
**Vroegdetectie en vroeginterventie voor kinderen en jongeren
met een verhoogde kwetsbaarheid
voor psychische problemen:**

**Naar een wetenschappelijk onderbouwde continuering van
het zorgaanbod in Vlaanderen**

Eva Claeys
Dr. Evelien Coppens
Dr. Kathleen De Cuyper

LUCAS KU Leuven

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
 Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
 Tel 0032 16 37 34 32
 E-mail: swvg@kuleuven.be
 Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

**STEUNPUNT
 WELZIJN
 VOLKSGEZONDHEID &
 GEZIN**

Publicatie nr. 2023/14
 SWVG-Rapport 24

Titel rapport: Vroegdetectie en vroeginterventie voor kinderen en jongeren met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen: naar een wetenschappelijk onderbouwde continuering van het zorgaanbod in Vlaanderen

Promotoren: dr. Evelien Coppens, dr. Kathleen De Cuyper¹
Onderzoekers: Eva Claeys¹

¹LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy, KU Leuven

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.

Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur</i>	
KU Leuven	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Anja Declercq Prof. dr. Koen Hermans
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Johan Put
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
UGent	
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. Katrien Vanthomme
· Vakgroep Marketing, Innovatie en Organisatie	Prof. dr. Jeroen Trybou
· Vakgroep Bestuurskunde en Publiek Management	Prof. dr. Bram Verschuere
Vrije Universiteit Brussel	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Johan Vanderfaeillie
Universiteit Antwerpen	
· Faculteit Sociale Wetenschappen	Prof. dr. Koen Decancq
<i>Partnerinstellingen</i>	
Universiteit Hasselt	
· Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen	Prof. dr. Wim Pinxten
Thomas More Hogeschool	
· Unit Mens & Welzijn	Dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool	
· Sociaal Werk	
Hogeschool Gent	
· Onderzoekscentrum 360° Zorg en Welzijn	
UC Leuven-Limburg	
· Research & Expertise - Expertisecentrum Health Innovation	
Karel De Grote hogeschool	
· Onderzoek en maatschappelijke dienstverlening	
Hogeschool PXL	
· Expertisecentrum PXL Social Work Research	
Odisee co-hogeschool	
· Studiegebied Sociaal-Agogisch Werk	
KeFor	
· Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG Administratieve ondersteuning	Dr. Kathleen De Cuyper Manuela Schröder Lut Van Hoof

Rapport 24

December 2023

Vroegdetectie en vroeginterventie voor kinderen en jongeren met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen: naar een wetenschappelijk onderbouwde continuering van het zorgaanbod in Vlaanderen

Onderzoeker: Eva Claeys¹

Promotoren: dr. Evelien Coppens, dr. Kathleen De Cuyper¹

¹ LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy, KU Leuven

Samenvatting

Situering en doelstellingen van het onderzoeksproject

Volgens cijfers van de WHO komt tot 20 procent van de kinderen en jongeren wereldwijd met geestelijke gezondheidsproblemen (WHO and UNICEF, 2021). Omwille van de negatieve impact hiervan op hun gezondheid en ontwikkeling, is het cruciaal om psychische aandoeningen bij kinderen en jongeren te voorkomen. Vroegtijdige opsporing ervan kan verergering van geestelijke gezondheidsproblemen voorkomen en kan de behandeling vergemakkelijken. Op die manier is vroegtijdige detectie een vorm van preventie, die een snellere, al dan niet gespecialiseerde, behandeling toelaat (Children and Young People's Mental Health and Wellbeing Taskforce, 2015; Fusar-Poli and Hlth London, 2019; WHO and UNICEF, 2021).

De Vlaamse overheid financiert sinds 2018 CONNECT, een programma vroegdetectie en vroeginterventie (VDVI) voor kinderen en jongeren, dat wordt uitgevoerd binnen de zes netwerken geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren in Vlaanderen en Brussel. De focus ligt op kinderen en jongeren met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen (psychose, suïcide, eetstoornissen, verslaving en KOPP/KOAP). Door in te zetten op laagdrempelige hulp met het oog op preventie, vroegtijdige detectie en interventie wil de Vlaamse overheid investeren in een efficiënt geestelijk gezondheidszorgmodel en zodoende helpen voorkomen dat lichte tot ernstige psychische klachten evolueren naar ernstige psychopathologie.

Een recente bevraging van het voormalige Agentschap Zorg & Gezondheid toont dat het huidige CONNECT-programma zeer divers in de verschillende provincies wordt ingevuld, en dit m.b.t. verschillende factoren: de aard van de psychische problematieken en de leeftijdsgroepen waarop men zich richt, het stadium waarin de psychische problematieken zich bevinden, de toegepaste methodieken en de inbedding in het geestelijke gezondheidszorglandschap. Ook leverde deze bevraging niet steeds duidelijkheid op m.b.t. de specifieke doelstelling van het CONNECT-aanbod en hoe vroegdetectie en vroeginterventie bijgevolg verschilt van (meer langdurige) behandeling. In 2017 is een algemeen kader voor het programma “vroegdetectie en -interventie van psychische problemen bij kinderen en jongeren” goedgekeurd door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Hierin werd aanbevolen om de meest recente onderzoeksresultaten inzake vroegtijdige hulp- en zorgverlening sneller naar de praktijk over te dragen, zodat de praktijkorganisaties gesensibiliseerd kunnen worden rond *evidence-based* praktijken. Met deze studie binnen het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG) zet Vlaanderen in op deze aanbeveling.

Dit onderzoek omvat volgende **doelstellingen**:

1. Verduidelijken wat de **functie vroegdetectie/vroeginterventie** t.a.v. kinderen en jongeren met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen (en hun context) inhoudt op basis van wetenschappelijke bronnen.
2. In kaart brengen welke (inter-)nationale ***evidence-based* praktijken** inzetbaar zijn voor vroegdetectie/vroeginterventie t.a.v. kinderen en jongeren met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen (en hun context) in de GGZ en die voldoende generiek zijn (i.e. de verschillende psychotherapeutische stromingen overstijgen). Praktijken op het niveau van de kinderen/jongeren en hun context (micro), de GGZ-organisatie (meso) en de regio/GGZ-netwerk (macro) worden mee in rekening genomen.
3. **Aftoetsen bij de CONNECT-projecten** in welke mate de geïdentificeerde *evidence-based* praktijken bruikbaar en relevant zijn in het kader van het CONNECT-programma.
4. **Aanbevelingen ontwikkelen** over relevante *evidence-* en *practice-based* praktijken en die een kader kunnen bieden bij de voortzetting en heroriëntering van de zes CONNECT-projecten.
5. Een **voorlopige set van indicatoren** ontwikkelen die toelaten om zicht te krijgen op de kenmerken van de gebruikers, het concreet zorgaanbod, en die toelaten om de heroriëntering van de CONNECT-projecten in de toekomst op te volgen.
6. Onderzoeken hoe de zes projecten zullen starten met het optimaliseren van hun aanbod in functie van de ontwikkelde aanbevelingen.

Methode van het onderzoeksproject

Hoofdstuk 2 van het rapport geeft een overzicht van de methodes waarmee evidentie is verzameld:

- Het onderzoek ging van start met een **scoping review** over vroegdetectie/vroeginterventie bij kinderen en jongeren met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen, met focus op de hoogste evidentieniveaus (reviews, systematische reviews en meta-analyses). Naast een systematische analyse van de internationale wetenschappelijke reviews gepubliceerd sinds 2010, zijn bijkomende specifieke zoekopdrachten uitgevoerd en werd de **grijze literatuur** rond vroegdetectie en vroeginterventie doorgenomen (onderzoeksdoelstelling 1 en 2).

- Daarnaast is praktijk-gebaseerde evidentie verzameld aan de hand van twee parallelle **denknamiddagen** met stakeholders uit de zes betrokken geestelijke gezondheidszorg netwerken voor kinderen en jongeren (onderzoeksdoelstelling 3).
- Op basis van de literatuurstudie en de denknamiddagen kwamen de **aanbevelingen** voor de evidence- en practice-based heroriëntering van het CONNECT-aanbod tot stand, nadat ze ook voorgelegd waren aan de betrokken **koepelorganisaties** (onderzoeksdoelstelling 4).
- In een tweede **literatuurstudie** werd een overzicht gemaakt van de relevante internationale wetenschappelijke en grijze literatuur rond indicatoren voor vroegdetectie en vroeginterventie. Na een brainstormronde hebben de onderzoekers een longlist opgesteld, vertrekkende van de principes van de aanbevelingen voor de heroriëntering van het CONNECT-aanbod en de kadernota van het Departement Zorg, waarin de toekomstige heroriëntering van het CONNECT-programma door de Vlaamse overheid wordt toegelicht (onderzoeksdoelstelling 5).
- In een volgende **focusgroep** met de stakeholders uit de CONNECT-projecten zijn de aanbevelingen van de onderzoekers, de kadernota van het Departement Zorg, en de longlist van indicatoren besproken. Tijdens deze focusgroep is enerzijds nagegaan welke cruciale veranderingen volgens de netwerken moeten doorgevoerd worden en welke obstakels ze voorzien bij de heroriëntering van CONNECT (onderzoeksdoelstelling 6). Anderzijds is feedback gevraagd op de longlist van indicatoren (onderzoeksdoelstelling 5).
- Tenslotte organiseerden de onderzoekers drie werkvergaderingen met **experten** inzake indicatoren, om een voorstel voor indicatoren verder uit te werken. Op basis van de bevraging van de stakeholders, de input van de experts en de expertise van de onderzoekers werd ten slotte een voorlopige set van indicatoren opgesteld, in de vorm van een **longlist en een shortlist**. De shortlist doet een voorstel van need-to-know indicatoren om de heroriëntering van het CONNECT-aanbod op te volgen (onderzoeksdoelstelling 5).

Resultaten: Aanbevelingen voor de evidence- en practice-based heroriëntering van CONNECT

De concrete aanbevelingen voor de heroriëntering van CONNECT, die uit dit onderzoek resulteerden, zijn terug te vinden in het document "[Aanbevelingen voor de uitbouw van vroegdetectie en vroeginterventie voor kinderen en jongeren met verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen](#)". De kernconcepten van de aanbevelingen zijn hieronder samengevat. Hierbij wordt elke aanbeveling kort toegelicht, waarna een overzicht volgt van de onderzoeksresultaten die tot deze aanbeveling hebben geleid.

Welke doelgroep voor CONNECT is aan te bevelen?

CONNECT richt zich tot de doelgroep van 0-25-jarigen, met (1) beginnende psychopathologie met een milde tot matige impact op het functioneren van het kind/de jongere en zijn context, en/of met (2) een opstapeling van risicofactoren en beperkte beschermende factoren. Het betreft een doelgroep bij wie er (nog) geen duidelijk omlijnde hulpvraag aanwezig is. Er is aandacht voor maatschappelijk kwetsbare kinderen, jongeren en gezinnen.

- Op basis van de literatuurstudie zijn er geen argumenten om te focussen op een bepaalde leeftijdsgroep voor een aanbod vroegdetectie en vroeginterventie bij kinderen en jongeren met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen. De internationale reviews geven aan dat er voor de infants (0-3 jaar) en de transitieleeftijd (14-25 jaar) veel mogelijkheden zijn om via

vroegdetectie en vroeginterventie een grote impact te realiseren, en de literatuur m.b.t. de prevalentie en aanvangsleeftijd geven aan dat er in elke leeftijdscategorie psychische problemen kunnen ontstaan. Wetenschappelijke literatuur die focust op vroegdetectie en vroeginterventie voor de latentieleeftijd (4-14 jaar) is beperkt. Daarnaast zijn er op basis van de literatuurstudie geen argumenten om te focussen op bepaalde types psychische problematieken.

- Ook de stakeholders pleiten voor elke leeftijdsgroep tussen 0 en 25 jaar, maar er is bezorgdheid over de spreiding van de beschikbare middelen over alle doelgroepen, en bijgevolg de verdunning van de expertise die voor de volledige doelgroep ter beschikking is. Volgens de stakeholders zorgt de verbreding van de doelgroep naar alle leeftijdsgroepen tot 25 jaar en naar alle psychische problematieken enerzijds voor flexibiliteit om bestaande werkingen te kunnen voortzetten, maar is het anderzijds niet haalbaar om met een klein budget de zeer grote (diversiteit aan) zorgbehoeften te dekken.
- Veel verschillende risicofactoren, welke zijn onder te verdelen in drie niveaus, kunnen de ontwikkeling van psychische problemen in de hand werken. Dit model wordt uitgebreid besproken in Hoofdstuk 3 van het rapport. Risicofactoren komen vaak geclusterd voor en er is sprake van een cumulatief effect, waarbij een groter aantal risicofactoren een verhoogde kans op de ontwikkeling van psychische problemen met zich meebrengt. Uit de denknamiddagen met de stakeholders blijkt dat het belangrijk is om in te zetten op de groep die (nog) geen duidelijke hulpvraag heeft en bij wie er zich een opstapeling van risicofactoren voordoet.

We verwijzen hier naar Figuur 2 in het document met de [aanbevelingen](#) (p. 24). Deze flowchart is bedoeld om ondersteuning te bieden bij de verwijzing van aanmeldingen naar CONNECT versus andere zorgpartners binnen de GGZ.

Welke kernopdrachten voor CONNECT zijn aan te bevelen?

1. **Intermediairwerking** - Intermediairs die op belangrijke vindplaatsen werken, worden door CONNECT gesensibiliseerd, opgeleid en ondersteund om vroegdetectie en vroeginterventie mogelijk te maken. Belangrijke intermediairs zijn o. a. CLB-medewerkers, jeugdwerkers, huisartsen, politiemensen...
 - Zowel in de wetenschappelijke en grijze literatuur, als in de denknamiddagen benadrukt men het belang van sensibiliseren, trainen en ondersteunen van intermediairs, aangezien zij onontbeerlijk zijn voor vroegdetectie, en ook bij vroeginterventie een rol kunnen spelen. Daarnaast moeten de gezinnen, jongeren en jongvolwassenen zelf de stap naar CONNECT kunnen zetten.
 - Tijdens de denknamiddagen is men van mening dat de opzet van een centraal aanmeldpunt om vragen rond GGZ te behandelen een meerwaarde zou zijn om de instroom naar CONNECT te faciliteren. Hierbij is het wel van belang dat tegenover een uitbreiding van de vroegdetectie ook een uitbreiding van de (middelen voor) vroeginterventie komt te staan.
 - Het aantal intermediairs waarmee de CONNECT-hulpverleners contacten hebben, is de laatste jaren sterk toegenomen; deskundigheidsbevordering kan dus een aanzienlijke taak worden.
2. **Vroeginterventie** – CONNECT voorziet zelf in een laagdrempelig hulpverleningsaanbod voor kinderen/jongeren én hun context, volgens het principe “kort waar mogelijk, lang waar nodig”. De aanpak kan generiek of specialistisch van aard zijn en de context van de kinderen en jongeren wordt

steeds betrokken. Na een aantal sessies volgt een evaluatiemoment om de zorgbehoeften te herbekijken en de aanpak eventueel bij te sturen. Dit betreft steeds vrijwillige hulpverlening.

- Een sterke afbakening van het aantal sessies zou problematisch zijn, blijkt uit de denknamiddagen. In de recente internationale literatuur is bovendien weinig tot geen ondersteuning te vinden voor het *stepped care model* van zorg bij kinderen en jongeren. Men waarschuwt zelfs voor de risico's van dit model, zoals verlenging van de wachttijd vooraleer jongeren bij de juiste hulp terecht kunnen.
 - Voor *matched care*, een alternatief zorgmodel waarbij men poogt de cliënt zo snel mogelijk bij de juiste zorg te krijgen, zijn op dit moment geen gepubliceerde reviews te vinden die dit model evalueren bij kinderen en jongeren. Tijdens de denknamiddagen benadrukken de stakeholders het belang van zorgcontinuïteit en pleiten ze voor het principe van *matched care*, waarbij de stem van de cliënt centraal staat.
 - De literatuurstudie toont aan dat werken met de context belangrijk is om de kans op slagen van een vroegtijdig zorgtraject te vergroten, waarbij interventies rond engagement met ouders een rol kunnen spelen. CONNECT mag zich niet beperken tot een individueel aanbod.
 - De stakeholders willen de link met de expertisecentra behouden om op de hoogte te blijven van *evidence-based* praktijken voor CONNECT. In de huidige werking wordt voornamelijk gebruik gemaakt van methodieken zoals *Open Dialogue* en motiverende gespreksvoering. Daarnaast zou de werking moeten vertrekken vanuit de opgebouwde expertise van de hulpverleners: men kan vroeginterventie niet als een specialisatie beschouwen en dan elke problematiek generiek benaderen.
3. **Toeleiding** – CONNECT leidt, wanneer nodig, toe naar gepaste gespecialiseerde zorg op de 2e of 3e lijn van de GGZ. CONNECT zorgt voor aanmelding op de juiste plaats (*matched care*), en voor een succesvolle aanmelding door eventueel aanklampend te werken, co-interventies te doen, en de ondersteuning te continueren tot de gepaste zorg kan starten.
- Kinderpsychiaters toevoegen aan de CONNECT-teams kan een meerwaarde zijn om cliënten sneller naar de gepaste zorg toe te leiden.
 - Daarnaast onderstrepen de stakeholders dat het langer vasthouden van jongeren binnen CONNECT om een wachttijd te overbruggen, meer zin heeft dan hen te verwijzen naar een minder gepaste zorgvorm in afwachting.
 - CONNECT mag niet dezelfde rol opnemen als de 2^e of 3^e lijn van de GGZ. Het is dus essentieel om de werking van CONNECT af te lijnen en te evalueren wie meer langdurige zorg nodig heeft. Hiervoor kan het een meerwaarde zijn om CONNECT-medewerkers ook deeltijds in 2^e of 3^e lijn te laten meewerken.

Welke organisatie van CONNECT is aan te bevelen?

Het **CONNECT-team** is interdisciplinair samengesteld, en ingebed in de gespecialiseerde GGZ op de 2^e of 3^e lijn. De 2^e en 3^e lijn zijn hierbij de uitvalsbasis van de CONNECT-hulpverleners, die van hieruit vertrekken naar de vindplaatsen, GGZ-organisaties of eender welke andere plek waar het nodig is om de link te maken met een kind of jongere voor vroegdetectie of vroeginterventie. Jongeren die van CONNECT naar gespecialiseerde diensten doorverwezen worden, kunnen op die manier verder begeleid worden door dezelfde medewerkers, waardoor breuken in het zorgtraject vermeden kunnen worden.

