werd door de kinderen en jongeren.
- **Trauma-gerelateerde klachten** namen toe volgens acht professionals. Dit werd bevestigd door de kinderen en jongeren die verhoogde klachten rapporteerden.
- **Eetstoornissen** verergerden volgens vijf professionals als gevolg van de wachttijden. De kinderen en jongeren gaven aan veranderingen in hun eetgedrag te ervaren, wat mogelijk wijst op een verergering van bestaande eetproblematiek door psychische stress.
- Zeer zorgwekkend is dat een aanzienlijk aantal kinderen en jongeren in crisis raakte tijdens de wachttijd. **Automutilatie en suïcidale gedachten** werden gemeld door 15 professionals. De kinderen en jongeren bevestigden deze ernstige klachten en gaven aan gedachten van zelfbeschadiging of zelfmoord te hebben ontwikkeld. Dit benadrukt de urgentie van snellere interventies en betere ondersteuning tijdens wachttijden.



Figuur 29 – Frequentie van signalen en klachten bij kinderen en jongeren die langdurig moeten wachten op hulp, gerapporteerd door zorgverleners

4.5.5.1 Andere belangrijke signalen

Naast de bovengenoemde veelvoorkomende signalen zijn er ook andere belangrijke klachten die zich bij kinderen en jongeren kunnen voordoen:

Niet meer op school geraken: Dit signaleert de ernst van de situatie, waarbij kinderen en jongeren het moeilijk hebben om hun dagelijkse verplichtingen, zoals school, nog te vervullen. Dit kan leiden tot schooluitval of een afname van motivatie, wat een negatieve impact heeft op hun toekomst.

Onbegrip over verbetering van de situatie: Kinderen en jongeren kunnen het gevoel hebben dat hun situatie niet zal verbeteren, wat het vertrouwen in het zorgsysteem aantast. Dit ongeloof kan leiden tot verdere terugtrekking en zelfisolatie, waardoor het zoeken naar hulp bemoeilijkt wordt.

4.5.5.2 Belang voor huisartsen en eerste-lijns zorgverleners

Het is van cruciaal belang dat huisartsen en andere zorgverleners die vaak als eerste contactpersoon fungeren, zich bewust zijn van deze signalen. Omdat zij de kinderen en jongeren en hun gezinnen vaak als eerste zien, kunnen zij een sleutelrol spelen in het tijdig herkennen van deze symptomen. Het herkennen van de vroege tekenen van angst, depressie, slaapproblemen, gedragsstoornissen en automutilatie kan helpen om kinderen en jongeren sneller door te verwijzen naar gespecialiseerde zorg. Daarnaast kunnen huisartsen kinderen en jongeren en hun gezinnen ondersteunen door informatie en advies te geven over copingstrategieën en hen te helpen omgaan met de lange wachttijden.

De ernst van de signalen benadrukt de noodzaak van een snellere en toegankelijker zorgroute voor kinderen en jongeren die lijden onder psychische klachten. Alleen door tijdig in te grijpen kunnen de gevolgen van lange wachttijden worden verminderd en kan de ontwikkeling van ernstige psychische aandoeningen worden voorkomen.

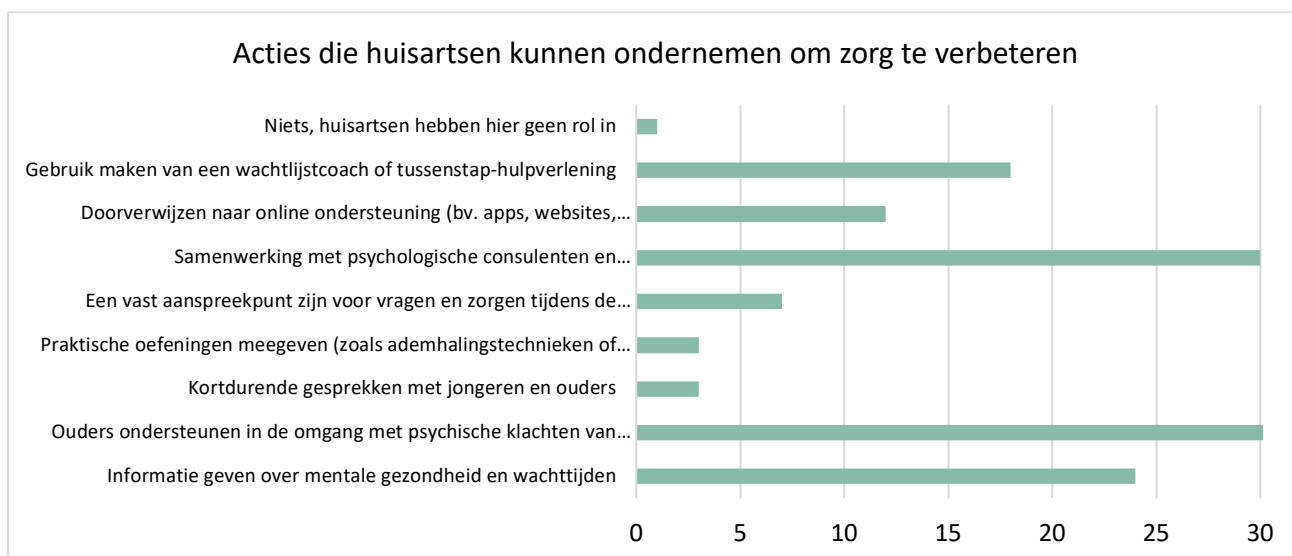
4.5.6 Rol van huisartsen en mogelijke acties tijdens wachttijden

GGZ-professionals benadrukken dat huisartsen een essentiële rol kunnen spelen in de ondersteuning van kinderen en jongeren tijdens de lange wachttijden voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Deze rol omvat onder meer het fungeren als aanspreekpunt voor kinderen, jongeren en hun ouders, het verstrekken van psycho-educatie, het opvolgen en monitoren van signalen, en het bieden van tijdelijke emotionele ondersteuning.

Uit de bevraging (Figuur 30) blijkt dat huisartsen uiteenlopende acties ondernemen om de lange wachttijd zo goed mogelijk te overbruggen. De meest genoemde acties zijn:

- Ondersteuning van ouders in de omgang met psychische klachten van hun kind (32 respondenten): huisartsen bieden vaak begeleiding aan ouders om hen te helpen omgaan met de psychische problematiek van hun kinderen.
- Versterking van samenwerking met psychologische consulenten en eerstelijnspsychologen (30 respondenten): veel huisartsen werken samen met psychologische consulenten of eerstelijnspsychologen om een meer geïntegreerde aanpak binnen de eerstelijnszorg te realiseren.
- Informatievoorziening over mentale gezondheid en wachttijden (24 respondenten): huisartsen geven gezinnen uitleg over de psychische klachten en de te verwachten duur van de wachttijd.
- Gebruik van wachtlijstcoaches of tussenstap-hulpverlening (18 respondenten): sommige huisartsen verwijzen naar specifieke hulpverleningsvormen die gericht zijn op ondersteuning tijdens de wachttijd, zoals wachtlijstcoaches.
- Doorverwijzing naar online ondersteuning (12 respondenten): een aantal huisartsen wijst gezinnen op digitale hulpbronnen, zoals apps, websites of hulplijnen die kinderen en jongeren tijdens de wachttijd kunnen ondersteunen.

Deze resultaten tonen aan dat huisartsen in de praktijk verschillende strategieën toepassen om kinderen, jongeren en hun gezinnen zo goed mogelijk te ondersteunen tijdens de vaak lange wachttijden. Het systematischer inzetten en uitbreiden van deze strategieën kan bijdragen aan een betere continuïteit van zorg.



Figuur 30 – Acties die huisartsen kunnen ondernemen om de zorg voor kinderen en jongeren tijdens wachttijden te verbeteren, volgens zorgverleners

Andere acties, zoals kortdurende gesprekken of het geven van praktische oefeningen, werden minder frequent genoemd en zullen verder buiten beschouwing worden gelaten. Hoewel deze rol van huisartsen waardevol is, blijkt uit de bevraging dat de effectiviteit van deze taken sterk afhankelijk is van de beschikbare tijd, middelen en de kennis van huisartsen over jeugd-psychopathologie. Wanneer huisartsen voldoende ondersteund worden, kunnen zij effectief bijdragen aan het psychisch welzijn van kinderen en jongeren. Zonder de juiste middelen en kennis wordt hun rol echter belemmerd.

4.5.7 Beleidsvoorstellen en buitenlandse inspiratie

Tijdens dit onderzoek werden GGZ-professionals bevraged over mogelijke manieren om kinderen en jongeren beter te ondersteunen gedurende de lange wachttijd voor gespecialiseerde hulp. Deze voorstellen zijn dus gebaseerd op de input van de professionals zelf en vormen geen reeds bestaand beleid van een overheid. De suggesties richten zich met name op de eerstelijnszorg en de samenwerking tussen betrokken partijen.

De belangrijkste voorstellen die uit de bevraging naar voren kwamen, zijn:

- **Versterken van consultatiemogelijkheden voor huisartsen:** GGZ-professionals gaven aan dat huisartsen vaker en makkelijker toegang moeten hebben tot overleg met specialisten in de jeugd-GGZ. Dit zou bijvoorbeeld kunnen via digitale platforms met directe toegang tot advies.
- **Structurele inzet van psychologisch consulenten in de eerste lijn:** verschillende respondenten pleitten voor de structurele aanwezigheid van psychologisch consulenten binnen huisartsenpraktijken, zoals in sommige regio's voornamelijk Nederland al gebeurt met POH-GGZ Jeugd. Deze aanpak zou bijdragen aan vroegtijdige signalering van klachten en het bieden van lichte ondersteuning, waardoor de druk op gespecialiseerde zorg kan worden verlicht.
- **Structurele financiering van samenwerkingsprojecten:** de bevragede professionals wezen op het tijdelijke karakter van veel lokale samenwerkingen tussen jeugdzorg, onderwijs en eerstelijnsactoren. Ze pleitten voor duurzame en structurele financiering.

Ter inspiratie voor het Belgische zorgsysteem werd in de enquêtes ook verwezen naar goed functionerende buitenlandse modellen:

- Zo werd onder meer het Australische **Headspace-model genoemd**, dat inzet op laagdrempelige, multidisciplinaire centra waar kinderen en jongeren terecht kunnen zonder formele doorverwijzing. Wat we hieruit kunnen meenemen:
 - o Één centrale locatie in de wijk waar meerdere diensten samenkomen,
 - o Een integrale benadering waarbij ook school en werk worden meegenomen.

- Ook de **Scandinavische preventiesystemen**, zoals Family Centres in Noorwegen en Zweden, werden aangehaald vanwege hun wijkgerichte, preventieve aanpak, nauwe samenwerking tussen sectoren en focus op vroegsignalering. Kenmerkende elementen zijn:
 - Nauwe samenwerking tussen onderwijs, welzijn en zorg
 - Vaste aanspreekpunten in de wijk
 - Focus op vroegsignalering en normalisering, zodat psychische klachten snel worden opgepakt en niet escaleren

Deze internationale voorbeelden tonen aan dat toegankelijke en preventieve zorgmodellen haalbaar zijn, op voorwaarde dat ze structureel worden gefinancierd en lokaal ingebed. Door de inzichten van de bevroegde Belgische GGZ-professionals te combineren met goede praktijken uit het buitenland, kan er gewerkt worden aan een effectievere aanpak van wachttijden en hun negatieve impact op kinderen en jongeren.

4.5.8 Conclusie

Samenvattend toont de bevraging aan dat huisartsen een cruciale ondersteunende rol kunnen spelen in de begeleiding van kinderen en jongeren tijdens wachttijden voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Dit is echter afhankelijk van voldoende omkadering en ondersteuning voor huisartsen, met als voorwaarden betere samenwerking, meer kennis over jeugd-psychopathologie, en een sterke eerstelijns omkadering die laagdrempelige hulp biedt. Er is duidelijk behoefte aan structurele veranderingen en beleidsmatige vernieuwing om de rol van huisartsen te versterken en de zorg voor kinderen en jongeren te verbeteren.

5 Resultaten van het kwalitatieve luik

5.1 Interview met een huisarts

Het interview met huisarts J.E. biedt een kwalitatieve verdieping van de resultaten uit de enquête. Door dit gesprek apart te bespreken, is er ruimte om de rijke en persoonlijke inzichten ten volle te belichten. Deze kunnen vervolgens worden gelinkt aan of geconfronteerd met de tendensen die uit de enquêtes naar voren kwamen.

Dokter E. is huisarts in een groepspraktijk en verwijst regelmatig kinderen en jongeren met psychische klachten door naar de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Haar ervaring in het veld levert waardevolle inzichten op in de knelpunten, noden en verwachtingen van huisartsen binnen de huidige GGZ-structuur, met bijzondere aandacht voor wachttijdbegeleiding.

5.1.1 Toename van psychische klachten bij kinderen en jongeren

Volgens de huisarts is er een duidelijke stijging merkbaar in het aantal kinderen en jongeren met psychische problemen, vooral angststoornissen en depressieve klachten. Ze wijt deze toename deels aan de maatschappelijke druk en de invloed van sociale media.

Een opvallend gegeven dat huisarts E. benoemt, is de zogeheten ‘bol.com-mentaliteit’ bij ouders. De verwachting dat er snel een oplossing komt, staat vaak haaks op de traagheid en complexiteit van psychologische zorgtrajecten.

5.1.2 Uitdagingen bij doorverwijzing naar de GGZ

De stap naar gespecialiseerde GGZ wordt door veel gezinnen als groot ervaren. De huisarts ziet zichzelf in dit proces als begeleidende of bemiddelende figuur, maar geeft aan dat het doorverwijzen vaak moeizaam verloopt. Lange wachttijden, onduidelijkheid over beschikbare hulpverleners en het ontbreken van een centrale sociale kaart specifiek voor de GGZ maken dit proces bijzonder complex.

5.1.3 Communicatieproblemen met de GGZ

Één van de meest opvallende knelpunten dat huisarts E. benoemt, is het gebrek aan communicatie tussen huisarts en GGZ. Vaak ontvangt ze geen terugkoppeling over het verdere verloop van een behandeling, en ook ontslagverslagen na opname komen soms pas maanden later toe. Dit belemmert een vlotte en efficiënte opvolging.

Daarom pleit huisarts E. voor:

- Een gedeeld elektronisch dossier tussen huisarts en GGZ.
- Structurele samenwerking via overlegmodellen zoals het Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC) uit de oncologische zorg.

5.1.4 Overbrugging tijdens wachttijden

Tijdens wachttijden probeert huisarts E. kinderen en jongeren te ondersteunen door:

- Zelfzorgadviezen aan te reiken.
- Contact op te nemen met crisisdiensten of het Liaisonsteam in het ziekenhuis.

Toch erkent ze dat haar kennis en middelen om kinderen en jongeren in deze periode goed te begeleiden beperkt zijn. Bij haar afstuderen had ze nauwelijks kennis over jeugd-GGZ en handelde ze vooral op basis van intuïtie en ervaring. Dit onderlijnt de nood aan bijscholing en praktijkgerichte ondersteuning voor huisartsen.

5.1.5 Rol van de huisarts in de toekomst

Huisarts E. schetst twee mogelijke toekomstscenario's voor de rol van de huisarts:

1. Als actieve trajectbegeleider die de patiënt opvolgt en ondersteunt.
2. Als passieve schakel, die na doorverwijzing niet meer betrokken wordt.

Ze pleit duidelijk voor het eerste scenario, waarbij huisartsen dankzij betere informatiedeling betrokken blijven en de zorg op maat kunnen organiseren. Daarnaast vraagt ze:

- Een uitbreiding van mobiele GGZ-teams voor kinderen en jongeren.
- Langdurigere begeleidingstrajecten aangezien het huidige aanbod vaak ontoereikend is.

5.1.6 Noden en aanbevelingen voor het eindproduct

Tot slot reikte de huisarts concrete suggesties aan die het eindproduct van dit onderzoek kunnen versterken:

- Een regionale zoekmachine of kaart met GGZ-aanbieders, met filteropties (bv. expertise, doelgroep).
- Praktische tools zoals gesprekskaarten, zelfzorgrichtlijnen en handvaten voor wachttijdbegeleiding.
- Een gedeeld, gecentraliseerd dossier voor vlotte informatie-uitwisseling.
- Gestandaardiseerde communicatievormen bij ontslag en tijdens behandeling.

Ze benadrukt dat huisartsen vooral nood hebben aan concrete, werkbare hulpmiddelen die onmiddellijk inzetbaar zijn in de praktijk.

5.1.7 Conclusie

Het interview met huisarts E. biedt een helder en genuanceerd beeld van de uitdagingen waarmee huisartsen geconfronteerd worden bij de begeleiding van kinderen en jongeren met psychische klachten. Haar verhaal toont duidelijk aan dat er nood is aan:

- Verbeterde communicatie tussen GGZ en huisartsen.
- Praktische tools voor ondersteuning tijdens wachttijd.
- Structurele hervormingen rond informatiedeling en samenwerking.

Deze bevindingen vormen een belangrijke leidraad bij het ontwikkelen van een eindproduct dat aansluit bij de praktijkrealiteit van huisartsen, en dat bijdraagt aan een betere zorgcontinuïteit voor kinderen en jongeren.

5.2 Interview met ouders

Vier ouders deelden hun persoonlijke ervaringen in de zoektocht naar hulp voor hun kind binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Hun verhalen bieden een indringend beeld van de impact van lange wachttijden, het gebrek aan ondersteuning en de nood aan duidelijke communicatie en praktische hulp. Deze getuigenissen maken de realiteit achter de cijfers tastbaar. Hieronder worden de belangrijkste thema's besproken, telkens geïllustreerd met kernachtige citaten.

5.2.1 Redenen voor hulpvraag en wachttijden

De hulpvragen varieerden van autismespectrumstoornis (ASS), suïcidale gedachten en posttraumatische stressstoornis (PTSS), tot emotionele problemen, genderdysforie en identiteitsvragen. De nood aan hulp werd vaak eerst opgemerkt door derden, zoals een opvang of school, of groeide thuis uit bezorgdheid over bijvoorbeeld 'fladderend' gedrag of emotionele vlakheid.

De wachttijden voor een eerste afspraak of behandeling liepen sterk uiteen: van zes weken in crisissituaties tot meer dan zeven maanden. Ouders gaven aan zich in deze periode vaak machteloos te voelen. Sommigen probeerden het systeem te omzeilen door de ernst van de situatie extra te benadrukken of administratief te 'versnellen'.

Hoewel de lange wachttijd meestal werd gecommuniceerd, bleef de informatie beperkt. Ouders hoorden vooral dat er wachtlijsten waren, zonder duidelijkheid over de duur of mogelijke tussentijdse ondersteuning. De reacties varieerden van verbijstering tot paniek. Allen gaven aan dat deze periode hen in een positie van machteloosheid bracht.

"Wij stonden met onze rug tegen de muur, terwijl het leven van ons kind ervan afhing." (Ouder 1)

"In die periode heb ik elke dag gebeld naar instellingen, op zoek naar hulp. Elke dag." (Ouder 2)

5.2.2 Impact op het gezinsleven

De wachttijd had ingrijpende gevolgen, zowel voor het kind als het gezin. Sommige kinderen raakten sociaal geïsoleerd of misten belangrijke mijlpalen zoals een communie of afscheid op school. In andere gevallen escaleerden de psychische klachten, met suïcidale gedachten of gedrag tot gevolg.

