



LITERATUURSTUDIE NAAR DE WETENSCHAPPELIJKE EVIDENTIE VOOR  
HET GEBRUIK VAN VRAGENLIJSTEN IN DE DETECTIE EN TAXATIE VAN  
PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN EN PROBLEMATISCHE OPVOEDSITUATIES  
BIJ KINDEREN EN JONGEREN  
DECEMBER 2014

SIGRID VAN DEN BRANDEN  
VLAAMSE WETENSCHAPPELIJKE VERENIGING VOOR JEUGDGEZONDHEIDSZORG



## Inhoud

---

1.	Psychosociale problemen bij kinderen en jongeren .....	1
1.1.	Definities.....	1
1.2.	Prevalentie van psychosociale problemen.....	1
2.	Theoretisch kader.....	3
2.1.	Ontstaan van psychosociale problemen .....	3
2.2.	Risicofactoren en beschermende factoren .....	4
3.	Preventie van psychische problemen.....	7
3.1.	Promotie van mentale gezondheid .....	7
3.2.	Preventie van mentale problemen: vroegsignalering en vroegtijdig ingrijpen.....	8
4.	CLB-traject .....	11
4.1.	Het identificeren van risicoconstellaties .....	11
4.1.1.	Wat aan het CLB voorafgaat.....	11
4.1.2.	Opmaak van een CLB-dossier (baseline risicoconstellatie) .....	12
4.1.3.	Opvolging risicoprocessen.....	14
4.2.	Het formuleren van een signaal .....	15
4.3.	Een bewuste afweging met het oog op eventuele actie .....	15
4.4.	Doorverwijzing of interventie.....	15
5.	Het gebruik van signaleringsinstrumenten .....	16
5.1.	Literatuuroverzicht .....	16
5.1.1.	Pleidooi voor gebruik van signaleringsinstrumenten: Nederlandse literatuur .....	16
5.1.2.	Screeningsinstrumenten: Amerikaanse literatuur .....	16
5.2.	Overzicht signaleringsinstrumenten .....	19
5.3.	Bespreking .....	25
6.	Aanbevelingen .....	28

# 1. Psychosociale problemen bij kinderen en jongeren

---

## 1.1. Definities

Over 'geestelijke gezondheid' bestaan vele definities. Samengevat kan gesteld worden dat mentaal gezonde kinderen over het algemeen een positieve beleving van hun welzijn hebben, een hoge zelfredzaamheid en autonomie, en een gevoel van competentie (WHO, 2001). Ze voelen zich met andere woorden in staat om hun intellectuele en emotionele mogelijkheden te verwezenlijken. Deze kinderen zijn meestal tevreden over hun leven, hebben voldoende weerbaarheid om tegenslagen te verwerken, ervaren geen overmatige prestatiedruk en voelen zich thuis in hun vriendenkring (RIVM, 2009).

In dit document zullen psychosociale problemen gedefinieerd worden naar het model van Nederlandse richtlijn 'Vroegsignalering van psychosociale problemen'. Hierin wordt onder psychosociale problemen verstaan (Postma, 2008):

- Emotionele/internaliserende problemen zoals angst, teruggetrokkenheid, depressieve gevoelens, psychosomatische klachten, suïcidaliteit
- Gedrag/externaliserende problemen zoals agressief, onrustig en/of delinquent gedrag
- Sociale problemen bij het maken en onderhouden van het contact met anderen

## 1.2. Prevalentie van psychosociale problemen

Onderzoek naar het voorkomen van deze problemen geeft aan dat wereldwijd ongeveer 10% van de kinderen en jongeren tussen 0 en 18 jaar er mee te kampen heeft. De prevalentiecijfers verschillen licht tussen verschillende onderzoeken naargelang de operationalisatie van de term 'gedragsproblemen', de wijze van meting en beoordeling, en de bron van informatie (De Fever, 2001). Bij vele kinderen blijven de moeilijkheden bestaan tot in de volwassenheid. Ernstige gedragsproblemen blijken vaker voor te komen dan men op het eerste gezicht zou verwachten, en de cijfers stemmen niet overeen met het hulpzoekend gedrag, waarvan de prevalentie ongeveer 2% bedraagt (Hellinckx, 1991).

In een Vlaams sociologisch onderzoek uit 2008 werd gepeild naar het welzijn van kinderen, hun schooltraject, gedragsproblemen volgens *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) rapportering door ouders, in relatie tot hun gerapporteerde speciale noden op emotioneel, fysiek of gedragsmatig vlak. (Ghysels, 2008). Slechts 9% van de kinderen van 0-15 jaar blijkt speciale noden te hebben, dit betekent dat die kinderen meer zorg nodig hebben omdat ze achter lopen in hun ontwikkeling, en/of gedragsproblemen of emotionele, psychische of fysieke problemen vertonen. Op elke leeftijd hebben jongens meer speciale noden dan meisjes. Ook op de SDQ scoren jongens hoger dan meisjes. Dertien procent (13%) van de jongens en 4% van de meisjes (4-12 jaar) vertonen problematisch gedrag. Dit verschil vlakt wat af bij oudere meisjes (12-15 jaar).

In het JOnG!-onderzoek werd een cohorte 6-jarigen en een cohorte 12-jarigen in Vlaanderen opgevolgd. Het aantal diagnoses van emotionele -, gedrags- en ontwikkelingsproblemen, zoals gerapporteerd door de ouders, werd voor beide leeftijdsgroepen bevestigd. Bij 2.2% van de 6-jarigen en 1.5% van de 12-jarigen werd ooit een gedragsstoornis vastgesteld. Voor ADHD bedroegen de respectievelijke proporties 4.3 en 4.7%. Een diagnose van depressie werd gesteld bij 0.5% (6j) en 1.8% (12j), een angststoornis bij 1.6 (6j) en 1.7%. (12j), autisme bij 3.5% en 2.5% van de kinderen in de betreffende leeftijdsgroepen. De proportie kinderen met een leerstoornis bedroeg 7.2% en 9.0% respectievelijk. (Pieters, Roelants & Hoppenbrouwers, 2014).

Daarnaast bleek uit de SDQ resultaten van de 1868 6-jarigen dat 7.8% een abnormale score heeft voor de schaal 'Totale problemen', wat kan wijzen op de aanwezigheid van een klinisch waarneembaar sociaal emotioneel- of

gedragsprobleem. Jongens hebben meer kans op een abnormale score dan meisjes, behalve voor de subschaal 'Emotionele problemen', waarop jongens en meisjes vergelijkbaar scoren. Voor de meeste SDQ—subschalen behaalt een relatief klein percentage – minder dan 10% van de kinderen – een abnormale score in vergelijking met de internationale normering. Enkel voor de subschalen 'Aandachts- en concentratiestoornissen' en 'Emotionele problemen' heeft meer dan 10% van de zesjarigen uit het Vlaamse JOnG!-onderzoek een abnormale SDQ-score (Pieters, Roelants & Hoppenbrouwers, 2014).

Op 12 jaar (N=1438) behaalt 13.7% een abnormale score op de subschaal 'Emotionele problemen', wat een grotere proportie is in vergelijking met de populatie waarop de internationale normering werd berekend. Voor 'Aandachts- en concentratiestoornissen' en 'Problemen met leeftijdsgenoten' behaalt respectievelijk 9.9% en 11.4% van de 12-jarigen een abnormale score (Pieters, Roelants & Hoppenbrouwers, 2014).

Daarnaast werd in het kader van de HBSC studie gepeild naar de zelf gerapporteerde levenskwaliteit van 11 tot 18-jarige jongeren aan de hand van de KIDSSCREEN. Een lage score op de KIDSSCREEN zou kunnen wijzen op de aanwezigheid van psychosociale problemen. Uit de resultaten van 2010 blijkt dat 7,9% van de jongens een slechte levenskwaliteit rapporteert in vergelijking met 12,2% van de meisjes in Vlaanderen (Jongeren en Gezondheid, UGent, 2010).

Uit de gezondheidsenquête (2013) blijkt dat het aantal jongeren met recente psychische problemen toeneemt in vergelijking met de vorige bevragingen in 2004 en 2008. We beschrijven in dit rapport de cijfers voor Vlaanderen. Maar liefst 43% van de Vlaamse meisjes tussen 15 en 24 jaar heeft psychologische problemen, zoals gemeten met de General Health Questionnaire (GHQ-12). Bij de jongens tussen 15 en 24 jaar ligt dit percentage een heel stuk lager, rond 20%. Eetstoornissen komen voor bij 18% van de jonge vrouwen, en minder dan 5% van de jongens. Aangezien dit voor het eerst werd gemeten, kan de evolutie ten opzichte van vorige bevragingen niet bekeken worden. Voor het ervaren van depressieve gevoelens echter, gemeten met de SCL-90, wordt een sterke toename gezien bij jonge vrouwen van 15-24 jaar van 7% in 2008 tot maar liefst 25% in 2013! Ook bij de jonge mannen wordt een toename gezien in de prevalentie van 2 naar 6%. Hetzelfde fenomeen is zichtbaar voor angstproblemen. Ook hier is er sprake van een aanzienlijke stijging van de prevalentie van angststoornissen sinds de laatste enquête (3% in 2008 tegen 16% in 2013) bij jonge vrouwen. Een dergelijke stijging wordt niet gezien bij de Brusselse en Waalse jongeren. Voor jongens ligt de prevalentie op 6%. Reeds 26% van de jongeren kampt met slaapproblemen, waarbij er slechts weinig verschillen zijn tussen jongens en meisjes. Het aantal jongeren dat in het jaar voorafgaand aan de bevraging aan zelfmoord dacht, schommelt rond de 7% voor meisjes en 3% voor de jongens (Van der Heyden & Charafeddine, 2013).

Samengevat kan gesteld worden dat ongeveer 1 op 10 kinderen en jongeren te maken krijgen met psychosociale problemen. Het blijkt echter niet zo evident voor hulpverleners om deze kinderen en jongeren tijdig te detecteren. Uit een Nederlandse studie blijkt dat slechts bij een beperkt aantal kinderen en jongeren tussen 4 en 16 jaar een psychosociaal probleem wordt geïdentificeerd door de jeugdartsen. Daar waar bij 29% van de kinderen en jongeren een klinische score op de Child Behaviour Checklist (CBCL) werd waargenomen, werd slechts 13% van hen doorverwezen. (Reijneveld, 2004) Bij 25% van een onderzochte groep kinderen tussen 5 en 15 jaar werd een probleem geïdentificeerd door de verpleegkundigen, waarbij slechts 1 op 5 wordt doorverwezen. Uit deze studie bleek dat 43% van de kinderen met een klinische CBCL studie niet werden geïdentificeerd (Brugman 2001).

Vroegsignalering kan nochtans heel wat problemen voorkomen. Probleemgedrag bij jonge peuters blijkt immers een goede voorspeller van psychische problemen later in kindertijd en volwassenheid (Reijneveld 2004). Mentale problemen kunnen er eveneens toe leiden dat leerlingen slechte schoolresultaten behalen en onder hun niveau presteren, waardoor hun diplomakansen afnemen (Puskar, 2007).

Een tijdige herkenning van mentale problemen door zorgverleners binnen de schoolcontext, is dan ook noodzakelijk.

## 2. Theoretisch kader

---

### 2.1. Ontstaan van psychosociale problemen

Psychosociale problemen kennen een complex ontstaan en verloop. Ernstige problemen ontstaan vaak reeds in de eerste levensjaren en ontwikkelen zich verder doorheen de tijd. Op voorhand zijn in de meeste gevallen reeds signalen aanwezig waaruit kan afgeleid worden dat een bepaald probleem zich aan het ontwikkelen is.

Het theoretisch kader waarop dit rapport berust werd overgenomen uit *'Het rapport naar de Wetenschappelijke State of the Art van de preventieve gezondheidszorg voor schoolgaande kinderen van 3 tot 18 jaar'* (Van Hoeck & Hoppenbrouwers, 2010). De bespreking in dit rapport is op zijn beurt gebaseerd op verschillende publicaties, waarin een uitgebreide internationale literatuurstudie gebeurde, met name het Inventrapport (Hermanns, 2005), en de Richtlijn Vroegsignalering (Postma, 2008). In deze rapporten wordt probleemgedrag beschouwd vanuit een systeemtheoretische procesvisie, waarin ontwikkeling en mogelijke problemen daarin geïnterpreteerd worden in termen van blootstelling aan risicoprocessen.

Risico op het ontstaan van **processen** die leiden tot psychosociale problemen ontstaat op het moment dat er een cumulatie is van factoren die een bedreiging kunnen vormen voor de ontwikkeling van een kind: de zogenaamde risicofactoren.

Een **risicofactor** wordt gedefinieerd als een kenmerk van kinderen, ouders, een omstandigheid of een gebeurtenis waarvan is aangetoond dat er een verband is met latere minder wenselijke ontwikkelingsuitkomsten van welke aard dan ook. In de literatuur zijn ondertussen tientallen risicofactoren geïdentificeerd, zowel op niveau van het kind zelf als in diens omgeving. Eén bepaald probleem kan voortkomen uit een scala van sterk uiteenlopende risicofactoren van psychosociale en somatische aard. Het omgekeerde is dat één specifieke risicofactor verband kan hebben met een reeks van problematische uitkomsten (Hermanns, 2005).

Er is bovendien een lineair verband tussen het aantal risicofactoren en de kans op het ontstaan van probleemgedrag. Hoe meer risicofactoren er aanwezig zijn, eender welke, hoe meer kans op het ontwikkelen van problemen. Dit fenomeen wordt **risicocumulatie** genoemd. Er zouden geen aanwijzingen zijn dat aan de werking van bepaalde risicofactoren meer gewicht zou moeten toegekend dan aan andere. In de meeste studies blijkt dat bij een cumulatie van vier of meer risicofactoren in het kind of de omgeving de kans op een ontwikkelingsstoornis substantieel is. Dit werd onder meer aangetoond voor intelligentieontwikkeling, psychische en gedragsproblemen en delinquentie (Hermanns, 2005). De auteurs wijzen er echter op dat een reeks van risicofactoren (de zogenaamde risicoprofielen) bij een kind ons maar zeer beperkt in staat stelt om problematiek te voorspellen. Het in kaart brengen van risicoprocessen over de tijd (deels retrospectief en deels door het volgen van de ontwikkeling) lijkt een betere manier om gezinnen te signaleren die hulp nodig hebben. Ook blijkt de invloed van verschillende risicofactoren per ontwikkelingsmoment te verschillen. Factoren die chronisch binnen een bepaalde situatie aanwezig zijn blijken meer invloed op de ontwikkeling te hebben dan 'acute' factoren die slechts een korte, maar soms zeer heftige, periode inwerken (Hermanns, 2005).