Men moet te allen tijde bewaken dat de opgebouwde expertise van de CONNECT-hulpverleners niet verloren gaat bij de hervorming van het programma. Ook moeten de GGZ-netwerken verantwoordelijkheid krijgen voor de invulling van de CONNECT-programma's.

Wat zijn de randvoorwaarden om deze aanbevelingen te implementeren?

- Een centraal aanmeldpunt voor de GGZ per regio;
- Een zorgstrategisch plan voor vroegdetectie en vroeginterventie binnen elk netwerk;
- Een langetermijnvisie m.b.t. vroegdetectie en vroeginterventie vanuit de Vlaamse overheid, en interministeriële afstemming,
- een duidelijke aflijning van de CONNECT-werking t.o.v. eerstelijnspsychologen, 2^e en 3^e lijn van de gespecialiseerde GGZ, en de aanpak van 1Gezin-1Plan;
- blijvende inspanningen van de betrokken overheden om de wachtlijsten in de GGZ te verkorten;
- voldoende middelen om de verbreding van het CONNECT-aanbod mogelijk te maken.

Resultaten: Een voorlopige set van indicatoren voor het meten en opvolgen van de heroriëntering van het CONNECT-programma

In de wetenschappelijke en grijze literatuur is weinig evidentie te vinden over indicatoren inzake vroegdetectie en vroeginterventie en GGZ voor kinderen en jongeren. Op basis van de literatuurstudie, de bevraging van de stakeholders en de experts, en de expertise van de onderzoekers, werd een **eerste aanzet tot een longlist en een shortlist van indicatoren** opgesteld die de heroriëntatie van CONNECT kan faciliteren en monitoren. Hoofdstuk 7 beschrijft in detail de onderzoeksresultaten, en de rationale, operationalisering en aandachtspunten voor elke indicator. Tabel 1 geeft een overzicht van de uitgebreide lijst van indicatoren die interessant kunnen zijn om verder uit te werken en te monitoren.

Tabel 1 Longlist van de eerste aanzet tot indicatoren

Doelgroep	Vroeginterventie	Intermediairwerking	Structuur en randvoorwaarden
geslacht	wachttijd en <i>timeliness</i>	aantal consultvragen	teamsamenstelling
leeftijd	aantal meldingen	bron consultvragen	expertise
verwijzer/aanmelder	aanmeldproblematiek	soorten consultvragen	aanmeldpunt
regio	aantal sessies	co-interventies	VTE-hulpverleners en caseload
risicofactoren: individu	looptijd	opleidingen gegeven	
risicofactoren: familie en naaste omgeving	doelstelling na vijf sessies	aantal bereikte mensen via opleidingen	
risicofactoren: gemeenschap	verwijzing	doelgroep opleidingen	
risicofactoren: ouders	overbruggingshulp		
	eenzijdige stopzetting		
	samenwerking		
	aantal afgeronde trajecten		

Tabel 2 bestaat uit een ingekorte lijst van **need-to-know indicatoren** die essentieel zijn om de monitoring van de heroriëntatie van CONNECT op te volgen. Het voorstel van essentiële indicatoren is gebaseerd op de resultaten van de focusgroep en de bevraging van de experts, en aangevuld met de expertise van de onderzoekers.

Tabel 2 Shortlist: voorstel van need-to-know indicatoren

Doelgroep	Vroeginterventie	Intermediairwerking
geslacht	wachttijd en <i>timeliness</i>	aantal consultvragen
leeftijd	aantal aanmeldingen	bron consultvragen
verwijzer/aanmelder	aanmeldproblematiek	opleidingen gegeven
regio	aantal sessies	
risicofactoren: individu	overbruggingshulp	
risicofactoren: familie en naaste omgeving	aantal afgeronde trajecten	
risicofactoren: gemeenschap		
risicofactoren: ouders		

Voor de verdere ontwikkeling van de indicatoren bevelen de onderzoekers volgende stappen aan:

1. een **kwalitatieve studie** van hoe begeleidingstrajecten verlopen binnen CONNECT. De resultaten van deze studie kan input bieden voor het ontwikkelen van bijkomende indicatoren voor de longlist,
2. **de huidige registratie van data die gebruikt wordt binnen CONNECT in kaart brengen**. Deze oefening is essentieel om een haalbare operationalisering van de indicatoren verder te concretiseren,
3. een **literatuurstudie rond protectieve factoren** gelinkt aan geestelijke gezondheid bij kinderen en jongeren, om dit verder te integreren in de praktijken en indicatoren voor CONNECT. Om een goed zicht te krijgen op de doelgroep van CONNECT dienen immers zowel risico- als protectieve factoren in rekening genomen te worden.
4. uitbreiding naar **outcome- en impactindicatoren**,
5. een **Delphi-studie** om vanuit de longlist van indicatoren tot een shortlist van need-to-know indicatoren te komen die haalbaar, relevant en meetbaar zijn,
6. een **pilootproject** van minimum een jaar om de shortlist van indicatoren uit te testen en nadien verder op punt te stellen.

Resultaten: De opstart van de heroriëntering van het CONNECT-programma binnen de GGZ-netwerken voor kinderen en jongeren

Via de kadernota van het Departement Zorg uit juli 2023 hebben de GGZ-netwerken voor kinderen en jongeren kennisgenomen van de heroriëntering van het CONNECT-programma. Uit de focusgroep met de zes CONNECT-projecten van september 2023 bleek dat de netwerken aan het uitzoeken waren hoe ze de heroriëntering van het CONNECT-programma inhoudelijk en organisatorisch zouden aanpakken. Daarbij gingen ze op zoek naar nieuwe partners om mee samen te werken, en bekeken ze hoe ze de huidige werking kunnen uitbreiden, dan wel een volledig nieuw programma zullen uitwerken met duidelijke linken naar het andere zorgaanbod binnen het netwerk. Speciale aandacht voor zorgmijdende en zorgwekkende profielen stond bij verschillende netwerken op de voorgrond. In dit proces hadden de netwerken in die periode verschillende vragen en bezorgdheden. Enerzijds betrof dit inhoudelijke bezorgdheden. Twee voorbeelden: Hoe kunnen we een specialistische aanpak realiseren bij zo'n brede doelgroep? Hoe zullen we erin slagen om kwetsbare gezinnen te bereiken op het moment dat een mogelijke psychische problematiek bij de kinderen en jongeren nog eerder mild aanwezig is? Anderzijds hadden de netwerken veel organisatorische vragen over de heroriëntatie van CONNECT. Opnieuw twee voorbeelden: Hoe zullen we erin slagen om voldoende vroeginterventie te voorzien als de vroegdetectie sterk dient uitgebreid te worden? Hoe stemmen we CONNECT af ten opzichte van de eerstelijnspsychologische functie en 1 Gezin 1 Plan? De netwerken hoopten over deze vragen en bezorgdheden verder in gesprek te kunnen gaan met de Vlaamse overheid.

Deze studie had tot doel evidence- en practice-based handvaten te geven aan zowel de GGZ-netwerken voor kinderen en jongeren als aan de opdrachtgevende overheid om vroegdetectie en vroeginterventie voor psychische problemen verder uit te bouwen. Vroegdetectie en vroeginterventie steeds beter realiseren is cruciaal om de grote negatieve impact van psychopathologie op ontwikkeling, welzijn en gezondheid stap voor stap, en steeds iets beter, te kunnen indijken.

Referenties

Children and Young People's Mental Health and Wellbeing Taskforce, 2015. Future in mind - Promoting, protecting and improving our children and young people's mental health and wellbeing. NHS UK.

Fusar-Poli, P., Hlth London, P., 2019. Integrated Mental Health Services for the Developmental Period (0 to 25 Years): A Critical Review of the Evidence. *Front. Psychiatry* 10.

<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00355>

WHO and UNICEF, 2021. Helping Adolescents Thrive Toolkit. World Health Organization and United Nations Children's Fund, Switzerland.

Inhoudstafel

Hoofdstuk 1	Situering van de studie en onderzoeksvragen	15
1	Situering van de studie	15
2	CONNECT-projecten in Vlaanderen	17
2.1	BRU-STARS (Brussel)	18
2.2	LIGANT (Limburg)	18
2.3	PANGG (Antwerpen)	18
2.4	RADAR (Oost-Vlaanderen)	18
2.5	WINGG (West-Vlaanderen)	18
2.6	YUNECO (Vlaams-Brabant)	19
2.7	Algemeen: CONNECT	19
3	Onderzoeksdoelstellingen	19
Hoofdstuk 2	Methode	21
1	Literatuurstudie	21
1.1	Systematische search	22
1.2	Grijze literatuur	24
1.3	Extra zoekopdrachten	24
2	Denknamiddagen	26
2.1	Vorbereiding en deelnemers	26
2.2	Verloop denknamiddagen	26
2.3	Verwerking en analyse	27
3	Overleg met koepelorganisaties	27
3.1	Verloop en deelnemers	27
3.2	Verwerking data	27
4	Opstellen van de aanbevelingen voor de herwerking van het CONNECT-programma	27
5	Ontwikkeling van een voorstel van indicatoren voor de opvolging van de heroriëntering van het CONNECT-programma	28
5.1	Ontwikkeling van indicatoren: principes	28
5.2	Literatuurstudie	29
5.3	Brainstormronde	29
5.4	Focusgroep over de heroriëntatie van het CONNECT-programma en de ontwikkeling van de indicatoren: stakeholders	30
5.5	Werkvergaderingen met experts	30
5.6	Feedback van de stuurgroep	31

Hoofdstuk 3	Bevindingen uit de literatuurstudie over risicogroepen, toegang tot de geestelijke gezondheidszorg, evidence-based methodieken en aanbevelingen voor vroegdetectie en vroeginterventie bij kinderen en jongeren	33
1	Risico op mentale problemen bij kinderen en jongeren	33
1.1	Risicofactoren	33
1.2	Risicofactoren gelinkt aan een specifieke problematiek of leeftijd	37
2	Toegang tot geestelijke gezondheidszorg	40
2.1	Traject om toegang te krijgen tot de geestelijke gezondheidszorg	40
2.2	Gateway provider model: rol van intermediairs	43
2.3	<i>Community mental health</i> en <i>outreach</i>	44
2.4	Co-creatie en participatie van jongeren	46
2.5	Rol van de ouders	46
2.6	Getrapte zorg (“stepped care”)	47
3	Evidence-based methodes voor vroegdetectie/vroeginterventie	47
3.1	Interventies bij jonge kinderen en hun ouders	48
3.2	Interventies bij kinderen met gedragsproblemen	48
3.3	Online interventies	48
3.4	Trauma-gefocusste cognitieve gedragstherapie (TF-CBT) bij potentieel traumatisch event	49
3.5	Cognitieve gedragstherapie (CBT) en interpersoonlijke therapie (IPT) bij depressie	49
3.6	Cognitieve gedragstherapie (CBT) bij beginnende psychose	49
3.7	Cognitieve gedragstherapie (CBT) bij beginnende angstproblemen	49
3.8	Peer relaties	50
3.9	Overzichtstabel	50
4	Conclusies uit de literatuurstudie	52
Hoofdstuk 4	Bevindingen uit de grijze literatuur	55
1	Risico op mentale problemen	55
1.1	Risicofactoren	55
1.2	Risicogroepen op basis van leeftijd	56
2	Interventies	56
2.1	Ouders	56
2.2	Adolescenten	57
3	Generieke goede praktijken en eigenschappen van waardevolle interventies	57
Hoofdstuk 5	Bevindingen van de bevestigingen van de stakeholders	59
1	Resultaten uit de denknamiddagen	59
1.1	Vraag 1: doelgroep	59
1.2	Vraag 2: vroegdetectie:	63
1.3	Vraag 3: vroeginterventie	68
1.4	Vraag 4: andere evidence-based methodieken	72

2	Input van de koepelorganisaties	74
2.1	Doelgroep van CONNECT	74
2.2	Kerntaak 1 van CONNECT: Intermediairwerking	75
2.3	Kerntaak 2 van CONNECT: Vroeginterventie	75
2.4	Kerntaak 3 van CONNECT: Toeleiding naar vervolgzorg	76
2.5	Organisatie en randvoorwaarden	76
Hoofdstuk 6 Aanbevelingen voor de heroriëntering van CONNECT		77
1	Aanbevelingen voor de heroriëntering van CONNECT en randvoorwaarden voor de implementatie ervan	77
2	Resultaten van de focusgroep over hoe de CONNECT-projecten de heroriëntering aanpakken	80
3	Sterktes en beperkingen van het onderzoek rond de heroriëntering	83
Hoofdstuk 7 Een voorlopige set van indicatoren voor de monitoring van het CONNECT-programma		85
1	Resultaten <i>desk research</i> en literatuurstudie	85
1.1	Definities en soorten indicatoren	85
1.2	Resultaten literatuurstudie over indicatoren	87
2	Resultaten van de focusgroep met de zes CONNECT-projecten over de indicatoren	88
3	Resultaten van de expertmeetings over de indicatoren	89
4	Voorlopige set van indicatoren	92
4.1	Longlist	92
4.2	Shortlist: <i>Need-to-know</i> indicatoren	112
5	Sterktes en beperkingen van dit onderzoek, en aanbevelingen voor de verdere ontwikkeling van indicatoren	112
Hoofdstuk 8 Conclusie		115
1	Aanbevelingen voor de evidence- en practice-based heroriëntering van het CONNECT-programma	116
2	Een aanzet tot indicatoren voor het meten en opvolgen van de heroriëntering van het CONNECT-programma	118
3	De opstart van de heroriëntering van het CONNECT-programma	120
Referenties		121

Begrippenlijst

Aanklampende zorg/bemoeizorg: bemoeizorg staat voor het bieden van ongevraagde hulp aan zorgwekkende zorgmijders met een complexe problematiek. Belangrijke pijlers van bemoeizorg zijn: volhardend en creatief te werk te gaan om contact te kunnen maken met de cliënt; en een vertrouwensband met de cliënt uitbouwen.

Casemanagement: een zorgprofessional organiseert en coördineert de zorg vanuit een liaisonfunctie.

Mobiele zorg: hulpverleners begeleiden en behandelen de cliënt in de eigen leefomgeving.

Eerstelijnspsychologen (ELP): eerstelijnspsychologen bieden korte en/of weinig intensieve psychologische interventies die bijdragen tot een algemeen psychisch welbevinden, of die ertoe bijdragen het psychisch welbevinden te herwinnen.

Generalistische interventie: een generieke interventie die bij een veelheid aan types psychopathologie toepasbaar is

Gespecialiseerde interventie: een interventie die afgestemd is op een specifieke psychopathologie

Matched care model: men gaat op zoek naar de hulpverlening die het best bij de noden van de cliënt aansluit, op basis van diagnose, voorkeuren en vorige ervaringen.

Stepped care model: cliënten met een hulpvraag gaan van start met de minst intensieve interventie die past bij de aard en de ernst van de klachten. Pas wanneer dit onvoldoende blijkt, schakelt men over naar meer gespecialiseerde zorg.

1Gezin1Plan (1G1P): 1Gezin 1Plan zorgt voort een aanbod voor gezinnen, waarbij een begeleider samen met het gezin een plan opstelt aangepast aan de inhoudelijke noden van de cliënt en de krachten binnen het gezin en hun netwerk. Verschillende organisaties werken samen met de jongere of het gezin om tot een gezamenlijk plan te komen.

Hoofdstuk 1

Situering van de studie en onderzoeksvragen

1 Situering van de studie

Een gezonde ontwikkeling tijdens de kinderjaren en adolescentie draagt bij tot een goede geestelijke gezondheid en kan problemen voorkomen. Het verhogen van de sociabiliteit, onderwijs en scholing, het zelfvertrouwen evenals het vermogen om problemen op te lossen kunnen geestelijke gezondheidsproblemen zoals gedragsproblemen, angststoornissen, depressie en eetstoornissen voorkomen. Volgens de WHO heeft wereldwijd 20% van de kinderen en jongeren te kampen met ziek makende geestelijke gezondheidsproblemen, in die zin dat ze hun scholing en ontwikkeling ernstig in gevaar brengen.^{1,2}

Het is van belang psychische aandoeningen bij kinderen en jongeren te voorkomen omwille van hun negatieve impact op de gezondheid, en hun potentiële langdurige impact op de ontwikkeling van kinderen en jongeren.³ Bovendien kunnen ze risicogedrag in de hand werken zoals het opgeven van school, gewelddadig gedrag of middelenmisbruik.^{4,5}

De *unmet needs* van kinderen en jongeren met psychische problemen lopen op, aangezien uit de Nationale gezondheidsenquête van 2018 blijkt dat tot bijna 70 procent van de kinderen die nood hebben aan geestelijke gezondheidszorg (GGZ) niet de weg vindt naar of geen toegang vindt tot de juiste hulpverlening.^{6,7} Vroegtijdige opsporing kan verergering van geestelijke gezondheidsproblemen vermijden en kan ook de behandeling ervan bij kinderen en jongeren vergemakkelijken. Vroegtijdige detectie is op die manier een vorm van preventie van problemen, en laat een snellere, al dan niet gespecialiseerde, behandeling van kinderen toe.³

In 2017 is een algemeen kader voor het programma “vroegdetectie en -interventie van psychische problemen bij kinderen en jongeren” goedgekeurd door de Belgische Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid. Dit programma, dat finaal de naam CONNECT kreeg, maakt deel uit van het activiteitenprogramma van crisiszorg, een van de vier zorginhoudelijke initiatieven van het Belgische geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren uit 2015 (Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren, 2015). Op basis van dit algemeen kader werkte de Vlaamse overheid een template voor CONNECT uit die elk van de GGZ-netwerken voor kinderen en jongeren in Vlaanderen en Brussel toeliet om een concreet actieplan inzake vroegdetectie en -interventie uit te werken, aangepast aan de regionale noden.

Sinds 2018 ontvangen de netwerken geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren financiering van de Vlaamse overheid om dit actieplan binnen hun regio te realiseren. De financiering wordt toegekend aan zes Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

Binnen het CONNECT-programma ligt de focus op kinderen en jongeren met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychose, suïcide, eetstoornissen en verslaving, en op kinderen van ouders met een psychische of afhankelijkheidsproblematiek (KOPP/KOAP). Uitgangspunt is de realisatie van een algemeen programma vroegdetectie en -interventie in diverse settings. Door in te zetten op laagdrempelige hulp met het oog op preventie en vroegtijdige detectie en interventie wil de Vlaamse overheid investeren in een efficiënt geestelijk gezondheidszorgmodel en helpen voorkomen dat lichte

tot ernstige psychische klachten ontaarden in ernstige pathologie. Het aanhoudende stigma over psychische problemen en de historisch gegroeide cultuur en structuur van de Belgische GGZ heeft er immers toe geleid dat mensen in nood de stap naar hulpverlening niet (eenvoudig) zetten of uitstellen. Daar tegenover staat dat ook personen met matige tot lichte klachten bij de gespecialiseerde hulpverlening aankloppen.