Voor gezinnen leidde dit tot verhoogde stress, spanningen binnen de ouderrelatie, verlies van werk of sociaal contact, en een diep gevoel van onmacht.

“Ons gezinsleven stopte. De papa is gestopt met werken. We verloren vrienden en familie door onbegrip.” (Ouder 3)

De zorg voor broers of zussen kwam vaak in het gedrang. Ouders voelden zich emotioneel uitgeput en waren aangewezen op hun eigen intuïtie.

“We hebben nog drie andere kinderen. Ook zij hebben hieronder geleden, ook al beseften ze het niet altijd bewust.” (Ouder 4)

5.2.3 Zoeken naar hulp tijdens de wachttijd

Ouders gingen zelf actief op zoek naar alternatieven of manieren om het wachten te overbruggen. Voorbeelden zijn GON-begeleiding op school, therapie bij een psycholoog, aanpassingen in huis om veiligheid te garanderen, of het opstellen van een crisisplan. Toch gaven de meeste ouders aan dat ze het gevoel hadden er grotendeels alleen voor te staan.

Wat ze vooral misten:

- Vroege begeleiding voor ouders en kind
- Informatie tussen diagnostische stappen door
- Crisisplannen of tools om acute situaties aan te pakken
- Contactmomenten met GGZ-instellingen tijdens de wachttijd
- Een plek waar het gezin tot rust kon komen

Er was een duidelijke consensus over het ontbreken van tussentijdse hulp of begeleiding tijdens de lange wachttijd. Ouders voelden zich vaak aan hun lot overgelaten, zonder concrete handvaten of crisisinterventie.

“Er was gewoon niets. Geen informatie, geen contactmomenten, geen hulp. We wisten niet wat doen.” (Ouder 2)

“Als ouder word je vergeten. Terwijl je op dat moment net zelf ondersteuning nodig hebt.” (Ouder 1)

5.2.4 Ervaringen met huisarts en hulpverlening

De ervaringen van ouders met huisartsen liep sterk uiteen. In sommige gevallen werd de huisarts als een belangrijke steun ervaren, bijvoorbeeld door het aanbieden van praktische tips, emotionele ondersteuning of het opstellen van een crisisplan. Deze vormen van betrokkenheid boden gezinnen tijdelijk ademruimte in een moeilijke periode.

“Onze huisarts gaf ons ademruimte. Ze hielp met een crisisplan en nam ons serieus.” (Ouder 3)

Tegelijkertijd waren er ook situaties waarin ouders zich onvoldoende gehoord voelden of waarin jongeren aangaven dat zij zich niet veilig genoeg voelden om open met de huisarts te praten. Dit wijst op een discrepantie in de toegankelijkheid en effectiviteit van huisartsenzorg tijdens de lange wachttijd.

Het contact met GGZ-instellingen gedurende de lange wachttijd werd door veel ouders en kinderen en jongeren als minimaal tot afwezig ervaren. In de meeste gevallen was er geen sprake van follow-up of tussentijds contact vanuit de gespecialiseerde zorginstellingen, wat het gevoel van onzekerheid, machteloosheid en isolement bij gezinnen versterkte. Hoewel er begrip was voor de druk op het zorgsysteem, werd de afwezigheid van enige communicatie of ondersteuning als een gemis ervaren.

5.2.5 Suggesties voor verbetering

Ouders formuleerden meerdere voorstellen om de wachttijdbegeleiding te verbeteren:

- Duidelijkere communicatie over wachttijden en het traject
- Vroegtijdige ondersteuning tussen intake en diagnose
- Snellere toegang in crisissituaties
- Meer bekendheid rond eerstelijnspsychologen
- Tussentijdse contactmomenten of check-ins
- Praktische tools en tips voor ouders

De vraag naar ‘tussenoplossingen’ kwam sterk naar voren. Gesprekken, een centrale informatietool of psychologische begeleiding voor ouders zouden het verschil maken.

“Ik miste vooral praktische tips. Wat kan ik doen? Waar kan ik terecht? Als ouder wil je helpen, maar je weet niet hoe.” (Ouder 4)

“Er moet iets zijn voor ouders tijdens die wachtperiode. Iets tastbaars, een plek of iemand waar je terecht kan.” (Ouder 2)

5.2.6 Verwachtingen van het eindproduct

Ouders gaven ook aan wat ze hopen dat dit onderzoek zal opleveren:

- Een plek waar gezinnen tot rust kunnen komen, ook buiten de GGZ
- Tools en handvatten voor ouders
- Helder toegankelijke brochures, apps of websites
- Een overzicht van hulp per regio, doelgroep en thema
- Getuigenissen of luisterlijnen met lotgenoten

5.2.7 Conclusie

De getuigenissen van vier ouders illustreren dat zij tijdens de lange wachttijd in de geestelijke gezondheidszorg geconfronteerd worden met aanzienlijke emotionele, praktische en mentale belasting. De verhalen tonen aan dat het gebrek aan structurele begeleiding leidt tot een gevoel van kwetsbaarheid en onzekerheid. Tegelijkertijd gaven de ouders aan welke vormen van ondersteuning als helpend werden ervaren. Hierbij denken zij aan duidelijke informatie, tussentijdse contactmomenten en het aanbieden van eenvoudige hulpmiddelen. Deze elementen kunnen bijdragen aan een betere ondersteuning van gezinnen gedurende de lange wachttijd op gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

6 Conclusie en discussie

6.1 Reflectie op de resultaten

In deze bachelorproef werd onderzocht hoe huisartsen kinderen en jongeren kunnen ondersteunen tijdens de lange wachttijden voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Deze vraag werd benaderd vanuit meerdere perspectieven: dat van kinderen en jongeren zelf, hun ouders, huisartsen en GGZ-professionals. De resultaten, verkregen via enquêtes en interviews, tonen aan dat wachttijd niet slechts een organisatorisch knelpunt is, maar een existentiële fase is waarin betrokkenen geconfronteerd worden met onzekerheid, frustratie en psychische druk.

Uit de gegevens blijkt dat **jonge kinderen tussen 7–12 jaar** de wachttijd vooral als verwarrend en emotioneel belastend ervaren. Ze voelen zich vaak vergeten en missen duidelijke uitleg of opvolging. Hun behoeften zijn eenvoudig maar essentieel: begrijpelijke informatie, geruststelling en een gevoel van verbondenheid. Ze verwachten van hun huisarts geen therapie, maar wel nabijheid, erkenning en kindvriendelijke communicatie.

Jongeren tussen 13 en 18 jaar geven aan gevoelens van machteloosheid, wanhoop en frustratie te ervaren. Hun verwachtingen ten aanzien van de huisarts zijn concreet: ze willen uitleg over het zorgtraject, praktische ondersteuning, en vooral het gevoel dat ze niet aan hun lot worden overgelaten. De nood aan zelfstandige gesprekken, los van de ouders, neemt toe naarmate jongeren ouder worden. Dit duidt op het belang van leeftijdsspecifieke benaderingen.

Deze noden voor de kinderen en jongeren worden bovendien bevestigd door de berekende gemiddelde wachttijd in dit onderzoek zijnde ongeveer 6,5 maanden. Dit cijfer benadrukt de urgentie om zinvolle tussenoplossingen te ontwikkelen die kinderen en jongeren tijdens deze lange periode kunnen ondersteunen in afwachting van gespecialiseerde hulp.

Ouders voelen zich in deze periode vaak alleen en onzichtbaar. Ze ervaren een gebrek aan communicatie, opvolging en begeleiding na doorverwijzing. Hoewel ze de huisarts als een centrale figuur in het zorgtraject beschouwen, wordt deze rol vaak niet waargemaakt zoals zij dat verwachten. Ouders geven aan nood te hebben aan heldere informatie, psycho-educatie en regelmatige check-ins, zowel voor henzelf als voor hun kind.

Huisartsen blijken bereid te zijn om ondersteuning te bieden maar botsen op structurele barrières zoals tijdsdruk, een gebrek aan richtlijnen, onvoldoende kennis over jeugdpsychopathologie en een moeizame samenwerking met de GGZ. Hun betrokkenheid is vaak ad hoc en sterk afhankelijk van persoonlijke motivatie. Het ontbreekt hen aan een structurele omkadering, praktische hulpmiddelen en terugkoppeling van de tweede lijn. Dit beperkt hun rol.

GGZ-professionals bevestigen deze bevindingen en wijzen op de toegenomen druk op gezinnen en het stijgende aantal crisissituaties als gevolg van lange wachttijden. Zij vragen een versterking van de eerstelijnszorg, snellere interventiemogelijkheden en een betere samenwerking met huisartsen. Ook buitenlandse modellen, zoals Headspace in Australië of Family Centres in Scandinavië, worden genoemd als inspirerende voorbeelden van geïntegreerde, preventieve zorgsystemen.

Een centrale vaststelling van dit onderzoek is dat de wachttijd niet als een 'lege tijd' mag worden beschouwd. Integendeel, het is een actieve en kwetsbare fase waarin ondersteuning noodzakelijk is. Kinderen, jongeren en hun ouders hebben in deze periode nood aan nabijheid, helderheid en betrokkenheid. Wanneer deze ontbreekt, kunnen klachten escaleren, het vertrouwen in de hulpverlening dalen, en kan de situatie ernstig verslechteren.

De rol van de huisarts als eerste aanspreekpunt wordt hierin cruciaal geacht. Niet als behandelaar, maar als betrouwbare en toegankelijke figuur die een brug kan vormen tussen het gezin en de gespecialiseerde zorg. Kleine acties, zoals vragen hoe het gaat of het geven van verduidelijking over de wachttijd, kunnen al een groot verschil maken in de beleving van jongeren en ouders. Dit impliceert echter dat huisartsen voldoende ondersteund moeten worden met tijd, tools en overlegstructuren om deze rol duurzaam te kunnen opnemen.

Tot slot toont deze bachelorproef aan dat alle betrokken partijen (kinderen en jongeren, ouders, huisartsen en GGZ-professionals) opvallend gelijklopende verwachtingen hebben. Het probleem ligt niet in een gebrek aan bereidheid, maar in het ontbreken van een structureel kader waarin samenwerking en ondersteuning verankerd zijn. Wachttijd hoeft geen verloren tijd te zijn indien er beleidsmatig en organisatorisch geïnvesteerd wordt in wat eerstelijnszorg kan betekenen.

6.2 Kritische bespreking

De sterktes van het onderzoek zijn de brede benadering en de combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve methodes. Door de verschillende perspectieven in kaart te brengen, ontstaat een genuanceerd en volledig beeld. De bevindingen zijn niet alleen informatief, maar ook actiegericht.

Beperkingen zijn onder meer de beperkte steekproefgrootte binnen bepaalde groepen, zoals jonge kinderen. Daarnaast kan de betrokkenheid van respondenten ervoor zorgen dat vooral mensen met sterke ervaringen (positief of negatief) vertegenwoordigd zijn. Ook is het onderzoek contextueel gekleurd door regionale verschillen in samenwerking tussen huisarts en GGZ.

Het uitvoeren van dit onderzoek bracht niet alleen academische inzichten, maar ook emotionele confrontatie. De verhalen van jongeren die zich 'vergeten' voelen, of ouders die zich machteloos voelen, laten zien hoe menselijk dit probleem is. Ook de bereidheid van huisartsen en professionals om het anders te doen, toonde dat er hoop en motivatie is voor verandering.

6.3 Conclusie

Deze bachelorproef toont aan dat de lange wachttijd voor geestelijke gezondheidszorg niet alleen een symptoom is van een overbelast systeem, maar ook een kwetsbare fase is in het leven van kinderen, jongeren en hun gezinnen. In die fase wordt te vaak onvoldoende ondersteuning geboden.

Huisartsen staan dicht bij deze doelgroep en kunnen, mits een goede ondersteuning, een wezenlijk verschil maken in hoe die wachttijd beleefd wordt. Kinderen en jongeren vragen geen complexe zorg, maar betrokkenheid, erkenning en toegankelijke informatie. Ouders willen partnerschap en richting. Huisartsen willen helpen, maar hebben nood aan tools, overleg en tijd.

Om van wachttijd een gedragen tijd te maken en geen verloren tijd is er nood aan een structurele herwaardering van de rol van de huisarts in het geestelijke gezondheidszorgtraject van kinderen en jongeren. Dat vraagt beleidskeuzes, maar bovenal samenwerking, communicatie en geloof in wat eerstelijnszorg kan betekenen.

7 Aanbevelingen

Op basis van de onderzoeksresultaten kunnen er aanbevelingen geformuleerd worden op meerdere niveaus. Zowel huisartsen, beleidsmakers, GGZ-instellingen als eerstelijnsnetwerken spelen een cruciale rol in het verbeteren van de ondersteuning tijdens wachttijden. Daarnaast wordt er ook aandacht besteed aan de rol van ouders, kinderen en jongeren zelf. In wat volgt, worden deze aanbevelingen per doelgroep toegelicht.

7.1 Aanbevelingen voor huisartsenpraktijken

Huisartsen bevinden zich in een unieke positie om tijdens de lange wachttijd nabijheid en basissteun te bieden aan kinderen en jongeren met psychische hulpvragen. Een eerste aanbeveling is dan ook om structureel opvolgcontact in te bouwen, ook wanneer er geen sprake is van lichamelijke klachten. Jongeren en ouders geven aan dat korte gesprekken, een luisterend oor en het erkennen van hun situatie al een groot verschil maken in hun beleving van de wachttijd.

Verder is het wenselijk dat huisartsen gebruik maken van kindvriendelijke communicatiemiddelen. Denk hierbij aan visuele tools, apps of folders die op een begrijpelijke manier uitleg geven over psychische klachten en het verdere zorgtraject. Ook psycho-educatie, in eenvoudige taal, kan bijdragen aan het verminderen van angst en onzekerheid bij kinderen.

Ouders vragen eveneens om ondersteuning. Huisartsen kunnen hierbij helpen door hen te informeren over hoe zij hun kind emotioneel kunnen ondersteunen en eventueel gericht door te verwijzen naar praktische hulpmiddelen of eerstelijnszorg. Tot slot zou multidisciplinaire samenwerking met eerstelijnspsychologen, pedagogisch consulenten of CLB-medewerkers structureel ingebed kunnen worden in de huisartsenpraktijk. Dit creëert meer continuïteit en gedeelde verantwoordelijkheid.

7.2 Aanbevelingen voor beleidsmakers

Om de rol van de huisarts in de wachttijdbegeleiding te versterken, is beleidsmatige ondersteuning onmisbaar. Een eerste aanbeveling is om binnen de eerstelijnszorg meer tijd en ruimte te voorzien voor geestelijke gezondheidszorg. Consultaties die gericht zijn op psychisch welzijn moeten expliciet erkend en vergoed worden. Zo voelen huisartsen zich gesteund en gelegitimeerd om deze zorg op te nemen.

Daarnaast is er nood aan duidelijke richtlijnen en beslissingsondersteuning. Opleidingen over gesprekstechnieken, het herkennen van psychische kwetsbaarheid bij jongeren en het zorglandschap moeten breed toegankelijk zijn. Ook intervisie en casusoverleg tussen eerstelijnszorgverleners verdienen structurele ondersteuning.

Tot slot moeten digitale toepassingen, zoals e-healthplatformen, online zelfhulpmodules en wachttijdoverbruggende initiatieven, actief gefaciliteerd worden. Deze kunnen een waardevolle aanvulling bieden op het beperkte fysieke hulpaanbod en dragen bij aan continuïteit van zorg tijdens het wachten.

In het kader van dit onderzoek werd contact opgenomen met minister Caroline Gennez (Vlaams minister van Welzijn, Armoedebestrijding, Cultuur en Gelijke Kansen) en minister Frank Vandenbroucke (federaal minister van Volksgezondheid). Minister Gennez toonde zich geïnteresseerd in het onderwerp en vroeg om de eindversie van deze bachelorproef te ontvangen. Haar kabinet gaf aan te willen bekijken welke aanbevelingen mogelijk beleidsmatig verder kunnen worden uitgewerkt. Minister Vandenbroucke werd eveneens gecontacteerd, maar op dat bericht kwam geen reactie. De positieve respons van minister Gennez geeft aan dat het thema beleidsmatig aandacht krijgt, en dat er mogelijk ruimte is voor verdere opvolging binnen het Vlaamse welzijnsbeleid.

7.3 Aanbevelingen voor GGZ-Instellingen

Voor GGZ-instellingen ligt de prioriteit bij het verbeteren van de samenwerking met huisartsen. Huisartsen geven aan onvoldoende terugkoppeling te krijgen na doorverwijzing, wat hun opvolgrol bemoeilijkt. Er dient daarom werk gemaakt te worden van systematische terugrapportage, heldere contactpunten en eventueel digitale platformen waar huisartsen informatie kunnen opvragen.

Daarnaast kan het inzetten van overbruggingsmodules binnen de GGZ zoals korte adviesgesprekken of groepsessies, bijdragen aan een betere ondersteuning tijdens de lange wachttijd. Transparante communicatie over wachttijden en het verwachte zorgtraject helpt gezinnen om realistische verwachtingen te ontwikkelen en verhoogt het vertrouwen in het systeem.

7.4 Aanbevelingen voor eerstelijnszorgnetwerken en CLB's

Eerstelijnsnetwerken en CLB's kunnen een verbindende rol spelen tussen huisartsen, GGZ en gezinnen. Het organiseren van regelmatige casusbesprekingen, thematisch overleg of netwerkvorming kan zorgen voor betere afstemming en gedeelde verantwoordelijkheid.

Het is ook aanbevolen om hulpverleners toegang te geven tot een centrale, actuele sociale kaart met wachttijden, beschikbare alternatieven en regionale initiatieven. Daarnaast kunnen zij praktische materialen ontwikkelen die huisartsen kunnen inzetten tijdens consultaties met kinderen en jongeren, zoals gesprekstools, folders of oefeningen.

In bepaalde regio's kan de tijdelijke inzet van brugfiguren zoals psychologisch consulenten in huisartsenpraktijken onderzocht worden als overbrugging bij hulpvragen die wachten op gespecialiseerde zorg.

7.5 Aanbevelingen voor de lange termijn

Op lange termijn is een structurele hervorming van de geestelijke gezondheidszorg noodzakelijk. Wachtijd mag niet langer als een passieve fase worden beschouwd, maar als een periode waarin actieve ondersteuning en monitoring mogelijk is. Er moet gewerkt worden aan een geïntegreerd zorgsysteem, waarin preventieve, eerstelijns- en gespecialiseerde zorg naadloos op elkaar aansluiten.

Pilootprojecten waarin samenwerking tussen huisartsen, GGZ en scholen centraal staat, kunnen hierbij richtinggevend zijn. Ook taboedoorbrekende campagnes rond psychische kwetsbaarheid bij kinderen en jongeren kunnen bijdragen aan een bredere bewustwording en vraaggestuurde beleidsaanpak.

Daarnaast kunnen de succesvolle innovaties die in andere landen zijn geïmplementeerd, zoals besproken in hoofdstuk 2.10, een waardevolle bijdrage leveren aan de transformatie van het Vlaamse zorgsysteem.