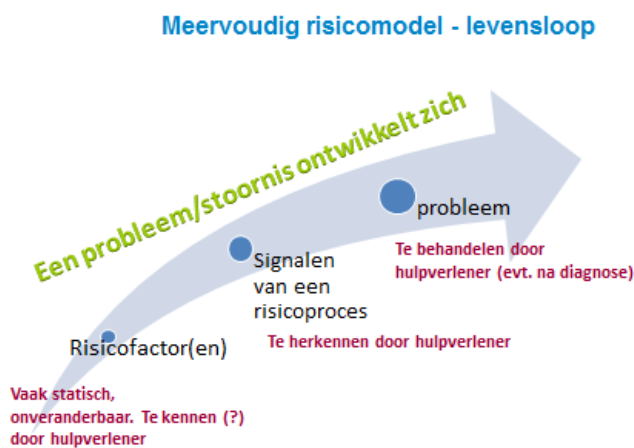
In de literatuur is er gaandeweg ook meer aandacht voor factoren die een 'bufferende' rol kunnen spelen. Deze **beschermende (of protectieve) factoren** bestaan eigenlijk alleen in de context van risicofactoren. Van een beschermende factor spreekt men indien deze de relatie tussen een risicofactor en de verwachte problemen in de ontwikkeling modificeert. Protectieve factoren mogen niet verward worden met ontwikkelingsbevorderende factoren. Uit onderzoek blijken protectieve factoren de negatieve effecten van risicocumulatie voor een deel te kunnen opheffen. Of volledige uitschakeling van risicofactoren kan plaatsvinden is niet aangetoond.

Bij accumulatie van risicofactoren kan de invloed van de context en de aanleg van een kind maken dat er al dan niet een proces van probleemontwikkeling op gang komt. Wanneer een probleem in ontwikkeling is, worden er doorgaans **signalen** uitgezonden door het kind – dit is vaak gedragsmatig - of door de ouders, in de vorm van vragen en bezorgdheden over het kind. Signalen vragen om aandacht en interventie. Het is immers belangrijk om zo vroeg mogelijk op de risicoprocessen in te spelen en de problematische ontwikkelingstrajecten trachten

om te buigen. Het inventariseren van risicofactoren of het opstellen van een *risicoprofiel* alleen in situaties waarin er sprake is van risicocumulatie, kan tot een effectieve en efficiënte vroegtijdige diagnostiek of signalering leiden. Dit is zeer waardevol, maar niet voldoende. Risicoprocessen vragen namelijk om een longitudinale opvolging en beïnvloeding. De processen moeten in kaart gebracht worden over de tijd heen, zowel door retrospectief het kind en de ouders te bevragen als door het volgen van de ontwikkeling in de tijd. Er zijn immers perioden aan te wijzen in de ontwikkeling van een kind waarop het extra gevoelig is voor het ontwikkelen van bepaald problematiek (levensloopmodel). Deze perioden worden **risicoperioden** genoemd.

Een probleem dat zich geïnstalleerd heeft, veroorzaakt **symptomen**. Deze onderscheiden zich van signalen door hun quasi permanente aanwezigheid en last die ze veroorzaken. Soms krijgt een probleem een diagnose. Een probleem vraagt om aandacht, mogelijks een diagnose en een interventie met als doel het te remediëren. Het is van belang de symptomen van een probleem goed te herkennen.

In het meervoudig risicomodel wordt een schematisch overzicht gegeven van het ontstaan van problemen doorheen de levensloop.



*Figuur 1: schematische voorstelling van het ontstaan van een probleem volgens het meervoudig risicomodel.*

## 2.2. Risicofactoren en beschermende factoren

In de literatuur zijn uiteenlopende overzichten van risicofactoren en beschermende factoren van kind en omgeving terug te vinden, die de meeste cruciale kind- en omgevingsfactoren met elkaar gemeenschappelijk hebben, en afhankelijk van de invalshoek een specifieke set van factoren aan de lijst toevoegen.

Een ophijsting van risico- en beschermende factoren voor een specifiek kind, in een specifieke omgeving en levensfase, en de identificatie van eventuele risicoprocessen over de tijd, heeft maar betekenis wanneer dit kadert in een beleid van signalering, diagnostiek en interventie. In tabel 1 worden risico- en beschermende factoren opgelijst op basis van het balansmodel van Bakker (overgenomen uit Hermanns, 2005). Het balansmodel geeft het samenspel weer tussen draagkracht en draaglast op micro-, meso- en macroniveau. De cumulatie van risicofactoren en hun verhouding met protectieve factoren doen de balans tussen draagkracht en –last in evenwicht blijven of doorslaan. Zowel de risico- als de protectieve factoren kunnen hun oorsprong vinden in het kind, de opvoeder en/of de omgeving. Het evenwicht tussen risico- en beschermende factoren en de opeenstapeling van risico's bepalen of een kind al dan niet een probleem ontwikkelt.

Onderzoek toonde duidelijk aan dat het al of niet ontstaan van psychosociale problemen bij kinderen sterk samenhangt met de gezinssituatie waarin het opgroeit en met de opvoedingsvaardigheden van de ouders. Zorgwekkende opvoedingsituaties en in het bijzonder kindermishandeling en verwaarlozing zijn belangrijke voorspellers van schooluitval, criminaliteit, verslaving, geweld, psychisch lijden en lichamelijke aandoeningen

(Hermanns, 2005). Ook in een recente Griekse studie werd een positief verband aangetoond tussen subjectieve lichamelijke klachten en de aanwezigheid van emotionele of gedragsproblemen bij jongeren. Het herhaaldelijk rapporteren van gezondheidsklachten kan dus als een risicofactor worden beschouwd voor psychische problemen. (Petanidou, 2014)



Tabel 1. Overzicht risicofactoren voor mogelijk toekomstige psychosociale problemen en beschermende factoren gebaseerd op het balansmodel van Bakker en uitgebreid met risicofactoren uit het rapport Hermanns et al, 2005

<b>Risicofactoren</b>	<b>Beschermende factoren</b>
<b>Microniveau</b>	
<i>Kindfactoren</i>	
Zwangerschaps- en geboortecomplicaties*	Goede intelligentie
Laag geboortegewicht	Positief zelfbeeld
Handicap	Bereidheid om hulp te aanvaarden
Negatief zelfbeeld	
Lage intelligentie*	
Blootstelling aan toxische stoffen*	
Moelijk temperament*	
Slechte schoolprestaties*	
<i>Ouderfactoren</i>	
Alleenstaande ouder*	Stabiele persoonlijkheid
Laag opleidingsniveau*	Goede gezondheid
Moeder jonger dan 19 jaar bij eerste kind*	Positieve jeugdervaringen
Middelengebruik (verslaving)	
Roken tijdens zwangerschap*	
Slechte voeding tijdens zwangerschap*	
Ziekte	
Negatief zelfbeeld	
Zelf als kind mishandeld/jeugdtrauma	
Psychische problemen (zoals depressie)*	
Antisociaal gedrag*	
Spreekt geen Nederlands*	
<i>Gezinsfactoren</i>	
Echtscheiding	Opvoedingscompetentie
Conflicten/geweld*	Affectieve gezinsrelaties
Verwaarlozing/mishandeling partner*	
Autoritaire opvoedingsstijl	
Ingrijpende gebeurtenissen*	
Snelle wisseling in verzorgers van het kind*	
Tekorten in communicatie ouder-kind*	
<b>Mesoniveau</b>	
<i>Sociale (gezins)factoren</i>	
Isolement	Sociale steun
Gebrekkige sociale bindingen	Goede sociale bindingen
Conflicten	Familie/vrienden
<i>Sociale (buurt)factoren</i>	
Sociale desintegratie	Sociale cohesie
Verpaupering, kansarme buurt, concentratie van delinquenten in buurt	Goede en toegankelijke sociale en pedagogische infrastructuur, onderwijs, zorg en welzijn
Slechte sociale voorzieningen	
Delinquente vrienden*	
Peer rejection*	
Geen band met school*	
Te kleine huisvesting*	
<b>Macroniveau</b>	
<i>sociaaleconomische gezinsfactoren</i>	
Armoede	Goed inkomen/opleiding
Gebrekkige opleiding	
<i>culturele factoren</i>	
Culturele minderheidsgroepering	Normen en waarden in overeenstemming met dominante cultuur
Afwijkende subculturele normen en waarden	
<i>maatschappelijke factoren</i>	
Economische crisis	Stabiel sociaal en politiek klimaat
Werkloosheid	Open tolerante samenleving
Discriminatie	
Bronnen: Hermanns et al. (2005) en Bakker et al. (1998)	

### 3. Preventie van psychische problemen

---

De preventie van psychosociale problemen van jonge kinderen veronderstelt een tweeledige aanpak, met name enerzijds groepsgerichte gezondheidspromotie en anderzijds vroegtijdige signalering van reeds aanwezige risico's of problemen met het oog op vroege interventie.

Gezondheidspromotie heeft als doel de mentale gezondheid van alle gezinsleden te bevorderen en positieve interacties binnen het gezin tot stand te brengen, onder meer door de opvoedingscompetenties van ouders te versterken en de draagkracht te ondersteunen.

De tweede aanpak is er op gericht eventuele problemen in het gezinsfunctioneren vroegtijdig op te sporen, de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind op te volgen en vroegtijdig en gericht te interveniëren waar nodig. Onderzoek uit Nederland toonde aan dat interventies voor psychosociale problemen op jonge leeftijd effectiever zijn dan latere interventies en eveneens kosten-effectiever. Het is dus belangrijk dat vroegsignalering steeds gevolgd wordt door één of andere vorm van interventie (Hermanns, 2005).

#### 3.1. Promotie van mentale gezondheid

Geestelijke gezondheidspromotie wordt door de WHO gedefinieerd als 'het creëren van individuele, sociale en omgevingscondities die een optimale psychologische en psychofysiologische ontwikkeling mogelijk maken' (WHO, 2004). Onder geestelijke gezondheidspromotie gericht op de hele populatie van ouders, opvoeders en kinderen, valt algemene opvoedingsvoorlichting, psycho-educatie, algemene prenatale en postnatale oudercursussen, en voorlichting over ontwikkeling en gedrag. De middelen die vaak gebruikt worden zijn tijdschriften, boeken, websites, TV-programma's, folders, groepsbijeenkomsten, een telefonische opvoedingslijn (WHO, 2004).

Een van de doelstellingen van de Vlaamse regering is het terugdringen van zelfdoding en depressie (Vlaams actieplan suïcidepreventie). Promotie van geestelijke gezondheid in Vlaanderen wordt aangestuurd door het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (Vigez). Het richt zich op het verhogen van de zelfwaardering, copingvaardigheden (omgaan met), en familie- en gemeenschapsondersteuning en heeft eveneens als doel de bredere sociale en economische omgeving die geestelijke gezondheid beïnvloedt te veranderen (vigez). De brede campagne 'Fit in je hoofd' richt zich op volwassenen (16+). Voor jongeren werd een gerichte campagne 'Noknok, het klopt in mijn hoofd' gelanceerd, voor de doelgroep kansarmen is er 'De goed gevoel stoel'.

Promotie van mentaal welbevinden bij kinderen en jongeren is eveneens een taak van de school. Het Vigez ontwikkelde de methodiek 'Gezonde school' waarmee scholen vorm kunnen geven aan hun gezondheidsbeleid. Geestelijke gezondheid kan hierin een thema uitmaken. Aan de hand van de gezondheidsmatrix, kwaliteitscirkel en randvoorwaarden, zoals uitgewerkt op de website [www.gezondeschool.be](http://www.gezondeschool.be), kunnen scholen bepalen welke acties rond het thema geestelijke gezondheid uitgewerkt worden. Het is niet duidelijk in welke mate scholen hier ook daadwerkelijk rond werken.

Het CLB kan scholen ondersteunen bij het opzetten van het (geestelijk) gezondheidsbeleid en het realiseren van gezondheidsbevorderende interventies.

De precieze rol die het CLB kan spelen wordt beschreven in de visieteksten van de koepelorganisaties. Binnen het VSKO wordt gesteld dat de expertise van het CLB kan ingezet worden door een CLB-medewerker op te nemen in de werkgroep gezondheid van de school. Deze medewerker heeft kennis van wat gedragingen van mensen beïnvloedt en kan advies geven over welk effect acties hierop kunnen hebben. Daarnaast kan het CLB kan meewerken om die factoren in kaart te brengen, die nodig zijn om veranderingen binnen de school te bewerkstelligen. Het CLB heeft bovendien medewerkers in huis die kennis op verschillende domeinen van gezondheid (somatisch, psychisch, sociaal) kunnen inbrengen en kent de lokale partners met expertise in mentale gezondheid evenals hun materialen. Ten slotte kan het CLB aangesproken worden om ondersteuning te

bieden bij bepaalde concrete acties. Dat zal gebeuren na overleg over het nut en het doel van deze interventie. (VSKO, 2014)

Binnen het CLB-GO werd in elke scholengroep en elk CLB een ankerpersoon gezondheidsbeleid aangesteld. Daarnaast werd er ook aangeraden om in elke school een contactpersoon gezondheidsbeleid aan te wijzen en aan elke school een contactpersoon CLB te verbinden. De ankerpersonen in de CLB zijn aanspreekpunt en motivator voor de collega's om initiatieven van scholen inhoudelijk te helpen uitwerken. Ze begeleiden het opzetten en opvolgen van een intervisiestructuur in het CLB en ondersteunen de CLB-contactpersoon. Ze bouwen een netwerk uit met lokale diensten en organisaties en hebben expertise in gezondheidsbevordering. De contactpersoon van het CLB participeert aan werkgroepen van de school en het intervisieoverleg binnen het CLB.

Om tegemoet te komen aan de Vlaamse gezondheidsdoelstelling suïcidepreventie, werd in opdracht van de Vlaamse overheid het project 'Preventiecoaches' opgericht. Voor het uitwerken, uitbreiden of verfijnen van een geestelijk gezondheidsbeleid konden secundaire scholen sinds het schooljaar 2009-2010 een beroep doen op de preventiecoach geestelijk gezondheidsbeleid van hun provincie. Vanaf 1 september 2012 stonden de preventiecoaches in eerste instantie klaar om de CLB te coachen zodat zij op hun beurt, de scholen die hier nood aan hebben, kunnen begeleiden in het ontwikkelen en toepassen van een Geestelijk Gezondheidsbeleid. Hiervoor werd een coaching programma opgesteld dat gericht is op de CLB. Tot op heden wordt op vraag van de CLB, de Pedagogische Begeleidingsdiensten en/of hun koepels coach-the-coach vormingen georganiseerd. De preventiecoaches verzorgen eveneens de opvolging en nazorg voor CLB en/of CLB medewerkers die al een vorming volgden.

Er is een ruim aanbod aan programma's die zich richten op het bevorderen van het welbevinden bij kinderen en jongeren via scholen, met een verschillende insteek. Voor de basisschool is er bijvoorbeeld het programma 'Toeka', dat erop gericht is een positieve sfeer te creëren door te werken aan doelen als zich goed voelen, zichzelf durven zijn, je mening durven uiten, elkaar helpen, genieten van samen plezier maken, en respect hebben voor elkaar. 'No blame' en 'Kies kleur tegen pesten' vormen leidraden om pestproblemen op school aan te pakken. Om de sociale vaardigheden te verbeteren van leerlingen uit de eerste graad secundair en ouder is er het programma 'Leefsleutels', maar ook thema's als zelfdoding en rouw kunnen aan bod komen in programma's. Recent werkte De Sleutel een nieuw programma uit rond sociale vaardigheden voor kinderen uit de lagere school, genaamd 'Topspel'.