Met het CONNECT-programma wil de Vlaamse overheid a.d.h.v. specifieke methodes mee inzetten op activiteitenprogramma 1 (i.e. vroegtijdige opsporing en interventie) van de Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren uit 2015. Dit om te zorgen dat:

1. De stap naar hulpverlening tijdig gezet wordt
2. De ontwikkeling van meer ernstige klachten vermeden wordt
3. Gespecialiseerde en/of langdurige hulpverlening enkel wordt ingezet voor de doelgroep die dit nodig heeft.

Inmiddels vinden we bovenstaande principes ook terug in andere Belgische en Vlaamse projecten en programma's zoals 1Gezin1Plan en de RIZIV-conventie eerstelijnspsychologische zorg (ELPZ) voor kinderen en jongeren. Met 1Gezin1Plan maakt men de link tussen basisvoorzieningen (zoals Huizen van het Kind, CLB) en gespecialiseerde hulpverlening, waarbij een gezinsplan wordt opgesteld waarvan de regie bij het gezin blijft, en waarvan een ankerfiguur de begeleiding coördineert. Met de RIZIV-conventie ELPZ zet de federale overheid eveneens in op het vroegtijdig interveniëren bij psychische problemen, met name in de natuurlijke omgeving (vindplaatsen) van kinderen en jongeren, zoals bijvoorbeeld de scholen. Hiermee wil men snel en gericht een impact hebben op risico- en protectieve factoren die de psychische gezondheid van kinderen en jongeren beïnvloeden. Om de uitrol van de ELPZ in de toekomst te kunnen monitoren, werd er een begeleidingscommissie opgericht die geflankeerd door wetenschappelijk onderzoek een set van indicatoren aan het ontwikkelen is (mondelinge communicatie Departement Zorg, 14 februari 2023)).

Het CONNECT-programma leunt sterk aan bij de opdracht van de RIZIV-conventie. Maar het richt zich op vroegdetectie en vroeginterventie bij meer kwetsbare doelgroepen, ook met een reeds beginnende psychopathologie, vertrekkend vanuit de gespecialiseerde zorg, met als doelstelling om de kinderen en jongeren die het nodig hebben te begeleiden naar gespecialiseerde hulp. Het uitgangspunt is dat het "vroeg" bereiken van meer kwetsbare kinderen en jongeren realiseerbaar moet zijn in diverse contexten, zelfs wanneer er nog geen concrete hulpvraag is van de zorggebruiker zelf. Het is hierbij noodzakelijk om een nauwe band te ontwikkelen tussen preventie (gezondheidsbevordering en aspecten van het gezondheidsbeleid), de eerste lijn en de gespecialiseerde diensten voor geestelijke gezondheidszorg.

Uit het vaststellingenrapport dat het voormalige Agentschap Zorg en Gezondheid in 2022 opstelde in het kader van de opvolging van de 6 CONNECT-projecten, viel op dat het CONNECT-programma in de jaren 2018 tot 2022 in de betrokken provincies zeer divers werd ingevuld m.b.t. de aard van de psychische problematieken en de leeftijdsgroepen waarop men zich richt, het stadium waarin de problematiek van de doelgroep zich bevindt, de toegepaste methodieken en de plaats in het geestelijke gezondheidslandschap waarbinnen de methodieken zijn ingebed. Deze diversiteit zorgt voor onduidelijkheid in het werkveld over wat de specifieke doelstelling van CONNECT is, hoe het aanbod zich verhoudt tot gespecialiseerde behandeling en wat de impact van het programma is. In aanloop naar een duurzame continuering van het CONNECT, wil de Vlaamse overheid de visie, de doelstellingen en de strategie van het programma op een wetenschappelijk onderbouwde wijze hertekenen. Dit onderzoek draagt hier rechtstreeks toe bij.

2 CONNECT-projecten in Vlaanderen

Sinds 2018 organiseren en implementeren de zes GGZ-netwerken voor kinderen en jongeren elk een lokaal CONNECT-programma. Opvallend daarbij is de grote diversiteit tussen de lokale actieplannen. Onderstaande tabel geeft een samenvattend overzicht van de acties per GGZ-netwerk.

Tabel 1: Overzicht van het CONNECT-aanbod in de verschillende netwerken

GGZ-netwerk	Acties
BRU-STARS (Brussel)	Infant/jonge kinderen: consult en coaching hulpverleners, ondersteuning gezinnen met kinderen van 0-4 jaar
LIGANT (Limburg)	Infant/jonge kinderen: sensibilisering en deskundigheidsbevordering van professionelen en ondersteuning van hulpverleners om vroegdetectie te bevorderen Verslaving: groepsaanbod voor jongeren over middelenmisbruik en gamen Kinderen van ouders met psychische/afhankelijkheidsproblemen (KOPP/KOAP): groepsaanbod (6-10, 11-14, +15 jaar) VDIP: vroegdetectie, vroeginterventie en assertieve zorg bij psychose (14-23 jaar) Eetstoornissen: groepsaanbod rond obesitas, liaison Suicide: vormingen, ondersteuning van preventiebeleid, consult en advies aan professionelen
PANGG (Antwerpen)	VDIP: vroegdetectie en vroeginterventie bij psychose of psychiatrische problemen (14-23 jaar) Verslaving: vroegdetectie en vroeginterventie (16-23 jaar)
RADAR (Oost-Vlaanderen)	Infant/jonge kinderen: vroegdetectie en vroeginterventie, inclusief kinderen drugsverslaafde ouders (-9 maand tot 4 jaar) Verslaving: vroeginterventie bij druggebruikende ouders met kinderen (tot 12 jaar) VDIP: vroegdetectie en vroeginterventie bij psychose en middelengebruik (14-25 jaar)
WINGG (West-Vlaanderen)	Infant/jonge kinderen: vroegdetectie en sensibilisering Verslaving: <ul style="list-style-type: none"> Ondersteuning van kinderen van druggebruikende ouders (tot 14 jaar) Vorming voor jongeren met beginnend druggebruik VDIP: vroegdetectie en vroeginterventie bij psychiatrische problemen (14-25 jaar)
YUNECO (Vlaams-Brabant)	Infant/jonge kinderen: beperkt aanbod Verslaving: <ul style="list-style-type: none"> Vroeginterventie bij moeders met een drugsproblematiek Vroegdetectie en vroeginterventie: groepsaanbod voor jongeren Kinderen van ouders met psychische/afhankelijkheidsproblemen (KOPP/KOAP): vroegdetectie en vorming VDIP: vroegdetectie en vroeginterventie bij psychose en andere ultrahigh risk problematieken (14-25 jaar) Schooluitval

2.1 BRU-STARS (Brussel)

BRU-STARS focust op de geestelijke gezondheid van baby's en jonge kinderen door gezinnen met kinderen tot vier jaar te ondersteunen. Daarnaast bieden zij coaching en consult aan hulpverleners die betrokken zijn bij de zorg voor deze doelgroep.

2.2 LIGANT (Limburg)

LIGANT heeft een infantwerking met de nadruk op vroegdetectie. Hierbij zet men in op sensibilisering en deskundigheidsbevordering van professionelen zoals artsen, vroedkundigen, verpleegkundigen, sociaal werkers en psychologen, en biedt men ook ondersteuning aan deze hulpverleners.

Op vlak van verslaving is er een groepsaanbod voor jongeren die worstelen met middelenmisbruik en gamen. Voor kinderen van ouders met psychische problemen of afhankelijkheidsproblemen voorziet LIGANT in een groepsaanbod voor verschillende leeftijdsgroepen (6-10, 11-14, +15 jaar).

De VDIP-werking (vroegdetectie en vroeginterventie bij psychose) omvat vroegdetectie, vroeg-interventie en assertieve zorg bij psychose voor jongeren (14-23 jaar). Om dit te faciliteren zet LIGANT ook in op vorming en ondersteuning van hulpverleners.

Het aanbod voor jongeren met een eetstoornis bestaat uit een groepsaanbod rond obesitas en liaisonwerking. Daarnaast worden intermediairs worden ondersteund bij vragen rond vroegdetectie of bij consultvragen, in samenwerking met Eetexpert. Rond suïcide biedt men consulten en advies aan professionelen.

2.3 PANGG (Antwerpen)

Bij PANGG gaat de VDIP-werking breder dan psychose alleen, en wordt die omschreven als vroegdetectie en -interventie bij psychose of psychiatrische problemen bij jongeren (14-23 jaar). PANGG zet in op ondersteuning van en samenwerking met de 0^{de} en 1^e lijn, zoals scholen, het CLB, zorgleerkrachten, huisartsen etc., in samenwerking met Crosslink. Voor verslaving biedt men vroegdetectie en -interventie (16-23 jaar) aan, waarbij men ouders actief probeert te betrekken in het zorgtraject.

2.4 RADAR (Oost-Vlaanderen)

RADAR voorziet vroegdetectie en -interventie voor baby's en jonge kinderen, inclusief kinderen van drugsverslaafde ouders, vanaf conceptie tot de leeftijd van vier jaar. Daarnaast werkt men rond verslaving aan de hand van vroeginterventie bij druggebruikende ouders met kinderen tot twaalf jaar, en rond psychose en middelengebruik in de VDIP-werking (14-25 jaar). Voor wat betreft het aanbod vroeginterventie, besteedt RADAR bijzondere aandacht aan het betrekken van de ouders, vrienden of context van kinderen en jongeren. Daarnaast zet RADAR in op de ondersteuning van intermediairs, zoals huisartsen, psychologen, het OCMW, kinderdagverblijven, opvangcentra, enzovoort.

2.5 WINGG (West-Vlaanderen)

Bij WINGG bestaat de werking voor baby's en jonge kinderen uit vroegdetectie en sensibilisering. Daarnaast ondersteunt WINGG kinderen (tot 14 jaar) van druggebruikende ouders en geeft men

vormingen aan jongeren met beginnend druggebruik, waarbij de ouders en context van de jongeren betrokken worden bij het zorgtraject. De VDIP-werking voorziet vroegdetectie en -interventie bij psychiatrische problemen voor jongeren (14-25 jaar), waarbij zorgverleners ook ondersteuning kunnen krijgen.

2.6 YUNECO (Vlaams-Brabant)

YUNECO heeft een beperkt aanbod voor infants en jonge kinderen, waarbij vooral ingezet wordt op ondersteuning van hulpverleners, aan de hand van telefonische begeleiding, vormingen en casusgebonden ondersteuning. Op vlak van verslaving, biedt YUNECO vroeginterventie aan moeders met een drugsproblematiek, en vroeginterventie in de vorm van een groepsaanbod voor jongeren, waarbij ouders ook betrokken worden. Er is vroegdetectie en vorming voor kinderen van ouders met psychische problemen of afhankelijkheidsproblemen, en vroegdetectie en -interventie voor psychose en andere ultrahigh risk problematieken (14-25). Ten slotte heeft YUNECO ook een werking rond schooluitval.

2.7 Algemeen: CONNECT

Voorgaand overzicht illustreert dat de zes regionale CONNECT-projecten sterk van elkaar verschillen voor wat betreft de aard van de psychische problematieken en de leeftijdsgroepen waarop men zich richt, het stadium waarin de problematiek van de doelgroep zich bevindt, de toegepaste methodieken en de plaats in het geestelijke gezondheidslandschap waarbinnen de methodieken zijn ingebed.

3 Onderzoeksdoelstellingen

Dit onderzoek bestaat uit zes doelstellingen om te komen tot een wetenschappelijke onderbouwing van het CONNECT-programma:

1. Verduidelijken wat de **functie vroegdetectie/vroeginterventie** t.a.v. kinderen en jongeren met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen (en hun context) inhoudt op basis van wetenschappelijke bronnen.
2. In kaart brengen welke (inter-)nationale **evidence-based praktijken** inzetbaar zijn voor vroegdetectie/vroeginterventie t.a.v. kinderen en jongeren met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen (en hun context) in de GGZ en die voldoende generiek zijn (i.e. de verschillende psychotherapeutische stromingen overstijgen). Praktijken op het niveau van de kinderen/jongeren en hun context (micro), de GGZ-organisatie (meso) en de regio/GGZ-netwerk (macro) worden mee in rekening genomen.
3. **Aftoetsen bij de CONNECT-projecten** in welke mate de geïdentificeerde *evidence-based* praktijken bruikbaar en relevant zijn in het kader van het CONNECT-programma.
4. **Aanbevelingen ontwikkelen** over relevante *evidence-* en *practice-based* praktijken en die een kader kunnen bieden bij de voortzetting en heroriëntering van de zes CONNECT-projecten.
5. Een **aanzet tot indicatoren** ontwikkelen die toelaten om zicht te krijgen op de kenmerken van de gebruikers, het concreet zorgaanbod en een aanzet tot indicatoren om de heroriëntering van de CONNECT-projecten in de toekomst op te volgen.

6. Onderzoeken hoe de zes projecten zullen starten met het **optimaliseren van hun aanbod in functie van de ontwikkelde aanbevelingen.**

Hoofdstuk 2

Methode

In januari 2023 is er gestart met een literatuurstudie van de internationale wetenschappelijke literatuur in het kader van onderzoeksdoelstellingen 1 en 2: (1) de functie vroegdetectie/vroeginterventie t.a.v. kinderen en jongeren met beginnende psychische klachten (en hun context) verduidelijken, en (2) (inter-)nationale generieke evidence-based praktijken voor vroegdetectie/vroeginterventie t.a.v. kinderen en jongeren met beginnende psychische klachten (en hun context) in de GGZ in kaart brengen. Vervolgens zijn in april 2023 twee denknamiddagen gehouden met stakeholders uit de praktijk, en is er in mei 2023 een aparte focusgroep gedaan met de twee betrokken koepelorganisaties in het kader van onderzoeksdoelstelling 3: de geïdentificeerde evidence-based praktijken aftoetsen bij de CONNECT-projecten. Op basis van de op evidentie gebaseerde en op praktijk gebaseerde informatie die op deze wijze verzameld is, zijn aanbevelingen ontwikkeld - en in juni 2023 gefinaliseerd - voor de hertekening van het CONNECT-programma door de Vlaamse overheid (onderzoeksdoelstelling 4).

Vervolgens is in juli 2023 gestart met een tweede literatuurstudie waarin een overzicht is gemaakt van de relevante internationale wetenschappelijke en grijze literatuur rond indicatoren voor vroegdetectie en vroeginterventie. Na een brainstormronde hebben de onderzoekers een longlist opgesteld op basis van (1) de resultaten van de literatuurstudie, (2) de principes van de aanbevelingen voor de heroriëntering van het CONNECT-aanbod en (3) de kadernota van het Departement Zorg uit juli 2023, waarin de toekomstige heroriëntering van het CONNECT-programma door de Vlaamse overheid wordt toegelicht (onderzoeksdoelstelling 5). In september 2023 is vervolgens een focusgroep gehouden met stakeholders uit de CONNECT-projecten. Daarin is enerzijds nagegaan welke cruciale veranderingen volgens de netwerken moeten doorgevoerd worden en welke obstakels ze voorzien bij de heroriëntering van CONNECT (onderzoeksdoelstelling 6). Anderzijds is feedback gevraagd op de longlist van indicatoren (onderzoeksdoelstelling 5). Daarnaast organiseerden de onderzoekers drie werkvergaderingen met experts inzake indicatoren, om het voorstel voor indicatoren te finaliseren. Op basis van de focusgroep met de stakeholders, de input van de experts en de expertise van de onderzoekers werd ten slotte in november 2023 een aanzet tot een lijst van indicatoren gefinaliseerd, in de vorm van een *longlist* en een *shortlist*. De *shortlist* doet een voorstel van need-to-know indicatoren om de heroriëntering van het CONNECT-aanbod op te volgen (onderzoeksdoelstelling 5).

In hetgeen volgt worden alle onderdelen van de methode gedetailleerd toegelicht.

1 Literatuurstudie

Deze studie geeft een overzicht van de internationale wetenschappelijke literatuur rond vroegdetectie en vroeginterventie (VDVI) bij kinderen en jongeren met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen. Naast een systematische analyse van de internationale wetenschappelijke reviews, werden specifieke searches uitgevoerd en werd de grijze literatuur rond VDVI doorgenomen.

1.1 Systematische search

Deze literatuurstudie volgt de methodiek van de scoping review, om tot de kernconcepten van vroegdetectie en vroeginterventie bij kinderen en jongeren te komen door een kennissynthese te maken van de wetenschappelijke literatuur.^{8,9} In deze studie hebben we ervoor gekozen om de focus te leggen op reviews, systematische reviews en meta-analyses, om het hoogste niveau van evidentie te kunnen waarborgen en in de beperkte tijdspanne van het onderzoek de belangrijkste inzichten te kunnen samenbrengen.

De databanken PubMed, Web of Science en PsycArticles werden geselecteerd voor de zoekopdracht, omdat deze databanken het relevantst zijn voor de onderzoeksvragen, aangezien ze de wetenschappelijke literatuur uit de biomedische, sociale en gedragswetenschappen omvatten. Andere databanken, zoals ERIC en CINAHL, werden niet weerhouden wegens hun focus op andere onderzoek domeinen, zoals onderwijs- of verpleegkundig onderzoek.