- **Implementatie van digitale zorgplatforms**

Het gebruik van digitale platforms zoals Sleepio in het Verenigd Koninkrijk, dat online therapieën aanbiedt voor veelvoorkomende klachten zoals slapeloosheid, heeft bewezen effectief te zijn. Het implementeren van dergelijke platforms in Vlaanderen zou wachttijden kunnen verkorten en de toegankelijkheid van zorg verbeteren. Dit maakt therapieën meer toegankelijk en verlaagt de drempel voor kinderen en jongeren om hulp te zoeken.

- **Invoering van triagesystemen**

In Duitsland wordt gebruikgemaakt van triagesystemen die patiënten snel doorverwijzen naar de juiste zorg, op basis van hun symptomen en de urgentie van hun situatie. Het implementeren van dit systeem in Vlaanderen zou de wachttijden kunnen verkorten en de zorgtoegang versnellen. Dit draagt bij aan een efficiënter zorgproces en verhoogt het vertrouwen in het systeem.

- **Integratie van videoconsultaties voor psychologische zorg**

Het Italiaanse platform Unobravo, dat videoconsultaties aanbiedt, biedt patiënten flexibele toegang tot zorgverleners zonder fysieke afspraken. Het integreren van dergelijke videoconsultaties in Vlaanderen zou niet alleen de toegankelijkheid verbeteren, maar ook de zorg efficiënter maken, vooral voor kinderen en jongeren die in landelijke gebieden wonen of moeilijk naar zorglocaties kunnen reizen.

- **Gebruik van gratis psychologische sessies via huisartsen**

In Frankrijk biedt MonParcoursPsy gratis psychologische sessies aan voor patiënten die door hun huisarts zijn doorverwezen. Dit systeem verlaagt de financiële drempel voor mensen die geen toegang hebben tot reguliere zorg, en kan helpen om kwetsbare kinderen en jongeren sneller hulp te bieden. Het implementeren van dit systeem in Vlaanderen zou de toegang tot zorg vergemakkelijken, vooral voor mensen met beperkte financiële middelen.

- **Uitbreiding van digitale zelfhulp en therapieën**

In Nederland wordt het platform Minddistrict ingezet voor de behandeling van psychische aandoeningen zoals depressie, angst en burn-out. Het platform biedt zelfhulpmodules en therapieën onder begeleiding van gecertificeerde therapeuten via videoconsultaties. Het integreren van dit type platformen in het Vlaamse zorgsysteem kan wachttijden verkorten en de zorgverlening flexibeler maken, wat belangrijk is voor kinderen en jongeren die behoefte hebben aan snel beschikbare hulp.

Deze aanbevelingen voor de lange termijn, gebaseerd op succesvolle internationale innovaties, bieden belangrijke aanknopingspunten voor het verbeteren van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Ze helpen niet alleen om de structurele knelpunten in de zorg aan te pakken, maar dragen ook bij aan het creëren van een toekomstbestendig zorgsysteem waarin kinderen en jongeren tijdig en effectief de hulp krijgen die ze nodig hebben.

7.6 Aanbevelingen voor kinderen, jongeren en ouders

Kinderen, jongeren en hun ouders bevinden zich vaak in een kwetsbare positie tijdens de lange wachttijd voor geestelijke gezondheidszorg. Hoewel de verantwoordelijkheid om de lange wachttijd te overbruggen niet bij hen mag liggen, blijkt uit dit onderzoek dat zij mits voldoende ondersteuning wel actief kunnen bijdragen aan het versterken van hun eigen veerkracht en die van elkaar. Hieronder worden specifieke aanbevelingen geformuleerd per doelgroep.

Op basis van de enquêtes blijkt dat kinderen en jongeren gemiddeld 6,5 maanden moeten wachten op psychologische hulp. Deze periode is te lang om zonder ondersteuning te blijven. De volgende aanbevelingen zijn bedoeld om die wachttijd draaglijker en betekenisvoller te maken.

7.6.1 Kinderen (7–12 jaar)

Jonge kinderen hebben nood aan veiligheid, duidelijkheid en nabijheid tijdens de wachttijd. Zij begrijpen vaak niet waarom ze moeten wachten, wat psychische klachten betekenen, of wat er van hen verwacht wordt. Daarom is het belangrijk dat volwassenen hen op een toegankelijke en geruststellende manier begeleiden.

Kinderen kunnen geholpen worden met kindvriendelijke uitleg, bijvoorbeeld aan de hand van verhalen, tekeningen of visuele hulpmiddelen die uitleggen wat gevoelens zijn en waarom hulp belangrijk is. Ook het aanbieden van een vertrouwenspersoon; zoals een ouder, leerkracht of huisarts bij wie ze hun verhaal mogen doen, kan rust geven. Eenvoudige rituelen zoals een gesprek bij het slapengaan, een dagboek of het tekenen van emoties kunnen helpen om gevoelens te benoemen.

Het is belangrijk dat kinderen weten dat ze niet fout zijn omdat ze zich verdrietig, boos of bang voelen. Door hun emoties te erkennen en normaliseren, leren ze dat deze gevoelens bij het leven horen en dat het oké is om hulp te vragen.

7.6.2 Jongeren (13–18 jaar)

Jongeren ervaren de lange wachttijd vaak als frustrerend en verlammend. Ze voelen zich machteloos, onzeker en soms wanhopig wanneer hulp lang op zich laat wachten. Toch tonen veel jongeren in dit onderzoek aan dat ze veerkrachtig zijn, mits ze toegang krijgen tot goede informatie, een luisterend oor en hulpmiddelen die hen autonomie geven.

Het is aanbevolen om jongeren aan te moedigen om zelfstandig gesprekken aan te gaan met een vertrouwenspersoon of huisarts. Privacy is hierbij belangrijk. Jongeren willen vaak hun verhaal apart kunnen doen van hun ouders. Daarnaast kunnen digitale tools zoals mentale gezondheidsapps, zelfhulpmaterialen, podcasts of ontspanningsoefeningen; hen op maat ondersteunen.

Jongeren moeten gestimuleerd worden om actief te blijven. Dit in het contact met vrienden, via beweging, creatieve uitlaatkleppen of betekenisvolle activiteiten. Belangrijk is dat zij weten dat ze niet de enigen zijn die hiermee worstelen en dat hulp vragen geen zwakte is, maar een moedige stap.

7.6.3 Ouders

Ouders spelen een centrale rol in de ondersteuning van hun kind tijdens de lange wachttijd. Tegelijk ervaren zij vaak gevoelens van onmacht, schuld, frustratie en zorgen. Ze geven aan zich regelmatig alleen te voelen in hun zoektocht naar gepaste hulp en missen vaak duidelijke informatie over het zorgtraject.

Een eerste aanbeveling is dan ook om ouders actief te betrekken in het proces. Hen informeren over wat er speelt, wat de lange wachttijd betekent, en hoe zij hun kind kunnen ondersteunen. Psycho-educatie kan hierbij waardevol zijn. Daarnaast is het belangrijk dat ouders ruimte krijgen om ook over hun eigen gevoelens te spreken, bijvoorbeeld bij de huisarts om eventueel zelf hulp te zoeken.

Ouders kunnen hun kind ondersteunen door aanwezig te zijn, te luisteren zonder te oordelen, en door regelmatig eenvoudige gesprekken aan te gaan over hoe het met hen gaat. Kleine gebaren, zoals samen iets doen, structuur bieden of samen hulp zoeken, maken vaak het verschil. Tot slot is het belangrijk dat ouders beseffen dat zij er niet alleen voor staan. De huisarts en andere zorgverleners kunnen ook voor hen een aanspreekpunt zijn.

8 Eindproducten

In het kader van dit onderzoek werden verschillende eindproducten ontwikkeld die gericht zijn op het verbeteren van de ondersteuning voor kinderen, jongeren, ouders, en huisartsen tijdens de wachttijd voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Deze producten zijn ontworpen om de praktische implementatie van de aanbevelingen uit dit onderzoek te vergemakkelijken.

8.1 GGZ-wegwijzer voor huisartsen

De GGZ-wegwijzer is een praktische gids die huisartsen helpt bij het herkennen van psychische klachten bij kinderen en jongeren en biedt handvaten voor het onderhouden van contact tijdens de wachttijd voor gespecialiseerde zorg. Deze handleiding bevat praktische tools en tips voor het verwijzen naar de juiste hulp.

8.2 Uitgeschreven prototype voor een gedeeld dossier tussen huisartsen en GGZ

Het doel van dit prototype is het verbeteren van de samenwerking en communicatie tussen huisartsen en GGZ-professionals. Momenteel bestaat er vaak een kloof in de informatie-uitwisseling tussen deze zorgverleners wat kan leiden tot vertragingen in de zorgverlening en tot een inefficiënte coördinatie van de behandeling. Dit prototype biedt een oplossing in de vorm van een gedeeld digitaal dossier dat zorgt voor een gestroomlijnde en veilige uitwisseling van patiëntinformatie. Het gebruik van dit gedeeld dossier kan de kwaliteit van de zorg verbeteren door de behandelaren in staat te stellen om in real-time de relevante medische informatie te raadplegen, zonder dat er onduidelijkheden of vertragingen optreden vanwege ontbrekende gegevens.

8.2.1 Functionaliteiten van het gedeeld dossier

- **Veilige informatie-uitwisseling:** het gedeeld dossier maakt het mogelijk om patiëntgegevens veilig en efficiënt te delen tussen huisartsen en GGZ-professionals. Dit wordt mogelijk gemaakt door het gebruik van encryptie en veilige communicatiemethoden, zodat de vertrouwelijkheid van patiëntgegevens gewaarborgd blijft.
- **Toegangscontrole en privacybescherming:** om de privacy van de patiënt te beschermen, krijgt de patiënt de mogelijkheid om zelf te bepalen welke gegevens gedeeld mogen worden. Zorgverleners hebben enkel toegang tot de informatie die relevant is voor hun behandeltraject en het zorgproces van de patiënt.
- **Realtime updates:** het systeem zorgt ervoor dat elke wijziging of toevoeging van patiëntinformatie onmiddellijk zichtbaar is voor de betrokken zorgverleners. Dit bevordert een dynamische en actuele samenwerking tussen huisartsen en GGZ-professionals, waarbij beide partijen altijd toegang hebben tot de meest recente gegevens.

- **Geavanceerde zoek- en filtermogelijkheden:** het systeem biedt geavanceerde zoek- en filteropties, waarmee zorgverleners snel en efficiënt de benodigde informatie over de patiënt kunnen vinden, zoals eerdere behandelingen, medicatiegeschiedenis, en relevante medische aandoeningen.
- **Gebruiksvriendelijke interface:** de interface van het gedeeld dossier is ontworpen met het oog op gebruiksvriendelijkheid, zodat zorgverleners eenvoudig kunnen navigeren en snel toegang krijgen tot de benodigde informatie. Het platform biedt daarnaast duidelijke visuele aanwijzingen en een intuïtieve indeling die de werklast van zorgverleners verlaagt.
- **Integratie met andere zorgsystemen:** het prototype kan worden geïntegreerd met andere zorgsystemen, zoals elektronisch patiëntendossiers (EPD) van huisartsen of GGZ-aanbieders. Dit zorgt ervoor dat informatie consistent en efficiënt kan worden uitgewisseld tussen verschillende zorginstellingen.

8.2.2 Implementatie en evaluatie

De implementatie van dit prototype kan in verschillende fasen plaatsvinden:

1. **Pilotfase:** het systeem wordt getest binnen een beperkte groep huisartsenpraktijken en GGZ-instellingen om de werking en de bruikbaarheid van het gedeelde dossier te evalueren.
2. **Feedbackverwerking:** na de pilot wordt feedback verzameld van de gebruikers (huisartsen, GGZ-professionals) om het systeem verder te optimaliseren. Hierbij wordt gekeken naar gebruiksvriendelijkheid, technische prestaties en de ervaring van zorgverleners bij het delen van gegevens.
3. **Schaalvergroting:** bij succes van de pilot kan het systeem breder uitgerold worden, met de mogelijkheid om het verder uit te breiden naar andere zorginstellingen en huisartsenpraktijken.

8.2.3 Resultaten en verwachte impact

De verwachte voordelen van het gedeelde dossier zijn:

- **Verbeterde zorgcoördinatie:** door het direct delen van relevante patiëntinformatie kunnen zorgverleners elkaar beter ondersteunen en sneller handelen bij de behandeling van een patiënt.
- **Snellere doorverwijzingen:** omdat alle betrokken zorgverleners toegang hebben tot de benodigde gegevens kunnen doorverwijzingen naar de juiste GGZ-aanbieders sneller en effectiever plaatsvinden.
- **Verhoogde patiëntentevredenheid:** door een betere communicatie tussen zorgverleners wordt de kans op misverstanden en vertragingen in de behandeling verminderd, wat leidt tot een efficiënter en meer samenhangend zorgtraject voor de patiënt.

8.2.4 Conclusie

Dit prototype voor een gedeeld dossier biedt een innovatieve oplossing voor de problematiek van informatie-uitwisseling tussen huisartsen en GGZ-professionals. Door het verbeteren van de samenwerking en het versnellen van het doorverwijzingsproces, kan de algehele zorgcoördinatie aanzienlijk worden verbeterd. Bovendien zorgt de sterke focus op privacybescherming en beveiliging ervoor dat de vertrouwelijkheid van patiëntengegevens gewaarborgd blijft. Het implementeren van dit systeem op grotere schaal zal niet alleen de efficiëntie van het zorgproces bevorderen, maar ook bijdragen aan de kwaliteit van de zorg en de tevredenheid van patiënten.

8.3 Uitgeschreven prototype zoekplatform GGZ-aanbieders

Dit prototype biedt een eenvoudig werkend zoekplatform waarbij huisartsen snel GGZ-aanbieders kunnen vinden die voldoen aan specifieke criteria zoals leeftijdscategorie, problematiek, regio, type hulpverlening en wachttijd. Het platform is ontworpen als een proof of concept en biedt de basisfunctionaliteit van een zoekproces. Het doel is om het verwijzingsproces te versnellen en te vereenvoudigen voor huisartsen, zodat zij snel de juiste zorgverlener kunnen vinden die aansluit bij de behoeften van hun patiënten.

8.3.1 Functionaliteiten van het zoekplatform

- **Zoekcriteria op basis van patiëntbehoeften:** het prototype biedt een eenvoudige interface waarin huisartsen de specifieke behoeften van hun patiënt kunnen invoeren, zoals:
 - **Leeftijdscategorie:** leeftijdsgroepen van de patiënt (bv. kinderen, jongeren, volwassenen, ouderen).
 - **Problematiek:** soorten geestelijke gezondheidsproblemen die de patiënt ervaart, zoals depressie, angststoornissen, verslaving, eetstoornissen,...
 - **Regio:** de geografische locatie van de patiënt, zodat huisartsen aanbieders in de dichtstbijzijnde regio kunnen vinden.
 - **Type hulpverlening:** het type zorg dat de patiënt nodig heeft, zoals ambulante zorg, dagbehandeling, crisisinterventie, of opnamebehandeling.
 - **Wachttijd:** het aantal weken dat de patiënt bereid is te wachten voordat hij/zij behandeld kan worden. Dit helpt huisartsen om aanbieders te vinden die voldoen aan de urgentie van de situatie.
- **Eenvoudige zoekfunctionaliteit:** door de invoer van de bovenstaande criteria kan het systeem automatisch een lijst van geschikte GGZ-aanbieders genereren die voldoen aan de opgegeven filters. Deze lijst wordt gepresenteerd in een overzichtelijke tabel waarin de naam van de aanbieder, type zorg, regio, wachttijd en contactgegevens staan vermeld. Huisartsen kunnen eenvoudig door deze lijst bladeren en de meest geschikte aanbieder selecteren.

- **Gebruiksvriendelijke interface:** de interface van het zoekplatform is eenvoudig en intuïtief, zodat huisartsen snel begrijpen hoe ze de zoekcriteria kunnen invoeren en de resultaten kunnen interpreteren. Elke zoekcategorie is duidelijk gemarkeerd en er wordt gebruik gemaakt van dropdown-menu's voor eenvoudige selectie van de verschillende criteria. Dit maakt het platform snel toegankelijk en verlaagt de drempel voor gebruik.
- **Filteropties en sortering:** het prototype biedt de mogelijkheid om de zoekresultaten te filteren op basis van verschillende criteria, zoals wachttijd, regio, of type zorg. Daarnaast kunnen de resultaten gesorteerd worden, bijvoorbeeld op wachttijd (kortste wachttijd bovenaan), zodat huisartsen snel kunnen bepalen welke aanbieders het meest geschikt zijn voor hun patiënt.

8.3.2 Technologische basis en beveiliging

- **Beveiliging van gegevens:** omdat het prototype geen gebruik maakt van een live databank, zijn de gegevens handmatig in te voeren en worden ze lokaal opgeslagen. Het is belangrijk om ervoor te zorgen dat de gegevens op een veilige manier worden beheerd, bijvoorbeeld door het bestand te beveiligen met een wachtwoord.
- **Gegevensbeheer:** de gegevens die in het prototype worden gebruikt, kunnen eenvoudig worden geüpdatet door de beheerder. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat de wachttijden van GGZ-aanbieders wekelijks worden bijgewerkt om ervoor te zorgen dat de zoekresultaten accuraat blijven.

8.3.3 Implementatie en evaluatie

De implementatie van dit prototype kan in verschillende fasen plaatsvinden:

1. **Proefversie en feedback:** dit prototype kan in de praktijk getest worden door huisartsen om de functionaliteit en bruikbaarheid te evalueren. De feedback van de gebruikers zal helpen om het platform verder te verfijnen en te verbeteren. De huisartsen kunnen bijvoorbeeld aangeven welke zoekcriteria het meest nuttig zijn en welke aanvullende functionaliteiten gewenst zijn.
2. **Verbetering van de gegevens:** de gegevens over GGZ-aanbieders moeten regelmatig worden bijgewerkt om de nauwkeurigheid en effectiviteit van het platform te waarborgen. Dit kan betekenen dat er een systeem wordt opgezet om zorgverleners regelmatig te vragen om hun wachttijden en andere relevante informatie bij te werken.
3. **Toekomstige digitalisering:** na het testen van het prototype kan het platform verder worden gedigitaliseerd en geautomatiseerd. Dit zou de gebruiksvriendelijkheid en effectiviteit van het platform aanzienlijk verbeteren.

8.3.4 Verwachte impact

De voordelen van dit zoekplatform voor GGZ-aanbieders zijn onder andere:

- **Snellere en effectievere verwijzingen:** huisartsen kunnen snel een geschikte GGZ-aanbieder vinden op basis van de specifieke behoeften van hun patiënt, waardoor het verwijzingsproces wordt versneld.
- **Verhoogde efficiëntie:** door het elimineren van handmatige zoek- en verwijzingsprocessen kunnen huisartsen tijd besparen en hun werklast verminderen.
- **Betere zorgcoördinatie:** het platform helpt huisartsen om snel zorgverleners te vinden die de juiste zorg kunnen bieden, wat de samenwerking tussen zorgprofessionals verbetert en de zorgcoördinatie bevordert.

8.3.5 Conclusie

Het prototype voor het zoekplatform voor GGZ-aanbieders biedt een eenvoudige maar effectieve oplossing om huisartsen te ondersteunen bij het snel vinden van de juiste zorgverlener voor hun patiënt. Door de invoer van zoekcriteria zoals leeftijd, problematiek, regio, type zorg en wachttijd kunnen huisartsen sneller en efficiënter geschikte GGZ-aanbieders vinden. De feedback van gebruikers en verdere digitalisering kunnen dit prototype omzetten in een volwaardig platform dat een waardevolle aanvulling biedt voor de zorgpraktijk.