Het project 'Predi-Nu' heeft als doel depressie bij jongeren sneller op te merken door de ontwikkeling van een webapplicatie. Dit moet leiden tot een verbetering van het vroegtijdig herkennen van symptomen van depressie door professionals, waaronder het CLB. Dit Europees proefproject wordt uitgewerkt door LUCAS. LUCAS is eveneens betrokken bij het ACT project, waarin op basis van een gedragstherapeutisch model aan preventie van depressie en zelfmoord wordt gedaan in middelbare scholen in Sint-Niklaas (site Ga voor Geluk)

### 3.2. Preventie van mentale problemen: vroegsignalering en vroegtijdig ingrijpen

Preventie van mentale problemen wordt door de WHO als volgt gedefinieerd: *"Het verminderen van de incidentie, prevalentie, herval van mentale problemen, duur van de symptomen of risicoconditie voor mentale problemen en het voorkomen of vertragen van herval alsook het verminderen van de ernst bij een gestoord individu en zijn omgeving"*. Preventie kan zowel in de algemene bevolking (universeel), bij risicogroepen (selectief) als bij individuen waarbij een probleem is vastgesteld (geïndiceerd) (WHO, 2004). Voor universele preventie kan eveneens gebruik gemaakt worden van de strategieën die werden besproken in de voorgaande paragraaf (promotie van mentale gezondheid) aangezien dit op alle kinderen en jongeren wordt toegepast.

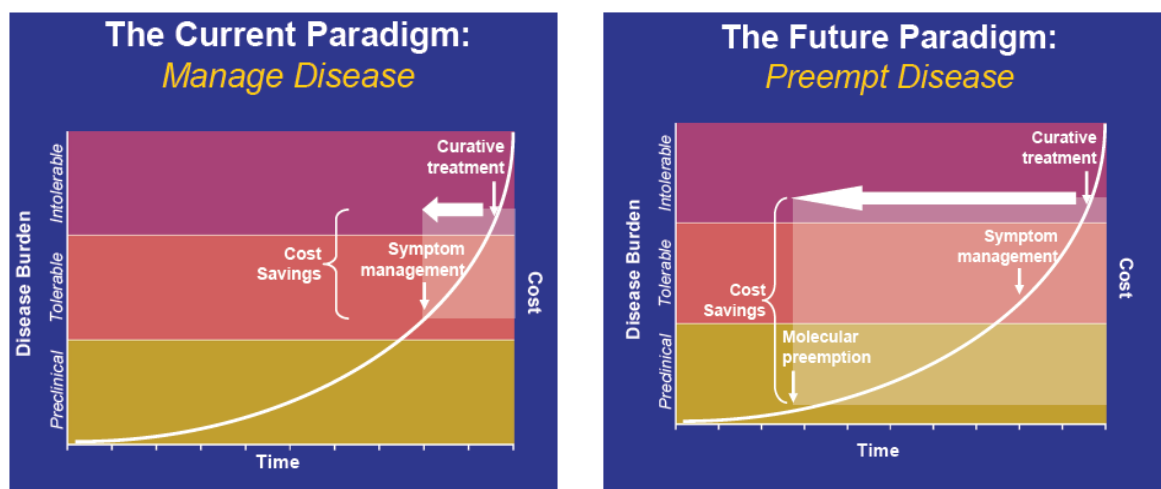
Op vlak van schools functioneren en mentaal welzijn werd er in het verleden vaker reactief dan proactief gewerkt. Er werd vaak pas ingegrepen wanneer kinderen reeds gedragsproblemen vertonen of slechte resultaten behalen op school. Gewoonlijk wordt een probleem gesignaleerd door ouders, de leerkracht of klasgenoten, waarna het

kind verder opgevolgd wordt, eventueel een bepaalde diagnose krijgt en gepaste begeleiding.

Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat deze individuele zorg, waarbij kinderen worden doorverwezen door de school, diagnostisch onderzocht en verder geholpen, slechts een klein deel van de kinderen bereikt wordt, namelijk zij met een verhoogd risico. Deze individuele aanpak resulteert echter niet in een betekenisvolle verbetering van de mentale gezondheid op populatieniveau. (Dowdy, 2010).

In de literatuur wordt gesteld dat deze “wait-to-fail” aanpak weinig zinvol is binnen de dienstverlening van preventieve gezondheidszorgvoorzieningen en ook niet beantwoordt aan de noden van de leerlingen (Albers et al., 2007).

Volgens het paradigma van preventie kan een grotere gezondheidswinst geboekt worden door vroegdetectie van relevante klinische signalen (figuur 2, rechts), in tegenstelling tot het ziektemanagement, dat zich toespitst op het beheersen van symptomen en het behandelen van de ziekte (figuur 2, links).



Figuur 2 Paradigmata van management (linker figuur) en preventie (rechter figuur) van ziekte, zoals voorgesteld door de National Institutes of Health in het kader van een visie op kostenbeheersing in de gezondheidszorg (Zerhouni, 2008) (uit Hoppenbrouwers et al., 2010)

Er is in de laatste decennia een toename in de aandacht voor de preventie van mentale problemen in de Westerse wereld, waarbij een reactieve en individuele benadering steeds meer plaats moet maken voor een universele en preventieve zorg.

In 2009 stelde het Europees parlement een resolutie op waarin onder andere het belang van vroegsignalering van mentale problemen, voornamelijk bij minderjarigen aangehaald wordt. Lidstaten worden aangemoedigd om programma's rond positief ouderschap op te zetten en in alle middelbare scholen een counselor te voorzien om jongeren te begeleiden met sociaal-emotionele problemen en voor het opzetten van programma's om de weerbaarheid en het zelfvertrouwen te verhogen (European Parliament, 2009). In Australië wordt gesteld dat preventie van mentale problemen bij schoolgaande kinderen kan verlopen via programma's op school, waarbij de ouders betrokken worden. Daarnaast zijn controles van de mentale gezondheid aangewezen om kinderen met de eerste symptomen te identificeren (The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2010). In Amerika passen zorgverleners in een aantal scholen sinds enkele jaren een systematische, periodieke, mentale gezondheidsscreening toe van alle kinderen (Dowdy, 2010).

Ook in de Nederlandse literatuur is er een toenemende aandacht voor vroegsignalering van risicoprocessen op het gebied van de psychosociale ontwikkeling van kinderen (Hermanns, 2005). Het thema 'vroegsignalering van

psychosociale problemen' is één van de speerpunten van het jeugdbeleid en Nederland, vanuit het idee dat tijdig signaleren van (het ontstaan van ) dergelijke problemen en de daarop volgende ondersteuning, hulp of zorg aan kinderen, jongeren en /of hun ouders vaak kan voorkomen dat onnodig menselijk leed en vermijdbare maatschappelijke kosten ontstaan (Hermanns, 2005). Het doel is om zo vroeg mogelijk psychosociale problematiek te herkennen zodat zo vroeg mogelijk kan ingegrepen worden en de schade kan beperkt worden (Postma, 2008).

Omdat psychosociale problemen niet plots ontstaan, kunnen voorafgaandelijk signalen opgevangen worden dat een probleem zich aan het ontwikkelen is of dat er risicofactoren zijn die hiertoe aanleiding kunnen geven. Er is dus tijd om een zich ontwikkelend probleem te onderkennen en de jeugdgezondheidszorg, en meer specifiek de CLB, is hiervoor erg goed geplaatst, aangezien zij een preventieve, populatiegerichte aanpak hebben, een hoog bereik, en de kinderen longitudinaal opvolgen. Binnen het Vlaams actieplan suïcidepreventie kregen de CLB de opdracht om te werken aan tijdige detectie, begeleiding en verwijzing van jongeren die signalen van depressie vertonen.

Er worden 4 strategieën beschreven voor vroegsignalering, naargelang het stadium waarin het probleem zich bevindt binnen het meervoudig risicomodel:

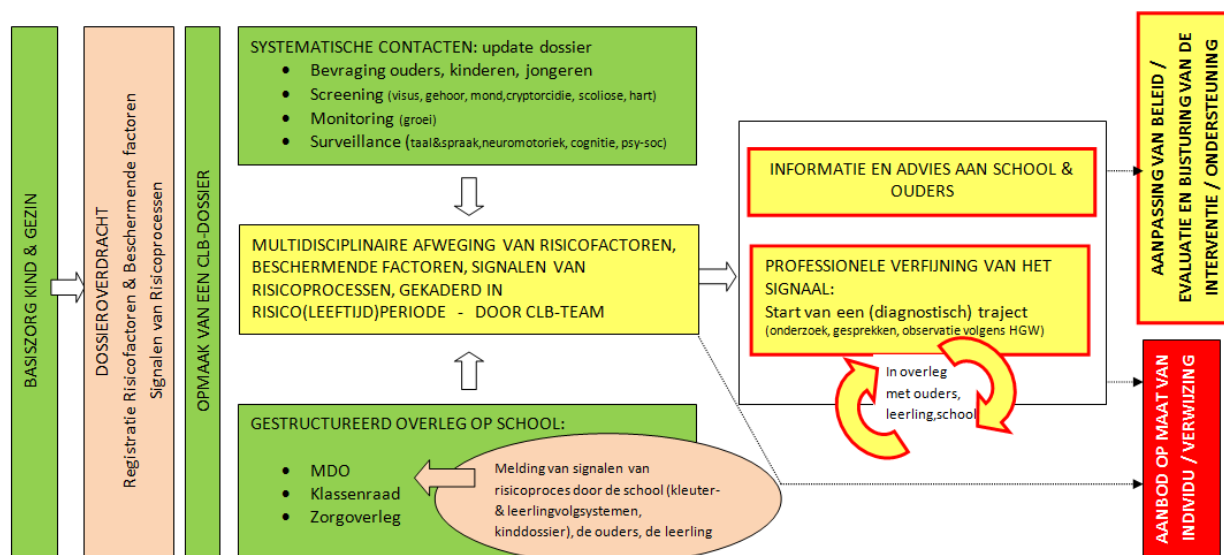
1. Signaleren van toekomstige zorgwekkende opvoedings- en opgroeisituaties aan de hand van **risicofactoren**. Vooral het aantal risicofactoren is hierbij een bepalende factor;
2. Signaleren van **risicoprocessen** die erop wijzen dat een probleem aan het ontstaan is;
3. Signaleren van **problemen** of stoornissen (diagnose);
4. Risicotaxatie voor, tijdens of na **een interventie** voor een probleem.

Volgens het Inventrapport wordt voor een goede signalering bij voorkeur een uniforme methodiek gebruikt en vormen wetenschappelijk gevalideerde signaleringsinstrumenten hierbij een belangrijk hulpmiddel. In hoofdstuk 5 wordt verder ingegaan op het al dan niet gebruik maken van signaleringsinstrumenten en worden een aantal beloftevolle signaleringsinstrumenten besproken.

Signaleren maakt bij voorkeur deel uit van een stappenplan, waarin opeenvolgend (1) een dossier wordt opgemaakt waarbij risicoconstellaties en -processen vroegtijdig geïnventariseerd worden, gevolgd door (2) het opvolgen van de risico's doorheen de verschillende consulten, (3) het formuleren van een signaal, en (4) het gepast handelen, mogelijks door een interventie en/of doorverwijzing. Dit stappenplan wordt toegelicht in het volgende hoofdstuk.

## 4. CLB-traject

Het stappenplan van het in kaart brengen van de risicoconstellatie naar het geven van een signaal en het uitvoeren van een interventie kan geplaatst worden binnen het CLB-traject zoals voorgesteld in het rapport naar de State of the Art in de Preventieve Gezondheidszorg bij schoolgaande kinderen (van 3 tot 18 jaar) (Van Hoeck & Hoppenbrouwers, 2010). Het model wordt weergegeven in figuur 2.



Figuur 3: Schematische voorstelling van een globaal werkmodel voor het CLB bij het monitoren en het begeleiden van schoolgaande kinderen.

Voor de preventie van mentale problemen bij kinderen en jongeren, zullen verschillende CLB-medewerkers expliciet genoemd worden in de volgende paragrafen en verder in dit rapport. Aangezien het gaat om de psychische gezondheid van de kinderen, zijn niet enkel de CLB-arts en verpleegkundige hierbij betrokken, maar ook het hele multidisciplinaire team bestaande uit psychologen en maatschappelijk werkers.

### 4.1. Het identificeren van risicoconstellaties

#### 4.1.1. Wat aan het CLB voorafgaat

Van zodra kinderen naar school gaan, worden ze opgevolgd door het CLB. Een eerste consult is gepland rond de leeftijd van 3 jaar, in de eerste kleuterklas. In de periode die hieraan vooraf gaat, de eerste drie levensjaren, wordt de preventieve zorg uitgevoerd door Kind en Gezin. Alle kinderen ontvangen gratis medisch preventieve consulten door een arts of regioverpleegkundige. Tijdens de preventieve consulten wordt een gehoor- en oogonderzoek uitgevoerd. De ontwikkeling en groei van het kind wordt opgevolgd en de nodige vaccinaties worden toegediend. Er wordt voor elk kind een medisch kinddossier opgemaakt. Dit bevat informatie met betrekking tot het zwangerschapsverloop en de bevalling, alsook de gegevens over het kind na de geboorte tot zolang het wordt opgevolgd door Kind en Gezin. Dit kinddossier wordt overgemaakt aan het CLB, wanneer het kind start met de schoolloopbaan.

Het is dan ook belangrijk dat de dossieroverdracht tussen Kind en Gezin en het CLB op een correcte manier verloopt, en bij voorkeur elektronisch. Via een compatibel centraal elektronisch kinddossier zouden alle gegevens kunnen doorgegeven worden. Dit maakt de inventarisatie van de risico's in het CLB eenvoudiger, maar

is ook erg belangrijk voor de preventie en vroege opsporing van kindermishandeling. Een systeem van informatie-overdracht kan immers aangeven welke gezinnen hulp mijden en niet van de services van Kind en Gezin gebruik maken. Uit literatuuronderzoek blijkt immers dat net die kinderen die opgroeien in de meest onveilige situaties niet gesignaleerd worden met een aanbod dat louter en alleen gebaseerd is op de spontane hulpvraag en hulpbehoefte van ouders.

#### 4.1.2. Opmaak van een CLB-dossier (baseline risicoconstellatie)

Het is belangrijk om bij de start van de schoolloopbaan een zo volledig mogelijk kinddossier op te maken. Met het oog op het opmaken van een "*baseline risicoconstellatie*" waarbij het eerder genoemde balansmodel wordt gevolgd, wordt bij voorkeur informatie verzameld met betrekking tot het micro-, meso- en macrosysteem van het betrokken kind, en dit zowel van risico- als van beschermende factoren.

Onderstaande lijst van risico- en beschermende factoren werd samengesteld op basis van literatuuronderzoek in het kader van het onderzoek naar de 'Wetenschappelijke state of the art op het vlak van preventieve gezondheidszorg 0-3 jaar' (Hoppenbrouwers et al., 2010), en werd aangevuld met factoren die betrekking hebben op de schooltijd van het kind.