Aan de hand van onderzoeksdoelstelling 1 en 2 werd de zoekstring opgesteld, die bestond uit drie luiken: psychische problemen (zie groen gedeelte in de zoekstring hieronder), vroegdetectie/vroeginterventie (zie blauw gedeelte) en het framework/model voor deze zorgfunctie (zie paars gedeelte). De zoektermen werden uitgebreid getest, met behulp van MeSH-termen en zoektermen uit de wetenschappelijke literatuur, en gecombineerd met Booleaanse operatoren (AND, OR), om tot volgende finale zoekstring te komen:

```
(("mental health"[Title/Abstract] OR "mental disorder"[Title/Abstract] OR "mental problem"[Title/Abstract] OR "psychiatr*"[Title/Abstract]) AND ("indicated prevention"[Title/Abstract] OR "targeted prevention"[Title/Abstract] OR "early intervention"[Title/Abstract] OR "early detection"[Title/Abstract] OR "early treatment"[Title/Abstract] OR "early help"[Title/Abstract] OR "primary prevention"[Title/Abstract] OR "selective prevention"[Title/Abstract] OR "method"[Title/Abstract] OR "practice"[Title/Abstract]) AND ("framework"[Title/Abstract] OR "definition"[Title/Abstract] OR "concept*"[Title/Abstract] OR "policy"[Title/Abstract] OR "govern*"[Title/Abstract] OR "reform*"[Title/Abstract] OR "model"[Title/Abstract] OR "implementation"[Title/Abstract])
```

Daarnaast werden de resultaten gefilterd op type publicatie (review, systematische review of meta-analyse) en op de leeftijdsgroep die werd onderzocht (infant t.e.m. jongvolwassene). Aangezien Web of Science niet over leeftijdsfilters beschikt, werd hier een extra luik aan de zoekstring toegevoegd:

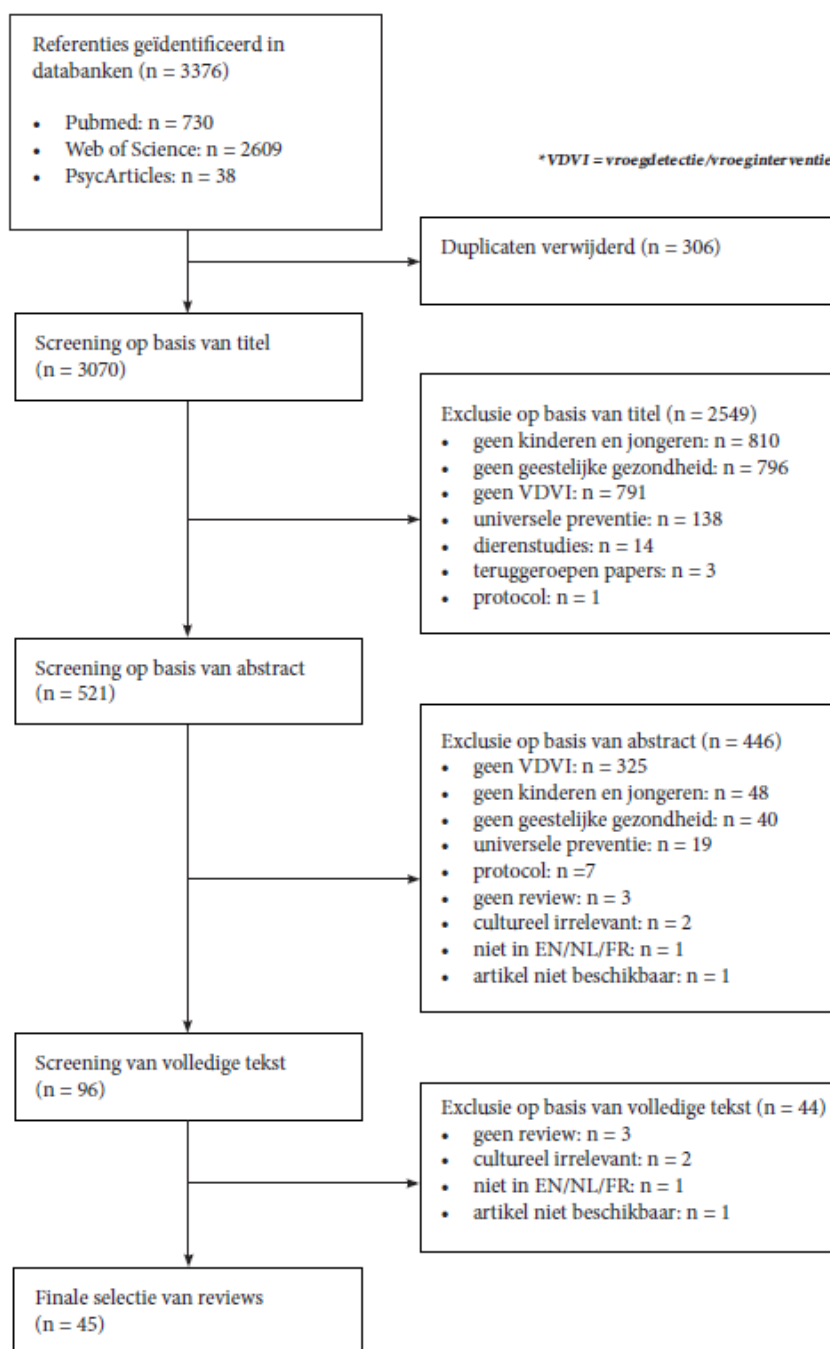
```
AND (((((((((TS=(infant)) OR TS=(child*)) OR TS=(adoles*)) OR TS=("young person")) OR TS=("young people")) OR TS=("young adult")) OR TS=(youth)) OR TS=(baby)) OR TS=(babies))
```

(weergegeven zoals opgebouwd in Web of Science)

De bovenstaande parameters leverden in totaal 3376 reviews op (PubMed: 730, Web of Science: 2609, PsycArticles: 38), waarvan 306 duplicaten. Onderzoeksdoelstellingen 1 en 2 vormden de basis voor de inclusiecriteria: studies rond geestelijke gezondheid bij kinderen en jongeren, gericht op vroegdetectie en -interventie bij startende psychische symptomen en/of een opstapeling van risicofactoren voor

psychische problemen, en gepubliceerd sinds 2010 (om zo de meest recente bevindingen mee te nemen) tot en met januari 2023, gepubliceerd in het Engels, Nederlands of Frans. De artikels werden eerst gefilterd op basis van titel, waarbij 2549 reviews werden geëxcludeerd, en daarna aan de hand van het abstract, waarbij 424 reviews werden uitgesloten. Bij de 96 resterende reviews werd de volledige tekst gescreend op relevantie, om zo tot een finale selectie van 45 reviews te komen voor de literatuurstudie (zie Figuur 1).

Figuur 1 Overzicht van het selectieproces tijdens de literatuurstudie



In de volgende fase van de scoping review - de data-extractie - werden uit elke review volgende gegevens verzameld: risicofactoren voor psychische problemen bij kinderen en jongeren, knelpunten of

drempels om toegang te vinden tot geestelijke gezondheidszorg, *evidence-based* methodes rond vroegdetectie/vroeginterventie bij kinderen en jongeren met beginnende psychische klachten (en hun context), algemene achtergrondinformatie en aanbevelingen m.b.t. generieke goede praktijken en principes, of belangrijke bemerkingen bij vroegdetectie en vroeginterventie bij kinderen en jongeren. *Evidence-based* methodes werden geselecteerd als er minimum een medium effectgrootte¹ voor deze methodiek werd gerapporteerd, of als een grootschalige, wetenschappelijk solide studie (getest in een grote groep deelnemers, bij voorkeur in gerandomiseerde klinische trial) deze methodiek verder kon onderbouwen.

1.2 Grijze literatuur

Naast de wetenschappelijke literatuur bevat deze studie ook inzichten uit de grijze literatuur. Hiervoor werden rapporten van toonaangevende internationale organisaties doorgenomen om de relevante inzichten rond vroegdetectie en vroeginterventie voor de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren mee te nemen. Deze studie omvat inzichten uit rapporten van de Verenigde Naties, World Health Organization (WHO), National Health Service (NHS, Verenigd Koninkrijk), The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, Public Safety Canada, Substance Abused and Mental Health Services Administration (Verenigde Staten).

Daarnaast kwamen in de denknamiddagen ook enkele publicaties naar voren die relevant zijn voor de praktijk in Vlaanderen en die om die reden ook in het luik van de grijze literatuur zijn ondergebracht.

1.3 Extra zoekopdrachten

Naar aanleiding van de resultaten van de *scoping* review en van de denknamiddagen werd een tweede, beperkte search uitgevoerd over specifieke onderwerpen. Hierbij werd steeds gefilterd op reviews, systematische reviews en meta-analyses. Zoals in de voorgaande search, werd in Web of Science een extra zoekstring toegevoegd rond leeftijd, en in PubMed gefilterd op leeftijd (zie 1.1). De meest recente artikels met een overzicht van de onderzoeksliteratuur m.b.t. de specifieke vragen zijn vervolgens geselecteerd om toe te voegen aan de literatuurstudie. In totaal betreft dit 16 reviews.

1.3.1 Kortdurende zorg en getrapte zorgmodellen

Om de specifieke vragen rond kortdurende zorg en het gebruik van getrapte zorg (“stepped care”) verder te kunnen beantwoorden, werd in Web of Science en PubMed gericht gezocht met volgende zoekstrings:

- ("short-term intervention"[Title/Abstract]) AND ("mental health"[Title/Abstract] OR "psych*"[Title/Abstract])
- ("stepped care"[Title/Abstract]) AND ("mental health"[Title/Abstract] OR "psych*"[Title/Abstract])
- ("stepped-care"[Title/Abstract]) AND ("mental health"[Title/Abstract] OR "psych*"[Title/Abstract])

¹ De effectgrootte wordt ook wel de praktische significantie genoemd: deze maat geeft aan hoe betekenisvol het verschil tussen twee groepen (bijvoorbeeld met versus zonder therapie) is

- ("matched care"[Title/Abstract]) AND ("mental health"[Title/Abstract] OR "psych*"[Title/Abstract])

Na deze search werden 5 reviews weerhouden.

1.3.2 Risico op psychose

Om na te gaan of kinderen van ouders met (een voorgeschiedenis van) psychose een verhoogd risico hebben om zelf een psychose door te maken, werd in Web of Science en PubMed gericht gezocht met volgende zoekstrings:

- ((risk[Title]) AND (psychosis[Title])) AND (parents OR genetic)
- ((risk[Title]) AND (psychosis[Title])) AND (parents OR genetic OR "family history")
- ((risk[Title]) AND (psychosis[Title])) AND (parent* OR genetic OR "family history")
- ((risk[Title]) AND (psychosis[Title])) AND (parent* OR gene* OR "family history")

Na deze search werden 3 reviews weerhouden.

1.3.3 Age of onset

Om na te gaan op welke manier de *age of onset*, de leeftijd waarop de psychische problemen starten, een rol zou kunnen spelen in het bepalen van de doelgroep voor CONNECT, werd in Web of Science en PubMed gericht gezocht met volgende zoekstring:

- (("age of onset"[Title/Abstract]) AND ("mental"[Title/Abstract])) AND ((child[Title/Abstract] OR adoles*[Title/Abstract])) + filter: 2010-2023 + filter: Review, Systematic Review, Meta-analysis

Van deze search werden 4 reviews weerhouden. Daarnaast werd voor dit onderwerp specifiek gezocht in de grijze literatuur, waarbij 2 publicaties werden weerhouden.

1.3.4 Gebruik van cognitieve gedragstherapie bij beginnende symptomen van angststoornissen en psychose

Om na te gaan of cognitieve gedragstherapie een evidence-based praktijk is voor beginnende symptomen van angststoornissen en psychose, werd in Web of Science en PubMed gericht gezocht met volgende zoekstrings:

- ("early intervention in psychosis") AND (CBT[Title/Abstract])
- ("psychosis") AND (CBT[Title/Abstract])
- ("anxiety") AND (CBT[Title/Abstract])
- ("anxiety"[Title/Abstract]) AND ("CBT"[Title/Abstract])
- (("anxiety"[Title/Abstract]) AND ("CBT"[Title/Abstract])) AND ("treatment" OR "intervention")
- (("anxiety"[Title/Abstract]) AND ("CBT"[Title/Abstract])) AND ("early treatment" OR "early intervention")
- ((CBT[Title/Abstract]) AND ("moderate anxiety") AND ("early intervention" OR "early treatment" OR "attenuated"))
- ((CBT[Title/Abstract]) AND ("anxiety") AND ("early intervention" OR "early treatment"))
- ((anxiety[Title/Abstract]) AND (CBT[Title/Abstract])) AND ("early symptoms" OR "early detection" OR "early treatment" OR prevention)

Van deze search werd 1 review weerhouden.

2 Denknamiddagen

Voor deze studie zijn twee parallelle denknamiddagen georganiseerd, met als doel praktijk-gebaseerde evidentie te verzamelen over VDVI bij kinderen en jongeren met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen. Het betroffen twee fysieke samenkomsten.

2.1 Voorbereiding en deelnemers

Op basis van de literatuurstudie, de documentanalyse van CONNECT-gerelateerde documenten, en het werkoverleg tussen het voormalige Agentschap Zorg en Gezondheid en de CONNECT-projecten, werden in voorbereiding vragen opgesteld om op de denknamiddag te bespreken (zie 2.2 hieronder).

Voor de denknamiddagen werd een diverse groep aan zorgprofessionals uitgenodigd:

- Medewerkers van CONNECT: CONNECT-coördinatoren (5), netwerkcoördinatoren (5), medewerkers van specifieke projecten binnen CONNECT (2)
- Medewerkers van organisaties uit het brede zorglandschap die – vanuit hun eigen opdracht – ook expertise hebben over vroegdetectie en vroeginterventie: de werkgroep wachtlijden binnen de Staten Generaal Geestelijke Gezondheid (2), Kind & Gezin en Agentschap Opgroeien (3), Eetexpert (1), VLESP (1), VAD (1), VIVEL (1).

Hierbij werden deelnemers uitgenodigd verspreid over de verschillende netwerken, met aanwezig van RADAR (4), YUNECO (5), PANGG (2), LIGANT (2), BRU-Stars (2) en WINGG (2), waarbij experts van externe organisaties (9) uiteraard niet verbonden zijn aan een bepaalde regio. In totaal hebben 26 van de 34 uitgenodigde personen deelgenomen aan de twee denknamiddagen.

2.2 Verloop denknamiddagen

Na een inhoudelijke voorstelling van de onderzoeksresultaten uit de literatuurstudie, werden volgende vragen voorgelegd aan de deelnemers van de denknamiddagen, om hun visie en ideeën te beluisteren over hoe vroegdetectie en vroeginterventie van kinderen en jongeren met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen er idealiter zou moeten uitzien:

1. Als er keuzes moeten gemaakt worden om CONNECT een duidelijke identiteit te geven, welke **doelgroep(en)** moet(en) dan prioriteit krijgen, rekening houdend met het huidige aanbod in het GGZ-landschap?
2. Als we keuzes moeten maken rond **vindplaatsen** en samenwerking met **intermediairs**, waar moet prioritair op ingezet worden, rekening houdend met het bestaande aanbod in Vlaanderen?
3. Welke doelstellingen rond **vroeginterventie** moeten prioriteit krijgen in CONNECT, rekening houdend met het andere zorgaanbod rond vroeginterventie? Is dit gelijkaardig voor de verschillende doelgroepen?
4. Wat moet de **kernopdracht van CONNECT** zijn ten opzichte van andere actoren? Welke **lacunes** moet CONNECT opvullen?
5. Welke **andere generieke evidence-based methodieken** kunnen nog nuttig zijn in CONNECT voor de gegeven doelgroep, vindplaats en manier van werken?

Aan de deelnemers werd gevraagd om te antwoorden op de vragen zonder rekening te houden met budgetten, om zo na te denken over een aanbod vroegdetectie en vroeginterventie in de ideale situatie.

2.3 Verwerking en analyse

Op basis van de geluidsopnames tijdens de denknamiddagen werd een uitgebreid verslag opgesteld. De verslagen van de twee denknamiddagen werden daarna samengevoegd in één tekst, om zo de uitspraken te groeperen per thema.

3 Overleg met koepelorganisaties

In deze studie is ervoor geopteerd om de koepelorganisaties apart van de andere praktijk-stakeholders te bevragen. Als werkgeversorganisaties hebben ze een vorm van hiërarchische verhouding ten opzichte van bepaalde deelnemers aan de denknamiddagen. Om de kans te verhogen dat de deelnemers van de denknamiddagen vrijuit hun visies zouden delen, is er daarom voor gekozen de koepelorganisaties apart te bevragen.

3.1 Verloop en deelnemers

Op basis van de literatuurstudie en de denknamiddagen werd een draftversie van de aanbevelingen geformuleerd. Voor het overleg werden vertegenwoordigers uitgenodigd van Zorgnet-Icuro en het VVBV (Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg). Voor Zorgnet-Icuro hebben vier personen deelgenomen, en voor het VVBV drie personen. Het overleg heeft online plaatsgevonden.

Na een overzicht van de onderzoeksresultaten zijn de eerste draft-aanbevelingen voorgesteld aan de deelnemers, waarna er ruimte was voor vragen en discussie over deze draft-aanbevelingen.

3.2 Verwerking data

Op basis van de geluidsopname van dit overleg zijn de visies en opmerkingen van de deelnemers samengevat in een verslag. De deelnemers konden tot één week na de focusgroep bijkomende opmerkingen aan de onderzoekers bezorgen. Deze zijn ook verwerkt in dit verslag.

4 Opstellen van de aanbevelingen voor de herwerking van het CONNECT-programma

De resultaten van de literatuurstudie en de denknamiddagen zijn met hetzelfde gewicht samengebracht in de aanbevelingen, aangezien professionals uit de praktijk relevante input kunnen aanbrengen die (nog) niet onderzocht is, of moeilijk in een onderzoeksdesign te testen is. Deze oefening resulteerde in een apart document: [“Aanbevelingen voor de uitbouw van vroegdetectie en vroeginterventie voor kinderen en jongeren met verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen”](#). In dit document wordt de oorsprong van de aanbevelingen steeds duidelijk per aanbeveling geformuleerd, door toevoeging van:

- (L): gebaseerd op wetenschappelijke literatuur
- (D); gebaseerd op de denknamiddagen
- (LD): gebaseerd op de wetenschappelijke literatuur en de denknamiddagen

De bevindingen uit de focusgroep met de koepels hebben bijgedragen aan het opstellen van de randvoorwaarden voor de implementatie van de aanbevelingen.

5 Ontwikkeling van een voorstel van indicatoren voor de opvolging van de heroriëntering van het CONNECT-programma

In hetgeen volgt worden de methoden toegelicht die zijn gebruikt in de verschillende stappen van de ontwikkeling van de indicatoren.

5.1 Ontwikkeling van indicatoren: principes

5.1.1 Literatuurstudie, brainstorm en stakeholderbevraging

Goeie indicatoren voldoen aan het SMART-principe: ze zijn specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden.¹⁰ Bij de ontwikkeling van indicatoren start men vanuit dit principe, om vervolgens na te gaan hoe breed de scope van de monitoring moet zijn.

Men raadpleegt de internationale literatuur en databanken van indicatoren, waarna een brainstorm volgt over de indicatoren die nodig zijn. Daarna volgt een bevraging van de stakeholders en eventueel een raadpleging van bestaande data gelinkt aan de doelstelling van een project om de theoretische indicatoren hierop af te stellen.^{10,11}

In deze studie werd dit vertaald naar een literatuurstudie in de internationale wetenschappelijke literatuur en grijze literatuur (zie 5.2 Literatuurstudie), een brainstormronde (zie 5.3 Brainstormronde) en een bevraging van de stakeholders aan de hand van een focusgroep (zie 5.4 Focusgroep rond heroriëntatie en stakeholders: indicatoren).