8.4 Wacht-wijs Box voor kinderen en jongeren

De Wacht-wijs Box is een praktische tool voor kinderen en jongeren die wachten op gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. De box bevat een stickerkalender, emotie-stickers, een wacht-wijs boekje, een schriftje en doe-kaartjes die hen helpen om hun gevoelens te uiten en hun ervaringen tijdens de wachttijd te verwerken. Deze box biedt zowel een ondersteunende als educatieve benadering om kinderen en jongeren actief te betrekken bij hun eigen zorgtraject.

8.5 Wacht-wijs folder voor ouders

De Wacht-wijs folder is een informatieve folder die ouders ondersteunt in het omgaan met de wachttijd voor geestelijke gezondheidszorg voor hun kinderen. De folder bevat praktische tips, handvaten voor het bieden van emotionele steun, en informatie over hoe ouders kunnen bijdragen aan het welzijn van hun kinderen tijdens deze periode. Ook biedt de folder een gids voor het gebruik van de Wacht-wijs Box.

9 Epiloog

'Samen sterk in de wachttijd' is voor mij meer dan de titel van deze bachelorproef. Het is de weerslag van een empirisch onderzoek afgetoetst binnen een theoretisch kader. Het is het resultaat van mijn eigen educatief traject en de start van een toekomst waarin ik me als hulpverlener blijvend wil inzetten. Laat deze titel geen hol begrip zijn, maar meteen een mooie oproep om ook hier in mijn carrière verder mee aan de slag te gaan. Ik hoop dat ik deze titel kwaliteitsvol en professioneel heb kunnen invullen om op mijn manier een klein steentje te verleggen in het individuele zorgpad van kwetsbare kinderen en jongeren. Misschien betekent dit kleine steentje net dat duwtje in de rug dat deze kinderen en jongeren kan aanzetten om de aangereikte zorg te individualiseren en de levenskwaliteit te bevorderen. Als deze bachelorproef daar ook maar één stukje toe bijdraagt, dan is mijn opzet meer dan geslaagd.

Wat begon als een onderzoeksoopdracht groeide uit tot een traject dat me niet alleen academisch, maar ook persoonlijk gevormd heeft. Deze bachelorproef bracht me dichterbij de ervaringen van kinderen, jongeren en gezinnen die vaak in stilte wachten op hulp. Hun verhalen lieten me niet onberoerd en versterkten mijn overtuiging dat zorg niet pas begint bij een diagnose of intake, maar al tijdens het wachten.

Tijdens dit proces besloot ik ook zelf stappen te zetten. Vanuit mijn groeiende betrokkenheid ontstond het idee voor **Feelino**, een initiatief in bijberoep dat inzet op laagdrempelige ondersteuning voor kinderen en jongeren. Dit is wellicht het begin van meerdere projecten, waarin ik hoop te werken rond thema's zoals psycho-educatie, preventieve begeleiding en het versterken van emotioneel welbevinden ook voor wie nog wacht op professionele hulp.

Ik ontdekte hoe belangrijk het is om te luisteren, ook wanneer er nog geen oplossing is. Dat nabijheid en kleine vormen van steun echt het verschil kunnen maken. En dat verandering niet alleen van bovenaf komt, maar ook van mensen die durven beginnen, blijven kijken en blijven proberen.

Met dit werk hoop ik een bijdrage te leveren aan een warmere, toegankelijker geestelijke gezondheidszorg. Een zorg waarin kinderen en jongeren zich niet vergeten voelen.

Ik draag deze pagina's op aan hen en aan iedereen die zich ooit afvroeg of hun wachten gezien wordt.

Literatuurlijst

- Belgium.be. (z.d.). *Frank Vandenbroucke*. Geraadpleegd op 18 februari 2025, op https://www.belgium.be/nl/frank_vandenbroucke
- Böhmer, K. M., Van der Veen, M. J. W. M., Van der Veen, M. J. M. M., Van der Veen, R. A. H. M., & Van der Veen, E. M. A. M. M. (2019). Suitability of the German version of the Manchester Triage System to assess emergency department patients with psychiatric complaints. *BMJ Open*, 9(5), e024896. Doi 10.1136/bmjopen-2018-024896
- Coöperatie VGZ. (24 juli 2020). *Succesformule Coöperatie VGZ leidt tot doorbraak wachtlijsten GGZ Rotterdam*. Afname wachtlijsten in Rotterdam door transfer tweedaagse. Geraadpleegd op 23 december 2024, op <https://www.cooperatievgz.nl/cooperatie-vgz/nieuws-en-media/nieuwsoverzicht/afname-wachtlijsten-in-rotterdam-door-transfer-tweedaagse>
- De Grave, J., De Jonghe. I., Demunter, S., Ghekiere, A., Excelmans, E., Hoefnagels, G., et al. (z.d.). #SGGG21 *Werkgroep 'wachttijden'*. Geraadpleegd op 23 december 2024, op <https://www.statengeneraalggz.be/wp-content/uploads/2021/03/WGWachttijden.pdf>
- De Moor, D. (2023). *100 jaar Sint-Andriesziekenhuis Tielt*. Gent: Artha books.
- De Sociale Kaart. (Z.d.). *De Sociale Kaart*. Geraadpleegd op, 27 maart 2025, op <https://www.desocialekaart.be>
- Espie, C. A., Emsley, R., Kyle, S. D., Gordon, C., Drake, C. L., Siriwardena, A. N., et al. (2019). Effect of digital cognitive behavioral therapy for insomnia on health, psychological well-being, and sleep-related quality of life: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 76(1), 21–30. Doi 10.1001/jamapsychiatry.2018.2745
- Gaebel, W., Lukies, R., Kerst, A., Stricker, J., Zielasek, J., Diekmann, S., et al. (2020). Upscaling e-mental health in Europe: a six-country qualitative analysis and policy recommendations from the eMEN project. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 271, 1005-1016. Doi 10.1007/s00406-020-01133-y
- Gevaert, K., Keinemans S. & Roose, R. (2020). *De wachtlijst voorbij: Over voorrang geven in tijden van schaarste*. Gent: Academia Press.
- HaaglandenGezonder.nl. (Z.d.). *Mentale gezondheid*. Geraadpleegd op 23 januari 2025, op https://haaglandengezonder.nl/mentale_gezondheid/

- Headspace National Youth Mental Health Foundation. (z.d.). *Headspace: National Youth Mental Health Foundation*. Geraadpleegd op 24 april 2025, op <https://headspace.org.au/>
- HLN. (8 mei 2024). *Australisch stadje zoekt huisarts: riant salaris, huis en auto, maar er is een keerzijde*. Geraadpleegd op 24 april 2025, op <https://www.hln.be>
- Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. (Z.d.). *Specialistische ondersteuning van huisartsen*. Geraadpleegd op 23 december 2024, op <https://kenniscentrum-kjp.nl/over-ons/projecten/specialistische-ondersteuning-huisartsen>
- Landelijke Huisartsen Vereniging. (Z.d.). *Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek*. Geraadpleegd op 23 december 2024, op <https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2022/11/Definitief-Visie-Huisartsenzorg-voor-patiënten-met-psychische-problematiek.pdf?>
- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A. (2019). Rapid systematic review: The impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218–1239. Doi 10.1016/j.jaac.2020.05.009
- Minddistrict. (2024). *Minddistrict: Digital mental health platform in the Netherlands*. Geraadpleegd op 23 januari 2025, op <https://www.minddistrict.com>
- Neckebroeck, C., Vanderstraeten, I., & Verhaeghe, M. (2020). *Onderzoeksvaardigheden voor onderwijs, zorg en welzijn*. Wommelgem: Van In.
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). (Z.d.). *Aanpak van wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 23 januari 2025, op <https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/toezicht-op-de-ggz-en-fz/aanpak-van-de-wachtlijsten-in-de-geestelijke-gezondheidszorg>
- NIVEL. (17 juni 2024). *GGZ-wachttijden hebben een brede impact: niet alleen op wachtenden zelf, maar ook op naasten*. NIVEL. Geraadpleegd op 24 januari 2025, op <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/ggz-wachttijden-hebben-een-brede-impact-niet-alleen-op-wachtenden-zelf-maar-ook-op-naasten>
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P. et al. (2020). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553–1598. Doi 10.1016/S0140-6736(18)31612-X

- PubMed. (2022). *Mental health triage tools: A narrative review*. Geraadpleegd op 23 december 2024, op <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36176247/>
- Rens, E., De Grave, J., Dom, G., Glazemakers, I. & Van den Broeck, K. (2021). *Genoeg gewacht: Naar een gezamenlijke aanpak van wachttijden in de Vlaamse GGZ* [thesis]. Antwerpen: Universiteit van Antwerpen. Geraadpleegd via https://www.researchgate.net/profile/Eva-Rens/publication/364658350_Genoeg_gewacht_naar_een_gezamenlijke_aanpak_van_wachttijden_in_de_Vlaamse_ggz/links/66f56082869f1104c6b59058/Genoeg-gewacht-naar-een-gezamenlijke-aanpak-van-wachttijden-in-de-Vlaamse-ggz.pdf
- Rickwood, D. J., Mazzer, K. R., & Telford, N. R. (2015). The headspace model: Responding to the mental health needs of young people in Australia. *Early Intervention in Psychiatry*, 9(1), 73–78. Doi 10.1111/eip.12048
- Schmidt, L., Müller, T., & Fischer, H. (2022). Triage systems in mental health care: A German perspective. *European Journal of Mental Health*, 28(2), 102-114. Doi 10.1024/ejmh.2022.0403
- Service-Public.fr. (2025). *Mental health – My Psychologist Support is evolving*. Geraadpleegd op 23 april 2025, op <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A17461?lang=en>
- Sund, A. M., Martinussen, M., & Nilsen, W. (2023). Emerging integrated care models for children and youth with mental health problems in Norway. *International Journal of Integrated Care*, 23(3), Article 3. Doi 10.5334/ijic.6671
- Sundell, K., Hjalmarsson, R., Östberg, F., & Backlund, L. (2021). How can we strengthen mental health services in Swedish youth clinics?. *Nordic Journal of Psychiatry*, 75(8), 603–611. Doi 10.1080/08039488.2021.1925987
- Tegek. (Z.d.). *Eerstelijnspsychologen*. Geraadpleegd op 23 januari 2025, op <https://www.tegek.be/psychische-problemen/hulp-nodig/eerstelijnspsychologen>
- Test-Aankoop. (Z.d.). *Meer middelen voor psychologische hulp a.u.b..* Geraadpleegd op 24 januari 2025, op <https://www.test-aankoop.be/gezond/gezondheidszorg/medische-tarieven/nieuws/meer-middelen-ggz>
- Trimbos-instituut. (2024a). *Mental health: monitoring, research and prevention*. Geraadpleegd op 23 januari 2025 op <https://www.trimbos.nl/english/mental-health/#international>

- Trimbos-instituut. (2024b). *In de wachtstand. Een literatuurinventarisatie naar de impact van wachttijden in de GGZ op patiënten, naasten, huisartsen en POH's-GGZ*. Geraadpleegd op 23 december 2024 op <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af2172-rapport-in-de-wachtstand/>
- Trimbos-instituut. (17 juni 2024c). *Wachttijd in de GGZ heeft impact op patiënten, naasten en zorgverleners*. Geraadpleegd op 23 december 2024, op <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/wachttijd-in-de-ggz-heeft-impact-op-patienten-naasten-en-zorgverleners/>
- Unobravo. (z.d.). *Online psychological support tailored to your needs*. Geraadpleegd op 23 januari 2025, op <https://www.unobravo.com>
- Van Dorpe, F., (9 mei 2024). *Het meten van wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg: Voor wie, waarom en hoe*. Geraadpleegd op 24 januari 2025, op <https://psyche.be/actueel/nieuwsberichten/detail/het-meten-van-wachttijden-in-de-geestelijke-gezondheidszorg-voor-wie-waarom-en-hoe>
- Vlaamse overheid. (z.d.). *Caroline Gennez – Vlaams minister van Welzijn, Armoedebestrijding, Cultuur en Gelijke Kansen*. Geraadpleegd op 18 februari 2025, op <https://www.vlaanderen.be/organisaties/vlaamse-regering/caroline-gennez-vlaams-minister-van-welzijn-en-armoedebestrijding-cultuur-en-gelijke-kansen>
- Vlaams Parlement. (2021). *Over de kruispunten voor eerste hulp bij psychische en sociale problemen* [verslag]. Vlaams Parlement. Geraadpleegd via <https://www.vlaamsparlement.be/nl/parlementair-werk/commissies/commissievergaderingen/1471001/verslag/1473378>
- Vlaamse Zorggroep. (2024). *Wachttijden Geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 24 januari 2025, op <https://www.vzinfo.nl/wachttijden/geestelijke-gezondheidszorg>
- Wegvandewachtlijst.nl. (10 december 2020). *Wachtlijsten in de GGZ: Analyse en oplossingen*. Geraadpleegd op 23 december 2024, op <https://wegvandewachtlijst.nl/wachtlijsten-in-de-ggz-analyse-en-oplossingen>

Bijlagen

Bijlage 1: Afbeelding van de afgenomen enquête voor kinderen van 7 – 12 jaar

Bijlage 2: Afbeelding van de afgenomen enquête voor jongeren van 13 – 18 jaar

Bijlage 3: Afbeelding van de afgenomen enquêtes voor huisartsen

Bijlage 4: Afbeelding van de afgenomen enquête voor ouder(s)

Bijlage 5: Afbeelding van de afgenomen enquête voor GGZ-professionals

Bijlage 6: Interviewschema's voor de huisartsen

Bijlage 7: Interviewschema's voor de ouder(s)

Bijlage 8: Transcripten van de interviews met de huisarts(en)

Bijlage 9: Transcripten van de interviews met de ouder(s)

Bijlage 10: Afbeelding van het eindproduct voor de huisartsen – GGZ-wegwijzer

Bijlage 11: Afbeelding van het eindproduct voor de kinderen en jongeren: Wacht-wijs box

Bijlage 12: Afbeelding van het eindproduct voor de ouders – Wacht-wijs folder

Bijlage 1: Afbeelding van de afgenomen enquête voor kinderen van 7 – 12 jaar

The screenshot shows the introduction screen of a survey titled "Samen sterk in de wachttijd". The background is a light blue and white pattern with the title "SAMEN STERK IN DE WACHTTIJD" repeated in a large, stylized font. A central teal box contains the following text:

Samen sterk in de wachttijd

Hallo! Wil jij mij helpen?

Soms moeten kinderen lang wachten voordat ze hulp krijgen.

Ik wil graag beter begrijpen hoe jij dit vindt en hoe de huisarts (dokter) jou in die tijd kan helpen. Wil je me vertellen wat jij fijn zou vinden? Het duurt maar een paar minuten, en jouw antwoorden blijven geheim. Klaar? Dan beginnen we!

Groetjes Maartje

Nu starten

At the bottom, there is a Microsoft 365 logo and a privacy notice: "Deze inhoud wordt gemaakt door de eigenaar van het formulier. De gegevens die u indient, worden naar de eigenaar van het formulier verzonden. Microsoft is niet verantwoordelijk voor de privacy- of beveiligingspraktijken van haar klanten, inclusief die van de eigenaar van dit formulier. Geef nooit uw wachtwoord."

The screenshot shows the survey questions section of the "Samen sterk in de wachttijd" survey. The background is a light blue and white pattern with the title "SAMEN STERK IN DE WACHTTIJD" repeated in a large, stylized font. A central white box contains the following text:

Samen sterk in de wachttijd

Hallo! Wil jij mij helpen?

Over jou

1. Hoeveel jaar ben jij?

Voer uw antwoord in

2. Waarom zoek je hulp?

Below the questions, there are two large circular icons representing different emotions:

- A blue circle with a sad face (frowning mouth, downcast eyes).
- A red circle with an angry face (furrowed brows, wavy mouth).

Below each icon is a radio button and a label:

- ☐ Ik ben vaak bang of verdrietig
- ☐ Ik heb veel boosheid in mij

STERK IN DE WACHTTIJD



☐ Ik heb moeite met vrienden maken



☐ Ik slaap slecht



☐ Ik voel me alleen of onbegrepen



☐ Ik weet niet precies waarom, maar ik wil me beter voelen

[Volgende](#)

← Terug Computer Mobiele telefoon

STERK IN DE WACHTTIJD

Samen sterk in de wachttijd

Hallo! Wil jij mij helpen?

Over het wachten op hulp

3. Hoe lang wacht je al op hulp of hoe lang heb je moeten wachten?

☐ Minder dan 1 maand
☐ 1-3 maanden
☐ 4-6 maanden
☐ Meer dan 6 maanden
☐ Ik weet het niet
☐ Ik weet niet hoe lang, maar het voelt...

4. Hoe voel jij je over het feit dat je moet wachten op hulp? 🗣️



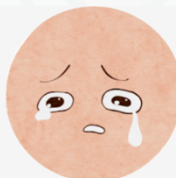
☐ Ik heb er weinig last van



☐ Het is vervelend, maar ik red het wel



☐ Het is moeilijk en ik heb soms hulp nodig



☐ Het is heel zwaar, ik weet niet hoe ik dit volhoud

5. Wat maakt het wachten moeilijk voor jou? 🗣️

(Je mag meerdere antwoorden kiezen)

☐ Ik weet niet hoe lang het nog duurt

☐ Mijn klachten worden erger

☐ Ik heb niemand om mee te praten

☐ Ik weet niet waar ik heen kan voor hulp

☐ Ik heb al dingen geprobeerd, maar het helpt niet

☐ Andere

6. Wat merk je aan jezelf als je lang moet wachten?



(Je mag meerdere antwoorden kiezen)

- ☐ Mijn klachten worden erger
- ☐ Ik voel me boos of verdrietig
- ☐ Ik ben bang dat ik niet geholpen word
- ☐ Ik weet niet goed waar ik heen kan voor hulp
- ☐ Ik voel me vaker moe
- ☐ Andere

Terug

Volgende

Microsoft 365

Deze inhoud wordt gemaakt door de eigenaar van het formulier. De gegevens die u indient, worden naar de eigenaar van het formulier verzonden. Microsoft is niet verantwoordelijk voor de privacy- of beveiligingspraktijken van haar klanten, inclusief die van de eigenaar van dit formulier. Geef nooit uw wachtwoord.

Microsoft Forms | Enquêtes, quizen en polls op basis van AI [Mijn eigen formulier maken](#)

De eigenaar van dit formulier heeft geen privacyverklaring verstrekt over hoe hij uw reactiegegevens zal gebruiken. Geef geen persoonlijke of gevoelige informatie. | [Gebruiksvoorwaarden](#)

Samen sterk in de wachttijd

Hallo! Wil jij mij helpen?