	Kanaal waarlangs het CLB de informatie verkrijgt:		
Risico- en beschermende factoren	Bestaande vragenlijsten CLB	Dossieroverdracht K&G	Ander kanaal (klassenraad, oudergesprek, ... )
<b>Microniveau: kindfactoren</b>			
Voorgeschiedenis van conceptie en zwangerschap		X	
Voorgeschiedenis bevalling en neonatale periode		X	
Ouder-kind interactie			
Nationaliteit, herkomst van het kind	X		
Spreektaal	X		
Afwezigheden op school			
Gezondheidsproblemen van het kind (ziekten, handicap, hospitalisatie, medicatie)	X		
Aangeboren afwijkingen/handicap	X		
Mijlpalen voor ontwikkeling: stappen en zindelijkheid		X	
Perceptie van het welbevinden van het kind/			
Positief/negatief zelfbeeld			X
Hoge/lage intelligentie			
Temperament	X		
Schoolprestaties			X
<b>Microniveau: ouder- en gezinsfactoren</b>			
Alleenstaande ouder	X		
Opleidingsniveau moeder, vader	X		
Herkomst ouders	X		
Taal ouders	X		
Leeftijd moeder bij eerste kind	X		
Lichamelijke en psychische gezondheid van ouders, broers/zussen	X		
Middelengebruik door ouders (alcohol, drugs, tabak, medicatie)			
Aantal broers/zussen			
Plaats in de rij			
Gezinssamenstelling en samenlevingsvorm			



Consanguïniteit			
Echtscheiding, conflicten, geweld	X		
Ingrijpende gebeurtenissen/overlijden	X		
<b>Mesoniveau: sociale factoren</b>			
Isolement/sociale netwerk/sociale steun			X
Conflicten/geweld			
Status van buurt (kansarm, gebrek aan sociale voorzieningen, veiligheid)			X
Huisvesting (omvang en staat van de woning)			
<b>Macroniveau: sociaal-economische gezinsfactoren en cultureel-maatschappelijke factoren</b>			
Inkomen, vervanginginkomen			
Tewerkstelling			
Discriminatie			

Naar aanleiding van de start van de schoolloopbaan wordt het dossier van Kind en Gezin overgedragen aan het CLB. In dit dossier staat relevante informatie over de pre- en perinatale periode en de gezondheid, groei en ontwikkeling van het kind. Deze informatie kan gebruikt worden bij het opstellen van de 'baseline risicoconstellatie' van het kind. Mogelijks worden een aantal risicofactoren reeds aangegeven in het dossier van Kind en Gezin, anderzijds kunnen een aantal problemen niet gedetecteerd zijn bij Kind en Gezin, of zijn er bepaalde risico's ontstaan sinds het kind niet meer werd gevolgd bij Kind en Gezin.

Bij het eerste kleuterconsult, waarop de ouders bij voorkeur aanwezig zijn, wordt een relevante waaier aspecten bevroegd over de gezondheid en ontwikkeling van het kind en contextfactoren. De informatie uit dit gesprek kan verder vorm geven aan de baseline risicoconstellatie. Ook vanuit andere bronnen, zoals de huisarts of leerkracht kan relevante informatie aangeleverd worden over het kind. Het is eveneens mogelijk om de risicoconstellatie in kaart te brengen met behulp van gevalideerde signaleringsinstrumenten indien deze beschikbaar zijn. Hier wordt verder op ingegaan in hoofdstuk 5.

De studie van het dossier van K&G, van de vragenlijsten en het gesprek met de ouders, maakt dat de CLB-medewerker kennis neemt van 1 of meerdere risicofactoren. Bij kennisname van risicofactoren, signalen of symptomen toetst men in een gesprek naar de wijze waarop de ouder met dit gegeven omgaat, welke uitdaging/verzwaring dit betekent op zijn of haar pedagogische vaardigheden en waar/bij wie hulp en steun wordt gezocht en gekregen. Dit gesprek moet toelaten om de draaglast voor en draagkracht van ouders in kaart te brengen. Om dit goed te kunnen doen, moeten de ouders in een persoonlijk gesprek gezien kunnen worden. Mogelijks gebeurt dergelijk gesprek op gestructureerde wijze (zie volgend hoofdstuk).

#### 4.1.3. Opvolging risicoprocessen

Aangezien er zich wijzigingen in de bestaande risicoconstellatie kunnen voordoen over het verloop van de tijd, is het belangrijk om op elk volgend contact tussen het CLB en het kind of de ouders de verschillende risico- en beschermende factoren te bevragen, zodat de risico-inschatting kan bijgesteld worden. Dit kan zowel gebeuren tijdens de systematische consulten als tijdens contacten in het kader van een handelingsgericht werken of diagnostisch traject bij een zorgvraag. Een longitudinale opvolging van alle kinderen is zeer belangrijk om de risicoprocessen in kaart te brengen. Alle informatie verkregen via het klinisch onderzoek, de observaties van de verpleegkundigen, de gesprekken met de ouders of school, en via eventuele systematische bevraging, kan tijdens de hele schoolloopbaan bijdragen tot het opvangen van risicofactoren en/of signalen en het eventueel bijsturen

van een eerdere risicoconstellatie. De CLB-arts en verpleegkundigen dienen daarom bij elk contact alert te zijn hiervoor.

## 4.2. Het formuleren van een signaal

Vervolgens moet bepaald worden wanneer een bepaalde risicoconstellatie aanleiding geeft tot een signaal. Hiervoor zijn verschillende mogelijkheden:

- Bepaalde clusters van factoren kunnen op basis van expertadvies geïdentificeerd worden die, wanneer ze aan de hand van de beschikbare gegevens gevonden worden bij een kind en/of zijn omgeving, steeds een signaal vormen;
- Er is een consensus dat de aanwezigheid van 4 of meer risicofactoren in het kind en/of diens omgeving steeds een signaal is; (Hermanns, 2005)
- Ook signaleringsinstrumenten kunnen worden ingezet om kind- en oudersignalen met betrekking tot mentale problemen op te sporen of disfuncties in het gezin vast te stellen. Hierop wordt in het volgende hoofdstuk dieper ingegaan.
- Een CLB-medewerker moet beoordelen of naar aanleiding van een specifieke risicoconstellatie bij een specifiek kind (als resultante van aanwezige risico- en beschermende factoren), de draagkracht en draaglast dusdanig uit balans zijn dat het als een signaal voor *bewuste afweging* moet beschouwd worden.

## 4.3. Een bewuste afweging met het oog op eventuele actie

Wanneer een signaal wordt gegeven, moet er steeds een beslissingsproces volgen. Er volgt een bewuste afweging waarin wordt beslist om nog even af te wachten, het kind nogmaals te zien of het signaal professioneel te verfijnen. Deze *professionele verfijning* kan ruim begrepen worden. Het kan gaan van een kort informeel overleg met een teamlid, tot het gebruik van een (tweede) signaleringsinstrument met het oog op verdere verfijning van de risicoconstellatie, of aanmelding voor een multidisciplinair overleg. Ook bij de verfijning kan beslist worden om tijdelijk een afwachtende houding aan te nemen en op een later tijdstip te herevalueren.

## 4.4. Doorverwijzing of interventie

Bij een aantal kinderen zal deze verfijning aanleiding geven tot een indicatiestelling voor een gerichte doorverwijzing. Het kind kan zowel doorverwezen worden naar externe diensten en/of hulpverleners, of in aanmerking komen voor een interventie in het kader van opvoedingsondersteuning.

Beslissingen met betrekking tot doorverwijzing gebeuren bij voorkeur in een multidisciplinair overleg, waarbij zowel artsen, verpleegkundigen, maatschappelijke werkers, pedagogen en psychologen betrokken zijn. Een coördinator of coördinerend teamlid volgt de beslissingen van dit overleg op.

Dergelijke procedure kan aanleiding geven tot een beter gedocumenteerde en beter geïndiceerde verwijzing, waardoor de bestaande overbelasting van gespecialiseerde diensten mogelijks verlicht wordt. Hiervoor moet echter binnen het consultatiebureau het kader aanwezig zijn om aan vroegsignalering te doen en de professionele verfijning te realiseren.

## 5. Het gebruik van signaleringsinstrumenten

---

### 5.1. Literatuuroverzicht

#### 5.1.1. Pleidooi voor gebruik van signaleringsinstrumenten: Nederlandse literatuur

In Nederland wordt gepleit voor het gebruik van wetenschappelijk onderbouwde signaleringsinstrumenten bij de vroegsignalering van psychosociale problemen binnen de jeugdgezondheidszorg. Uit onderzoek is gebleken dat zonder signaleringsinstrumenten de signalering van een kind met psychosociale problemen afhangt van de vraag door welke JGZ-medewerker het desbetreffende kind wordt onderzocht (Postma, 2008). Er werden echter duidelijke verschillen vastgesteld tussen gezondheidswerkers in het identificeren van kinderen met psychosociale problemen, onafhankelijk van de ouderrapportages of andere risicofactoren (Vogels, 2008). Dit impliceert dat de JGZ bij het signaleren van kinderen met problemen niet kan vertrouwen op het klinisch oordeel van individuele medewerkers, maar methodieken en instrumenten dient te gebruiken waarvan de validiteit is aangetoond (Postma, 2008). Hiervoor is het belangrijk protocollen op te maken bestaande uit instrumenten en een werkzaam en gestructureerd implementatie programma (Vogels, 2008). Zo werd ook aangetoond dat de detectie van problemen bij kinderen kan verbeteren door gebruik te maken van een duidelijk protocol en een uitgebreide training van de verpleegkundigen (Vogels, 2011).

Door het gebruik van signaleringsinstrumenten kunnen tevens uitkomsten met elkaar worden vergeleken en uitspraken gedaan worden op populatieniveau wat betreft het voorkomen van problematiek ten behoeve van bijvoorbeeld het lokale jeugdbeleid (Postma, 2008).

Nederlandse studies hebben aangetoond dat het gebruik van goede vragenlijsten de kwaliteit van vroegdetectie doet toenemen. Verschillende methodieken en vragenlijsten werden ondertussen ontwikkeld, maar de validatie ervan is nog niet voor alle instrumenten afgerond. Aangezien er in de jeugdgezondheidszorg weinig tijd is, moeten de instrumenten kort zijn, snel gescoord kunnen worden en eveneens voor alle ouders begrijpbaar zijn. Korte vragenlijsten zijn echter vaak minder betrouwbaar en valide dan wenselijk, tenzij ze zeer specifiek zijn voor een bepaald probleem. Problemen identificeren op basis van korte vragenlijsten kan daarom leiden tot een te groot aantal foute classificaties (Vogels 2011).

Recent werd eveneens een nieuwe methode ontwikkeld '*Computerized Adaptive Testing*', waarbij het kind de vragenlijst invult via de computer en waarbij op basis van de gegeven antwoorden enkel relevante vragen gesteld worden. Bijvoorbeeld, wanneer een kind geen of nauwelijks problemen heeft, worden geen vragen gesteld met betrekking tot ernstige problemen. Uit de resultaten blijkt dat de identificatie van kinderen met psychosociale problemen met behulp van deze methode zeer goed is. Voor de helft van de kinderen zijn slechts 10 items nodig, gemiddeld 11.5 items. Deze computermethode lijkt zeer veelbelovend, en de implementatie in de dagelijkse praktijk wordt onderzocht (Vogels, 2011).

#### 5.1.2. Screeningsinstrumenten: Amerikaanse literatuur

##### Voordelen

Ook in de Amerikaanse literatuur wordt gedebatteerd over vroegsignalering (screening) van mentale problemen in de schoolcontext. De gezondheid van de kinderen wordt opgevolgd binnen de scholen door verpleegkundigen en zorgverleners verbonden aan de school. De opsporing van mentale problemen is dus sterk gerelateerd aan het schools functioneren.

Zorg op school aanbieden heeft als voordeel dat het zeer toegankelijk is, en het stigma geassocieerd aan hulp zoeken kan wegnemen. Vaak kunnen kortstondige problemen aangepakt worden binnen de schoolgezondheidszorg, en worden jongeren waarbij verdere diagnostiek noodzakelijk is, bij externe zorgcentra opgevolgd (Husky, 2011). Amerikaanse jongeren die begeleid worden voor mentale problemen, hebben ook aangegeven liever geholpen te worden via de schoolgezondheidszorg, dan via het buitenschoolse zorgnetwerk. Wanneer de zorg kan aangeboden worden via de school, is de drempel lager om in begeleiding te gaan, dan wanneer jongeren doorverwezen worden naar externe hulpverleners. Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat slechts 4 op 10 jongeren die via school doorverwezen werden naar externe hulpverleners, ook daadwerkelijk verder geholpen worden (Husky, 2011)

Of er al dan niet actief gescreend moet worden naar mentale problemen staat ter discussie in de literatuur.

In Amerika wordt bij ongeveer 12% van de jongeren een verhoogd risico gedetecteerd. 75% van hen was niet gekend en ontving hiervoor nog geen hulp, wat volgens voorstanders aangeeft dat het wel degelijk zinvol is om proactief deze jongeren op te sporen (Husky, 2011). Uit onderzoek naar het al dan niet gebruiken van een screeningsinstrument, blijkt dat 13% van alle jongeren met psychische problemen enkel gedetecteerd werden door zorgverleners op school, 35% enkel door een instrument en 34% zowel door de screening als door de zorgverlener. 18% van de jongeren werd gemist zowel door het instrument als door de zorgverlener (Scott, 2009). Dit wil zeggen dat ongeveer 1 op 3 jongeren met ernstige mentale problemen pas ontdekt werd door de gerichte screening.

Vooraf voor jongeren met internaliserende problemen kunnen screeningsinstrumenten zinvol zijn. Deze zijn immers niet zo eenvoudig te herkennen als externaliserend probleemgedrag (Weist, 2007), en jongeren zouden ook zelden spontaan negatieve emoties of suïcidale gedachten verwoorden. Bovendien hebben ouders vaak onvoldoende inzicht in de emoties of het zelf-verwondend gedrag van hun kind (Husky, 2011), wat een argument kan zijn voor gerichte screening bij de jongeren zelf.

De verpleegkundigen gaven aan dat het toevoegen van de screeningsinstrumenten een opening geeft voor een gesprek met de jongere en ouders over mentale moeilijkheden. Er waren ook meer leerlingen die aangaven dat ze reeds in begeleiding waren, waarover de verpleegkundige anders niet geïnformeerd zou zijn (Allison, 2013).

## Implicaties

Er worden echter ook verschillende redenen genoemd om niet systematisch te screenen naar mentale problemen. Een eerste probleem is de beschikbaarheid van betrouwbare en valide instrumenten, die bruikbaar zijn in de context van de schoolgezondheidszorg. De accuraatheid en predictieve validiteit van sommige instrumenten wordt in twijfel getrokken in een aantal studies (Dowdy, 2010).