5.1.2 Delphi-studie en pilootproject

Na het samenbrengen van deze indicatoren, kan men tot een shortlist en gedragenheid rond de indicatoren komen door raadpleging van experts in een Delphi-studie, waarbij de relevantie, meetbaarheid en haalbaarheid van de shortlist geëvalueerd moet worden. Dit is een erkende methode om consensus na te gaan bij een panel van stakeholders rond een onderwerp waarover verschillende visies (kunnen) bestaan. De Delphi-methode bestaat uit een herhaalde bevraging die in twee of drie rondes plaatsvindt. Elke deelnemer vult een vragenlijst in en krijgt feedback over het geheel van de antwoorden (op basis van een eerste analyse). Met deze informatie in het achterhoofd vult elk panellid opnieuw een vragenlijst in, dit keer met duiding bij de standpunten die werden ingenomen. De panelliden leren zo van elkaars standpunten en kunnen op basis daarvan hun mening bijstellen, maar dan zonder de ongewenste beïnvloeding die bij een face-to-face-aanpak kan optreden. De uitkomst van de Delphistudie is consensus over welke indicatoren kunnen gebruikt worden.^{10,11}

Daarna is het aanbevolen om de indicatoren uit te testen in een pilootproject, waarbij men de indicatoren registreert voor een bepaalde periode (bijvoorbeeld een of twee jaar), om zo na te gaan welke aanpassingen nodig zijn om met de indicatoren te meten wat moet gemeten worden.^{10,11}

Gezien het gegeven tijds kader van dit onderzoeksproject vallen de Delphi-studie en de pilootfase niet binnen de opdracht van het SWVG-onderzoek. Deze studie bevat wel een eerste bevraging van experts (zie 5.5 Werkvergaderingen met experts) om een aanzet tot een shortlist van indicatoren te kunnen opstellen.

5.2 Literatuurstudie

De literatuurstudie over de indicatoren richtte zich op informatie over de types indicatoren, richtlijnen om bruikbare indicatoren te ontwikkelen, en wetenschappelijk onderzochte indicatoren voor de GGZ bij kinderen en jongeren. Hierbij lag de nadruk vooral op procesindicatoren, structuur- en output-indicatoren. Dergelijke indicatoren kunnen de heroriëntatie van het CONNECT-programma binnen de GGZ-netwerken voor kinderen en jongeren monitoren en registreren, in lijn met de doelstellingen van het onderzoek.

In de wetenschappelijke databanken PubMed en Web of Science werd gezocht met de volgende zoekstring, met de filter 'Review' en '2010-2023':

- “mental health indicators” OR “mental wellbeing indicators” OR “mental health service indicators” – met filters: Child (Birth – 18) en Adolescent (13-18 years)
- “mental health indicators” AND (child OR adolescent)
- “mental health indicators” AND “process indicator”
- ‘mental health services’ AND (‘quality indicator’ OR ‘quality measure’ OR ‘performance indicator’ OR ‘process indicator’ OR ‘benchmarking’)
- (“mental health services” OR “mental health”) AND (“quality indicator” OR “quality measure” OR “performance indicator” OR “process indicator” OR benchmarking)
- ((PROMS[Title/Abstract] OR PREMS[Title/Abstract] OR ROM[Title/Abstract]) AND (“early detection”[Title/Abstract] OR “early intervention”[Title/Abstract])) AND (“mental health”)

Daarna werd de zoekopdracht uitgebreid, zonder de filters rond publicatievorm en tijdspanne:

- (“performance indicators”) AND (“assertive community treatment” OR “early intervention” OR “early detection”) AND (“mental health”)
- (((“performance indicators”[Title/Abstract] OR “quality indicators”[Title/Abstract]) AND (outreach[Title/Abstract] OR “assertive community treatment”[Title/Abstract])) AND (“mental health”)
- ((PROMS[Title/Abstract] OR PREMS[Title/Abstract] OR ROM[Title/Abstract]) AND (“early detection”[Title/Abstract] OR “early intervention”[Title/Abstract])) AND (“mental health”)

Daarnaast werd relevante grijze literatuur geraadpleegd, onder andere van toonaangevende internationale organisaties zoals de World Health Organisation en United Nations, en daarnaast nationale rapporten van onder andere NIVEL, het Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin, en het voormalige Steunpunt Beleidsrelevant Onderzoek.

5.3 Brainstormronde

De voorlopige lijst van indicatoren werd verder aangevuld met indicatoren na een brainstorm onder de onderzoekers, en aansluitend op de kadertekst van het voormalige Agentschap Zorg en Gezondheid waarin de toekomstige heroriëntering van het CONNECT-programma door de Vlaamse overheid wordt toegelicht. Zodoende zijn de indicatoren verder afgestemd op de beoogde doelstellingen (onderzoeksdoelstelling 4 en 5, zie Hoofdstuk 1: 3).

5.4 Focusgroep over de heroriëntatie van het CONNECT-programma en de ontwikkeling van de indicatoren: stakeholders

Op basis van de longlist van de indicatoren, bekomen na literatuurstudie en brainstorm, werd een focusgroep georganiseerd met stakeholders betrokken bij de CONNECT-werking, om input te vragen over indicatoren die helpend kunnen zijn om de heroriëntering van CONNECT te faciliteren en te monitoren. Tijdens deze focusgroep werd de heroriëntatie van CONNECT ook besproken, om na te gaan welke cruciale veranderingen zouden moeten doorgevoerd worden om het CONNECT-programma te heroriënteren, en welke obstakels de netwerken voorzien.

Hiervoor werden de netwerkcoördinatoren, de directeurs van de penhoudende Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en teamverantwoordelijken van de CONNECT-teams uitgenodigd. De zes netwerken waren vertegenwoordigd op de focusgroep. Het betrof een fysieke samenkomst. Vooraf is aan alle deelnemers (n = 12) een overzicht bezorgd van de vragen die gesteld zouden worden op de focusgroep, en een lijst met het voorstel van indicatoren.

Volgende vragen zijn aan de deelnemers voorgelegd:

Deel 1: heroriëntatie van CONNECT:

- Wat zijn de cruciale veranderingen die de netwerken moeten doorvoeren om de verschillende functies van het vernieuwde CONNECT-programma te kunnen uitvoeren? (op vlak van doelgroep, VDVI, en organisatie).

Deel 2: indicatoren voor CONNECT:

- Welke van de voorgestelde indicatoren zijn essentieel?
- Welke van de voorgestelde indicatoren zijn overbodig?
- Welke van de voorgestelde indicatoren zijn aan te passen?
- Welke indicatoren moeten toegevoegd worden?

Op basis van de notities van de onderzoekers tijdens de focusgroep en de opnames van de focusgroep werd een samenvatting van de feedback van de deelnemers opgesteld (zie Hoofdstuk 6: 1 en Hoofdstuk 7: 2). Gelijkaardige stellingen werden samengebracht en samengevat, en de data werden geanonimiseerd.

5.5 Werkvergaderingen met experts

Naast een focusgroep met de stakeholders, werden ook werkvergaderingen met experts inzake indicatoren georganiseerd, om de longlist aan hen voor te leggen en hun input hierover te vragen.

In drie afzonderlijke vergaderingen werden respectievelijk twee experts van het Agentschap Opgroeien, drie experts van het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) en een academisch expert, prof. dr. Koen Hermans van LUCAS KU Leuven bevestigd. Tijdens de vergaderingen is steeds de kadernota van het voormalige Agentschap Zorg & Gezondheid toegelicht en werden de indicatoren doorgenomen, om zo advies van de experts te verkrijgen. Op basis van de notities van de onderzoekers tijdens de vergaderingen en de opnames van de vergadering werd een samenvatting van de feedback van de experts opgesteld. Gelijkaardige stellingen werden samengebracht en samengevat, en de data werden geanonimiseerd (zie Hoofdstuk 7: 3).

5.6 Feedback van de stuurgroep

De lijst met indicatoren is ten slotte voorgelegd aan de stuurgroep, waarbij de stuurgroepleden suggesties deden om de lijst uit te breiden of aan te passen. Nieuw voorgestelde indicatoren werden weerhouden en toegevoegd indien hiervoor een wetenschappelijke studie kon gevonden worden met evidentie ter ondersteuning van de betreffende indicator.

Hoofdstuk 3

Bevindingen uit de literatuurstudie over risicogroepen, toegang tot de geestelijke gezondheidszorg, evidence-based methodieken en aanbevelingen voor vroegdetectie en vroeginterventie bij kinderen en jongeren

Op basis van bevindingen uit de literatuurstudie geeft dit hoofdstuk een overzicht over de risicofactoren gelinkt aan psychische problemen bij kinderen en jongeren, en van de risicofactoren gelinkt aan een bepaalde leeftijdscategorie of problematiek. Daarnaast worden de belangrijkste barrières die toegang tot de GGZ bemoeilijken besproken, met extra aandacht voor de rol van community mental health. Tenslotte behandelt dit hoofdstuk de evidence-based praktijken die zinvol zijn voor een aanbod rond vroegdetectie en vroeginterventie.

1 Risico op mentale problemen bij kinderen en jongeren

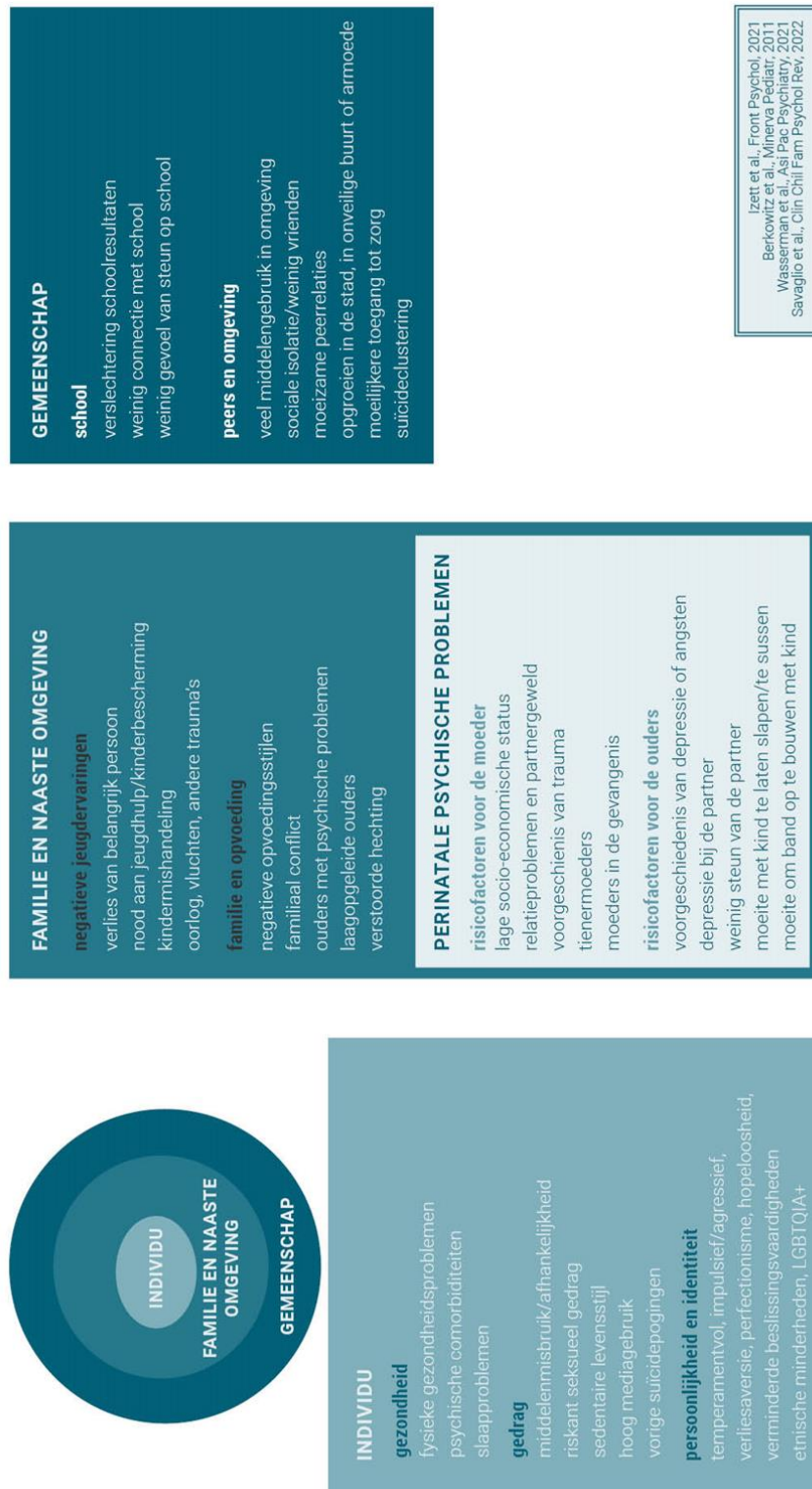
Om de doelgroep voor een aanbod vroegdetectie en vroeginterventie te bepalen, is het belangrijk in te schatten welke groepen het meeste risico lopen om psychische problemen te ontwikkelen. Hieronder volgt een overzicht van de belangrijkste risicofactoren uit de internationale literatuur, en de risicofactoren gelinkt aan leeftijdscategorieën en problematieken.

1.1 Risicofactoren

De wetenschappelijke literatuur rapporteert een aanzienlijk aantal risicofactoren voor de ontwikkeling van psychische problemen bij kinderen en jongeren. Er zijn verschillende manieren om deze te groeperen en bevattelijk over te brengen, waarbij deze studie kiest voor een indeling volgens een socio-ecologische insteek. Hierbij start het model met de factoren op het niveau van het individu zelf en gaat daarna steeds verder weg van het individu. Deze literatuurstudie werkt met drie niveaus: het individu, de familie en naaste omgeving, en de gemeenschap (die de school, *peers* en algemene omgeving omvat). Figuur 2 geeft een overzicht van de gerapporteerde risicofactoren in de internationale wetenschappelijk literatuur, die hieronder verder toegelicht worden.

Risicofactoren zijn vaak gelinkt aan elkaar, zoals bijvoorbeeld een lage socio-economische status vaak samengaat met slechtere schoolresultaten en familiaal conflict. Ook neemt het risico op psychische problemen toe wanneer het aantal risicofactoren toeneemt; dit cumulatief effect is het meest uitgesproken bij het psychisch welzijn van baby's en jonge kinderen, en bij het risico op psychose.^{12,13}

Figuur 2: Risicofactoren voor de ontwikkeling van psychische problemen volgens een socio-ecologische insteek:



De risicofactoren uit de wetenschappelijke literatuur zijn ingedeeld volgens een socio-ecologisch model met drie niveaus: hierbij worden de risicofactoren gegroepeerd op het niveau van het individu, de familie en naaste omgeving, en de gemeenschap. Psychische problemen bij de ouders verhogen het risico op psychische problemen bij hun kinderen sterk, zeker in de eerste levensjaren, het witte kader beschrijft de factoren die het risico voor de ouders bepalen.

1.1.1 Risicofactoren op het niveau van het individu

Algemene gezondheid maakt een belangrijk onderdeel uit van het risico op psychische problemen. Studies rapporteren dat fysieke gezondheidsproblemen bij baby's en jonge kinderen dit risico verhogen.¹³ Ook vergroot slaapttekort bij jongeren het risico op suïcidaal gedrag.⁷ Veranderingen in slaappatroon zijn geassocieerd zijn met bipolaire stoornissen.^{14,15} Psychische problemen die reeds aanwezig zijn, vergroten de kans op andere psychische problemen: zo zijn co-morbide gedragsproblemen of ADHD geassocieerd met middelenmisbruik, co-morbide angstproblematiek of depressie aan bipolaire stoornissen of middelenmisbruik, en vertienvoudigt elke aanwezigheid van psychiatrische problemen (met DSM-diagnose) het risico op suïcidaal gedrag.¹⁴⁻¹⁶

Naast gezondheid is het **gedrag** van kinderen en jongeren bepalend. Middelenmisbruik en afhankelijkheid zijn geassocieerd met een verhoogd risico op bipolaire stoornissen, waarbij roken, drug- en alcoholgebruik ook het risico op suïcidaal gedrag vergroten.^{14,15} Studies melden ook specifiek het gebruik van antidepressiva als risicofactor voor het ontstaan van bipolaire stoornissen.¹⁵ Cannabisgebruik vergroot de kans op psychose, waarbij een dosisgerelateerd risico wordt gerapporteerd.¹² Naast middelengebruik verhogen riskant seksueel gedrag, een sedentaire levensstijl, vorige suïcidepogingen en suïcidale ideatie, en hoog mediagebruik het risico op suïcidaal gedrag.¹⁴ Deze laatste risicofactor is ook geassocieerd met een grotere kans op posttraumatisch stressyndroom na een potentieel traumatische gebeurtenis.¹⁷

Ten slotte zijn er risicofactoren op het niveau van het individu die te maken hebben **met persoonlijkheid en identiteit**. Studies rapporteren een verhoogd risico op psychische problemen bij baby's en jonge kinderen die temperamentvol zijn.¹³ Bij oudere kinderen en jongeren zijn andere persoonlijkheidskenmerken geassocieerd met het risico op suïcidaal gedrag, zoals impulsieve of agressieve eigenschappen, perfectionisme, verminderde beslissingsvaardigheden en hopeloosheid. Daarnaast zouden personen met een verhoogde verliesaversie een hoger risico lopen: bij verliesaversie weegt een potentieel verlies zwaarder door dan potentiële winst, waardoor men zich mogelijke negatieve toekomstige gebeurtenissen nog negatiever voorstelt en de algemene waarde van het leven lager inschat.^{14,18} Ook kinderen en jongeren die behoren tot etnische minderheden of die zich identificeren als LGBTQIA+, hebben meer kans op psychische problemen.¹⁹

1.1.2 Risicofactoren op het niveau van familie en naaste omgeving

Negatieve jeugdervaringen kunnen een grote impact hebben op de psychische gezondheid van kinderen en jongeren. Het verlies van een ouder of andere significante personen vergroot de kans op suïcidaal gedrag en posttraumatisch stressyndroom sterk.^{14,17} Daarnaast lopen kinderen en jongeren die nood hebben aan jeugdhulp of kindbescherming (bijvoorbeeld door zorgwekkende thuissituaties) meer risico op psychische problemen.^{19,20} Kindermishandeling in eender welke vorm, zoals verwaarlozing, fysiek, seksueel of emotioneel misbruik, is geassocieerd met een verhoogd risico op psychische problemen, zowel op jonge leeftijd als op latere leeftijd, en vergroot ook specifiek het risico op bipolaire stoornissen en suïcide.^{13-15,20,21} Andere trauma's zoals oorlog, natuurrampen, verscheurde families en kinderen of jongeren op de vlucht verhogen het risico op psychische problemen zowel bij jonge kinderen als adolescenten, en zijn geassocieerd met psychose. Deze traumatische ervaringen hebben vooral een grote impact als de ouders zelf ook minder emotioneel beschikbaar zijn door deze gebeurtenissen.^{12,13,17,20,21} In het algemeen kunnen negatieve jeugdervaringen een versnellende factor zijn voor zelf verwoedend gedrag.¹³

Adolescenten lopen systematisch een grotere kans om blootgesteld te worden aan een potentieel traumatisch event (PTE), waarbij meisjes ook een verhoogd risico lopen om slachtoffer te worden van criminele feiten. Een potentieel traumatisch event wordt gedefinieerd als een ervaring die veel leed kan veroorzaken en mogelijk leidt tot een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Dit gaat bijvoorbeeld over blootstelling aan geweld of oorlog, natuurrampen, of het verlies van een belangrijk persoon.^{13,17} Kinderen die een PTE hebben meegemaakt hebben niet alleen een verhoogd risico op PTSS, maar ook op andere psychische problemen zoals depressie en middelenmisbruik.¹⁷

Verschillende factoren kunnen de kans op PTSS na een PTE bepalen. Zo spelen de aard en de ernst van de gebeurtenis, en van de stress en moeilijkheden na het PTE (bv. blootstelling aan triggers) een rol. Hierbij is er sprake van een “dose-exposure effect”, waarbij adolescenten die de ernstigste gebeurtenissen meemaken ook de hoogste PTSS-symptomen vertonen. Indien een familielid van de jongere ook betrokken was bij het PTE, vergroot dit het risico op ontwikkeling van PTSS.