Over de huisarts



7. Heb je met je huisarts (dokter) gepraat terwijl je moest wachten?

- ☐ Ja, vaak
- ☐ Ja, een paar keer
- ☐ Nee, bijna nooit

8. Hoe vond je het om met de dokter te praten?



- ☐ Heel fijn, ik voelde me geholpen



- ☐ Het ging wel, maar ik vond het soms moeilijk



- ☐ Ik vond het helemaal niet fijn

9. Wat deed de dokter om je te helpen?



(Je mag meerdere antwoorden kiezen)

- ☐ Hij/zij praatte met mij om te vragen hoe het ging
- ☐ Hij/zij gaf mij tips of dingen om te proberen
- ☐ Hij/zij hielp me naar een andere plek
- ☐ Hij/zij deed niets
- ☐ Andere

10. Wat zou je willen dat je dokter deed om je te helpen terwijl je wacht?



(Je mag meerdere antwoorden kiezen)

- ☐ Meer met mij praten
- ☐ Mij oefeningen of spelletjes geven die helpen
- ☐ Mijn ouders helpen begrijpen hoe ze mij kunnen helpen
- ☐ Tips, tools aanreiken
- ☐ Andere

Samen sterk in de wachttijd



Hallo! Wil jij mij helpen?

Wat kan helpen tijdens het wachten?



11. Wat zou je helpen om het wachten makkelijker te maken?

(Je mag meerdere antwoorden kiezen)

- ☐ Korte gesprekken met iemand die luistert
- ☐ Beter uitleggen wat er gaat gebeuren en hoe lang het duurt
- ☐ Spelletjes of tips die me helpen
- ☐ Een dagboek of schriftje om in te schrijven
- ☐ Andere

12. Kreeg je een goede uitleg over hoe lang je moet wachten en wat je kunt doen terwijl je wacht?



- ☐ Ja, dat was duidelijk
- ☐ Een beetje, maar ik begreep het niet helemaal

12. Kreeg je een goede uitleg over hoe lang je moet wachten en wat je kunt doen terwijl je wacht? 

☐ Ja, dat was duidelijk

☐ Een beetje, maar ik begreep het niet helemaal

☐ Nee, ik wist niet goed wat er zou gebeuren

13. Hoe zou je het liefst informatie krijgen over wat je kunt doen tijdens het wachten? 
(Je mag meerdere antwoorden kiezen)

☐ Via een website met makkelijke uitleg

☐ Een folder of boekje

☐ Oefeningen of tips

☐ Een spelletje om mijn gevoelens te begrijpen

☐ Andere

[Terug](#) [Volgende](#)

Samen sterk in de wachttijd  

Hallo! Wil jij mij helpen?

Tot slot 

14. Wil je nog iets vertellen? 

Voer uw antwoord in

15. Wil je meedoen aan een extra gesprek om meer te vertellen over je ervaringen? 

☐ Ja, ik wil graag meedoen, maar ik moet het eerst aan mijn ouders vragen

☐ Nee, ik wil niet deelnemen aan een gesprek

[Terug](#) [Verzenden](#)

 Microsoft 365

Tot slot



14. Wil je nog iets vertellen?

Voer uw antwoord in

15. Wil je meedoen aan een extra gesprek om meer te vertellen over je ervaringen?

☒ Ja, ik wil graag meedoen, maar ik moet het eerst aan mijn ouders vragen

☐ Nee, ik wil niet deelnemen aan een gesprek

16. Als je meedoet, vragen we je ouders om je contactgegevens in te vullen. Ze kunnen dit hieronder doen (naam van het kind, naam van de ouder, e-mailadres van de ouders)

Let op: Je ouders moeten hun toestemming geven voor het interview en de gegevens worden alleen voor dit onderzoek gebruikt.

Voer uw antwoord in

Terug

Verzenden

Bijlage 2: Afbeelding van de afgenomen enquête voor jongeren van 13 – 18 jaar

The screenshot shows a survey introduction screen with a light blue background and a central teal box. The title 'Samen sterk in de wachttijd' is at the top. Below it is 'Hallo!'. The main text asks if the user has waited long for mental health help and explains the survey's purpose. A 'Nu starten' button is at the bottom right. A Microsoft 365 footer is at the very bottom.

Samen sterk in de wachttijd

Hallo!

Moet je lang wachten op hulp voor je mentale gezondheid?

Ik wil graag weten hoe jij de wachttijd voor GGZ-hulp ervaart, wat zou jou kunnen helpen tijdens het wachten en hoe heeft je huisarts jou ondersteund? Jouw antwoorden zijn belangrijk, om te begrijpen wat er beter kan voor jongeren die wachten op hulp. De enquête duurt 10 minuten en is anoniem. Laten we beginnen! Groetjes Maartje

Nu starten

Microsoft 365

Deze inhoud wordt gemaakt door de eigenaar van het formulier. De gegevens die u indient, worden naar de eigenaar van het formulier verzonden. Microsoft is niet verantwoordelijk voor de privacy- of beveiligingspraktijken van haar klanten, inclusief die van de eigenaar van dit formulier. Geef nooit uw wachtwoord.

The screenshot shows a survey question screen with a light blue background and a central teal box. The title 'Samen sterk in de wachttijd' is at the top. Below it is 'Hallo!'. The section 'Over jou' contains the question '1. Wat is je leeftijd?'. There is a text input field below the question.

Samen sterk in de wachttijd

Hallo!

Over jou

1. Wat is je leeftijd?

Voer uw antwoord in

2. Wat is de reden dat je hulp zoekt of zocht bij de GGZ? 

- ☐ Angst of paniekaanvallen
- ☐ Depressive gevoelens
- ☐ Problemen met vrienden of familie
- ☐ Moeite met school
- ☐ Problemen met eten
- ☐ Problemen met zelfbeeld
- ☐ Zelfbeschadiging of gedachten aan zelfdoding
- ☐ Andere

Volgende

 Microsoft 365

Deze inhoud wordt gemaakt door de eigenaar van het formulier. De gegevens die u indient, worden naar de eigenaar van het formulier verzonden. Microsoft is niet verantwoordelijk voor de privacy- of beveiligingspraktijken van haar klanten, inclusief die van de eigenaar van dit formulier. Geef nooit uw wachtwoord.

Samen sterk in de wachttijd

Hallo!

Over het wachten op hulp

3. Hoe lang wacht je al op hulp of hoe lang heb je moeten wachten? 

- ☐ Minder dan 1 maand
- ☐ 1-3 maanden
- ☐ 4-6 maanden
- ☐ Meer dan 6 maanden
- ☐ Ik weet het niet

4. Hoe voel jij je over het feit dat je moet wachten op hulp? 

1	2	3	4	5
Geen probleem				Heel moeilijk

5. Wat maakt het wachten moeilijk?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Ik weet niet hoe lang het nog duurt
- ☐ Mijn klachten worden erger
- ☐ Ik heb niemand om mee te praten
- ☐ Ik weet niet waar ik terecht kan voor steun
- ☐ Andere

6. Wat merk je aan jezelf als je lang moet wachten?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Mijn klachten worden erger
- ☐ Ik voel me machteloos of gefrustreerd
- ☐ Ik voel me onzeker over of ik ooit geholpen zal worden
- ☐ Ik weet niet goed waar ik terecht kan voor steun
- ☐ Ik voel me eenzaam of niet begrepen
- ☐ Ik voel me meer angstig of verdrietig
- ☐ Ik heb meer moeite met school, vrienden of familie
- ☐ Andere

[Terug](#)

[Volgende](#)

 Microsoft 365

Deze inhoud wordt gemaakt door de eigenaar van het formulier. De gegevens die u indient, worden naar de eigenaar van het formulier verzonden. Microsoft is niet verantwoordelijk voor de privacy- of beveiligingspraktijken van haar klanten, inclusief die van de eigenaar van dit formulier. Geef

Samen sterk in de wachttijd

Hallo!

Ervaring met huisarts

7. Heb je tijdens het wachten contact gehad met je huisarts over hoe het met je gaat? 

- ☐ Ja, vaak
- ☐ Ja, een paar keer
- ☐ Nee, maar ik zou dat willen proberen
- ☐ Nee, en dat wil ik ook niet

8. Hoe heb je het gesprek met je huisarts ervaren? 

- ☐ Heel fijn, ik voelde me geholpen en kon makkelijk praten
- ☐ Wel oké, maar soms lastig om over dingen te praten
- ☐ Niet fijn, ik voelde me er niet prettig bij
- ☐ Ik heb niet echt een gesprek gehad met mijn huisarts over mijn mentale gezondheid

8. Hoe heb je het gesprek met je huisarts ervaren? 

- ☐ Heel fijn, ik voelde me geholpen en kon makkelijk praten
- ☐ Wel oké, maar soms lastig om over dingen te praten
- ☐ Niet fijn, ik voelde me er niet prettig bij
- ☐ Ik heb niet echt een gesprek gehad met mijn huisarts over mijn mentale gezondheid

9. Wat voor soort ondersteuning heeft je huisarts je gegeven? 

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Gesprekken om te praten over hoe het gaat
- ☐ Doorverwijzing naar andere hulp
- ☐ Informatie over hoe ik mezelf kan helpen (oefeningen, tips, ...)
- ☐ De huisarts deed niets
- ☐ Andere

10. Wat zou je graag anders willen in de ondersteuning van je huisarts?



(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Regelmatig checken hoe het met mij gaat
- ☐ Concrete tips of oefeningen voor mijn klachten
- ☐ Mijn ouders tips geven over hoe ze mij kunnen helpen
- ☐ Niets, ik heb geen hulp nodig van mijn huisarts
- ☐ Andere

Terug

Volgende

Microsoft 365

Deze inhoud wordt gemaakt door de eigenaar van het formulier. De gegevens die u indient, worden naar de eigenaar van het formulier verzonden. Microsoft is niet verantwoordelijk voor de privacy- of beveiligingspraktijken van haar klanten, inclusief die van de eigenaar van dit formulier. Geef nooit uw wachtwoord.

Microsoft Forms | Enquêtes, quizen en polls op basis van AI [Mijn eigen formulier maken](#)

De eigenaar van dit formulier heeft geen privacyverklaring verstrekt over hoe hij uw reactiegegevens zal gebruiken. Geef geen persoonlijke of gevoelige informatie. | [Gebruiksvoorwaarden](#)

Samen sterk in de wachttijd

Hallo!

Wat zou helpen tijdens de wachttijd?



11. Wat zou jou helpen om de wachttijd draaglijker te maken?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Gesprekken met de huisarts
- ☐ Gesprekken met een psychologisch consultant of eerstelijnspsycholoog
- ☐ Betere uitleg over wat ik kan verwachten en hoelang het duurt
- ☐ Zelfhulptips die echt werken
- ☐ Andere

12. Kreeg je bij je aanmelding goede uitleg over hoe lang je moet wachten en wat je kan doen in de tussentijd?



- ☐ Ja, dat was duidelijk en ik begreep het goed
- ☐ Een beetje, maar niet genoeg
- ☐ Nee, ik wist niet goed wat me te wachten stond

13. Hoe zou je het liefst informatie krijgen over wat je kan doen tijdens het wachten?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Via een website met duidelijke info
- ☐ Een folder of brochure
- ☐ Via mijn huisarts
- ☐ Via oefeningen en tips die ik zelf kan doen
- ☐ Een spel om mijn gevoelens te begrijpen
- ☐ Andere

Terug

Volgende

Samen sterk in de wachttijd



Hallo!

Tot slot



14. Wil je nog iets vertellen?

Voer uw antwoord in

15. Ben je bereid om deel te nemen aan een aanvullend interview om meer te vertellen over je ervaringen



(Let op: je hebt toestemming van je ouders nodig om mee te doen aan het interview)

- ☐ Ja, ik wil graag meedoen
- ☐ Nee, ik wil niet deelnemen aan een gesprek

Terug

Verzenden

Tot slot



14. Wil je nog iets vertellen?

Voer uw antwoord in

15. Ben je bereid om deel te nemen aan een aanvullend interview om meer te vertellen over je ervaringen



(Let op: je hebt toestemming van je ouders nodig om mee te doen aan het interview)

- ☒ Ja, ik wil graag meedoen
- ☐ Nee, ik wil niet deelnemen aan een gesprek

16. Als je meedoet, vul dan hieronder je contactgegevens in (naam en e-mailadres)

Je gegevens worden alleen voor dit onderzoek gebruikt.

Voer uw antwoord in

[Terug](#)

[Verzenden](#)

Bijlage 3: Afbeelding van de afgenomen enquête voor huisartsen

Samen sterk in de wachttijd

Beste huisarts

Dank u wel voor uw bereidheid om deel te nemen aan deze enquête. Voor mijn bachelorproef onderzoek ik hoe huisartsen in deze periode ondersteuning bieden aan kinderen en jongeren op de wachtlijst voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Uw ervaringen met doorverwijzing, wachttijden en mogelijke oplossingen zijn waardevol. Met deze enquête wil ik inzicht krijgen in de knelpunten die u als huisarts ervaart, en wat er volgens u verbeterd zou kunnen worden om de zorg voor kinderen en jongeren te optimaliseren.

Uw antwoorden helpen mij de huidige situatie beter te begrijpen en helpt mij om de noden van zowel u als huisarts en uw patiënten in kaart te brengen. De enquête zal ongeveer 10-15 minuten van uw tijd in beslag nemen. Ik vraag u om eerlijk en volledig te antwoorden, zodat ik waardevolle informatie kan verzamelen die kan bijdragen aan verbeteringen in de zorg. Alle antwoorden worden vertrouwelijk behandeld en zijn geanonimiseerd. Alvast hartelijk dank voor uw tijd en medewerking!

Met vriendelijke groeten
Maartje Deman
Bachelor in de Toegepaste Psychologie

Algemene informatie

Algemene informatie

1. Hoe vaak krijgt u te maken met kinderen of jongeren met psychische klachten?

☐ Dagelijks

☐ Wekelijks

☐ Maandelijks

☐ Zelden

2. Hoe vaak verwijst u kinderen of jongeren door naar de gespecialiseerde GGZ voor psychische klachten?

☐ Dagelijks

☐ Wekelijks

☐ Maandelijks

☐ Zelden

☐ Nooit

Samen sterk in de wachttijd

Ervaringen met wachttijden

3. Wat zijn de meest voorkomende redenen voor doorverwijzing naar de GGZ? 

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Angstklachten
- ☐ Depressieve klachten
- ☐ Gedragsproblemen
- ☐ Concentratieproblemen (bv. ADHD)
- ☐ Autismespectrumstoornis (ASS)
- ☐ Trauma
- ☐ Eetstoornis
- ☐ Automutilatie of suicidale gedachten
- ☐ Andere

Samen sterk in de wachttijd

4. Welke problemen ervaart u bij het doorverwijzen van kinderen en jongeren naar de GGZ? 

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Lange wachttijden
- ☐ Onvoldoende feedback vanuit de GGZ
- ☐ Gebrek aan duidelijke verwijzingscriteria
- ☐ Te weinig samenwerking tussen huisarts en GGZ
- ☐ Gebrek aan beschikbare eerstelijnspsychologen
- ☐ Gebrek aan beschikbare psychologische consulenten
- ☐ Andere

Terug **Volgende**

 Microsoft 365

Deze inhoud wordt gemaakt door de eigenaar van het formulier. De gegevens die u indient, worden naar de eigenaar van het formulier verzonden. Microsoft is niet verantwoordelijk voor de privacy- of beveiligingspraktijken van haar klanten, inclusief die van de eigenaar van dit formulier. Geef nooit uw wachtwoord.

Microsoft Forms | Enquêtes, quizen en polls op basis van AI [Mijn eigen formulier maken](#)

Samen sterk in de wachttijd

Hulpmiddelen en interventies

5. Welke interventies of vormen van ondersteuning biedt u momenteel aan kinderen en jongeren die op een wachtlijst staan voor de GGZ?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Kortdurende gesprekken met de patiënt en/of ouders
- ☐ Verwijzing naar een psychologisch consultant of eerstelijnspsycholoog
- ☐ Verwijzing naar CLB
- ☐ Medicamenteuze ondersteuning
- ☐ Ik neem momenteel geen specifieke interventies
- ☐ Andere

6. Welke praktische hulpmiddelen of richtlijnen gebruikt u om kinderen en jongeren, maar ook de ouders te ondersteunen tijdens de wachttijd?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Informatiefolders voor ouders
- ☐ Gespreksmethodieken voor emotionele ondersteuning
- ☐ Doorverwijskaarten naar andere hulpverlening
- ☐ Geen hulpmiddelen beschikbaar
- ☐ Andere

Terug Volgende

Microsoft 365

Deze inhoud wordt gemaakt door de eigenaar van het formulier. De gegevens die u indient, worden naar de eigenaar van het formulier verzonden. Microsoft is niet verantwoordelijk voor de privacy- of beveiligingspraktijken van haar klanten, inclusief die van de eigenaar van dit formulier. Geef nooit uw wachtwoord.

Microsoft Forms | Enquêtes, quizen en polls op basis van AI [Mijn eigen formulier maken](#)

De eigenaar van dit formulier heeft geen privacyverklaring verstrekt over hoe hij uw reactiegegevens zal gebruiken. Geef geen persoonlijke of gevoelige informatie. | [Gebruiksvoorwaarden](#)

Samen sterk in de wachttijd

Ondersteuning

7. Waar loopt u als huisarts het meest tegenaan bij de ondersteuning van kinderen en jongeren die op de wachtlijst voor GGZ staan? 

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Gebrek aan tijd in de consultatie
- ☐ Onvoldoende kennis over psychologische interventies
- ☐ Gebrek aan doorverwijsmogelijkheden
- ☐ Moeilijke samenwerking met gespecialiseerde zorg
- ☐ Onvoldoende richtlijnen en protocollen
- ☐ Andere

8. Welke middelen of ondersteuning zou u helpen om de begeleiding van kinderen en jongeren tijdens de wachttijd effectiever of gemakkelijker te maken?

8. Welke middelen of ondersteuning zou u helpen om de begeleiding van kinderen en jongeren tijdens de wachttijd effectiever of gemakkelijker te maken? 

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Beter overzicht van beschikbare alternatieve hulpverlening
- ☐ Betere samenwerking en communicatie met GGZ-instellingen
- ☐ Meer middelen en tijd binnen de huisartsenpraktijk
- ☐ Richtlijnen over psychische zorg voor kinderen en jongeren
- ☐ Andere

Terug

 Microsoft 365

Deze inhoud wordt gemaakt door de eigenaar van het formulier. De gegevens die u indient, worden naar de eigenaar van het formulier verzonden. Microsoft is niet verantwoordelijk voor de privacy- of beveiligingspraktijken van haar klanten, inclusief die van de eigenaar van dit formulier. Geef nooit uw wachtwoord.

Microsoft Forms | Enquêtes, quizen en polls op basis van AI [Mijn eigen formulier maken](#)

De eigenaar van dit formulier heeft geen privacyverklaring verstrekt over hoe hij uw reactiegegevens zal gebruiken. Geef geen persoonlijke of gevoelige informatie. | [Gebruiksvoorwaarden](#)

Samen sterk in de wachttijd

Samenwerking met GGZ

9. Hoe zou u de samenwerking tussen huisartsen en de GGZ beschrijven?

1 2 3 4 5

Zeer slecht Zeer goed

Terug Volgende

Microsoft 365

Deze inhoud wordt gemaakt door de eigenaar van het formulier. De gegevens die u indient, worden naar de eigenaar van het formulier verzonden. Microsoft is niet verantwoordelijk voor de privacy- of beveiligingspraktijken van haar klanten, inclusief die van de eigenaar van dit formulier. Geef nooit uw wachtwoord.