Ten tweede zijn er een aantal praktische implicaties, zoals de hoge personeels- en werkingskosten die eraan verbonden zijn, voornamelijk op lange termijn. De screening mag ook niet als storend of opgedrongen worden ervaren binnen het schoolfunctioneren. Screenen gebeurt ook best in het begin van een schooljaar, zodat er nog voldoende tijd is om de leerlingen met een verhoogd risico verder te helpen en op te volgen. (Dowdy, 2010)

Daarnaast blijven er ook vragen over het relatieve voordeel van te werken met verschillende informantentypen en stadia, een gebrek aan sterke uitkomstvariabelen en het risico op een sociaal stigma verbonden aan screening (Dowdy, 2010).

Tot slot zijn er ook ethische vragen bij het systematisch screenen. Zo moet er nagedacht worden over het actief versus passief toestemming geven voor screening, en hoe er moet omgegaan worden met een mogelijke toename aan geïdentificeerde jongeren in de hulpverlening. Een systematische screening kan immers leiden tot een hoog aantal jongeren die voorheen niet ontdekt waren, die verder moeten opgevolgd worden in een nu al oververzadigd zorglandschap, hoewel velen van hen niet gemotiveerd zijn of waarbij het niet nodig is om verdere hulpverlening toe te passen. (Husky 2011).

Dowdy et al. (2010) besluiten wel dat bijkomend onderzoek noodzakelijk is, maar niet moet beletten om screening te implementeren, aangezien dit het onderzoek kan versnellen.

Tegenstanders van het systematisch screenen naar psychische problemen in scholen en bij uitbreiding door de eerstelijnszorg wijzen op een aantal problemen. Over het algemeen wordt er onvoldoende evidentie gevonden van de effectiviteit van screening. Screening moet zowieso uit twee onderdelen bestaan, de afname van een instrument en een interview om tot een correct besluit te komen. Hierin kruipt echter tijd en middelen die anders kan besteed worden aan de behandeling van kinderen die reeds symptomen hebben. Louter vragenlijsten afnemen, zonder bijhorend gesprek zou leiden tot een veel te hoog aantal vals positieven, die vervolgens onterecht gelabeld worden of een verkeerde behandeling krijgen. Dit kan schadelijke gevolgen hebben voor het kind. In vele zorgsystemen worden kinderen die positief screenen onvoldoende opgevolgd, waardoor ze alsnog geen behandeling ontvangen. Daarom kan screenen enkel een voordeel hebben, in een zorgsysteem waarin een zeer goede opvolging kan worden voorzien, wat helaas in vele landen niet mogelijk is. Wanneer de wachtlijsten zodanig lang zijn, heeft het weinig zin om te screenen. Opdat screening echt bijdraagt aan het welzijn van kinderen, is een ommekeer nodig is het hele geestelijke zorgsysteem, enkel een wijziging in de schoolcontext kan dit niet oplossen. Studies in meta-analyses zijn vaak van slechte kwaliteit en kunnen niet veralgemeend worden. In het huidige systeem lijkt systematisch screenen dus vooral tijd en geld te kosten en geen meerwaarde te bieden voor de gezondheid van de kinderen. (Gebaseerd op Coyne, 2013. <http://blogs.plos.org/mindthebrain/2013/11/16/repeated-mental-health-screens-in-the-schools/>)

The US Preventive Services Task Force beveelt sinds 2009 artsen aan om te screenen naar depressie bij adolescenten van 12 tot 18 jaar, maar enkel wanneer er voldoende omkadering aanwezig is om een correcte diagnose te stellen, psychotherapie te geven en de jongeren te kunnen opvolgen. Bij jongere kinderen blijkt er onvoldoende evidentie te zijn dat de voordelen van screening naar depressie opwegen tegenover de nadelen en de mogelijke schadelijke effecten. (USPSTF, 2009)

The American Academy of Pediatrics stelt dat huisartsen adolescenten moeten bevragen naar depressie bij routine controles. The American Medical Association raadt enkel aan te screenen naar depressie bij jongeren die een verhoogd risico hebben ten gevolge van familiale problemen, alcohol en druggebruik of andere risicofactoren. In 2004 besloot de Canadian Task Force on Preventive Health Care dat er onvoldoende evidentie is om uitspraak te kunnen doen over routinematig screenen naar depressie bij kinderen en adolescenten in eerstelijnszorg (McMillan, 2004).

## Randvoorwaarden

Een paradigma wijziging van individuele begeleiding van leerlingen, naar systematische opsporing van kinderen met een verhoogd risico in de populatie vraagt grote veranderingen in de dagelijkse werking van diensten die de scholen ondersteunen (zoals het CLB), de school en hulpverleners, maar heeft ook implicaties over hoe mentale gezondheid wordt gepercipieerd in de samenleving.

Wanneer overwogen wordt om te starten met een screeningsprogramma, moet volgens Dowdy (2010) rekening worden gehouden met een aantal voorwaarden waaraan moet voldaan zijn.

1. Er moet in de regio voldoende opgeleid personeel zijn die de screening kunnen doen.
2. Er moeten voldoende hulpverleners zijn die de geïdentificeerde kinderen kunnen opvangen en behandelen.
3. Er moet administratieve ondersteuning zijn in het verkrijgen van het toestemmingsformulier van de ouders en leerlingen
4. Er moeten leeftijdsspecifieke instrumenten geselecteerd worden
5. Er moeten logistieke beslissingen genomen worden, zoals waar de screening wordt afgenomen en hoe om te gaan met de jongeren die geen toestemming hebben om deel te nemen aan de screening. (Weist, 2007)

Eens aan deze voorwaarden is voldaan, kunnen er 5 stappen genomen worden.

1. Planning: Er moet een overleg plaatsvinden met alle betrokkenen in de regio (oudercomités, scholen, huisartsen, CGG, lokale organisaties, ...) waarin de ethische kwesties rond privacy en toestemming worden besproken
2. Samenwerking: Er moet een zorgnetwerk worden opgestart voor de opvolging van de geïdentificeerde kinderen met lokale hulpverleners, CGG, integrale jeugdzorg, ...
3. Logistiek: Er moet bepaald worden bij welke leeftijdsgroep de screening plaatsvindt. Bij voorkeur maakt de screening deel uit van een breder programma waarin de mentale gezondheid van kinderen en jongeren via de school wordt gepromoot.
4. Training, supervisie en ondersteuning: Het personeel dat de screening afneemt moet op voorhand hiervoor een training gekregen hebben en begeleiding krijgen. Er moet nagedacht worden wie de coördinatie opneemt (selectie van instrumenten, administratie, scoring, interpretatie van de resultaten, contactpersoon met school en lokale hulpverleners)
5. Integratie: Screening moet een onderdeel zijn van een volledig continuüm aan programma's en voorzieningen op school. (Weist, 2007)

## 5.2. Overzicht signaleringsinstrumenten

- **Spark (18m – 4j)**

Spark staat voor 'Signaleren van Problemen en Analyse van Risico bij opvoeding en ontwikkeling van Kinderen' ofwel 'Structuren Problem Analysis of Raising Kids' (Van Stel et al, 2012). Het instrument is gebaseerd op de VOBO 'Vragenlijst Onvervulde Behoeften en Opvoedingsondersteuning', en werd aangepast en verder ontwikkeld.

De SPARK is een gestructureerd interview dat 16 domeinen omvat, van gezondheid tot gezinstaken en wordt afgenomen op de leeftijd van 18 maanden. Het interview gaat de bezorgdheden en zorgnoden na van ouders, waarbij zowel het perspectief van de ouder als van de verpleegkundige wordt bekeken.

De 16 domeinen worden besproken in 3 stappen (Staal et al, 2011):

- 1) Ouders bevragen over zorgen of problemen per domein, ernst van de zorgen inschatten op Likertschaal 1-5 gaande van 'helemaal niet' tot 'zeer belastend', zorgbehoefte aangeven op Likertschaal 1-6, gaande van 'geen hulp/ondersteuning nodig' tot 'direct ingrijpen nodig'.
- 2) Inschatting door de verpleegkundige aan de hand van dezelfde schalen
- 3) Bespreking met ouders

De validiteit en betrouwbaarheid van de SPARK werd onderzocht in Nederland bij 2012 kinderen. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was over het algemeen hoog (> 0.8), behalve voor de socio-emotionele items waarbij de score tussen 0.6 en 0.8 lag, wat aanvaardbaar is. De convergente validiteit was laag (<0.3), de discriminatieve goed. Het instrument werd gebruiksvriendelijk bevonden (Van Stel et al, 2012). Het instrument was in staat op betrouwbare wijze het onderscheid te maken tussen kinderen met een hoog, verhoogd en laag risico voor problemen met ouderschap en ontwikkeling. Daarnaast geeft het weer of er behoefte is aan advies of begeleiding in het gezin, en of er al dan niet onmiddellijk moet ingegrepen worden (van Stel et al, 2012).

Voor de validatie van de SPARK werden eveneens een aantal vragenlijsten afgenomen bij de ouders via zelfrapportage. Uit het onderzoek bleek dat er een duidelijk verschil was in risico op problemen zoals aangegeven in de SPARK tussen kinderen met en zonder ingevulde zelfrapportage vragenlijsten. Van de ouders die de vragenlijsten invulden, had 35% een verhoogd of hoog risico op de SPARK, terwijl dit percentage bij ouders zonder ingevulde vragenlijsten 65% bedroeg (Van Stel, 2012).

Dit kan pleiten tegen het gebruik van vragenlijsten en voor het gebruik van een gestructureerd interview, aangezien de non-respons kleiner is. Anderzijds zou het ook mogelijk zijn om eerst een vragenlijst af te nemen, en enkel bij gezinnen met een verhoogde score op de vragenlijst een gestructureerd interview af te nemen om

het probleem verder in kaart te brengen in het kader van een selectief/bijzonder consult. Daarnaast blijkt uit deze studie dat het ook zinvol zou zijn om bij alle non-responders de SPARK af te nemen aangezien dit een indicatie kan zijn voor problemen (Van Stel, 2012).

De verpleegkundigen die de SPARK afnamen gaven aan dat ze via deze methode meer informatie konden verzamelen dan zonder het gebruik van een gestructureerd interview, voornamelijk over de onderwerpen gezin en opvoedingstechnieken. De SPARK was voornamelijk interessant om te gebruiken in moeilijke situaties. Door de vraagstelling gestructureerd te laten verlopen, werd een vollediger beeld verkregen van de gezinssituatie en kon de verpleegkundige beter inschatten welke zorg nodig is. Voor gezinnen waarbij geen problemen zijn, bleek de methode minder zinvol (Van Stel, 2012).

De belangrijkste sterkte van deze methodiek is dat de beslissing in samenspraak met de ouders gebeurt. Zowel de ouders als de verpleegkundige duiden de gepercipieerde nood aan zorg aan, wat belangrijk is in situaties waarin de ouders zorg vermijden en om verschillen in de gepercipieerde nood aan te geven tussen ouders en zorgverlener.

Het is niet duidelijk of de SPARK voordeliger is dan het gebruik van een zelfrapporteringsvragenlijst. De afname van het gestructureerde interview duurt immers dubbel zo lang, waardoor het niet mogelijk is dit in te plannen in de standaard werken van de CLB's.

Momenteel is het instrument enkel beschikbaar en gevalideerd op de leeftijd van 18 maanden, mogelijks is een validatiestudie op til voor 4 jarigen.

Het lijkt aangewezen dit instrument niet universeel af te nemen in de CLB setting, maar wel op indicatie, bijvoorbeeld bij gezinnen met verhoogd risicoprofiel, op voorwaarde dat er een protocol wordt uitgewerkt voor de leeftijd van 4 jaar. Mogelijks kan het CLB meewerken aan de validatie van dit protocol.

- **DMO protocol (0-4 jaar)**

Het DMO-Protocol wordt op de website [www.dmo-protocol.nl](http://www.dmo-protocol.nl) gedefinieerd als een methode, een stapsgewijs volgsysteem, om een gunstige ontwikkeling van het kind te bevorderen. Het DMO-Protocol berust op overwegingen rond de kindontwikkeling, de rol en mogelijkheden van het consultatiebureau (0-4 jaar) en effectief werken in de zorgverlening.

De ontwikkeling van het DMO-Protocol begon in 2001 aan de Universiteit van Amsterdam (UvA), in opdracht van de Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling (DMO) van de gemeente Amsterdam. De opdracht vond plaats in het kader van de zogenaamde Ouder en Kind Centra, ter verbetering van de zorg rond gezinnen met kinderen in de gemeenten Amsterdam.

De oorspronkelijke gedachte bij de opdracht ging uit naar een 'screening op veilige hechting' dat op consultatiebureaus voor 0-4 jarigen zou kunnen worden inzet. Het werd een stapsgewijs volgsysteem vanaf de geboorte, mede gericht op het voorkomen van een onveilige hechting.

Na een proefperiode werd in 2005 het DMO-Protocol structureel ingevoerd in drie gemeenten en ondertussen werkt ongeveer een derde van de Nederlandse consultatiebureaus met het protocol. Belangrijke redenen voor dit besluit waren het enthousiasme van de medewerkers over de methodiek en het verhoogde inzicht in de ondersteuningsbehoeften van een gezin.

De informatie die verkregen wordt door gebruik te maken van het DMO-protocol kan opgeslagen worden in het digitale kinddossier, dat speciaal aangepast werd hiervoor.

Uit het valideringsonderzoek is gebleken dat bij het invoeren van het DMO-protocol een specifieke training nodig is voor de verpleegkundigen wat betreft gespreksvaardigheden, evenals extra financiering. Het protocol neemt meer tijd in beslag, dus er kunnen minder consulten ingepland worden.

De belangrijkste pluspunten zijn het gestructureerd verloop van de gesprekken, waardoor problemen sneller naar boven komen. Het leidt tot meer huisbezoeken, meer signalering van problemen en meer verwijzingen.

Sinds 2007 is inmiddels ook een 4+ versie van het DMO-Protocol ontwikkeld. De validatiestudie hiervoor wordt momenteel uitgevoerd. Mogelijks is deze versie interessant om te gebruiken in het CLB. Aangezien het een volgsysteem van de geboorte tot de aanvang van de basisschool is, lijkt het echter aangewezen dit in samenwerking met Kind en Gezin uit te werken.

- **Kippi (4-5/6-12/12-15 jaar)**

KIPPI b.v. (Kort Instrument voor de Psychologische en Pedagogische ProbleemInventarisatie) ontwikkelt sinds 1985 methoden voor de vroegsignalering van psychosociale problemen bij kinderen van 0-15 jaar. Voor elke leeftijdscategorie is de methode uitgewerkt in verschillende bij elkaar behorende en op elkaar afgestemde vragenlijsten (info van [www.kippi.nl](http://www.kippi.nl)).

De Kleuter-Kippi is bedoeld voor kinderen van 4-5 jaar en bestaat uit een oudervragenlijst en een signaleringsinstrument voor de Kinderopvang (SIKO). De oorspronkelijke versie van het Kleuter KIPPI is KIPPI 5. De validiteit en betrouwbaarheid van de KIPPI-5 werden onderzocht en goed bevonden. De interne consistentie van de OVL na de revisie in 2001 was voldoende met een alfa groter dan of gelijk aan 0.83 (NJI, downloaded from [www.nji.nl](http://www.nji.nl)). De items die moeilijk waren voor laagopgeleide ouders werden vereenvoudigd in de nieuwe versie (Kleuter-KIPPI). Het invullen van de oudervragenlijst duurt 10 tot 20 minuten, de interpretatie van de test duurt gemiddeld 6 minuten, afhankelijk van de casus.