Studies tonen aan dat een gebrek aan een sterk sociaal of familienetwerk, of verlies van een ouder of andere significante persoon de kans op PTSS vergroot. Psychische problemen of leerproblemen die al aanwezig waren voor de PTE vormen risicofactoren voor de ontwikkeling van PTSS; ook psychische problemen bij de ouders verhogen het risico. Gender is ook van belang, gezien meisjes gemiddeld genomen ernstigere PTSS-symptomen vertonen dan jongens. Ten slotte kan hoog mediagebruik het risico op PTSS verhogen.¹⁷

Naast negatieve ervaringen spelen de **familie en opvoeding** een belangrijke rol in het mentaal welzijn van kinderen en jongeren. Negatieve opvoedingsstijlen, zoals ongevoelig en overcontrolerend oudergedrag (ook wel benoemd als ‘affectionless control’), te strenge opvoeding en een algemeen negatief familieklimaat, zijn geassocieerd met een verhoogd risico op psychische problemen, zowel bij baby’s en jonge kinderen als bij adolescenten, en verhogen ook het risico op suïcidaal gedrag.^{13,14,20} Bovendien verhogen conflict tussen de ouders of scheiding het risico op psychische problemen, al vanaf jonge leeftijd.¹³ Ook kinderen van laagopgeleide ouders hebben significant meer kans op psychische problemen.^{13,21}

Daarnaast is de **mentale gezondheid van de ouders** van belang: kinderen met eerstegraadsfamilie met bipolaire stoornissen hebben een hoger risico om zelf bipolaire stoornissen te ontwikkelen.¹⁵ Kinderen van ouders met eender welke psychopathologie hebben een verhoogd risico op psychose, waarbij het effect groter is indien het over de moeder gaat en nog toeneemt wanneer het maternale psychose betreft.²² Wat betreft het risico op suïcide, kan er sprake zijn van familiale transmissie, waarbij kenmerken van ouders met suïcidaal gedrag worden doorgegeven aan de kinderen. Dit gaat enerzijds over erfelijke factoren, en anderzijds over gedragingen en omgeving, zoals familiale dynamiek (bijvoorbeeld moeilijke communicatie binnen het gezin) of gebrek aan sociaal netwerk.¹⁴

Psychische problemen bij de ouders in het algemeen, inclusief middelenmisbruik, zijn geassocieerd met psychische moeilijkheden, psychose en suïcidaal gedrag bij hun kinderen.^{12–15,20,21} Hierbij is de periode rond de geboorte en de eerste levensjaren van groot belang: in deze fase zijn psychische problemen bij de ouders en verstoorde hechting sterk geassocieerd met psychische problemen bij de kinderen.^{13,21} Zo verhoogt postnatale depressie het risico op hechtingsproblemen tussen ouder en kind, net als het risico op psychische problemen op latere leeftijd. Ook perinatale angstproblemen bij de moeder zijn geassocieerd met internaliserende stoornissen, somatische problemen en een temperament van gedragsinhibitie bij het kind.¹³ (Gedragsinhibitie uit zich als teruggetrokken of verlegen gedrag bij spannende of onbekende situaties, en is geassocieerd met een verhoogd risico op angststoornissen).²³

Aangezien psychische problemen bij ouders van jonge kinderen een grote impact hebben op de ontwikkeling van het kind, is het van belang de risicofactoren voor deze problematiek bij de ouders goed op te lijsten (zie grijze kader in Figuur 2). Bij jonge moeders met een lage socio-economische status, in een risicovolle situatie inzake partnergeweld of met relatieproblemen, vergroot het risico op perinatale psychische problemen bij de moeder. Ook tienermoeders en moeders in de gevangenis hebben een verhoogd risico. Ouders met een voorgeschiedenis van depressie of angstproblemen, ouders die weinig steun ervaren van hun partner, of ouders met een partner die een depressie doormaakt, hebben meer kans op psychische problemen. Ook moeilijkheden om een band op te bouwen met het kind, en moeilijkheden om het kind te sussen of in slaap te krijgen, verhogen het risico op psychische problemen bij de ouders.¹³

1.1.3 Risicofactoren op het niveau van de gemeenschap

Risicofactoren voor de kinderen en jongeren op het niveau van de gemeenschap hebben te maken met de school, *peers* of de algemene omgeving waarin de jongere leeft. Jongeren die weinig connectie hebben met **school**, die bijvoorbeeld weinig interesse hebben om zich in te zetten of de relevantie van school niet inzien, lopen een verhoogd risico op psychose en middelenmisbruik. Dit geldt ook voor jongeren bij wie een verslechtering van de schoolresultaten wordt opgemerkt.^{12,16} Daarnaast hebben kinderen en jongeren die weinig steun van hun school ervaren een hoger risico op suïcidaliteit.¹⁴

De impact van **peers** mag niet onderschat worden, aangezien moeizame peer relaties (bijvoorbeeld met klasgenoten), sociale isolatie en weinig vrienden risicofactoren zijn voor psychose en suïcide bij kinderen en jongeren.^{12,14,20} Bovendien lopen jongeren ook het risico om zelf middelen te gaan misbruiken, wanneer er veel *peers* in hun omgeving middelen gebruiken of misbruiken.¹⁶

Ook op vlak van suïcide spelen *peers* een rol. Suïcideclustering, waarbij suïcides of suïcidaal gedrag vaker voorkomen in de tijd of in een bepaalde gemeenschap, is vaker gemeld bij adolescenten dan bij volwassenen. Dit kan ontstaan door sociale overdracht (van persoon tot persoon of via de media), contacten tussen jongeren die risicogedrag vertonen en een sociale cohesie die ideeën of attitudes gelinkt aan suïcide kan verspreiden. Daarnaast kan er een perceptie heersen dat suïcidaal gedrag wijdverspreid is.¹⁴

Ten slotte lopen kinderen en jongeren die opgroeien in de stad, in armoede of in een onveilige buurt, meer risico op psychosociale problemen en psychose.^{20,21} Ook een lagere socio-economische status en moeilijkere toegang tot zorg, bijvoorbeeld in rurale gebieden, kan het risico op psychose en suïcide verhogen.^{12,14,20}

1.2 Risicofactoren gelinkt aan een specifieke problematiek of leeftijd

1.2.1 Baby's en jonge kinderen ("infant mental health")

Psychische gezondheid bij baby's en jonge kinderen start met een gezonde sociale en emotionele ontwikkeling. Hierbij is een kind in staat om de omgeving te verkennen en te leren, om emoties te ervaren, te reguleren en uit te drukken, en om hechte relaties op te bouwen. Deze eigenschappen kunnen het best ontwikkelen in een zorgende omgeving, die bestaat uit de familie en bredere context van het kind.^{13,24} In de eerste levensjaren is de hersenontwikkeling volop aan de gang. Studies tonen aan dat de "eerste duizend dagen", vanaf de geboorte tot ongeveer de tweede verjaardag, essentieel zijn: ervaringen in deze eerste jaren kunnen de ontwikkeling dan ook sterk beïnvloeden en een langdurige impact hebben op de gezondheid en het gedrag van het kind, zowel in positieve als in negatieve zin.²⁵

Daarom zijn de omstandigheden waarin een kind opgroeit cruciaal in het kader van mentaal welzijn.²⁴ Zo zijn, zoals eerder vermeld, psychische problemen bij de ouders rond de geboorte en de eerste levensjaren van groot belang, aangezien deze het risico op psychische problemen bij de kinderen vergroten.^{13,21}

Precursoren van psychische problemen zijn vaak al aanwezig vanaf de perinatale periode en in de jaren daarna, en baby's en peuters kunnen ook al psychische problemen ervaren.^{13,26} Bij baby's kunnen die zich uiten als hechtingsproblemen, moeilijkheden met eten of slapen, of overmatig huilen, terwijl men bij jonge kinderen externaliserende (zoals agressief, opstandig en driftig gedrag) en internaliserende problemen (zoals angst en depressie) rapporteert.^{13,27}

Psychische problemen bij baby's en peuters vormen belangrijke risicofactoren voor psychische, fysieke, cognitieve en sociale problemen op latere leeftijd. Ook lopen kinderen met psychische moeilijkheden meer risico op problemen op school en met *peers*, drugs- en alcoholproblemen, crimineel gedrag, familiaal geweld en suicide. Bovendien kunnen psychische problemen bij jonge kinderen, wanneer die niet behandeld worden, ernstiger worden op lange termijn en aanwezig blijven tijdens de adolescentie en op volwassen leeftijd.^{13,28}

De risico's die gelinkt zijn aan psychische problemen op jonge leeftijd onderstrepen het belang van deze periode, waardoor deze cruciale jaren kansen bieden voor interventies om zo het psychisch welzijn van deze doelgroep te proberen waarborgen.^{13,21,24}

1.2.2 Latentieleeftijd

Met de latentieleeftijd bedoelt men kinderen in de lagere schoolleeftijd, tussen de zes en twaalf jaar. Op basis van de beschikbare literatuur is het niet mogelijk om uitspraken te doen over de risico's verbonden aan deze ontwikkelingsfase in het kader van vroegdetectie/vroeginterventie, omdat er voor deze leeftijdscategorie weinig onderzoek is en/of dit niet gepubliceerd is. Daarnaast is het interessant om de bevindingen rond aanvangsleeftijd en prevalentie van psychische problemen bij kinderen en jongeren in overweging te nemen bij het bepalen van de doelgroep (zie 1.2.4 Aanvangsleeftijd en prevalenties).

1.2.3 Transitieleeftijd

De transitieleeftijd omvat de overgang van adolescentie naar jongvolwassenheid, tussen ongeveer 14 tot 25 jaar. Deze leeftijd gaat gepaard met veranderingen in het leven zoals zelfstandig worden, ontwikkelen van een eigen sociaal netwerk en het zoeken naar een eigen identiteit. Daarnaast is het uit onderzoek gekend dat een kwart van de psychische problemen ontstaat tussen de leeftijd van 14 en 24 jaar, wat het belang van werken met deze doelgroep benadrukt.^{3,29,30} Jongeren in de transitieleeftijd hebben nood aan een eigen aanpak en ervaren vaker moeilijkheden om de weg te vinden in het aanbod van de geestelijke gezondheidszorg dan volwassenen, waarbij de overgang van kinderen- en jongerenpsychiatrie naar volwassenpsychiatrie voor een abrupte overgang kan zorgen.^{29,30}

1.2.4 Aanvangsleeftijd en prevalenties

De aanvangsleeftijd en prevalenties van psychische problemen bij kinderen en jongeren zijn belangrijke overwegingen in het bepalen van de doelgroep voor een aanbod vroegdetectie en vroeginterventie. In de internationale literatuur hebben de studies rond aanvangsleeftijd vaak methodologische beperkingen die het moeilijk maken om tot eenduidige conclusies te komen. Zo gebruiken studies vaak

een cutoff op de leeftijd van 18 jaar, wat de resultaten kan vertekenen aangezien bepaalde psychopathologische problemen zich soms pas later ontwikkelen.³¹ Andere studies gebruiken de gemiddelde leeftijd als samenvattende statistische maat: aangezien uitschieters een zeer sterke impact hebben op het gemiddelde en bijgevolg deze maat sterk beïnvloeden, is dit geen betrouwbare manier om aanvangsleeftijdgegevens te analyseren.³²

In een recente epidemiologische meta-analyse van 192 studies rond aanvangsleeftijd maken de auteurs clusters van problematieken op basis van *peak of onset*. Hierbij valt de mediaan voor algemene aanvangsleeftijd, i.e. voor eender welke psychopathologische problemen, op de leeftijd van 14,5 jaar. Verder specificeren de auteurs de *peak age of onset* voor volgende problematieken: ontwikkelingsstoornissen (5,5 jaar), angststoornissen (5,5 jaar), obsessief/compulsieve stoornissen (14,5 jaar), eetproblemen (15,5 jaar), stressgerelateerde problemen (15,5 jaar), verslavingsproblematiek (19,5 jaar), schizofreniespectrum en psychotische problemen (20,5 jaar), persoonlijkheidsproblematiek (20,5 jaar) en stemmingsstoornissen (20,5 jaar). De onderzoekers geven zelf aan dat de studie veel beperkingen heeft, zoals heterogene datasets en onduidelijkheid over co-morbiditeiten binnen de geanalyseerde studie. Ondanks deze beperkingen pleiten de auteurs voor flexibele leeftijdsgrenzen binnen GGZ, waarbij vooral op jongere leeftijd er geen grote begrenzing zou mogen zijn voor hulpverlening. Bovendien onderstreept men dat de leeftijd van 18 jaar voor intake in volwassenenpsychiatrie artificieel is, aangezien de globale epidemiologische literatuur dit niet ondersteunt.³³

Naast de internationale literatuur is het zinvol om naar de Belgische prevalentiecijfers te kijken. Uit een rapport van Bruffaerts et al. blijkt dat 20% van de minderjarigen kampt met psychische problemen, terwijl 7 op de 10 jongeren met psychische problemen niet wordt behandeld.⁷ Daarnaast rapporteren de auteurs de mediaan van specifieke problematieken: externaliserende stoornissen (7 jaar), angststoornissen (14 jaar), alcoholstoornissen (23 jaar), stemmingsstoornissen (38 jaar). Hierbij meldt men dan 25% van de stoornissen ontstaat voor de leeftijd van 14 jaar.⁷

Uit de Nationale Gezondheidsenquête van 2018 blijkt dat de aanwezigheid van psychopathologische problemen het hoogst is in de laagste leeftijdscategorieën: voor 2-4-jarigen zou 11,7% vermoedelijk psychopathologische problemen hebben, tegenover 9% bij de 5-14-jarigen en 5,2% van de 15-18-jarigen. Het is belangrijk te vermelden dat deze cijfers gebaseerd zijn op enquêtes, die een indicatie kunnen geven, maar niet kunnen gezien worden als klinisch diagnostisch instrument.⁶

Gezien de brede spreiding van de aanvangsleeftijd van psychische problemen bij kinderen en jongeren zijn er op dit moment, op basis van de huidige literatuur en data, geen argumenten om te focussen op een bepaalde leeftijdsgroep voor vroegdetectie en -interventie.

2 Toegang tot geestelijke gezondheidszorg

Uit de literatuur blijkt dat het belangrijk is zich bewust te zijn van de obstakels die toegang tot de zorg kunnen verhinderen. Veel mensen vinden de weg naar de zorg niet of te moeilijk, en onderzoek toont aan dat kinderen en jongeren de weg steeds moeilijker vinden naarmate de ernst van hun psychische problemen toeneemt.³⁴

Het is van belang het volledige traject naar het vinden van de juiste zorg in beschouwing te nemen, aangezien verschillende factoren hierin een rol spelen, wat dan ook veel kansen biedt om toegang tot de zorg te faciliteren.