Microsoft Forms | Enquêtes, quizen en polls op basis van AI [Mijn eigen formulier maken](#)

De eigenaar van dit formulier heeft geen privacyverklaring verstrekt over hoe hij uw reactiegegevens zal gebruiken. Geef geen persoonlijke of gevoelige informatie. | [Gebruiksvoorwaarden](#)

Samen sterk in de wachttijd

Uw rol als huisarts

10. Hoe ervaart u uw rol als huisarts in de begeleiding van kinderen en jongeren tijdens de wachttijd voor de GGZ?

☐ Zeer duidelijk, ik weet wat mijn rol is

☐ Redelijk duidelijk, maar er zijn nog onduidelijkheden

☐ Niet duidelijk, ik weet niet goed hoe ik hen kan helpen

☐ Geen mening

11. Wat zou de rol van de huisarts in de toekomst kunnen zijn bij psychische zorg voor kinderen en jongeren?

Voer uw antwoord in

Samen sterk in de wachttijd

Tot slot

12. Heeft u nog suggesties of opmerkingen die u graag wilt delen over dit onderwerp? 

Voer uw antwoord in

13. Bent u als huisarts bereid om deel te nemen aan een aanvullend interview om uw ervaringen en inzichten verder toe te lichten? 

☐ Ja, ik wil graag meedoen en mijn contactgegevens achterlaten

☐ Nee, ik wil niet deelnemen aan een interview

[Terug](#) [Verzenden](#)

Tot slot

12. Heeft u nog suggesties of opmerkingen die u graag wilt delen over dit onderwerp? 

Voer uw antwoord in

13. Bent u als huisarts bereid om deel te nemen aan een aanvullend interview om uw ervaringen en inzichten verder toe te lichten?  

☒ Ja, ik wil graag meedoen en mijn contactgegevens achterlaten

☐ Nee, ik wil niet deelnemen aan een interview

14. Indien u bereid bent deel te nemen, kunt u hier uw contactgegevens invullen (naam en e-mailadres) 

Uw gegevens worden uitsluitend gebruikt voor dit onderzoek.

Voer uw antwoord in

[Terug](#) [Verzenden](#)

Bijlage 4: Afbeelding van de afgenomen enquête voor ouders

Samen sterk in de wachttijd

Beste ouder(s)

Veel kinderen en jongeren wachten lang op gespecialiseerde hulp voor hun mentale welzijn. In de tussentijd speelt de huisarts vaak een belangrijke rol.

Voor mijn bachelorproef onderzoek ik hoe huisartsen kinderen en jongeren tijdens deze wachttijd beter kunnen ondersteunen. Uw ervaringen en behoeften als ouder zijn hierbij erg waardevol. De enquête duurt 10-15 minuten en uw antwoorden blijven anoniem. Alvast hartelijk dank voor uw deelname!

Met vriendelijke groeten
Maartje Deman
Bachelor in de Toegepaste psychologie

Over het wachten op hulp

1. Wat is de leeftijd van uw kind?

☐ 7-12 jaar

Over het wachten op hulp

1. Wat is de leeftijd van uw kind?

☐ 7-12 jaar

☐ 13-18 jaar

2. Hoe lang heeft uw kind/jongere moeten wachten op hulp in de GGZ?

☐ Minder dan 1 maand

☐ 1-3 maanden

☐ 4-6 maanden

☐ Meer dan 6 maanden

3. Hoe ervaart uw kind het wachten op hulp?

1	2	3	4	5
Geen probleem			Zeer zwaar	

4. Wat is de reden van doorverwijzing naar de GGZ? 

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Angstklachten
- ☐ Depressieve klachten
- ☐ Gedragsproblemen
- ☐ Concentratieproblemen (bv. ADHD)
- ☐ Autismspectrumstoornis (ASS)
- ☐ Trauma
- ☐ Eetstoornis
- ☐ Automutilatie of suicidale gedachten
- ☐ Andere

Volgende



Samen sterk in de wachttijd

Ervaring met huisarts

5. Hoe beoordeelt u de toegankelijkheid en ondersteuning van uw huisarts tijdens deze wachttijd? 

- ☐ Zeer goed
- ☐ Goed
- ☐ Matig
- ☐ Slecht
- ☐ Geen mening

6. Heeft de huisarts voldoende tijd en aandacht besteed aan de mentale gezondheid van uw kind tijdens de wachttijd voor GGZ? 

- ☐ Ja, en dit was voldoende
- ☐ Ja, maar dit was niet voldoende
- ☐ Nee, maar ik had dit wel gewild
- ☐ Nee, maar ik had geen ondersteuning nodig

7. Welke ondersteuning heeft uw huisarts daadwerkelijk geboden tijdens de wachttijd? 

Voer uw antwoord in

8. Welke ondersteuning verwacht(te) u van uw huisarts tijdens de wachttijd voor gespecialiseerde hulp? 

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Regelmatig gesprekken met mij en/of mijn kind
- ☐ Advies over omgaan met emotionele en gedragsproblemen

8. Welke ondersteuning verwacht(te) u van uw huisarts tijdens de wachttijd voor gespecialiseerde hulp? 

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Regelmatig gesprekken met mij en/of mijn kind
- ☐ Advies over omgaan met emotionele en gedragsproblemen
- ☐ Toegang tot zelfhulpinformatie
- ☐ Geen extra ondersteuning nodig
- ☐ Andere

Terug

Volgende

 Microsoft 365

Deze inhoud wordt gemaakt door de eigenaar van het formulier. De gegevens die u indient, worden naar de eigenaar van het formulier verzonden. Microsoft is niet verantwoordelijk voor de privacy- of beveiligingspraktijken van haar klanten, inclusief die van de eigenaar van dit formulier. Geef nooit uw wachtwoord.

Microsoft Forms | Enquêtes, quizen en polls op basis van AI [Mijn eigen formulier maken](#)

De eigenaar van dit formulier heeft geen privacyverklaring verstrekt over hoe hij uw reactiegegevens zal gebruiken. Geef geen persoonlijke of gevoelige informatie. | [Gebruiksvoorwaarden](#)

Samen sterk in de wachttijd

Ervaringen met de wachttijd

9. Welke impact heeft deze wachttijd op de mentale gezondheid van uw kind?

☐ (Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Klachten worden erger
- ☐ Mijn kind voelt zich onbegrepen of in de steek gelaten
- ☐ School- of sociale problemen nemen toe
- ☐ Toename van angst, stress of verdriet
- ☐ Mijn kind verliest motivatie om hulp te zoeken
- ☐ Andere

10. Hoe beoordeelt u de informatie en ondersteuning die u van uw huisarts kreeg tijdens de wachttijd voor GGZ, inclusief alternatieven en overbrugging?

☐ Andere

10. Hoe beoordeelt u de informatie en ondersteuning die u van uw huisarts kreeg tijdens de wachttijd voor GGZ, inclusief alternatieven en overbrugging?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- ☐ Zeer goed, ik kreeg zowel voldoende informatie als praktische ondersteuning
- ☐ Goed, ik kreeg voldoende informatie, maar had meer praktische ondersteuning gewild
- ☐ Matig, ik kreeg beperkte informatie en ondersteuning
- ☐ Slecht, ik kreeg weinig tot geen informatie en ondersteuning

Terug

Microsoft 365

Deze inhoud wordt gemaakt door de eigenaar van het formulier. De gegevens die u indient, worden naar de eigenaar van het formulier verzonden. Microsoft is niet verantwoordelijk voor de privacy- of beveiligingspraktijken van haar klanten, inclusief die van de eigenaar van dit formulier. Geef nooit uw wachtwoord.

Microsoft Forms | Enquêtes, quizen en polls op basis van AI [Mijn eigen formulier maken](#)

De eigenaar van dit formulier heeft geen privacyverklaring verstrekt over hoe hij uw reactiegegevens zal gebruiken. Geef geen persoonlijke of gevoelige informatie. | [Gebruiksvoorwaarden](#)

Samen sterk in de wachttijd

Specifieke ondersteuning die ouders wensen

11. Welke ondersteuning zou u graag zien van huisartsen of andere zorgverleners tijdens de wachttijd?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Kortdurende gesprekken of check-ins voor mijn kind
- ☐ Psycho-educatie over mentale gezondheid van mijn kind
- ☐ Betere samenwerking met psychologisch consulenten of eerstelijnspsychologen
- ☐ Andere

12. Welke informatie zou u nuttig vinden tijdens de wachttijd?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Praktische tips om mijn kind te ondersteunen
- ☐ Informatie over alternatieve therapieën of zelfhulp
- ☐ Een duidelijk overzicht van wachttijden en contactpunten
- ☐ Ervaringen van andere ouders of jongeren
- ☐ Andere

Terug

Microsoft 365

Deze inhoud wordt gemaakt door de eigenaar van het formulier. De gegevens die u indient, worden naar de eigenaar van het formulier verzonden. Microsoft is niet verantwoordelijk voor de privacy- of beveiligingspraktijken van haar klanten, inclusief die van de eigenaar van dit formulier. Geef nooit uw wachtwoord.

Microsoft Forms | Enquêtes, quizen en polls op basis van AI [Mijn eigen formulier maken](#)

De eigenaar van dit formulier heeft geen privacyverklaring verstrekt over hoe hij uw reactiegegevens zal gebruiken. Geef geen persoonlijke of gevoelige informatie. | [Gebruiksvoorwaarden](#)

Samen sterk in de wachttijd

Tot slot

13. Heeft u nog suggesties of opmerkingen die u graag wilt delen over dit onderwerp?

Voer uw antwoord in

14. Bent u bereid om deel te nemen aan een aanvullend interview om uw ervaringen als ouder verder toe te lichten?

☐ Ja, ik wil graag meedoen en mijn contactgegevens achterlaten

☐ Nee, ik wil niet deelnemen aan een interview

[Terug](#) [Verzenden](#)

Tot slot

13. Heeft u nog suggesties of opmerkingen die u graag wilt delen over dit onderwerp?

Voer uw antwoord in

14. Bent u bereid om deel te nemen aan een aanvullend interview om uw ervaringen als ouder verder toe te lichten?

☒ Ja, ik wil graag meedoen en mijn contactgegevens achterlaten

☐ Nee, ik wil niet deelnemen aan een interview

15. Indien u bereid bent deel te nemen, kunt u hier uw contactgegevens invullen. (naam en e-mailadres)

Uw gegevens worden uitsluitend gebruikt voor dit onderzoek.

Voer uw antwoord in

[Terug](#) [Verzenden](#)

Bijlage 5: Afbeelding van de afgenomen enquête voor GGZ-professionals

Met vertakkingen tussen GGZ-experten (psychiaters, psychologen, psychologisch consulenten, eerstelijnspsychologen, ...) en beleidsmakers en GGZ-organisaties

Samen sterk in de wachttijd

Beste professional

Bedankt dat u de tijd neemt om deze enquête in te vullen! De lange wachttijden in de GGZ voor kinderen en jongeren blijven een uitdaging. Voor mijn bachelorproef onderzoek ik hoe huisartsen hen in deze periode beter kunnen ondersteunen. Deze enquête richt zich op uw ervaringen met wachttijden, de rol van huisartsen en samenwerking met de GGZ. Uw inzichten over doorverwijzing, overbruggingszorg en samenwerking zijn van grote waarde om:

- ✓ De impact van wachttijden te begrijpen
- ✓ Verbeterpunten in de samenwerking te identificeren
- ✓ Structurele oplossingen in kaart te brengen

Het invullen duurt ongeveer 10-15 minuten en de enquête is volledig geanonimiseerd.
Met vriendelijke groeten
Maartje Deman Bachelor in de Toegepaste psychologie

Algemene informatie

1. Wat is uw functie?

☐ Psychiater

☐ Psycholoog

Algemene informatie

1. Wat is uw functie?

☐ Psychiater

☐ Psycholoog

☐ Therapeut

☐ Psychologisch consulent

☐ Eerstelijnspsycholoog

☐ Beleidsmaker in de GGZ

☐ Vertegenwoordiger van een GGZ-organisatie

☐ Andere

Volgende

Microsoft 365

Algemene informatie

1. Wat is uw functie?  

☐ Psychiater

☐ Psycholoog

☐ Therapeut

☒ Psychologisch consultant

☐ Eerstelijnspsycholoog

☐ Beleidsmaker in de GGZ

☐ Vertegenwoordiger van een GGZ-organisatie

☐ Andere

[Volgende](#)

 Samen sterk in de wachttijd

Samenwerking met huisarts

2. Hoe vaak krijgt u doorverwijzingen van huisartsen voor kinderen en jongeren met psychische klachten?

☐ 4

☐ Dagelijks

☐ Wekelijks

☐ Maandelijks

☐ Nooit

☐ Zelden

3. Hoe zou u de samenwerking tussen uw dienst en huisartsen omschrijven? ☐ 4

1	2	3	4	5
Zeer slecht			Zeer goed	

3. Hoe zou u de samenwerking tussen uw dienst en huisartsen omschrijven? 

1

2

3

4

5

Zeer slecht

Zeer goed

4. Wat zijn volgens u de belangrijkste knelpunten in de samenwerking met huisartsen? 

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Gebrek aan communicatie
- ☐ Huisartsen missen kennis over psychische problemen bij kinderen en jongeren
- ☐ Onvoldoende terugkoppeling na doorverwijzing
- ☐ Gebrek aan tijd en middelen bij huisartsen
- ☐ Andere

5. Wat is volgens u de rol van huisartsen in het ondersteunen van kinderen en jongeren tijdens lange wachttijden voor GGZ-zorg? 

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Ondersteuning van ouders in de omgang met psychische klachten van hun kind
- ☐ Kortdurende gesprekken met jongeren en ouders om doorverwijzing voor te bereiden
- ☐ Samenwerking met psychologisch consulenten en eerstelijnspsychologen versterken
- ☐ Informatie geven over mentale gezondheid en wachttijden
- ☐ Praktische oefeningen meegeven (ademhalingstechnieken, ontspanningsoefeningen)
- ☐ Een vast aanspreekpunt zijn voor ouders en jongeren tijdens de wachttijd
- ☐ Gebruik van wachtlijstcoaches of tussenstap-hulpverlening
- ☐ Andere

Terug

Volgende

 Microsoft 365

Samen sterk in de wachttijd

Gevolgen van wachttijden

6. Welke gevolgen ervaart u het vaakst als gevolg van lange wachttijden voor kinderen en jongeren?

☐ (Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Verergering van psychische klachten (bv. angst, depressie)
- ☐ Meer crisissituaties (automutilatie, suicidale gedachten)
- ☐ Verminderde motivatie om hulp te zoeken
- ☐ Overbelasting van ouders/gezin
- ☐ Problemen op school (verlaagde prestaties, stress)
- ☐ Andere

Samen sterk in de wachttijd

7. Welke signalen of klachten komen het vaakst voor bij kinderen en jongeren die lang moeten wachten op hulp?

☐ (Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Angst of paniekaanvallen
- ☐ Depressieve gevoelens
- ☐ Problemen met vrienden of familie
- ☐ Moeite met school of stress
- ☐ Problemen zelfbeeld
- ☐ Gedragsproblemen
- ☐ Concentratieproblemen (bv. ADHD)
- ☐ Autismespectrumstoornis (ASS)
- ☐ Trauma
- ☐ Eetstoornis
- ☐ Automutilatie of suicidale gedachten
- ☐ Andere

Samen sterk in de wachttijd

Overbruggen van wachttijden

8. Wat zijn volgens u de belangrijkste praktische oplossingen om de wachttijden voor kinderen en jongeren in de GGZ te overbruggen?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Versterken van de samenwerking tussen huisartsen en GGZ-instellingen
- ☐ Meer ondersteuning voor huisartsen om tijdelijke zorg te bieden
- ☐ Verbeteren van doorverwijzings- en triageprocessen
- ☐ Betere afstemming van zorg tussen de verschillende zorgverleners
- ☐ Andere

[Terug](#) [Volgende](#)

Samen sterk in de wachttijd

Knelpunten in de ondersteuning

9. Wat zijn de grootste knelpunten in de ondersteuning van kinderen en jongeren tijdens de wachttijd?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Gebrek aan beschikbare tijd bij huisartsen
- ☐ Onvoldoende doorverwijsmogelijkheden in de eerstelijnszorg
- ☐ Onvoldoende kennis bij huisartsen over psychische problemen bij jongeren
- ☐ Beperkte communicatie tussen huisarts en andere zorgverleners
- ☐ Andere

[Terug](#) [Volgende](#)

Hulpmiddelen en interventies

10. Welke acties kunnen huisartsen ondernemen om kinderen en jongeren beter te ondersteunen tijdens de wachttijd?



(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Informatie geven over mentale gezondheid en wachttijden
- ☐ Ouders ondersteunen in de omgang met psychische klachten van hun kind
- ☐ Kortdurende gesprekken met jongeren en ouders
- ☐ Praktische oefeningen meegeven (zoals ademhalingstechnieken of ontspanningsoefeningen)
- ☐ Een vast aanspreekpunt zijn voor vragen en zorgen tijdens de wachttijd
- ☐ Samenwerking met psychologisch consulenten en eerstelijnspsychologen versterken
- ☐ Doorverwijzen naar online ondersteuning (bv. apps, websites, hulplijnen)
- ☐ Gebruik maken van een wachttijstcoach of tussenstap-hulpverlening
- ☐ Niets, huisartsen hebben hier geen rol in
- ☐ Andere

11. Hoe zou de inzet van psychologisch consulenten en eerstelijnspsychologen kunnen bijdragen aan het verminderen van wachttijden voor kinderen en jongeren in de GGZ?



(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Door het aanbieden van laagdrempelige zorg in de eerstelijnsgezondheidszorg
- ☐ Door intensievere samenwerking met huisartsen
- ☐ Door preventieve en kortdurende behandelingen aan te bieden
- ☐ Andere

12. Zijn er buitenlandse modellen of initiatieven die volgens u bij ons kunnen toegepast worden?



Voer uw antwoord in

Terug

Volgende

Samen sterk in de wachttijd

Tot slot

13. Heeft u nog suggesties of opmerkingen die u graag wilt delen over dit onderwerp?

Voer uw antwoord in

Terug Verzenden

Microsoft 365

Deze inhoud wordt gemaakt door de eigenaar van het formulier. De gegevens die u indient, worden naar de eigenaar van het formulier verzonden. Microsoft is niet verantwoordelijk voor de privacy- of beveiligingspraktijken van haar klanten, inclusief die van de eigenaar van dit formulier. Geef nooit uw wachtwoord.