De KIPPI 6-11 bestaat uit twee vragenlijsten: de Oudervragenlijst [OVL 6-11] en het Signalering Instrument Basisonderwijs [SIBA 6-11] voor leerkrachten. De afnameduur bedraagt 10 à 20 minuten voor beide instrumenten. De interne consistentie van de OVL was voldoende met een alfa tussen 0.83 en 0.92 (NJI). Er werden significante verbanden gevonden met de CBCL ( $r=0.55$ ,  $p<0.01$  en  $r=0.42$ ,  $p<0.01$ ) en SIKO, wat wijst op een goede validiteit. De KIPPI zou erin slagen zowel kinderen 'at risk' voor psychosociale problematiek als kinderen met manifeste aanwezigheid daarvan te identificeren ([www.kippi.nl](http://www.kippi.nl)).

De KIPPI 12-15 is een online tool en bestaat uit drie verschillende vragenlijsten, respectievelijk voor adolescenten, ouders en mentoren. De afname van de adolescentenvragenlijst neemt ongeveer 35 minuten in beslag, waar dit voor de oudervragenlijst ongeveer 20 minuten is en voor de mentorvragenlijst 15 minuten per leerling. Alle vragenlijsten worden online ingevuld en gescoord. De kwaliteit en de bruikbaarheid van de KIPPI 12 - 15 werd onderzocht in een aantal pilootprojecten. De interne consistentie van de verschillende vragenlijsten als geheel varieerde tussen 0.91 en 0.93, wat een hoge score is. Voor de individuele schalen varieerde chronbach's alpha tussen 0.77 en 0.89. Er waren slechts matig positieve correlaties tussen de taxaties door de ouders en adolescenten zelf. Het is dus niet noodzakelijk zo dat wanneer de adolescent een probleem aangeeft, dit door de ouders ook zo wordt ervaren. Ook de validiteit werd goed bevonden in verschillende onderzoeken (NJI).

In het validatie-onderzoek van de KIPPI voor jongere kinderen van 2 jaar werd aangegeven dat er een zware uitval is. Bij 39% van de kinderen werd de vragenlijst niet ingevuld, en bij 14% van de kinderen ontbrak een kwart van de items (Kruizinga et al, 2012).

Het is de bedoeling dat ouders de vragenlijst invullen voor hun bezoek aan de JGZ. De verpleegkundige bespreekt vervolgens met de ouders de items waarop hoog gescoord wordt om na te gaan of het probleem zich situeert bij het kind, bij de ouder of in de interactie.

Volgende voordelen werden aangehaald:

- zelfde betrouwbaarheid en validiteit als andere instrumenten
- korter dan CBCL en daardoor haalbaarder
- bevat zowel probleemgedrag als competenties, maar geen items voor detectie van autisme
- breed beeld over ontwikkeling kind



- **CBCL (1.5-5j/ 6-18j)**

De Child Behaviour Checklist (CBCL) is bedoeld om psychische problemen bij kinderen op te sporen. Er bestaan twee versies: één voor kinderen van 1,5 tot en met 5, en één voor kinderen en jongeren van 6 tot en met 18.

Van de CBCL 1,5-5 zijn geen Nederlandse onderzoeken beschikbaar, en is ook niet door de Nederlandse Commissie voor Testaangelegenheden (COTAN) beoordeeld (NJI, website). Afnameduur bedraagt 15 tot 20 minuten, de scoring circa 5 minuten en de interpretatie duurt ook circa 5 minuten.

De CBCL 1,5-5 bevat 99 vragen over gedrags- en emotionele problemen bij het kind, zoals waargenomen door de ouder. Het clusteren van vragen over problemen die bij elkaar voorkomen leidt tot de volgende 'smalle-band' syndromen ofwel probleemschalen:

- emotioneel reagerend
- angstig / depressief
- lichamelijke klachten
- teruggetrokken
- slaapproblemen
- aandachtsproblemen
- agressief gedrag

De eerste vier probleemschalen vormen samen het brede-bandsyndroom 'internaliserende problematiek' en de laatste twee het brede band syndroom 'externaliserende problematiek'. Alle probleemschalen samen vormen de schaal 'totale problemen'.

De CBCL 6-18 bevat vragen over vaardigheden en emotionele en gedragsproblemen van het kind of de jongere. Daarnaast zijn er twee open vragen over andere problemen.

De vragen over vaardigheden vormen de vaardigheidsschalen 'activiteiten', 'sociaal' en 'school'. De schalen vormen opgeteld de schaal Totale Vaardigheden.

De vragen over gedrag vormen de probleemschalen:

- teruggetrokken / depressief
- lichamelijke klachten
- angstig / depressief
- sociale problemen
- denkproblemen
- aandachtsproblemen
- normafwijkend gedrag
- agressief gedrag

De eerste drie probleemschalen vormen samen het brede-bandsyndroom 'internaliserende problematiek' en de laatste twee het brede band syndroom 'externaliserende problematiek'. Alle probleemschalen samen vormen de schaal 'totale problemen'.

Er zijn geen Nederlandse normen beschikbaar (nog up to date?). Wel oordeelde de COTAN in 2013 dat voor de CBCL 6-18 de representativiteit van de normen onvoldoende kon aangetoond worden, de normgroepen ontoereikend beschreven worden en er over de meetinvariantie tussen landen en culturen niets vermeld werd.

De begrips- en criteriumvaliditeit werd als voldoende beoordeeld en de kwaliteit van het testmateriaal en de handleiding als goed. (NJI)

De CBCL heeft goede betrouwbaarheid en validiteit maar is over het algemeen te lang om te kunnen gebruiken als signaleringsinstrument in de JGZ.

- **SDQ (3-16j)**

Refs SDQ in vogels 2011 + beschrijving:

De Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) is een korte screeningslijst die de psychische problematiek en vaardigheden bij kinderen van 3 tot en met 16 jaar meet. Er bestaan verschillende versies, een voor leerkrachten, een voor ouders en een versie voor de jeugdige zelf. Per vragenlijst kunnen supplementen toegevoegd worden die informatie geven over de intensiteit en duur van de waargenomen moeilijkheden, de interferentie met het dagelijks functioneren en de gevolgen voor de omgeving. Ook kan per versie voor een follow-up variant worden gekozen wanneer herhaalde afname gewenst is, bv na een behandeling.

De SDQ bestaat uit 25 items en laat toe om 5 subschalen te berekenen

- Emotionele problemen
- Gedragsproblemen
- Problemen met leeftijdsgenoten
- Hyperactiviteit
- Prosociaal gedrag

De eerste vier subschalen kunnen samengeteld worden in een totale probleemschaal.

Er is veel onderzoek gedaan naar de SDQ, vooral naar de oorspronkelijke versie maar ook de Nederlandse versie werd onderzocht. In een recente studie van Achenbach et al. worden de resultaten van onderzoeken uit 26 landen samengevat.

De psychometrische kenmerken van de vragenlijst werden wereldwijd onderzocht, waarbij matig positieve tot positieve aanwijzingen voor de validiteit en betrouwbaarheid werden gevonden (Achenbach et al., 2008). Wanneer de scores uit diverse landen worden samengevat, variëren de alpha's van de vier probleemschalen tussen de .50 en de .70, en de alpha's voor de totale probleemscore tussen de .70 en de .80 (Achenbach et al., 2008).

Voor de Nederlandse versie wordt gesteld dat de interne consistentie van de schalen afhangt van de informant en steeds even goed (indien ingevuld door de leraar), even voldoende (ouders) of even matig (jeugdige zelf) was als de vergelijkbare schalen van de CBCL, TRF en Youth Self Report (YSR) (NJI). De gemiddelde interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was beduidend hoger dan de gemiddelden die gewoonlijk met andere schalen worden gevonden (Goedhart, Treffers & Van Widenfelt, 2003 in NJI). Tussen de SDQ-schalen en de overeenkomstige schalen van de CBCL en YSR werden hoge correlaties gevonden. De door ouders ingevulde SDQ-schalen en vooral de door ouders of leraren ingevulde impactvragen bleken de klinische groep goed te kunnen onderscheiden van de niet-klinische groep (Goedhart, Treffers & Van Widenfelt, 2003). De COTAN heeft in 2007 de betrouwbaarheid en begripsvaliditeit als voldoende beoordeeld, en de criteriumvaliditeit als onvoldoende (te weinig onderzoek).

Er is echter een beperking met de Nederlandse normen door de non-respons van ouders, waardoor de normgegevens voor de ouder-SDQ niet optimaal zijn. Bovendien zijn scholen voor speciaal onderwijs licht ondervertegenwoordigd en zijn gegevens van slechts één GGZ-instelling gebruikt. In vervolgonderzoek zal speciaal aandacht worden besteed aan het reduceren van deze beperkingen. De COTAN heeft in 2007 de normen van de SDQ als onvoldoende beoordeeld, omdat deze niet representatief zijn of de representativiteit niet te beoordelen is (NJI).

De Nederlandse versie van de SDQ is nog niet gevalideerd op de leeftijdsgroep van de adolescenten. Het

instrument wordt echter beschouwd als veelbelovend gezien de resultaten in het buitenland.

Nederlands onderzoek naar de gebruiksvriendelijkheid van het instrument gaf aan dat ouders de SDQ verkiezen boven de Pediatric Symptom Checklist (PSC). Bij de verpleegkundigen werd dit instrument verkozen als meest gebruiksvriendelijk boven de PSC en PSYBOBA (Vogels 2009).

Er zijn verschillende manieren om de SDQ te scoren. Uit een vergelijkende studie naar 4 methoden bleek dat de eenvoudige SDQ Total Difficulties Score zeer goede resultaten geeft, in vergelijking met complexere methodes en wordt daarom aangeraden (Crone 2008).

Tot slot wordt er in de Nederlandse literatuur aanbevolen om een SDQ af te nemen bij meerdere bronnen, aangezien dit de kans verhoogt dat een kind geïdentificeerd wordt. Wanneer zowel de ouders als de leerkracht een SDQ invulden, werd 62% van de stoornissen herkend tegenover slechts 30% wanneer enkel de ouders werden bevraagd. Zich louter baseren op de oudervragenlijst zou dus leiden tot een onderrepresentatie van symptomen en problemen (Tsang 2011).

Binnen de CLB context zou de SDQ kunnen afgenomen worden gevolgd door een interview, bijvoorbeeld bij de opmaak van het kinddossier op 3-4 jaar en rond 11, 13 of 15 jaar.

- **PSC**

De Amerikaanse Pediatric Symptom Checklist (PSC) werd ontwikkeld door Jellinek en Murphy als screeningsinstrument voor psychosociaal dysfunctioneren. Deze vragenlijst bestaat uit 35 items en wordt door de ouder ingevuld. Zowel het invullen als het scoren van de PSC neemt minder dan 5 minuten tijd in beslag, waarbij 1 totale probleemschaal wordt berekend. Er werd een Nederlandse versie ontwikkeld en gevalideerd (Reijneveld 2006). De validiteit en betrouwbaarheid ligt in dezelfde lijn als die van andere signaleringsinstrumenten zoals de SDQ en de CBCL. In vergelijking met de Amerikaanse versie, werd de cut-off verlaagd in de Nederlandse versie, omwille van lagere gemiddelde scores. Er wordt best gewerkt in twee stappen, waarbij na het afnemen van de vragenlijst, de positieve resultaten verder bekeken worden in het licht van het kinddossier, alvorens verder te verwijzen (Reijneveld, 2006).

Uit vergelijkend onderzoek met de PSYBOBA en de SDQ, werd de PSC als vergelijkbaar beschouwd qua betrouwbaarheid, validiteit en signalerend vermogen, maar naar gebruiksvriendelijkheid toe haalde dit instrument mindere scores (Vogels, 2009).

- **PSYBOBA (7-12j)**

De psyboba, de vragenlijst voor PSYchosociale problematiek in de BOvenbouw van het Basisonderwijs, werd ontwikkeld in Nederland als een screeningsinstrument voor psychosociale problemen bij lagere school kinderen specifiek voor gebruik in de Nederlandse JGZ. Het instrument bestaat uit 26 items, die samengeteld worden tot 1 probleemschaal. De validiteit is vergelijkbaar met die van de SDQ en PSC.

De PSYBOBA is ontwikkeld voor het reguliere basisonderwijs en dient de volgende doelen:

a. De PSYBOBA beoogt een hulpmiddel te zijn bij het vroegtijdig signaleren van psychosociale problemen en opvoedingsvragen bij (ouders van) kinderen in de leeftijd van 7 tot 12 jaar en bij het adviseren en doorverwijzen in deze.

b. De PSYBOBA beoogt inzicht te verschaffen in de zorgen die ouders kunnen hebben over de psychosociale problemen van hun kind en over opvoedingsvraagstukken. Daarnaast beoogt de PSYBOBA inzicht te verschaffen in de bevindingen van de jeugdarts of de jeugdverpleegkundige met betrekking tot de gesignaleerde psychosociale problemen.

c. De PSYBOBA beoogt ondersteuning te bieden bij de beleidsvorming van scholen en gemeenten rond de aanpak

van psychosociale en opvoedingsproblemen van 7–12 jarigen.

De PSYBOBA bestaat uit twee delen, elk aan een kant van het (tweezijdig bedrukte) formulier:

1. Invulgedeelte voor de ouders: Ouders vullen de voorzijde van het formulier thuis in voorafgaand aan het onderzoek (PGO of screening) van de 7-12 jarigen in het basisonderwijs.
2. Invulgedeelte voor de artsen/verpleegkundigen: Jeugdartsen of jeugdverpleegkundigen vullen de achterzijde van het formulier in na het gesprek met de ouders over hun zorgen met betrekking tot de problemen van hun kind.

In een vergelijkend onderzoek van de PSC, SDQ en PSYBOBA, werd deze laatste verkozen door de ouders op vlak van bruikbaarheid. Toch gaf 31% van de ouders aan dat de vragenlijst moeilijk was en 9% geeft aan dat sommige vragen ambigue zijn of er een discrepantie bestaat tussen de vraag en de antwoordcategorieën. De professionals verkozen de SDQ boven de PSYBOBA, ondanks dat ze aangaven dat de scoring bij de SDQ het meest complex is (Vogels 2009).

Gebaseerd op handleiding PSYBOBA 2004, gedownload op 6-5-14 van <http://www.ggd Kennisnet.nl/?file=2110&m=1310999217&action=file>

- **KIVPA (13-18 jaar)**

De Korte indicatieve vragenlijst voor psychosociale problemen bij adolescenten (KIVPA) werd ontwikkeld in 1997 voor gebruik in middelbaar onderwijs. De KIVPA is bedoeld voor de vroegsignalering van psychosociale problemen bij adolescenten en wordt afgenomen door een verpleegkundige of arts. De jongere vult de vragenlijst in, dit kan zowel individueel als groepsgewijs plaatsvinden en duurt circa 5 tot 10 minuten (NJI). Op basis van onderzoek door TNO en ervaring uit het veld is een nieuwe versie verschenen in 2004. De validiteit van de nieuwe versie werd nog niet onderzocht, de betrouwbaarheid is goed. (Postma, 2008). De KIVPA geeft een pluis/niet pluis waarde, maar geeft geen scores voor specifieke probleemgebieden (NJI).