2.1 Traject om toegang te krijgen tot de geestelijke gezondheidszorg

Om toegang tot de zorg te conceptualiseren, is het van belang alle aspecten die toegang beïnvloeden te bekijken. Het model van Levesque et al. uit 2013 neemt het volledige traject richting zorg in beschouwing, van het ontstaan van de zorgnood tot de opstart van hulpverlening.^{35,36} Interventies om toegang tot de zorg te faciliteren zetten vaak maar in op een beperkt deel van dit traject (door bijvoorbeeld te focussen op bereikbaarheid, maar kennis, attitudes en hulpzoekgedrag rond geestelijke gezondheidszorg links te laten liggen). Nochtans tonen studies aan dat over de hele weg barrières aanwezig zijn die de toegang tot de zorg in het gedrang brengen.³⁶

Het model van Levesque deelt toegankelijke zorg in volgens vraag en aanbod, elk met hun eigen dimensies. De dimensies van zorgvraag en zorgaanbod interageren bovendien met elkaar, waarbij hun complexiteiten de weg naar gepaste en toegankelijke zorg kunnen bemoeilijken (zie Figuur 2).³⁵

Aan de zijde van de vraag spelen de capaciteiten van de zorgvrager om toegang tot zorg te verkrijgen een belangrijke rol. Zo is het kunnen **(h)erkennen van een zorgnood** de eerste stap, die onder andere wordt bepaald door gezondheidsgeletterdheid, verwachtingen rond GGZ en vertrouwen in zorg.³⁵ Beperkte kennis rond geestelijke gezondheid staat de toegang tot de juiste hulp dus in de weg,^{19,20,34,37} aangezien dit kan leiden tot minder herkenning van psychische problemen en minder erkenning van het belang van psychische problemen. Daarnaast worden problemen makkelijker geminimaliseerd,^{20,38} en hebben mensen met minder kennis over mentaal welzijn vaker het idee dat ze hun mentale problemen zelf moeten oplossen of er zelf wel zullen uitkomen.^{37,38} Ook de houding van familieleden tegenover geestelijke gezondheid, zoals een negatief beeld van psychische problemen, geestelijke gezondheidszorg of hulp zoeken in het algemeen kunnen de weg naar hulp verhinderen, net als negatieve persoonlijke ervaringen met geestelijke gezondheidszorg bij de jongere, of bij iemand in de familie.^{19,20,34,37}

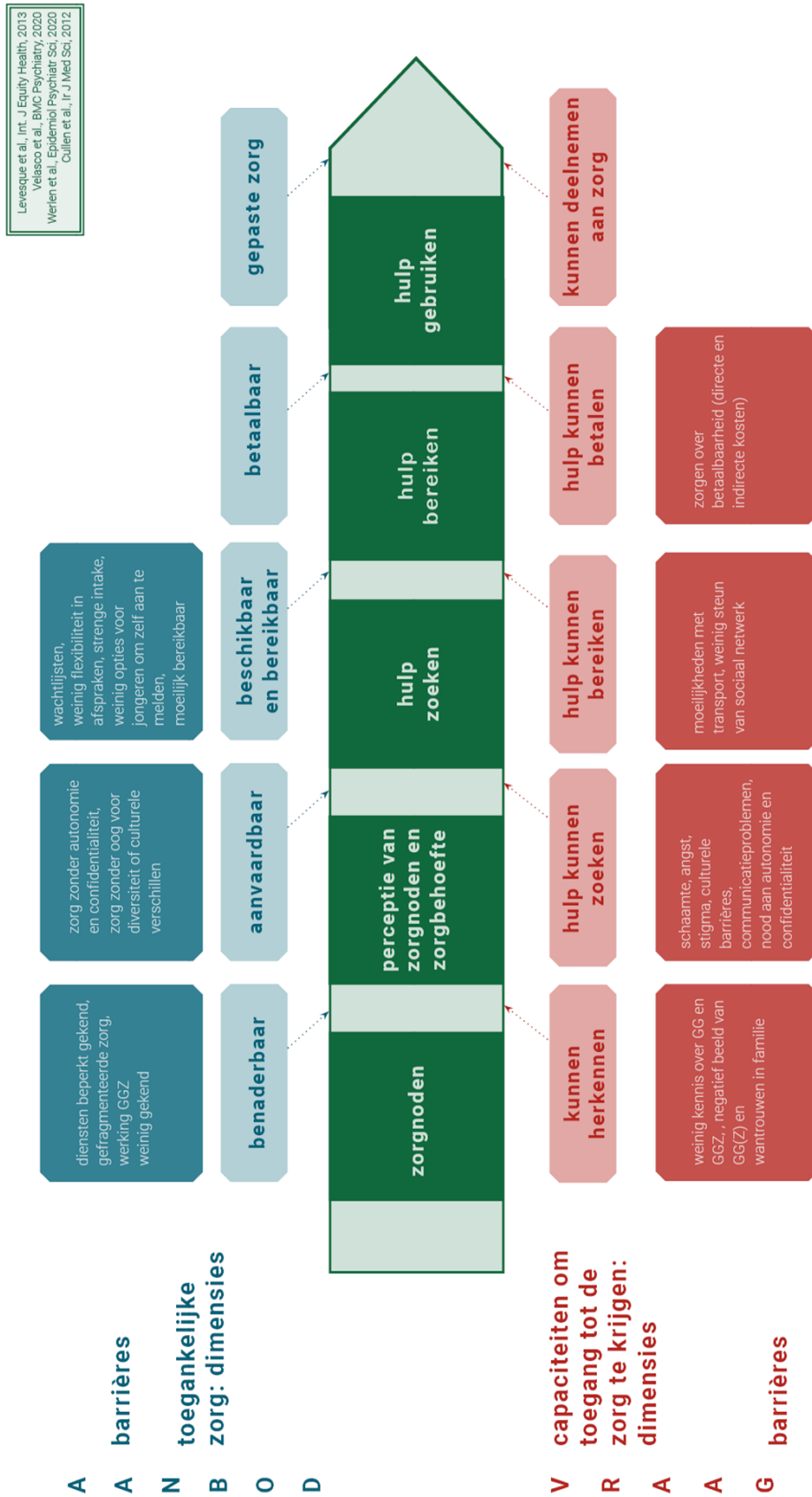
Bovendien kan schaamte (rond mentale problemen of hulp zoeken) voor persoonlijke barrières zorgen die **hulp zoeken** bemoeilijken. Hetzelfde geldt voor angst en stigma, culturele barrières, communicatieproblemen met GGZ-medewerkers en wantrouwen tegenover GGZ.^{19,34,37,38} Moeilijkheden met transport, weinig steun van het sociaal netwerk en de extra kosten die gepaard gaan met hulpverlening kunnen de **bereikbaarheid en betaalbaarheid van hulp** in de weg staan.^{19,20,34,37-39}

Aan de zijde van het aanbod zijn benaderbaarheid, aanvaardbaarheid, bereikbaarheid, beschikbaarheid, betaalbaarheid en gepaste zorg essentieel om van toegankelijke zorg te kunnen spreken. Hulpverlening is **benaderbaar** als mensen met zorgnoden zich bewust zijn van de bestaande diensten die hen kunnen helpen en oordelen dat het haalbaar is om gepaste hulp te bereiken en te ontvangen.³⁵ Studies

rapporteren dat beperkte kennis van de beschikbare diensten, fragmentatie van de zorg en weinig notie van de werking van geestelijke gezondheidszorg de benaderbaarheid van zorg belemmeren.^{19,20,34,37,39} Zorg die geen rekening houdt met de waarden, normen, cultuur, gender en diversiteit van de cliënt en zorg die geen oog heeft voor de autonomie van de cliënt en confidentialiteit is moeilijker **aanvaardbaar**³⁵ en weerhoudt jongeren ervan om hulp te zoeken.³⁴ De organisatie van de zorg kan **bereikbare en beschikbare zorg** in de weg staan, door wachtlijsten en beperkte beschikbaarheid van diensten, beperkte opties voor jongeren om zichzelf aan te melden, weinig flexibiliteit om een afspraak te maken (bv. enkel tijdens de schooluren) en door te strenge intakevoorwaarden.^{19,20,34,38,39}

In het algemeen vinden jongens, kinderen onder de twaalf jaar, kinderen en jongeren met een lagere socio-economische status, etnische minderheden en kinderen die in contact komen met justitie en politie systematisch moeilijker toegang tot de zorg.^{37,40} Ook rapporteren studies dat kinderen en jongeren met ernstigere symptomen minder de weg naar hulpverlening vinden dan doelgroepen met minder ernstige pathologie.³⁴

Figuur 3 Pathway van toegang tot de zorg (gebaseerd op model van Levesque et al 2013)



2.2 Gateway provider model: rol van intermediairs

Studies onderstrepen de nood aan een “**Gateway provider model**”, waarbij intermediairs die in gekende toegangspoorten tot de zorg werken, voorzien worden van kennis en handvaten om psychische problemen, inclusief middelenmisbruik dat vaak onder de radar blijft, te herkennen. Deze toegangspoorten bestaan naast kinder- en jeugdpsychiatrie uit de spoeddienst, ziekenhuizen, eerstelijnsverleners zoals huisartsen, jeugdhulp en sociale werkers, opvanghuizen voor dakloze en weggelopen jongeren, scholen (met voornamelijk schoolpsychologen, specifieke programma’s en het CLB) en tot slot jeugdjustitie.^{16,37,39–41}

2.2.1 Instroom via spoed of huisarts: aanbevelingen

Kinderen en jongeren die nood hebben aan geestelijke gezondheidszorg melden zich ook aan via de spoedafdeling van het ziekenhuis, hoewel hier niet altijd de juiste expertise aanwezig is, en studies aantonen dat dit de kans op stigma of slechte ervaringen vergroot. Extra ondersteuning en opleiding van spoedpersoneel zijn aangewezen, maar onderzoek rond deze belangrijke instroom richting geestelijke gezondheidszorg zijn beperkt.³⁹

Daarnaast bevinden huisartsen zich in een goeie positie om mentale problemen bij kinderen en jongeren op te pikken en kunnen zo VDVI faciliteren.³⁷ Toch worden psychische problemen nog te weinig opgemerkt. Studies tonen aan dat huisartsen te weinig gebruik maken van gestandaardiseerde screening en te weinig het gesprek rond geestelijke gezondheid aangaan met kinderen en jongeren.^{37,42} Jongeren presenteren vaak andere symptomen van mentale problemen dan volwassenen, zoals meer fysieke klachten. Ook kan de visie over mentaal welzijn verschillen tussen jongeren en de huisarts, en denken jongeren vaak dat huisartsen weinig weten over dit onderwerp, of dat hun problemen niet serieus zullen genomen worden door de huisarts.

Jongeren geven de voorkeur aan therapie ten opzichte van opvolging zonder therapeutische benadering, en hebben vaak het idee dat medicatie de voorkeur zal krijgen ten opzichte van psychotherapie, wat de drempel om hulp te vragen verhoogt.³⁷ Deze bezorgdheden die bij jongeren spelen, kunnen ook voor andere klinici van belang zijn, zoals kinderartsen of klinici op de spoedafdeling.

In de literatuur worden interventies aangehaald die de instroom naar geestelijke gezondheidszorg via de huisarts of andere klinici kunnen faciliteren. Huisartsenpraktijken kunnen meewerken aan universele screenings met vragenlijsten, en zouden meer ondersteund en getraind moeten worden door gespecialiseerde medewerkers, zodat er meer bewustwording en opleiding mogelijk is. Ook kan er ingezet worden op een praktijk die toegankelijker is voor kinderen en jongeren.^{37,42}

Studies tonen aan dat jongeren zorg als toegankelijker ervaren als die voldoet aan volgende kenmerken: niet-bedreigend, vertrouwelijk, zonder oordeel, met duidelijkheid in de regeling en verwachtingen rond hulp, met activiteiten die reflectie stimuleren, en zonder te sterk te focussen op probleemgedrag in plaats van het psychologisch proces dat jongeren doormaken. Professionelen die zich opstellen met humor, respect, eerlijkheid, en die sterke luistervaardigheden hebben, kunnen de drempel naar geestelijke gezondheidszorg verlagen. Daarnaast geven studies aan dat hulpverleners begrip moeten tonen voor maatschappelijke verwachtingen rond mannelijkheid, aangezien depressie bij jongens en mannen, en hulp zoeken, nog steeds gepaard gaat met taboes.³⁷

In de psychiatrische setting is er meer nood aan structurele screening voor middelenmisbruik. Het is belangrijk om niet enkel voorrang te geven aan psychische problemen, maar ook middelenmisbruik

aandacht te geven.⁴² Daarnaast blijft middelenmisbruik dat voorkomt zonder comorbiditeiten, zoals depressie of angstproblemen, vaker onder de radar, omdat dit minder snel herkend wordt, omdat deze jongeren minder snel hulp zoeken en omdat ouders zich vaak minder bewust zijn van het probleem dan wanneer er wel comorbiditeiten aanwezig zijn.¹⁶

2.2.2 Scholen

Scholen kunnen belangrijk zijn in toegang tot geestelijke gezondheidszorg, door info aan te bieden over hulpverlening, door de aanwezigheid van gespecialiseerd personeel op school en door leerkrachten en leerlingen op te leiden in het herkennen van psychische problemen, aangezien zij essentieel kunnen zijn in bijvoorbeeld de vroegdetectie van psychose.⁴¹

Voor de identificatie van middelenmisbruik bij adolescenten zijn scholen vaak de primaire vindplaats. Een getrappt screeningsprotocol, zoals bij het “Fast track prevention program”, kan vroegdetectie vergemakkelijken. Hierbij worden leerkrachten opgeleid en ondersteund door medewerkers van het programma, om in de eerste fase een algemene screening van hun leerlingen te doen. Bij leerlingen die weerhouden worden door verhoogd risico op problematisch gedrag, worden de ouders gecontacteerd om de screening verder te zetten. De leerlingen die na deze screening geselecteerd worden, krijgen een voorstel om in een interventietraject te stappen.¹⁶

2.2.3 Jeugdjustitie

Uit de literatuur blijkt dat adolescenten een grotere kans lopen om slachtoffer te worden van criminele feiten dan andere leeftijdsgroepen, waarbij meisjes meer risico lopen dan jongens.¹⁷ Deze jongeren vinden systematisch moeilijker toegang tot de geestelijke gezondheidszorg, net als jongeren die zelf feiten gepleegd hebben.^{16,40} Het eerste contact van deze kwetsbare doelgroep met politie of justitie biedt kansen om toeleiding naar psychosociale ondersteuning en geestelijke gezondheidszorg te organiseren. Studies tonen aan dat projecten die deze doorverwijzing systematisch inbouwen, zoals “Correct Course”, getest in een groep van 1017 jongeren, leiden tot minder toekomstige delinquentie en een verbetering van het emotioneel welzijn (medium effect). Dit programma start na eerste contact met justitie op doorverwijzing van de openbaar aanklager. Het omvat onder andere screening en assessment, waarna een centraal punt doorverwijst naar de gepaste begeleiding en eventuele geestelijke gezondheidszorg.⁴⁰ Bij de ontwikkeling van programma’s rond jeugddelinquentie en slachtofferschap zijn participatie en co-creatie essentieel om drempels weg te nemen, aangezien dit de zorg toegankelijker en inclusiever kan maken.^{29,40,41,43}

2.3 **Community mental health en outreach**

Dit onderdeel gaat in op de wetenschappelijke literatuur rond *community mental health*, waarbij men door de GGZ meer te integreren in de gemeenschap tracht de drempel te verlagen, flexibelere zorg aan te bieden en kinderen en jongeren te ondersteunen in hun vertrouwde omgeving. Aangezien dit zou kunnen bijdragen om de barrières naar de zorg te reduceren, worden hieronder de belangrijkste resultaten uit de internationale wetenschappelijke reviews toegelicht.

2.3.1 One-stop shop, levensstijlinterventies en casemanagement

Studies benadrukken het belang van “community mental health” voor de toeleiding naar de GGZ, waarbij geestelijke gezondheidszorg meer geïntegreerd wordt in de gemeenschap en in de dagelijkse leefwereld van kinderen en jongeren. In het buitenland zijn bekende voorbeelden Headspace

(Australië), Jigsaw (Ierland), Foundry (Canada), Youthspace (Engeland) en @ease (Nederland). Systematische reviews en meta-analyses rapporteren algemene effecten over de programma's heen, zoals een verbetering van het mentaal welzijn, zelfbeeld en zelfvertrouwen, en verbeterde cognitieve, sociale en interpersoonlijke vaardigheden. Daarnaast melden deze studies een verbetering van de fysieke gezondheid en vermindering van middelenmisbruik, depressieve symptomen en antisociaal gedrag.¹⁹

Gemeenschappelijke kenmerken van deze projecten zijn de brede en laagdrempelige inloop, snelle toegang tot hulp en vroege interventie, multidisciplinaire ondersteuning, geïntegreerde zorg en participatie van jongeren. In sommige programma's is er ook een online aanbod (gaande van zelfhulppakketten en coaching tot therapie) of een aanbod voor forensische doelgroepen.^{19,20,40,44,45}

Bij het concept van de **“integrated one-stop shop”** kunnen jongeren zelf binnenwandelen in een jongerenhuis, om over hun problemen te praten of hulp te vragen, waarbij diverse soorten zorg en hulp aangeboden worden op één plek om de toegang en snelle hulpverlening te faciliteren. Internationale studies rapporteren een significante reductie in symptomen, meer psychosociaal welzijn en minder hospitalisaties bij jongeren die hulp vinden via “one-stop shops”.¹⁹ (Toch zijn er nog weinig studies die dit structureel onderzoeken: verder onderzoek is aangewezen om langetermijneffecten te bekijken.) In Vlaanderen is dit concept vertaald naar de Overkophuizen, waar jongeren kunnen langsgaan om hulp te vragen, maar evengoed om tijd door te brengen of hun vrienden te ontmoeten.

Community mental health projecten werken ook met andere methodieken. Zo kunnen **levensstijlinterventies**, zoals bijvoorbeeld ondersteuning rond beweging en voeding, depressieve symptomen verminderen (groot effect).