Microsoft Forms | Enquêtes, quizen en polls op basis van AI [Mijn eigen formulier maken](#)

De eigenaar van dit formulier heeft geen privacyverklaring verstrekt over hoe hij uw reactiegegevens zal gebruiken. Geef geen persoonlijke of gevoelige informatie. | [Gebruiksvoorwaarden](#)

Maartje Deman Bachelor in de Toegepaste psychologie

Algemene informatie

1. Wat is uw functie?

☐ Psychiater
☐ Psycholoog
☐ Therapeut
☐ Psychologisch consultant
☐ Eerstelijnspsycholoog
☐ Beleidsmaker in de GGZ
☒ Vertegenwoordiger van een GGZ-organisatie
☐ Andere

Volgende

Samen sterk in de wachttijd

Beleidsmaatregelen

2. Welke beleidsmaatregelen zijn volgens u nodig om de samenwerking tussen huisartsen en GGZ te verbeteren?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Beter financiering en middelen voor eerstelijnspsychologische zorg
- ☐ Meer training en bijscholing voor huisartsen over mentale gezondheid
- ☐ Verbeterde communicatie en informatie-uitwisseling tussen huisartsen en GGZ-professionals
- ☐ Het implementeren van een gezamenlijk zorgplan voor huisartsen en GGZ-professionals
- ☐ Andere

[Terug](#) [Volgende](#)

Samen sterk in de wachttijd

Knelpunten in de ondersteuning

3. Wat zijn de grootste knelpunten in de ondersteuning van kinderen en jongeren tijdens de wachttijd?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Gebrek aan beschikbare tijd bij huisartsen
- ☐ Onvoldoende doorverwijsmogelijkheden in de eerstelijnszorg
- ☐ Onvoldoende kennis bij huisartsen over psychische problemen bij jongeren
- ☐ Beperkte communicatie tussen huisarts en andere zorgverleners
- ☐ Andere

[Terug](#) [Volgende](#)

Hulpmiddelen en interventies



4. Welke acties kunnen huisartsen ondernemen om kinderen en jongeren beter te ondersteunen tijdens de wachttijd?



(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Informatie geven over mentale gezondheid en wachttijden
- ☐ Ouders ondersteunen in de omgang met psychische klachten van hun kind
- ☐ Kortdurende gesprekken met jongeren en ouders
- ☐ Praktische oefeningen meegeven (zoals ademhalingstechnieken of ontspanningsoefeningen)
- ☐ Een vast aanspreekpunt zijn voor vragen en zorgen tijdens de wachttijd
- ☐ Samenwerking met psychologisch consulenten en eerstelijnspsychologen versterken
- ☐ Doorverwijzen naar online ondersteuning (bv. apps, websites, hulplijnen)
- ☐ Gebruik maken van een wachttijstcoach of tussenstap-hulpverlening
- ☐ Niets, huisartsen hebben hier geen rol in
- ☐ Andere

5. Hoe zou de inzet van psychologisch consulenten en eerstelijnspsychologen kunnen bijdragen aan het verminderen van wachttijden voor kinderen en jongeren in de GGZ?



(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Door het aanbieden van laagdrempelige zorg in de eerstelijnsgezondheidszorg
- ☐ Door intensievere samenwerking met huisartsen
- ☐ Door preventieve en kortdurende behandelingen aan te bieden
- ☐ Andere

6. Zijn er buitenlandse modellen of initiatieven die volgens u bij ons kunnen toegepast worden?

Voer uw antwoord in

Terug

Volgende

ERK IN DE WA

 Samen sterk in de wachttijd

Tot slot

7. Heeft u nog suggesties of opmerkingen die u graag wilt delen over dit onderwerp? 

Voer uw antwoord in

Terug Verzenden

 Microsoft 365

Deze inhoud wordt gemaakt door de eigenaar van het formulier. De gegevens die u indient, worden naar de eigenaar van het formulier verzonden. Microsoft is niet verantwoordelijk voor de privacy- of beveiligingspraktijken van haar klanten, inclusief die van de eigenaar van dit formulier. Geef nooit uw wachtwoord.

Microsoft Forms | Enquêtes, quizen en polls op basis van AI [Mijn eigen formulier maken](#)

De eigenaar van dit formulier heeft geen privacyverklaring verstrekt over hoe hij uw reactiegegevens zal gebruiken. Geef geen persoonlijke of gevoelige informatie. | [Gebruiksvoorwaarden](#)

Bijlage 6: Interviewschema's voor de huisartsen

Voorstelling van mezelf en over de bachelorproef.

Algemene ervaringen met kinderen en jongeren in de GGZ

- Hoe ervaart u de toename van psychische klachten bij kinderen en jongeren in uw praktijk?
 - o Wat zijn de meest voorkomende klachten waarvoor u kinderen en jongeren doorverwijst naar de GGZ?
- Wat zijn de grootste uitdagingen die u tegenkomt bij het doorverwijzen van kinderen en jongeren naar de GGZ?
 - o Hoe lang is de gemiddelde wachttijd voor een doorverwijzing naar de GGZ in uw ervaring?
- Hoe ervaart u de communicatie en samenwerking met GGZ-instellingen na het doorverwijzen van een patiënt?
 - o Ontvangt u genoeg feedback of updates over de voortgang van de doorverwezen patiënt?

Wachttijden en de impact op de zorg

- Wat merkt u van de impact van lange wachttijden op de kinderen en jongeren die u doorverwijst naar de GGZ?
 - o Heeft u het gevoel dat de wachttijden verergeren voor de betrokkenen (bv. verslechtering van symptomen)?
- Hoe gaat u om met kinderen en jongeren die tijdens de wachttijd geen toegang hebben tot specialistische zorg?
 - o Welke steun biedt u hun in de tussentijd? Wat zijn uw ervaringen met alternatieve vormen van ondersteuning?
- In hoeverre heeft u het gevoel dat huisartsen voldoende middelen en kennis hebben om kinderen en jongeren effectief te ondersteunen tijdens de wachttijd?
 - o Wat ontbreekt er volgens u om deze ondersteuning effectiever te maken?

Verbeteringen en de verwachtingen van het eindproduct?

- Wat voor soorten hulpmiddelen of richtlijnen zou u graag zien in het eindproduct van dit onderzoek om huisartsen te ondersteunen in de begeleiding van kinderen en jongeren tijdens de wachttijd voor de GGZ?
 - o Denkt u hierbij aan bv. gesprekskaarten, doorverwijskaarten, richtlijnen voor eerstelijnspsychologische interventies, of iets anders?
- Hoe belangrijk vindt u dat het eindproduct praktische, concrete tools bevat die u direct kunt toepassen in uw dagelijks werk?
 - o Welke specifieke tools of richtlijnen zou u als het meest nuttig beschouwen?
- Zijn er specifieke thema's of knelpunten die volgens u absoluut moeten worden behandeld in het eindproduct?
 - o Zijn er bijvoorbeeld specifieke zorgaspecten of doorverwijsprocedures die nu onduidelijk of moeilijk zijn?

Gedeeld dossier

- Hoe ervaart u het gebruik van een gedeeld dossier tussen huisartsen en GGZ-instellingen?
 - o Zou een gedeeld dossier naar uw mening de samenwerking en de zorg voor kinderen en jongeren met psychische klachten verbeteren?
 - o Wat zou volgens u de belangrijkste voordelen of uitdagingen zijn van het gebruik van een gedeeld dossier?

Wat zou de toekomst kunnen brengen voor de huisarts in de psychologische zorg voor kinderen en jongeren?

- Hoe ziet u de rol van de huisarts in de psychologische zorg voor kinderen en jongeren in de toekomst?
 - o Zou u zich in staat voelen om een grotere rol te spelen in het ondersteunen van kinderen en jongeren met psychische klachten, bv. door middel van extra tools of training?
- Welke vormen van ondersteuning (zoals scholing, extra middelen, of netwerken met GGZ-instellingen) zouden uw rol als huisarts in het begeleiden van kinderen en jongeren kunnen verbeteren?

Afsluiting

- Wat zou u het liefst willen dat dit onderzoek oplevert voor de huisartsenpraktijken in het algemeen?
 - o Wat zou volgens u de grootste meerwaarde kunnen zijn van dit eindproduct voor uw dagelijkse praktijk?
- Heeft u nog andere suggesties of opmerkingen over de ondersteuning van kinderen en jongeren in de wachttijd voor GGZ-zorg, of over de inhoud van het eindproduct dat zal worden ontwikkeld?
 - o Is er iets dat volgens u niet voldoende aan bod is gekomen in de enquête of het interview?

Bijlage 7: Interviewschema's voor de ouder(s)

Voorstelling van mezelf en over de bachelorproef.

Achtergrond en wachttijd

- Kunt u iets vertellen over de reden waarom u hulp heeft gezocht voor uw kind bij de GGZ?
- Hoe lang heeft uw kind moeten wachten op de eerste afspraak en behandeling?
- Hoe werd u geïnformeerd over de wachttijd? Was deze informatie duidelijk?
- Wat was u eerste reactie toen u hoorde hoe lang de wachttijd zou zijn?

Impact op uw kind en gezin

- Hoe heeft uw kind het wachten ervaren? Merkte u veranderingen in gedrag, emoties of motivatie?
- Wat waren de grootste uitdagingen voor uw gezin tijdens de wachttijd? (Bv. stress, onzekerheid, impact op school of sociale relaties)
- Heeft u tijdens de wachttijd gezocht naar alternatieve hulp (zoals therapieën, steun van school, ...)? Wat waren uw ervaringen hiermee?
- Wat heeft u het meest gemist in deze periode? (Bv. begeleiding, duidelijkheid, contactmomenten)

Ervaringen met de huisarts en hulpverlening

- Hoe heeft uw huisarts gereageerd op de wachttijd? Kreeg u praktische ondersteuning of adviezen van de huisarts?
- Was er tussentijds contact met de GGZ-instelling? Was dit contact nuttig of voldoende?

Verbeteringen en oplossingen

- Wat zou volgens u beter kunnen in het doorverwijsproces of de wachttijd voor GGZ?
- Welke ondersteuning had u graag gehad om deze wachttijd draaglijker te maken voor uw kind of voor uw gezin?

Reflectie

- Hoe kijkt u nu terug op deze periode?
- Wat zou u andere ouders aanraden die nu in dezelfde situatie zitten?
- Heeft u nog iets dat u graag wilt delen over de wachttijd voor GGZ-hulp?

Verwachtingen van het eindproduct

- Wat hoopt u dat het eindproduct van dit onderzoek oplevert?
- Welke veranderingen zou u het meest waarderen in de zorg of ondersteuning tijdens de wachttijd?

Mogelijke eindproducten

- Wat voor soort ondersteuning of informatie zou u het liefst ontvangen als eindproduct van dit onderzoek (bijvoorbeeld: praktische handvatten, informatiepakketten, richtlijnen)?
- Als er een tool of handleiding zou zijn voor ouders om hen te helpen omgaan met wachttijden in de GGZ, welke informatie of ondersteuning zou u daar graag in terugzien?

Afsluiting

- Welke veranderingen in de ondersteuning voor ouders en kinderen zouden de wachttijd voor u draaglijker maken?

Bijlage 8: Transcripten van de interviews met de huisarts(en)

Algemene ervaringen met kinderen en jongeren in de GGZ

- Hoe ervaart u de toename van psychische klachten bij kinderen en jongeren in uw praktijk?
 - o Wat zijn de meest voorkomende klachten waarvoor u kinderen en jongeren doorverwijst naar de GGZ?
Stijging van angstklachten door de maatschappij en media. Maar daarnaast ook depressie
- Wat zijn de grootste uitdagingen die u tegenkomt bij het doorverwijzen van kinderen en jongeren naar de GGZ?
 - o Hoe lang is de gemiddelde wachttijd voor een doorverwijzing naar de GGZ in uw ervaring?
De grootste uitdaging is de bol.com mentaliteit van de patiënten. Ze verwachten dat wij het meteen oplossen, terwijl dit niet mogelijk is. Ook is de stap tot de tweede lijn vaak een grote stap.
- Hoe ervaart u de communicatie en samenwerking met GGZ-instellingen na het doorverwijzen van een patiënt?
 - o Ontvangt u genoeg feedback of updates over de voortgang van de doorverwezen patiënt?
Wij hebben bijna nooit communicatie met de GGZ-instelling, wat een heel jammere zaak is. Ik als huisarts heb wel behoefte aan deze communicatie. Bij patiënten waar een kanker diagnose wordt vastgesteld, vindt er standaard een online MOC plaats, waar ook wij als huisarts op uitgenodigd worden. Eindelijk zou dit ook standaard moeten plaatsvinden wanneer een patiënt terecht komt in de GGZ. Ik merk dat er een groot gat aanwezig is tussen de huisarts en de psychiater. Wij zouden veel baat hebben bij een gedeeld dossier tussen wij de huisarts en de GGZ.

Wachttijden en de impact op de zorg

- Wat merkt u van de impact van lange wachttijden op de kinderen en jongeren die u doorverwijst naar de GGZ?
 - o Heeft u het gevoel dat de wachttijden verergeren voor de betrokkenen (bv. verslechtering van symptomen)?
Dit verschilt per casus
- Hoe gaat u om met kinderen en jongeren die tijdens de wachttijd geen toegang hebben tot specialistische zorg?
 - o Welke steun biedt u hun in de tussentijd? Wat zijn uw ervaringen met alternatieve vormen van ondersteuning?
Ik als huisarts bied de kinderen en jongeren zelfzorg tips aan. Indien nodig, ga ik ook contact gaan opnemen met de crisismeldpunten in onze regio of met de pediatr van het Liaison team dat zich hier in het ziekenhuis bevindt.

- In hoeverre heeft u het gevoel dat huisartsen voldoende middelen en kennis hebben om kinderen en jongeren effectief te ondersteunen tijdens de wachttijd?
 - o Wat ontbreekt er volgens u om deze ondersteuning effectiever te maken?
Ik geef eerlijk toe, dat wanneer ik als huisarts ben afgestudeerd, ik uiteindelijk te weinig kennis had over de GGZ over kinderen en jongeren. Wanneer ik hier startte als huisarts, ben ik hier voornamelijk gevoelsmatig mee aan de slag moeten gaan. En ben ik moet gaan vertrouwen, op wat mijn gevoel op dat moment vertelde in die context. Ik pleit er dan ook voor dat er een betere sociale kaart zou moeten komen. Eentje waar alleen de GGZ op staat vermeld, en waar de psychologen, eerstelijnspsychologen, psychologisch consulenten,... per regio en per specialisatie worden weergegeven.

Verbeteringen en de verwachtingen van het eindproduct?

- Wat voor soorten hulpmiddelen of richtlijnen zou u graag zien in het eindproduct van dit onderzoek om huisartsen te ondersteunen in de begeleiding van kinderen en jongeren tijdens de wachttijd voor de GGZ?
 - o Denkt u hierbij aan bv. gesprekskaarten, doorverwijskaarten, richtlijnen voor eerstelijnspsychologische interventies, of iets anders?
De belangrijkste zaken hebben ik uiteindelijk al eerder benoemd. Ik zou het dan ook fantastisch vinden dat er een gedeeld dossier zou komen. Maar daarnaast vind ik ook het MOC een belangrijke, want ook dit zorgt voor betere communicatie. Maar misschien is het toch ook wel eens handig, dat wij eventueel zicht krijgen op wat onze cliënten daar allemaal doen tijdens zo een therapiesessie.
- Hoe belangrijk vindt u dat het eindproduct praktische, concrete tools bevat die u direct kunt toepassen in uw dagelijks werk?
 - o Welke specifieke tools of richtlijnen zou u als het meest nuttig beschouwen?
Een zoekmachine voor gericht door te verwijzen en voor een beter overzicht te hebben wie er allemaal zich in onze regio bevindt.
- Zijn er specifieke thema's of knelpunten die volgens u absoluut moeten worden behandeld in het eindproduct?
 - o Zijn er bijvoorbeeld specifieke zorgaspecten of doorverwijsprocedures die nu onduidelijk of moeilijk zijn?
De communicatie wanneer een patiënt op ontslag gaat bij een opname! Wij als huisarts ontvangen maar heel af en toe eens een verslag van de instelling, en vaak komt dit verslag er dan ook maar nadat de patiënt al twee maanden werd ontslagen. Daar gaat er dan ook veel kostbare tijd in verloren. Want wij als huisarts weten dan niet wat de gemaakte afspraken zijn bij het ontslag van de patiënt.

Gedeeld dossier

- Hoe ervaart u het gebruik van een gedeeld dossier tussen huisartsen en GGZ-instellingen?
 - o Zou een gedeeld dossier naar uw mening de samenwerking en de zorg voor kinderen en jongeren met psychische klachten verbeteren?
 - o Wat zou volgens u de belangrijkste voordelen of uitdagingen zijn van het gebruik van een gedeeld dossier?

In mijn opzicht zou een gedeeld dossier alleen maar voordelen bieden. Het biedt een betere samenwerking en op die manier kunnen we ook gaan voor efficiëntie. Want nu moeten we heel vaak telefonisch contact gaan opnemen met, waardoor we de arts, psycholoog heel vaak niet meteen kunnen spreken. Dit zou verleden tijd zijn, en zou voor ons efficiënter werken.

Wat zou de toekomst kunnen brengen voor de huisarts in de psychologische zorg voor kinderen en jongeren?

- Hoe ziet u de rol van de huisarts in de psychologische zorg voor kinderen en jongeren in de toekomst?
 - o Zou u zich in staat voelen om een grotere rol te spelen in het ondersteunen van kinderen en jongeren met psychische klachten, bv. door middel van extra tools of training?

Ik vind persoonlijk dat wij als huisarts nu wel een goeie rol hebben hierin. Onze rol kan hier twee kanten in uit gaan. Ofwel zijn we een soort manager, die de patiënt begeleidt in het traject en eventueel doorverwijst als de hulp ontoereikend blijkt. Ofwel gaat het de andere kant uit en zijn we onze patiënt eenmaal kwijt na een doorverwijzing, wat ook heel wat vragen doet stellen, omdat we niet weten hoe het nu gaat met onze patiënt. Dit is dus die communicatie dit ik persoonlijk mis, tussen de GGZ en de huisartsen.
- Welke vormen van ondersteuning (zoals scholing, extra middelen, of netwerken met GGZ-instellingen) zouden uw rol als huisarts in het begeleiden van kinderen en jongeren kunnen verbeteren?

Voor volwassenen is er het kwadraat, maar een mobiel team voor kinderen en jongeren? Dit is iets dat ik heel hard mis binnen onze samenleving, een mobiel team voor kinderen en jongeren, want zij vallen hier helaas weer uit de boot. Ook vind ik persoonlijk dat de begeleiding heel vaak te kort is binnen deze mobiele teams. En niet alleen binnen deze mobiele teams is de begeleiding te kort, ook zijn de sessies bij een eerstelijnspsychologe veel te weinig. Want tegen je daar bent opgestart en je bent begonnen, zitten de sessies er alweer op.

Afsluiting

- Wat zou u het liefst willen dat dit onderzoek oplevert voor de huisartsenpraktijken in het algemeen?
 - o Wat zou volgens u de grootste meerwaarde kunnen zijn van dit eindproduct voor uw dagelijkse praktijk?
De communicatie tussen psychiater, psycholoog, ... en de huisarts moet dringend beter! Ook een duidelijk overzicht van psychologen, psychologisch consulenten, ... zou een grote meerwaarde kunnen betekenen.
- Heeft u nog andere suggesties of opmerkingen over de ondersteuning van kinderen en jongeren in de wachttijd voor GGZ-zorg, of over de inhoud van het eindproduct dat zal worden ontwikkeld?
 - o Is er iets dat volgens u niet voldoende aan bod is gekomen in de enquête of het interview?
Ik vind het belangrijk om nog even mee te delen, dat wij als huisarts ons niet onder druk mogen laten zetten door de ouders van deze kinderen en jongeren. Zoals ik al eerder aangaf, hebben de ouders heel vaak een bol.com mentaliteit. Maar ik kan de situatie niet meteen gaan oplossen helaas.