- **SPsy**

De SPsy is ontwikkeld door het Trimbos-instituut voor het Bureau Jeugdzorg (BJZ) om adolescenten met een vermoeden van psychische stoornissen te signaleren (Postma, 2008). De SDQ vormt de kern van dit instrument, maar er zijn een aantal vragen aan toegevoegd. Deze vragen hebben betrekking op eetstoornissen, middelengebruik en psychosen. Het instrument is bedoeld als ondersteuning bij indicatiestelling en besluitvorming binnen de bijzondere jeugdzorg. De vraag is of de SPsy geschikt is voor algemeen gebruik in de jeugdgezondheidszorg, door de relatief grote lengte van het instrument. Er zijn ook nog geen gegevens bekend over het gebruik en de effectiviteit in de JGZ (Postma, 2008).

### 5.3. Bespreking

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat het gebruik van een signaleringsinstrument zowel belangrijke voordelen heeft als valkuilen met zich meebrengt. Een betrouwbare en gevalideerde signaleringsvragenlijst kan aanvullend informatie verschaffen over een kind en het gezinsfunctioneren. De combinatie van de afname van een vragenlijst gevolgd door een gesprek al dan niet onder de vorm van een gestructureerd interview lijkt de meest aangewezen methode om de juiste kinderen te selecteren en niet aan over- of onderdetectie van problemen te doen. Het invoeren van een instrument blijkt het meeste voordeel op te leveren in de vroegdetectie van internaliserende problemen.

Anderzijds lijkt het op basis van de literatuur niet wenselijk om op elk contactmoment gebruik te maken van een signaleringsinstrument, om te vermijden dat er een overdetectie ontstaat van problemen, waarvoor onvoldoende middelen en tijd beschikbaar zijn om deze op te volgen. Bovendien loopt men zo het risico dat

ouders en kinderen het instrument niet meer nauwgezet invullen en de gegevens niet bruikbaar zijn. Het lijkt dus aangewezen om een signaleringsinstrument enkel in te zetten op bepaalde leeftijden.

De keuze van een instrument dat geschikt is voor de JGZ wordt voornamelijk bepaald door de kwaliteit van het instrument (validiteit, betrouwbaarheid, normering), de afnameduur, scoringsprocedures en gebruiksvriendelijkheid.

Goede instrumenten zijn belangrijk voor een goede oordeelsvorming, maar leiden niet zonder meer tot betere resultaten. Onjuist gebruik van een instrument kan leiden tot verkeerde beslissingen en wantrouwen bij ouders en jeugdigen veroorzaken. Volgende vragen kunnen helpen bij de keuze van instrumenten (Pijpers, 2013):

- Is het instrument geschikt voor deze doelgroep en voor dit doel?
- Is het instrument of de meetprocedure voldoende objectief?
- Is het instrument voldoende betrouwbaar en valide? Zijn de normen van voldoende kwaliteit, dat wil zeggen is de normgroep representatief?
- Hoe is de verhouding tussen wat de toepassing van een instrument oplevert en wat het kost (ook in termen van onterechte verwijzingen)?
- In hoeverre interfereert het signaleringsinstrument met ander instrumenten?
- Hoe bruikbaar en hanteerbaar is een instrument om te beslissen over wat er moet gebeuren in de behandeling?

Bij jonge kinderen lijkt de **SDQ** het meest beloftevolle instrument om te gebruiken in de JGZ. Het Nederlands Centrum voor Jeugdgezondheidszorg raadt de SDQ aan als signaleringsinstrument voor psychosociale problemen op de leeftijden van 36 en 45 maanden (Pijpers, 2013).

Daarnaast kan indien gewenst in een vervolgtraject de **SPARK** worden afgenomen door een verpleegkundige bij de ouders waarbij een probleemsituatie wordt vastgesteld. Dit gestructureerd interview en omvat 16 verschillende domeinen van gezondheid en gezinsfunctioneren. Het kan een goed beeld geven van een gezinssituatie bij de start van de schoolloopbaan van het kind. Momenteel bestaat echter enkel een gevalideerde versie op leeftijd van 18 maanden. De validatie op leeftijd van 3-4 jaar is nog niet afgerond, er wordt wel verwacht dat dit zal gebeuren. Het kan een meerwaarde zijn om deel te nemen aan het validatieonderzoek vanuit de Vlaamse CLB's.

Ook bij oudere kinderen blijkt de **SDQ** het meest aangewezen instrument voor de Vlaamse JGZ. In Nederland wordt in de Richtlijn Vroegsignalering van Psychische problemen aanbevolen de SDQ te gebruiken voor de leeftijdsgroep van 7-12 jaar. De ouderversie van de SDQ 7-12 jaar werd reeds gevalideerd (Vogels et al., 2005), en wordt in heel Nederland gebruikt in de JGZ. In de leeftijdsgroep 12-19 jaar wordt eveneens aanbevolen om de SDQ-SR te gebruiken, hoewel nog geen validatie gebeurde van de Nederlandse versie op deze leeftijdsgroep (Postma, 2008). Ook hier kan het een meerwaarde zijn om mee te werken aan het onderzoek hiernaar.

Er kan overwogen worden om eerst onderzoek te voeren naar de validiteit en effectiviteit van beide signaleringsinstrumenten in een pilootgroep, alvorens ze op grote schaal toe te passen in de praktijk. In Nederland worden momenteel een aantal veelbelovende programma's en instrumenten onderzocht in samenwerking met de jeugdgezondheidszorg. Een goede validatie vraagt middelen en een zekere grootschaligheid. Tegelijkertijd wijst de Inventgroep erop dat alle ouders en kinderen er recht op hebben dat hun probleem opgemerkt wordt, en dat er binnen de beperkingen van wat mogelijk is, aandacht voor het probleem is. De WHO formuleert dit dilemma als volgt: *'The search for further scientific evidence on effectiveness and cost-effectiveness, however, should not be allowed to become an excuse for non-implementation of urgently needed social and health policies. Indeed, innovative methods need to be found to assess the evidence while these programs are designed and implemented.'* (WHO, 2004).

Er worden momenteel in Vlaanderen geen systematische bevragingen van de mentale gezondheid van kinderen en jongeren uitgevoerd. Een systematische dataverzameling kan inzicht geven in de prevalentie van bepaalde aandoeningen, de noden aangeven, en informatie verschaffen over welke preventieve populatiegerichte programma's ingevoerd kunnen worden. Dit is vanuit de populatiebenadering mogelijks geen hoofdtaak voor

het CLB, maar wel voor overheden. Het CLB kan hierbij echter wel betrokken zijn.

Meewerken aan wetenschappelijk onderzoek naar signaleringsinstrumenten kan ook een meerwaarde opleveren voor de ontwikkeling van preventieve programma's ter bevordering van de mentale gezondheid van kinderen en jongeren. Een degelijk uitgebouwd programma is immers gebaseerd op een grondige probleemanalyse (cfr Planningsmodellen, intervention mapping). Door de problemen in Vlaanderen beter in kaart te brengen, kan het preventieve beleid en interventieprogramma's beter afgestemd worden op de noden en kan een toename van psychosociale problemen bij kinderen en jongeren tegengegaan worden.

## 6. Aanbevelingen

---

De opdracht in dit rapport bestond erin een literatuurstudie uit te voeren naar de mogelijkheid om gebruik te maken van signaleringsinstrumenten bij de vroegdetectie van psychosociale problemen bij kinderen en jongeren binnen de CLB-werking.

Uit de literatuurstudie blijkt dat er zowel voor- als nadelen zijn aan het systematisch gebruik maken van signaleringsinstrumenten in de setting van de jeugdgezondheidszorg.

De belangrijkste voordelen die uit de literatuur naar voren komen zijn dat de detectie van psychosociale problemen niet louter afhankelijk is van een niet-pluisgevoel bij de verpleegkundige of de capaciteiten van de arts of verpleegkundige om een gesprek rond dit gevoelige thema aan te gaan met de jongere. Verpleegkundigen geven aan dat het invullen van de vragenlijst, gevolgd door een gestructureerd gesprek opening creëert, en de gespreksvoering vereenvoudigt. Op die manier verhoogt de kwaliteit van de vroegdetectie en worden meer problemen gedetecteerd. Deze voordelen zijn enkel van kracht wanneer het om een korte gevalideerde vragenlijst gaat, die bovendien snel gescoord is en praktisch in gebruik. Het lijkt aangewezen om de afname van een vragenlijst steeds te koppelen aan een gestructureerd interview of gesprek met de ouders en/of kind/jongere.

Anderzijds worden ook heel wat nadelen besproken van vroegsignalering met behulp van signaleringsinstrumenten. De voornaamste zorg zijn de extra tijd en werk die gepaard gaan met het systematisch afnemen van een vragenlijst bij alle kinderen. Daarnaast is het erg belangrijk dat er gevolg wordt gegeven aan de resultaten van dergelijke bevraging, wat kan leiden tot een toename van het aantal kinderen waarbij verdere aandacht of een interventie vereist is. Het is belangrijk dat de zorgverlening deze toename kan opvangen, waarbij er momenteel reeds sprake is van lange wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg. Ook is er een verhoogd risico op overdetectie, vooral wanneer vragenlijsten gebruikt worden, zonder gevolgd te worden door een bespreking van de resultaten met het kind.

Het lijkt daarom aangewezen een evenwicht te zoeken in het gebruik van signaleringsinstrumenten. Een goede inventarisatie van de gezinssituatie bij de start van de schoolloopbaan is erg belangrijk, en een signaleringsinstrument kan hierbij hulp verschaffen. Verder moeten de risico's goed opgevolgd worden doorheen de verschillende contactmomenten die het kind heeft gedurende zijn of haar schoolloopbaan, maar het lijkt niet wenselijk dit op elk contactmoment aan de hand van een signaleringsinstrument te doen. Jongeren daarentegen hebben het vaak moeilijk om te spreken over internaliserende problemen zoals een beginnende depressie of angstgevoelens. Vooral in deze gevallen blijkt een vragenlijst mogelijkheden te bieden. Voor externaliserende (gedrags-) problemen en sociale problemen, lijkt een snellere toeleiding via de vraaggestuurde werking meer aangewezen.

In navolging van de literatuur en binnen het kader voor preventieve jeugdgezondheidszorg zoals beschreven in de State of the art, kunnen volgende aanbevelingen gedaan worden:

### 1. Een grondige basisinventarisatie van de risicofactoren

Bij de start van de schoolloopbaan moet een uitgebreid kinddossier worden opgemaakt, waarin de risicofactoren en beschermende factoren van het kind en zijn omgeving in kaart worden gebracht. Ook de draagkracht en draaglast van de ouders moet hierbij in rekening gebracht worden. Dit gebeurt het beste op een systematisch manier.

Eenzijds komt informatie in dit kinddossier terecht via de **elektronische overdracht** van het dossier van Kind en Gezin. Het is belangrijk dat niet alleen de medische gegevens van de arts worden overgedragen, maar ook de psychosociale gegevens die door de verpleegkundigen van Kind en Gezin werden bijgehouden, wat op dit moment nog niet het geval is. Mits toestemming van de ouders en het waarborgen van de privacy kan dit aanvullende informatie opleveren voor de CLB.

Anderzijds zijn er heel wat ouders die geen gebruik maken van de dienstverlening van K&G en waarvoor nog geen gegevens beschikbaar zijn. Het gaat hierbij zowel om ouders die via een kinderarts de nodige zorg aan hun kind geven, als om ouders die mogelijks zorg vermijden omdat ze zich in een problematische gezinssituatie bevinden.

Om een zo volledig mogelijk kinddossier te bekomen van elk kind in de eerste kleuterklas, is het aangewezen om een vragenlijst te laten invullen door de ouders, zoals dit momenteel reeds gebeurt in de meeste CLB, en aanvullend een gestructureerd interview af te nemen bij alle ouders wanneer hun kind in de 1<sup>e</sup> kleuterklas zit. Hiervoor kan de **SDQ** (Strengths and Difficulties Questionnaire) een geschikt instrument zijn, aangezien deze na uitgebreid onderzoek ook in Nederland wordt aanbevolen op de leeftijd van 3-4 jaar. De afname van de SDQ dient in elk geval gevolgd te worden door een gesprek met de ouders. Enkel bij gezinnen waarbij blijkt dat er mogelijks problemen zijn, kan in een vervolgtraject een uitgebreid interview zoals de **SPARK** afgenomen worden.

Ten slotte kan het kinddossier aangevuld worden met gegevens die vanuit de school beschikbaar zijn, of gegevens van de huisarts of andere kanalen.

Ook wanneer een kind op een later moment in zijn of haar leven binnen komt bij het CLB (zoals bv. Het geval is bij asielzoekers, vluchtelingen, enz. ), is het van belang om een goed kinddossier aan te maken en een gesprek met de ouders in te plannen.

Na het opmaken van het kinddossier en het gesprek met de ouders, kan reeds een eerste multidisciplinaire afweging gebeuren van de risico- en beschermende factoren en/of mogelijke signalen van risicoprocessen, en indien nodig reeds gekoppeld worden aan een vroegtijdige interventie.

## **2. Een correcte opvolging van de risicoprocessen tijdens de bestaande consulten**

Vervolgens dienen de risicoprocessen voor het ontstaan van psychosociale problemen opgevolgd te worden tijdens alle verdere consulten. Het is hierbij van belang dat het dossier aangevuld wordt met nieuwe gegevens en dat de risico's nagevraagd worden bij het kind. Dit kan eenvoudig gebeuren aan de hand van de vragenlijsten die momenteel reeds gebruikt worden in bepaalde CLB, waarbij aan de ouders de open vraag wordt gesteld of ze zich zorgen maken over hun kind.

Ook aan het kind zelf kan aan de hand van een drietal eenvoudige vragen gepeild worden naar hoe het zich voelt:

- 'Voel je je goed op school? Ga je graag naar school?'
- 'Voel je je goed thuis? Is het leuk tijdens de vakanties?'
- 'Ben je blij met jezelf? Voel je je goed zoals je bent?'

Deze vragen kunnen zowel door de arts als verpleegkundige gesteld worden. Zij kunnen in onderling overleg afstemmen bij wie dit aan bod komt. Wanneer bij de arts of verpleegkundige een niet-pluis-gevoel ontstaat na afloop van de consultatie, moeten verdere stappen overwogen worden, zoals aangegeven in het stappenplan.

Het kan interessant zijn een vereenvoudiging door te voeren in het elektronisch systeem, zodat risicofactoren, beschermende factoren of aandachtspunten die tijdens vorige consulten in kaart werden gebracht duidelijker zichtbaar zijn bij het openen van het kinddossier. Zo wordt het voor de arts en verpleegkundige eenvoudiger om na te gaan welke processen moeten nagevraagd worden bij het kind.