Bijlage 9: Transcripten van de interviews met de ouder(s)

Achtergrond en wachttijd

- Kunt u iets vertellen over de reden waarom u hulp heeft gezocht voor uw kind bij de GGZ?
Ouder 1: ASS, COS, transgender, zoekende identiteit, woede, emotioneel, suïcidale gedachten.
Ouder 2: De opvang zei dat er iets niet juist was, ook thuis zagen ze dat er iets was 'fladderen', weinig emoties.
Ouder 3: Gedrag, depressief, suïcidaal gedrag, dwangstoornis, PTSS. Diagnose ASS vastgesteld tijdens de opname.
Ouder 4: Automutilatie, eetprobleem, stress, angst, verdriet, opkropen, suïcidaliteit
- Hoe lang heeft uw kind moeten wachten op de eerste afspraak en behandeling?
Ouder 1: In het begin was het lang wachten voornamelijk voor de diagnose dan. Toen de situatie vorig jaar ging escaleren hebben we uiteindelijk nog 6 weken moeten wachten, voordat ze in opname mocht gaan. Uiteindelijk hebben mijn man en ik dan afwisselend verlof moeten nemen, om haar in de gaten te houden thuis, omwille van groot suïcide risico.
Ouder 2: Ongeveer 7 maanden.
Ouder 3: Toen we bij de huisarts zaten (april), heeft hij meteen contact opgenomen met de psychiater in het UZ Gent. Twee dagen later mochten we op intake bij een assistent. Dan werd beslist om 2x keer in de week ambulant onze zoon G. daar te begeleiden. Om daar dan in juni in opname te gaan tot december.
Ouder 4: In het begin meer dan 6 maanden. En toen werd echt meer dan dringend, en werd er wat vals gespeeld met de papieren voor de dringendheid.

- Hoe werd u geïnformeerd over de wachttijd? Was deze informatie duidelijk?
Ouder 1: *We kregen gewoon overal te horen, dat er wachtlijsten waren.*
Ouder 2: *Op voorhand werd ons dit wel meegedeeld door de psychiater, dat het lang zou duren.*
Ouder 3: *Door huisarts, bij eerste gesprek.*
- Wat was u eerste reactie toen u hoorde hoe lang de wachttijd zou zijn?
Ouder 1: *Wij stonden met onze rug tegen de muur, terwijl het leven van ons kind ervan hing. Ik heb in die periode elke dag gebeld naar verschillende instellingen, voor zo snel mogelijke hulp.*
Ouder 2: *Wij stonden hier niet bij stil, uit onwetendheid. Er is sowieso sprake van overconsumptie.*
Ouder 3: *Niet positief, we werden met de voeten op de grond gezet.*
Ouder 4: *Verbijstering.*

Impact op uw kind en gezin

- Hoe heeft uw kind het wachten ervaren? Merkte u veranderingen in gedrag, emoties of motivatie?
Ouder 1: *O. heeft het wachten als heel lang ervaren. Ook merkten de ouders verandering bij hun dochter wanneer de hormonen werden opgestart in het transgender proces.*
Ouder 2: *H. was nog heel klein, dus ze had hier nog geen besef van ook haar broer M. was nog heel klein, waardoor hij niet nog geen besef van had.*
Ouder 3: *G. werd geïsoleerd, was heel vrolijk en werd het tegenovergesteld. Hij zat op dat moment in het 6^{de} leerjaar, wat een kantelpunt was voor hem, heeft daardoor veel gemist zoals afscheidsfeest, communie, ...*
Ouder 4: *Van crisis naar crisis.*
- Wat waren de grootste uitdagingen voor uw gezin tijdens de wachttijd? (bv. stress, onzekerheid, impact op school of sociale relaties)
Ouder 1: *Niet ondersteund worden, niet weten wat te doen in crisissituaties en de onwetendheid als gezin die wij ervaarden. We hebben nog 3 kinderen, en ook voor hen was het heel moeilijk en lastig. De jongste heeft het nooit echt beseft, omdat hij nog te jong was, alhoewel we denken dat hij er toch meer van heeft mee gekregen dan wij echt beseffen.*
Ouder 2: *Discussies met partner, de papa had het dus heel moeilijk, kon ook moeilijk omgaan met zijn emoties. De mama daarentegen, kon dit beter relativeren.*
Ouder 3: *De papa stopte met werken. Ons gezinsleven stopte. We verloren ook veel vrienden en familie door onbegrip.*
Ouder 4: *Hoe gaan we er als ouders mee om*

- Heeft u tijdens de wachttijd gezocht naar alternatieve hulp (zoals therapieën, steun van school, ...)? Wat waren uw ervaringen hiermee?

Ouder 1: *Leerprogramma op maat, GON begeleiding op school*

Ouder 3: *Extern hadden we wel al een psycholoog voor zijn dwangstoornis.*

Ouder 4: *Extra hulpmiddelen zoals sloten op de kasten omwille van gevaar van suicidaliteit met medicatie en messen.*

- Wat heeft u het meest gemist in deze periode? (bv. begeleiding, duidelijkheid, contactmomenten)

Ouder 1: *Psychologische ondersteuning voor zowel onze dochter, als de andere kinderen toe.*

Ouder 2: *Informatie tussen de onderzoeken door, voordat de onderzoeken voor diagnostiek*

Van start gingen kregen we wel genoeg info. Maar ik miste informatie tussentijds wel. Zes jaar geleden ging het met mijn dochter H. niet goed, veel fantasieën, angsten, ... wat leidde tot een crisisopname in Roeselare. Dan hebben wij wel informatie gemist voor deze crisisopname.

Ouder 3: *De allereerste stappen, want uiteindelijk ging er al een hele periode over voordat we effectief naar de huisartsen zijn gestapt, omdat we niet wisten wat we moesten doen. Ook de onbekendheid rond psychiatrie, zorgde voor angst. Kleine tools voor in crisissituaties voor de ouder hoe ermee om te gaan. De ouder wordt vergeten. Weinig bekendheid over dagbesteding.*

Ouder 4: *Crisisteam voor kinderen.*

Ervaringen met de huisarts en hulpverlening

- Hoe heeft uw huisarts gereageerd op de wachttijd? Kreeg u praktische ondersteuning of adviezen van de huisarts?

Ouder 1: *O. zelfde wilde nooit iets zeggen tegen de huisarts. Maar de mama kreeg wel ondersteuning van de huisarts, hoe om te gaan met de situatie.*

Ouder 4: *De huisarts was heel behulpzaam. Gaf C. oefeningen voor zelfregulatie en gaf ons de tip om een crisisplan op te stellen.*

- Was er tussentijds contact met de GGZ-instelling? Was dit contact nuttig of voldoende?

Ouder 4: *Nooit! Maar we misten dit wel, maar er was wel de huisarts*

Verbeteringen en oplossingen

- Wat zou volgens u beter kunnen in het doorverwijsproces of de wachttijd voor GGZ?
Ouder 1: Sneller, duidelijker, termijn, tussentijds op de hoogte gehouden worden, crisismogelijkheden uitleggen.
Ouder 2: Wanneer het dringend is, toch direct kunnen geholpen worden. Ook het intakegesprek voor diagnose zou toch wel vlotter ingepland moeten worden, want in die periode tussen het intakegesprek en de effectieve diagnostiek, zou ook al hulp kunnen gestart worden.
Ouder 3: Ik begreep niet zo goed, waarom dat zo lang moest duren. Maar eens hij in opname was, ik dit dan wel beter begrijpen. Omdat ik zag, dat er eerst iemand op ontslag moest en dan hij pas kon geholpen worden. Zeker ook omdat er zo veel aandacht nodig is voor hen tijdens die opname.
Ouder 4: Eerstelijnspsychologen en psychologisch consulenten meer aanbod en bekendheid.
- Welke ondersteuning had u graag gehad om deze wachttijd draaglijker te maken voor uw kind of voor uw gezin?
Ouder 1: Psychologische hulp, plek om tot rust te komen voor het gezin om de tijdens of na de crisisperiode.
Ouder 2: Meer gesprekken voor de ouders en tips voor de ouders.
Ouder 3: Als ouders kwam we in een overleving strategie terecht. Dus meer algemene ondersteuning zeker en vast welkom.
Ouder 4: Af en toe contact met kind door GGZ, wanneer ze op wachtlijst staan.

Reflectie

- Hoe kijkt u nu terug op deze periode?
Ouder 1: Zwaar, lastig, trauma, fysiek vastgezet op de mama, waardoor de mama letterlijk en figuurlijk niet meer vooruit kon.
Ouder 2: Drukke helse periode. Je weet niet wat er komt als ouder, er is enorm veel onzekerheid.
Ouder 3: De helft van toen is geblokkeerd. Ik vertel nu op automatische piloot, maar het UZ Gent heeft ons leven gered.
Ouder 4: Hel en hemel
- Wat zou u andere ouders aanraden die nu in dezelfde situatie zitten?
Ouder 1: Blijven aandringen, voet bij stuk houden, overdrijven eventueel.
Ouder 2: Goed informeren desnoods via huisarts
Ouder 3: Naar de huisarts gaan
Ouder 4: Goeie huisarts doet wonderen. Goeie kinderpsychiater!
- Heeft u nog iets dat u graag wilt delen over de wachttijd voor GGZ-hulp?
Ouder 3: Het is veel te lang wachten.

Verwachtingen van het eindproduct

- Wat hoopt u dat het eindproduct van dit onderzoek oplevert?
Ouder 1: Waar kan je als gezin tot rust komen, opvang voor het kind.
Ouder 2: Tussenoplossing, gesprekken voor ouders met tips om te ventileren.
Ouder 3: Richtlijnen die ouders kunnen raadplegen voor hun kinderen te begeleiden.
Ouder 4: Andere ingesteldheid bij ouders i.p.v. paniek. Duidelijke grens en concrete tips voor hen.

- Welke veranderingen zou u het meest waarderen in de zorg of ondersteuning tijdens de wachttijd?
Ouder 1: Contactgegevens van Awel, suicide, om ook eens mijn verhaal te kunnen doen, waar kan ik als ouder terecht.
Ouder 2: Intensievere thuisbegeleiding, meer inzetten hierop.
Ouder 3: Veel tekorten. Er moet eens gekeken worden naar de kern (oorzaak) van deze enorme toestroom van meer ondersteuningsnood. En laagdrempelige campagnes om deze mensen te bereiken. Hierbij denk ik aan commerciële reclames op tv te vervangen door reclames met meer betekenis.
Ouder 4: Meer aanbod en meer middelen

Mogelijke eindproducten

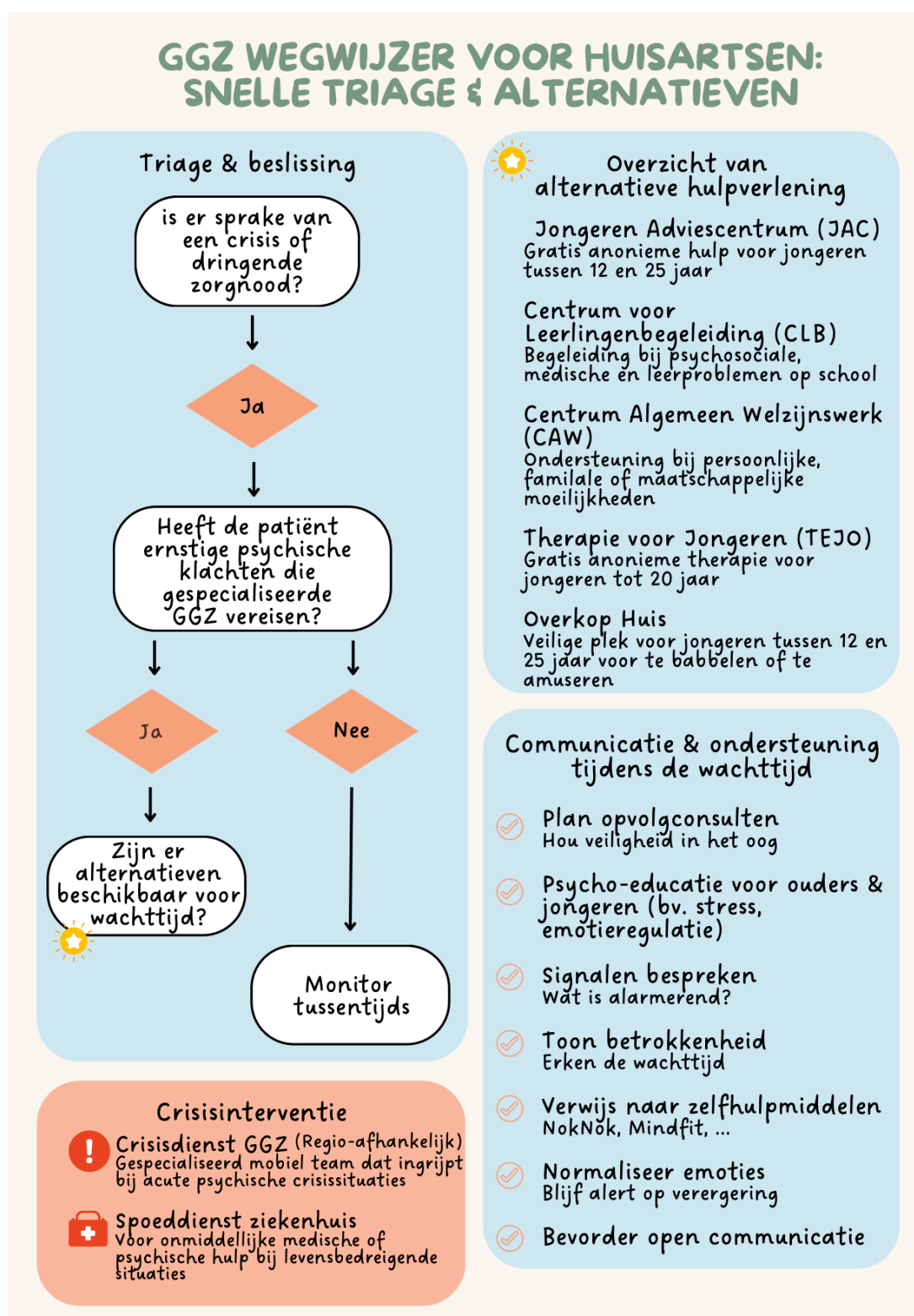
- Wat voor soort ondersteuning of informatie zou u het liefst ontvangen als eindproduct van dit onderzoek (bijvoorbeeld: praktische handvatten, informatiepakketten, richtlijnen)?
Ouder 1: Hangt af van ouder tot ouders. Mensen die eventueel bereid zijn om eventueel een luisterend te bieden die het ook al meegemaakt hebben.
Ouder 2: Praktische handvaten: tips, bij wie kan je terecht en voor wat
Ouder 3: Liefst iets in handen.
Ouder 4: Brochure, app, website

- Als er een tool of handleiding zou zijn voor ouders om hen te helpen omgaan met wachttijden in de GGZ, welke informatie of ondersteuning zou u daar graag in terugzien?
Website
Ouder 1: Praktische tips, handboek, tips van wat ouders in eerste lijn kunnen doen.

Afsluiting

- Welke veranderingen in de ondersteuning voor ouders en kinderen zouden de wachttijd voor u draaglijker maken?

Bijlage 10: Afbeelding van het eindproduct voor de huisartsen – GGZ-wegwijzer



Contact

Maartje Deman
Psychologisch consulent

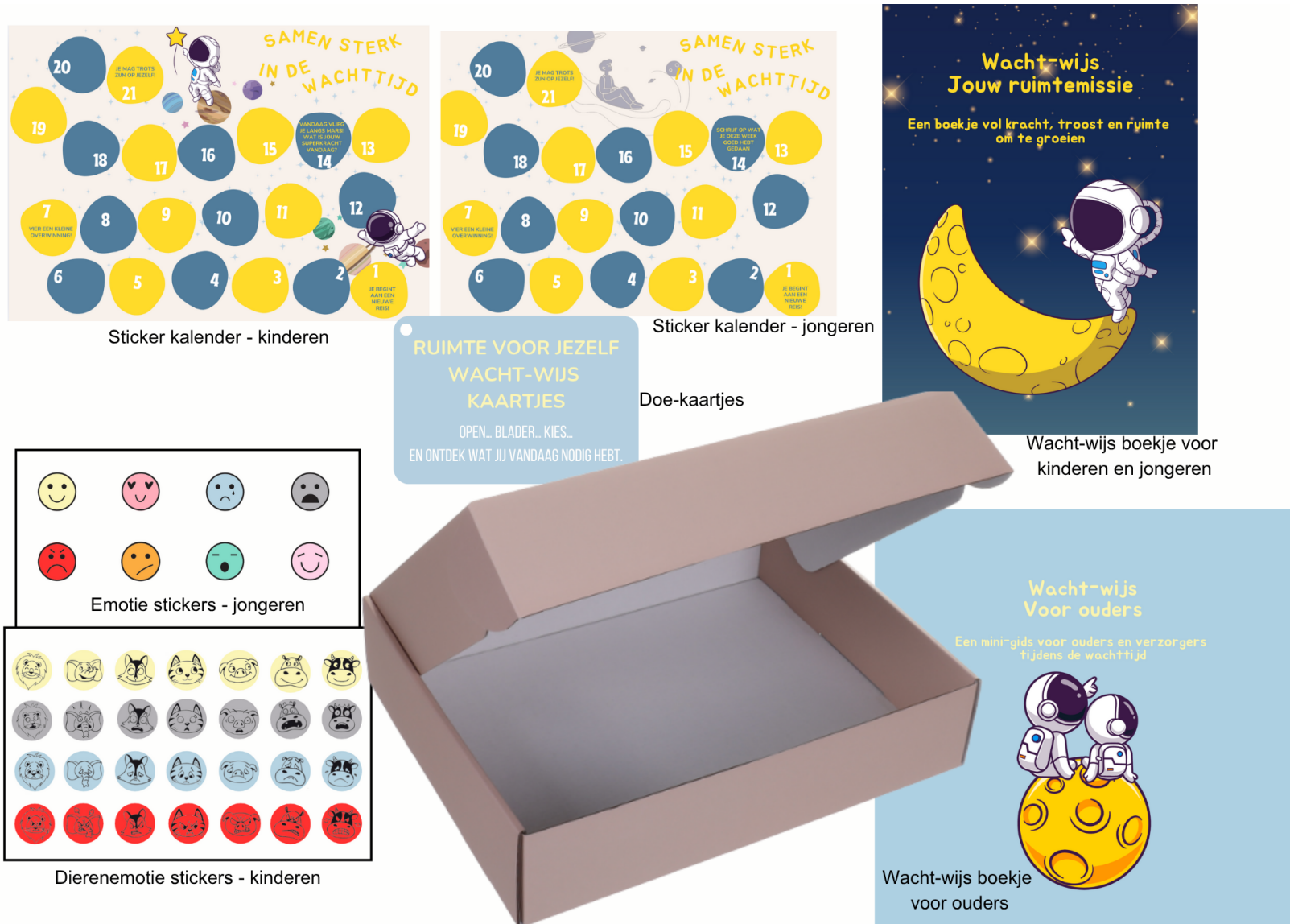
✉ info@feelino.be
www.feelino.be

Dit product kwam tot stand in het kader van de bachelorproef van Maartje Deman in functie van het behalen van het diploma bachelor Toegepaste psychologie – Klinische aan de Hogeschool VIVES.

Wil je graag gebruik maken van dit product, doe dit dan met respect voor de auteursrechten: vermeld steeds mijn naam, neem contact op voor toelating om dit product ruimer te gebruiken



Bijlage 11: Afbeelding van het eindproduct voor de kinderen en jongeren: Wacht-wijs box



Bijlage 12: Afbeelding van het eindproduct voor de ouders – Wacht-wijs folder