## **3. Een verbetering van de toeleiding naar de CLB via de vraag-gestuurde werking**

De toeleiding vanuit de scholen naar de CLB via de vraag-gestuurde werking kan op een aantal punten verbeterd worden om signalen van mogelijke psychosociale problemen in een vroeger stadium op te pikken.

Ten eerste is het wenselijk **leerkrachten** op regelmatige basis een oprissing te geven in hoe ze signalen bij leerlingen kunnen herkennen. Dit kan gebeuren tijdens een opleiding, bijvoorbeeld in het kader van een pedagogische studiedag.



Daarnaast kunnen problemen via de **zorgcoördinator** op school terecht komen bij het CLB, alsook via het gestructureerd overleg tussen de klassenraad en de CLB. De CLB-medewerker kan via toegang tot het digitale platform 'Smartschool' rechtstreeks contact leggen met leerlingen, leerkrachten of zorgcoördinatoren om de communicatie te vereenvoudigen. Ook kunnen fora gebruikt worden op smartschool waarop leerkrachten signalen uitwisselen over leerlingen, waartoe ook de CLB-medewerker toegang heeft.

Tot slot kan er nagedacht worden over de mogelijkheid om **chatsessies** met een CLB medewerker te organiseren zodat leerlingen rechtstreeks contact kunnen leggen met hun CLB. In een aantal regio's hebben leerlingen reeds de mogelijkheid om op woensdagnamiddag te chatten met een CLB-medewerker. Dit wordt voor een aantal centra overkoepelend georganiseerd, waarbij erg laagdrempelig vragen rond psychosociale problemen kunnen beantwoord worden en de jongere wordt doorgestuurd naar het CLB waaraan de leerling verbonden is. Het is aangewezen om deze mogelijkheden verder te verkennen, uit te breiden en bekend te maken bij de leerlingen.

#### **4. Het gebruik maken van een signaleringsinstrument voor de opsporing van internaliserende problemen**

Tot slot wordt aanbevolen om gebruik te maken van een signaleringsinstrument tijdens de consulten in het 1<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> middelbaar. Hierbij kan best gewerkt worden met de **SDQ**. De korte online versie van deze vragenlijst, wordt bij voorkeur afgenomen op het CLB tijdens het wachten om op consultatie te gaan. Dit kan eenvoudig gebeuren op een Ipad, laptop of vaste computer. De resultaten worden door het programma berekend en kunnen onmiddellijk verzonden worden naar een printer, zodat de arts of verpleegkundige niet moet scoren. De leerlingen hebben hiervoor bij voorkeur een rustige plaats of hoek in de wachtkamer ter beschikking. Het duurt ongeveer 10 minuten om de vragenlijst in te vullen, dus mogelijks is het interessant om meerdere toestellen ter beschikking te hebben.

Vervolgens wordt dieper ingegaan op de resultaten tijdens het gesprek met de arts of verpleegkundige. Aangezien beiden deze rol kunnen opnemen, wordt best onderling afgesproken bij wie dit aan bod komt.

De arts of verpleegkundige kan de vragenlijst gebruiken om eenvoudiger het gesprek met de jongere aan te gaan. Hierbij dient extra aandacht besteed te worden aan internaliserende problemen. Signalen van externaliserende of sociale problemen komen bij een goed vraaggestuurde werking immers sneller aan het licht dan de internaliserende problemen, waarmee jongeren vaak blijven zitten.

Het lijkt aangewezen een leidraad uit te werken die de arts of verpleegkundige kan volgen om een gestructureerd gesprek te voeren met de jongere, alsook om aanbevelingen te formuleren voor de hulpverlener welke verdere stappen aangewezen zijn op basis van de ingevulde vragenlijst en het gesprek.

Daarnaast is het belangrijk om **trainingen in communicatieve vaardigheden** te voorzien voor de artsen of verpleegkundigen die instaan voor de gespreksvoering rond psychosociale problemen. Het is immers belangrijk om in het contact goed aan te sluiten bij de jongeren en hen als gelijkwaardige gesprekspartners te benaderen. Hiervoor zijn communicatieve vaardigheden nodig die onderhouden moeten worden en regelmatig opgefrist.

#### **5. Ondersteunen van het zorgbeleid op school rond psychosociale problemen**

Om een goede vraaggestuurde werking vanuit de scholen te bekomen, is het belangrijk dat de school een zorgbeleid uitwerkt rond de signalering van psychosociale problemen en welbevinden. Dit houdt ondermeer in dat er een stappenplan wordt uitgewerkt in hoe er wordt omgegaan met signalen die door leerkrachten, zorgcoördinatoren, enz. worden opgevangen. Het CLB kan de school ondersteunen in de uitwerking van het zorgbeleid op dit domein.

# BIJLAGEN

## Literatuursearch

Onderzoeksvraag : Leidt het systematisch gebruik maken van signaleringsvragenlijsten tot een verhoogde detectie van psychosociale problemen bij kinderen en jongeren binnen de preventieve schoolgezondheidszorg

Inclusiecriteria:

- Literatuur gepubliceerd tussen 2004 en 2014

Zoektermen:

- In toddlers/preschool children
- In primary school children
- In adolescents
- Screening
- Psychosocial problems
- Psychosocial dysfunction
- Social-emotional and behavioural problems
- Anti-social behaviour
- (early) Detection
- Screening instruments
- Risk detection
- Suicide prevention
- School health care
- Preventive child health care
- questionnaire
- school physical examinations
- risk assesement
- school-based healthcare
- identification

### 1. Cochrane

1. Screening and depression
2. Screening and psychosocial problems
3. Detection and psychosocial problems
4. Preventive health services and psychosocial problems
5. Questionnaires and depression
6. Questionnaires and suicide
7. Risk detection and mental health
8. School health
9. School health and psychosocial problems
10. School health and depression

### 2. Pubmed

1. Detection and psychosocial problems and children

2. School health services (Mesh) and psychosocial problems
  3. School health services (mesh) and mental health
  4. 3 and assessment
  5. Risk detection and school-based health
  6. Mental health and school-based health
  7. mental health AND school-based health AND children NOT intervention
- 

### **3. Limo**

1. School health and detection and psychosocial problems
2. Screening mental health and school
  - Advanced search: (title) screening mental health and (title) school
  - Advanced search: (title) identification mental health problems and (title) school
- 3.

### **4. Google**

1. Vroegsignalering
  2. Psychosociale problemen
  3. 1 en 2
  4. Detection and psychosocial problems and primary school children
  5. School health services and detection psychosocial problems
  6. School health services and physical health examination
-

## REFERENTIELIJST

- Achenbach, T.M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H., & Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Child Psychology and Psychiatry*; 49: 251-275.
- Albers, C., Glover, T. & Kratochwill, T. (2007). Where are we, and where do we go now?: Universal screening for enhanced educational and mental health outcomes. *Journal of School Psychology* 45(2):257–263.
- Allison, V., Nativio, D., Mitchell, A., Ren, D. & Yuhasz, J. (2013). Identifying symptoms of depression and anxiety in students in the school setting. *The Journal of School Nursing* DOI: 10.1177/1059840513500076.
- Brugman, E., Reijneveld, S., Verhulst, F., & Verloove-Vanhorick, S.P. (2001). Identification and management of psychosocial problems by preventive child health care. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine* 155 (4); 462-469.
- Crone, M., Vogels, A., Hoekstra, F., Treffers, P. & Reijneveld, S. (2008). A comparison of four scoring methods based on the parent-rated Strengths and Difficulties Questionnaire as used in the Dutch preventive child health care system. *BMC Public Health*; 8:106.
- De Fever, F., Hellinckx, W. en Grietens, H. (2001). Handboek jeugdhulpverlening. Een orthopedagogisch perspectief. Leuven: Acco.
- Dowdy, E., Ritchey, K. & Kamphaus, R.W. (2010). School-based screening: A population-based approach to inform and monitor children's mental health needs. *School Mental Health* 2; 166-176.
- European Parliament (2009). Resolution of 19 February 2009 on Mental health.  
<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2009-0063+0+DOC+XML+V0//EN> on August 2, 2014.
- Ghysels, J., & Van Vlasselaer, E. (2008). Child Well-being in Flanders: A multidimensional account. *Social Indicators Research* 89; 283-304.
- Goedhart, A., Treffers, F., & Widenfelt, B. Vragen naar psychische problemen bij kinderen en adolescenten: de Strengths and Difficulties Questionnaire. Trimbos instituut. Magazine voor GGZ en Verslavingszorg 2003;58:1018-35.
- Hellinckx, W., De Munter, A., Grietens, H. (1991). Gedrags-en emotionele problemen bij kinderen, deel 1. Een epidemiologisch onderzoek bij 6-tot 12-jarigen in Vlaanderen. Leuven/Apeldoorn, Garant

- Hermanns, J., F. Öry, G. Schrijvers, m.m.v. Junger, M. & Blom, M. (2005). Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei-problemen. Utrecht: Inventgroep ([www.integratedcare.nl](http://www.integratedcare.nl))
- Hoppenbrouwers, K., Guérin, C., Van den Branden, S., Devogelaer, N., De Cock, P. (2010). *Onderzoek naar de wetenschappelijke state of the art op het vlak van preventieve gezondheidszorg voor kinderen onder 3 jaar.*
- Husky, M., Sheridan, M., McGuire, L. & Olsson, M. (2011). Mental health screening and follow-up care in public high schools. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*; 50: 881–891.
- Kruizinga, I., Jansen, W., Mieloo, C., Carter, A. & Raat, H. (2013). Screening accuracy and clinical application of the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA). *PLoS ONE* 8: e72602. doi:10.1371/journal.pone.0072602
- Kruizinga, I., Jansen, W., Carter, A. & Raat, H. (2011). Evaluation of an early detection tool for socialemotional and behavioral problems in toddlers: The Brief Infant Toddler Social and Emotional Assessment - A cluster randomized trial. *BMC Public Health*; 11:494
- MacMillan, H.L., Patterson, C.J., Wathen, C.N. (2004). Screening for Depression in Primary Care: Updated Recommendations From the Canadian Task Force on Preventive Health Care. London, Ontario, Canada: Canadian Task Force on Preventive Health Care; 2004. Available at: [www.ctfphc.org/Full\\_Text/CTF\\_Depression\\_TR\\_2004\\_final.pdf](http://www.ctfphc.org/Full_Text/CTF_Depression_TR_2004_final.pdf). Accessed August 10, 2014.
- Petanidou, D., Giannakopoulos, G., Tzavara, C., Dimitrakaki, C., Kolaitis, G., & Tountas, Y. (2014). Adolescents' multiple, recurrent subjective health complaints: investigating associations with emotional/behavioural difficulties in a cross-sectional, school-based study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*; 8:3
- Pieters, C., Roelants, M., & Hoppenbrouwers, K. (2014) Rapport welbevinden JOnG
- Pijpers, F. (2013). Verantwoord gebruik van vragenlijsten in de jeugdgezondheidszorg. Een handreiking. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), Utrecht.
- Postma, S. (2008). JGZ-richtlijn. Vroegsignalering van psychosociale problemen. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven, 2008.
- Puskar, K.R. & Bernardo, L.M. (2007). Mental Health and Academic Achievement: Role of School Nurses. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*; 12 (4); 215-223.
- Reijneveld, S., Brugman, E., Verhulst, F., Verloove-Vanhorick, P. (2004). Identification and management of psychosocial problems among toddlers in Dutch preventive health care. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine* 158 (8): 811-817.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu-Nederland (RIVM). Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Psychisch functioneren van de jeugd. Nationaal Kompas Volksgezondheid. 2009.

- Scott, M., Wilcox, H., Schonfeld, I., Davies, M., Hicks, R., Turner, J. & Shafter, D. (2009). School-based screening to identify at-risk students not already known to school professionals: The Columbia Suicide screen. *Am J Public Health*; 99: 334–339.
- Staal, I., Van den Brink, H., Hermanns, J., Schrijvers, A. & Van Stel, H. (2011). Vroegsignalering van opvoed- en opgroei problemen bij peuters: Ontwikkeling en haalbaarheid van een gestructureerd interview. Afgehaald van <http://portal.juliuscentrum.nl/Portals/1/Spark/Staal%20-%20ontwikkeling%20SPARK%20-%20TJGZ%202011%2006.pdf> op 3/02/15.
- The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists: Report from the Faculty of Child and Adolescent Psychiatry. Prevention and early intervention of mental illness in infants, children and adolescents: Planning strategies for Australia and New Zealand, 2010.
- Tsang, K., Wong, P. & Lo, S. (2011). Assessing psychosocial well-being of adolescents: a systematic review of measuring instruments. *Child: care, health and development*; 38: 629–646.
- U Gent. Onderzoek Jongeren en Gezondheid. Resultaten HBSC 2010 – Mentale gezondheid. Afgehaald op 23-09-14 op [http://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/HBSC\\_Mentale\\_gezondheid\\_2010.pdf](http://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/HBSC_Mentale_gezondheid_2010.pdf)
- U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening and Treatment for Major Depressive Disorder in Children and Adolescents: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Pediatrics* 2009;123:1223-28.
- Van der Heyden J, Charafeddine R. (ed.) Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. Samenvatting van de onderzoeksresultaten D/2014/2505/52 – intern referentienummer: PHS Report 2014-030
- Van Hoeck, K & Hoppenbrouwers, K. Onderzoek naar de wetenschappelijke state of the art van de preventieve gezondheidszorg voor schoolgaande kinderen (3 tot 18 jaar). Vlaamse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, 2010.
- Van Stel, H., Staal, I., Hermanns, J. & Schrijvers, A. (2012). Validity and reliability of a structured interview for early detection and risk assessment of parenting and developmental problems in young children: a cross-sectional study. *BMC Pediatrics*; 12:71
- Vlaams actieplan suicidepreventie 2006-2010. 2010. <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/Vlaams-actieplan-suicidepreventie-2006-2010/>
- Vogels, A. (2008). The identification by Dutch preventive child health care of children with psychosocial problems: Do short questionnaires help? Downloaded from <http://irs.ub.rug.nl/ppn/305728911> op 6-5-14.
- Vogels, A., Jacobusse, G., & Reijneveld, S. (2011). An accurate and efficient identification of children with psychosocial problems by means of computerized adaptive testing. *BMC Medical Research Methodology*, 11:111.

Vogels, A., Crone, M., Hoekstra, F., & Reijneveld, S. (2009). Comparing three short questionnaires to detect psychosocial dysfunction among primary school children: a randomized method. *BMC Public Health*, 9:489

VSKO (2014). Een gezondheidsbeleid op een katholieke school. Visietekst en servicedocument. Afgehaald op 11-04-2014 van [http://ond.vvksso-ict.com/vvksomainnieuw/bericht/VISIETEKST\\_GEZONDHEIDSBELEID.PDF](http://ond.vvksso-ict.com/vvksomainnieuw/bericht/VISIETEKST_GEZONDHEIDSBELEID.PDF),

Weist, M., Rubin, M., Moore, E., Adelsheim, S., & Wrobel G. (2007). Mental health screening in schools. *Journal of School Health*; 77: 53-58.

World Health Organisation (WHO). The World Health Report 2001. Mental Health: new understanding, new hope. [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_ch1\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch1_en.pdf). 2001.