Daarnaast is er **casemanagement**, dat werkt op basis van het *assertive community treatment (ACT)* model om flexibele zorg op maat te bieden voor jongeren met een complexere en ernstigere psychische problematiek. Een multidisciplinair team van klinici staat in voor coördinatie van de zorg, frequent contact en assertieve zorg (met onder andere huisbezoeken, praktische ondersteuning), met opvolging tussen tien en achttien maanden. Studies rapporteren een significante reductie in symptoomernst (met groot effect) en suïcidaliteit (medium effect), daarnaast werd een verbetering van psychosociaal welzijn (medium effect), een reductie van aantal opnames en een grotere kans op werk aangetoond.¹⁹

Voor deze assertieve outreachinterventie zijn enkele fundamentele principes van belang, die afgestemd moeten worden aan de noden van kinderen en jongeren die psychosociale ondersteuning nodig hebben.¹⁹ (Veel van deze principes zijn van belang voor de gehele GGZ, met uitzondering van het steeds beschikbaar zijn.) Outreach zou alomvattend, op maat en steeds beschikbaar moeten zijn, waarbij de hulpverleners vertrouwd zijn met de gemeenschap en de cultuur van de doelgroep begrijpen. Naast het proactief betrekken van de adolescent in hun omgeving, dient een grondig en multimodaal assessment te gebeuren. De jongeren hebben baat bij multidisciplinaire en geïntegreerde zorg, waarbij medewerkers openstaan voor de noden en omstandigheden van elk individu, en de hulpbronnen van de jongeren binnen hun eigen sociaal netwerk coördineren en mobiliseren. Outreachmedewerkers nemen het op voor de doelgroep en worden door hen beschouwd als een betrouwbare informatiebron, waardoor ze ook de rol van onderwijzer en rolmodel op zich kunnen nemen. Een belangrijke opmerking bij de werking van outreach betreft de specifieke doelgroep van jongeren met middelenmisbruik zonder andere psychische comorbiditeiten: deze groep vindt nog moeilijker toegang tot hulp, en de vraag dringt zich op of hiervoor een specifieke outreachinterventie nodig is.¹⁶

2.3.2 Rurale gebieden

Studies tonen aan dat schizofrenie en andere psychische aandoeningen een hogere prevalentie hebben naargelang de urbanisatiegraad stijgt.²⁰ Toch is het van belang om hulpverlening in rurale gebieden niet uit het oog te verliezen, aangezien opgroeien in afgelegen gebieden, sociale isolatie en moeilijk transport naar zorginstellingen ook het risico op psychische problemen verhogen.^{12,14,20} Het concept van de one-stop shop, zoals uitgewerkt in de Overkophuizen, is minder geschikt voor de doelgroep in rurale gebieden, door het gebrek aan anonimiteit, en de hoge diversiteit in transportmogelijkheden en afstand tot de dichtstbijzijnde hulpverlening. Studies bevelen aan om in rurale gebieden in de eerste stadia te werken via telefoongesprekken en telemedicine ('zorg op afstand', waarbij men de cliënt opvolgt via digitale weg), en de opvolging in de eerste twee jaar om de drie weken te garanderen.¹²

2.4 Co-creatie en participatie van jongeren

Participatie en co-creatie zijn een terugkerend thema in de literatuur rond geestelijke gezondheidszorg voor jongeren. Deze zijn cruciaal om zorg op maat van jongeren te kunnen aanbieden, die stigmavrij en toegankelijker is. Op deze manier wordt een optimistischere cultuur rond zorg en welzijn gecreëerd samen met de jongeren, waarbij jongeren elkaar ook ondersteunen via peer support.^{29,41,43} Zoals eerder vermeld is dit ook van belang in de ontwikkeling van programma's voor forensische doelgroepen (zowel slachtoffers als daders), omdat meer begrip over de ervaringen van jongeren kan bijdragen in de ontwikkeling van zinvolle en toegankelijke hulptrajecten.⁴⁰

2.5 Rol van de ouders

Ouders kunnen een cruciale factor zijn bij de toeleiding van hun kind naar geestelijke gezondheidszorg. Meta-analyses tonen aan dat interventies ten aanzien van de ouders om het engagement te verhogen, zoals familiesessies rond motivatie na een bezoek aan de spoedafdeling, of een motiverend telefoongesprek met getraind personeel, de toegang naar geestelijke gezondheidszorg faciliteren. Regelmatige herinneringen aan een afspraak kunnen dit effect ook bewerkstelligen. Deze interventies hebben hoofdzakelijk een impact op de toegang tot de zorg, een impact op de verbetering van het mentaal welzijn is (nog) niet aangetoond.³⁶

Daarnaast is het bij de opstart van een outreachinterventie aanbevolen om de ouders van het kind of de jongere te betrekken, om zo de kans te vergroten dat de jongere in kwestie effectief in het traject stapt en blijft.¹⁶ Studies tonen aan dat ouders hierbij bepaalde obstakels kunnen ervaren, zoals stress rond de logistieke organisatie. Ook kunnen ouders het probleem van hun kind minimaliseren of ontkennen, zich niet bewust zijn van het probleem of het idee hebben dat het gedrag van hun kind niet kan veranderen, willen ouders vaak zelf kunnen beslissen over de behandeling en begeleiding van hun kind, kampen ze met een schuldgevoel over de problematiek die zich stelt of hebben ze alle hoop op verbeteringen al opgegeven. Ten slotte vormen psychische problemen en middelenmisbruik bij de ouders, gebrekkige opvoedingsstijl en dysfunctionele families belangrijke hindernissen bij de opstart van een interventietraject.¹⁶

Uit de literatuur blijkt dat strategieën zoals 'Structural-strategic systems engagement (**SSSE**)' en 'Community Reinforcement And Family Training (**CRAFT**)' kunnen helpen families van bij het begin te betrekken en zo de kans op slagen te vergroten voor outreachinterventies bij adolescenten met verslavingsproblemen. Bij SSSE werkt de outreach medewerker samen met een of meer familieleden die

een belangrijke rol spelen in de familie. Hierbij worden basistechnieken uit de familietherapie toegepast om de invloedrijke leden van de familie te helpen om de weerstand tegen behandeling in de familie te verkleinen. Deze interventie wordt meestal uitgevoerd via de telefoon, maar kan ook bij de therapeut of bij de familie thuis gebeuren, en duurt drie tot vier weken. CRAFT is een intensiever programma van twaalf weken, waarbij onder andere gewerkt wordt met de ouders rond educatie rond de gevolgen van middelenmisbruik, oefeningen om tussen te komen in het middelenmisbruik van de persoon in kwestie en strategieën om middelenmisbruik te ontraden.¹⁶

2.6 Getrapte zorg (“stepped care”)

Volgens de overeenkomst voorziet CONNECT per definitie kortdurende zorg, wat gebaseerd is op het model van getrapte zorg (“stepped care”). Bij getrapte zorg start men steeds met de minst intensieve interventie en kan iemand naar de volgende trap (en bijhorende intensievere interventie) gaan na een evaluatie van de symptoomernst.⁴⁶ In de internationale wetenschappelijke literatuur is dit model weinig onderzocht bij kinderen en jongeren, en melden studies dat er veel onduidelijkheid is over de werking, implementatie en het aantal trappen dat dit model zou moeten omvatten. Bovendien gaat dit model gepaard met het risico op verlenging van de wachttijd. Voor het model van “matched care”, waarbij men de belangrijkste risicofactoren in een profiel giet dat gematched wordt met de gepaste interventie, werden geen studies gevonden bij kinderen en jongeren.^{46,47}

Daarnaast rapporteren studies specifiek over de effecten van kortdurende interventies. Ollendick et al. onderzocht de impact van kortdurende cognitieve gedragstherapie voor angstproblemen en stelde vast dat dit voornamelijk zinvol is voor milde problematiek; bij ernstigere vormen is langdurige begeleiding aan de orde en kunnen korte of getrapte interventies de wachttijd om tot bij de juiste zorg te komen verlengen.⁴⁸ Een andere studie meldt dat korte interventies op de spoedafdeling geen effect hebben op suïcidaal gedrag, en dat het effect toeneemt naarmate de duur van de interventie toeneemt, met een vermindering van suïcidale gedachten en depressieve symptomen.⁴⁹ Cross et al. haalt aan dat stratificatie kan helpen om de middelen in de zorg te verdelen en de juiste zorg bij de juiste patiënt te krijgen, maar vermeldt ook expliciet dat jongeren met startende symptomen nood hebben aan langere zorg en begeleiding rond engagement.⁵⁰

3 Evidence-based methodes voor vroegdetectie/vroeginterventie

Hieronder volgt een overzicht van de evidence-based methodes, waarvan de reviews uit de onderzoeksliteratuur aangeven dat ze helpend kunnen zijn voor VDMI voor kinderen en jongeren met verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen. Enkel de studies waarvan de effectgrootte² (EG) op minimum medium tot groot niveau is aangetoond in studies, of die methodologisch sterk waren opgezet (bijvoorbeeld met een zeer grote groep deelnemers en langdurige opvolging), werden weerhouden en worden hieronder toegelicht. De interventies zijn ook samengevat in de tabel (zie 3.9 Overzichtstabel).

² De effectgrootte wordt ook wel de praktische significantie genoemd: deze maat geeft aan hoe betekenisvol het verschil tussen twee groepen (bijvoorbeeld met versus zonder therapie) is.

3.1 Interventies bij jonge kinderen en hun ouders

Het mentaal welzijn van jonge kinderen is cruciaal voor hun verdere ontwikkeling, waarbij het perinataal mentaal welzijn van de ouders een grote impact kan hebben, zoals te zien is in de risicofactoren.^{13,21} Interventies zetten daarom in op het welzijn van zowel het kind als de ouders, om zo de risico's over de hele lijn te reduceren.

Studies over het programma 'Mothers & Babies', dat inzet op maternaal mentaal welzijn en opvoedingsvaardigheden, rapporteerden een significante vermindering van depressieve symptomen bij moeders (met groot effect in twee studies). 'Early head start', een programma rond welzijn van het kind, werd onderzocht in een grote studie met 3000 kinderen en rapporteerde een significante verbetering in cognitie en taalontwikkeling, problematisch gedrag van het kind, en stress bij de ouders. Daarnaast is het programma 'Circle of security' wetenschappelijk onderbouwd, met studies die met medium effect een significante verbetering aantonen in veilige hechting tussen ouder en kind, en in algemene kwaliteit van zorg van de ouders voor hun kind.¹³

Naast het mentaal welzijn van de moeder en de hechting tussen moeder en kind, is het ook belangrijk om specifiek de vaders te betrekken. Studies tonen aan dat dit resulteert in een verbeterde relatie en hechting tussen de vader en zijn kind. Specifieke programma's zoals 'Dads tuning into kids' kunnen hierin helpen.²⁰

3.2 Interventies bij kinderen met gedragsproblemen

Voor kinderen jonger dan twaalf jaar die externaliserend gedrag vertonen, zijn groepsessies voor ouders volgens de onderzoeksliteratuur de meest gangbare manier van werken. Hierbij gaat het om psycho-educatie en het aanleren van gedragstechnieken om de relatie tussen ouder en kind te versterken en het externaliserend gedrag bij de kinderen aan te pakken. De programma's voor ouders '123 Magic', 'Tuning into Toddlers' en 'Parent Child Interaction Therapy (PCIT)' verminderen externaliserende symptomen en hun frequentie bij de kinderen (medium effect), waarbij PCIT ook internaliserend gedrag kan verminderen.²⁰

3.3 Online interventies

Online interventies zijn een interessante optie om de toegang tot geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren te faciliteren. Jongeren zijn over het algemeen bekend met online toepassingen, die anoniem en relatief goedkoop kunnen ingezet worden. Dit biedt ook mogelijkheden om groepen die omwille van persoonlijke of logistieke redenen moeilijker tot bij hulpverlening geraken, toch van ondersteuning te voorzien.³⁸ De online interventies met de sterkste evidentie zijn online CBT (klein tot groot effect), waarbij het effect toeneemt naarmate er meer menselijke ondersteuning is, met de grootste effecten voor online CBT met klinische ondersteuning (bijvoorbeeld chat of feedback op oefeningen) én peer support (medium – groot effect). Daarnaast is er ook evidentie voor mindfulness en strength-based interventies (medium tot groot effect).³⁸ Andere methodieken en apps zijn vaak wijdverspreid, maar de wetenschappelijke onderbouwing is hierbij minder duidelijk, zoals bij de Be Safe app, SONAR app, IICAPS en Telelink.³⁸

3.4 Trauma-gefoceerde cognitieve gedragstherapie (TF-CBT) bij potentieel traumatisch event

Bij volwassenen die een potentieel traumatische ervaring doormaakten en daarvoor acute crisisondersteuning kregen, is het courant om daarna in te zetten op “watchful waiting”, waarbij de symptomen gedurende enkele weken van nabij worden opgevolgd. Bij adolescenten is deze aanpak niet aangewezen, aangezien zij minder kennis hebben over hoe ze hulp moeten zoeken, ze inherent minder snel hulp vragen of volwassenen benaderen om hulp te vragen, en omdat ze soms mogelijke negatieve associaties linken aan hulp nodig hebben. Het is daarom belangrijk om bij vroege interventies, naast psycho-educatie rond traumatische gebeurtenissen, ook een kort initieel assessment te doen om kinderen en jongeren die risico lopen op posttraumatisch stresssyndroom of andere psychische problemen te identificeren. Daarnaast kan men enkele basisvaardigheden rond ademhalingsoefeningen en aardingstechnieken (ontspanningsoefeningen om stress en angst te verminderen door contact te maken met de aarde) meegeven. Bij kinderen en jongeren met verhoogd risico op PTSD, is trauma-gebaseerde CBT het sterkst onderbouwd als techniek om PTSD te voorkomen.^{17,51}

3.5 Cognitieve gedragstherapie (CBT) en interpersoonlijke therapie (IPT) bij depressie

Voor vroeginterventie bij beginnende depressieve symptomen is cognitieve gedragstherapie (CBT), eventueel in combinatie met interpersoonlijke therapie (IPT), het sterkst onderbouwd. Bij CBT leert men negatieve gedachten, gedrag en stemming beter op te merken en hierin verbanden te leggen, en daarnaast gaat men aan de slag om deze patronen te doorbreken. IPT werkt rond interpersoonlijke conflicten en sociale vaardigheden, om zo de sociale steun en interpersoonlijke vaardigheden te versterken. Deze therapie vermindert de depressieve symptomen (klein tot medium effect, met medium effect op korte termijn opvolgingsafpraak), angst symptomen (klein tot medium effect op korte termijn) en algemeen en sociaal functioneren (groot effect op lange termijn).⁵²

3.6 Cognitieve gedragstherapie (CBT) bij beginnende psychose

Een meta-analyse van Devoe et al. toont aan dat CBT de kans op transitie naar psychose significant vermindert in jongeren met beginnende psychotische symptomen (“clinical high risk”) in vergelijking met controles, bij opvolging na 12 en 18 maanden. Hierbij vermindert het risico op transitie respectievelijk met 43 en 47 procent (relatief risico = 0.57 na 12 maanden, relatief risico = 0.54 na 18 maanden).⁵³

3.7 Cognitieve gedragstherapie (CBT) bij beginnende angstproblemen

Op CBT gebaseerde methodieken voor kinderen en jongeren die risico lopen ernstige angstproblemen te ontwikkelen (zoals *Coping and Promoting Strength*, *Cool Little Kids* en *Friends*) kunnen angstsymptomen verminderen, en kunnen ook het aantal kinderen met een diagnose 9 maand na de interventie verlagen. Een meta-analyse duidt hierbij vooral *Coping and Promoting Strength* aan als een zinvolle interventie, waarbij men werkt met kinderen van ouders met een angststoornis en CBT-technieken toepast met de familie (medium-groot effect).⁵⁴

3.8 Peer relaties

Peer relaties, gedefinieerd als interacties met leeftijdsgenoten (zowel positief als negatief), zijn fundamenteel voor de ontwikkeling. Bovendien kunnen negatieve peer relaties psychische problemen verergeren.⁵⁵ Interventies bij adolescenten om peer problemen te verbeteren zijn een veelbelovende strategie om in te zetten op mentaal welzijn bij een at risk populatie, aangezien ze een positieve invloed kunnen hebben op zelfbeeld en eenzaamheid. Deze interventies worden best uitgevoerd in combinatie met taken rond sociale vaardigheden en zelfbewustzijn, en met actieve praktijkoefeningen.

Voor interventies rond middelenmisbruik is het opvallend dat adolescentie de optimale periode is, aangezien studies aantonen dat ze beter werken bij +14-jarigen dan bij -14-jarigen, en beter met een element van peer interactie dan zonder. Zo is het sociaal leren van belang en kan dit helpen in het aanleren van vaardigheden die impact hebben op kennis rond drugs en minder risicovol gedrag.⁵⁶

3.9 Overzichtstabel

Tabel 2: Overzicht van evidence-based methodes voor vroegdetectie/vroeginterventie

Deze tabel geeft de methodes waarvan de reviews uit de onderzoeksliteratuur aangeven dat ze helpend kunnen zijn voor VDVI voor kinderen en jongeren met verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen. Dit overzicht toont enkel de studies die waarvan de effectgrootte³ (EG) op minimum medium tot groot niveau is aangetoond in studies, of die methodologisch sterk waren opgezet (bijvoorbeeld met een zeer grote groep deelnemers en langdurige opvolging). De methodes staan gegroepeerd per doelgroep, waarbij bij elke methodiek het type interventie, een omschrijving van de interventie en de evidentie wordt weergegeven.

	Type interventie	Omschrijving interventie	Evidentie
Doelgroep: ouders van jonge kinderen			
Mothers and babies	CBT, hechtingstheorie en psycho-educatie, individueel of in groep	Maternaal welzijn: omgaan met stress en stemming gelinkt aan zorg voor een baby	Grote EG
Early Head Start	Ondersteuning van ouders	Opvoedingsvaardigheden, brede ondersteuning van ouders	Studie met 3000 kinderen: positief effect op o.a. cognitieve ontwikkeling, minder stress bij de ouders
Circle of security	Hechting ouder – kind: theorie en video	Groepssessies rond hechting tussen ouder en kind	Medium EG

³ De effectgrootte wordt ook wel de praktische significantie genoemd: deze maat geeft aan hoe betekenisvol het verschil tussen twee groepen is (bijvoorbeeld tussen een groep die therapie krijgt versus een groep die geen therapie krijgt).

Dads tuning into kids	Groepsessies met oefeningen, gesprekken, video, psycho-educatie	Groepsessies voor vaders, focus op hechting vader - kind	Medium EG
Doelgroep: kinderen met gedragsproblemen en hun ouders			
123 Magic	Groepsessies	Voor ouders, omgaan met moeilijk gedrag, versterken van gewenst gedrag, versterken ouder-kind relatie	Medium EG
Tuning into toddlers	Groepsessies met oefeningen, gesprekken, video, psycho-educatie	Programma gericht op de emoties van ouders, om juist te reageren op gedrag van het kind	Medium EG
Parent child interaction therapy	Coaching, groepsessies, begeleid spelen	Coaching van ouders, ouder-kind interactievaardigheden tijdens speelsessies, gedragsmanagementsessies voor ouders	Medium EG
Doelgroep: kinderen en jongeren met subklinische symptomen vanaf 12 jaar			
Online cognitieve gedragstherapie (CBT)	online	Online CBT <ul style="list-style-type: none"> - zonder klinische input - met klinische input - met klinische input en peer support 	geen – grote EG kleine – groot EG medium – groot EG
Interventies gericht op sterktes en mindfulness	online	Mindfulnessstechnieken, inzetten op sterktes, positieve psychologie	Medium – groot EG
Doelgroep: na potentieel traumatische gebeurtenis			
Trauma-gefocusste cognitieve gedragstherapie	CBT	CBT met focus op trauma binnen 90 dagen na traumatische gebeurtenis	Medium – groot EG
Doelgroep: beginnende depressieve symptomen			
Cognitieve gedragstherapie – interpersoonlijke therapie (CBT – IPT)	CBT - IPT	CBT, of CBT in combinatie met IPT	Klein – groot EG
Doelgroep: beginnende psychotische symptomen			
Cognitieve gedragstherapie	CBT	CBT	RR: 0.57
Doelgroep: beginnende angstsymptomen			
Cognitieve gedragstherapie	CBT	CBT	Medium-groot EG

Doelgroep: complexe en ernstigere psychische problematiek, jongeren die moeilijk toegang vinden tot GGZ

Casemanagement	Assertieve outreach	Coördinatie van de zorg, huisbezoeken, frequent contact, flexibele zorg op maat	Medium – groot EG
Levensstijlinterventies	Basisinterventie rond levensstijl	Begeleiding rond voeding, beweging	Groot EG

Doelgroep: ouders van jongeren met complexe problematiek, jongeren die moeilijk toegang vinden tot GGZ

<i>Structural-strategic systems engagement</i> (SSSE)	Interventie gebaseerd op familietherapie	Telefonische sessies met invloedrijke leden van de familie, om de weerstand tegen behandeling in de familie te verkleinen	93% van jongeren aanvaardde zorg vs. 43% in controlegroep
<i>Community Reinforcement And Family Training</i> (CRAFT)	Psycho-educatie	Educatie rond de gevolgen van middelenmisbruik, oefeningen om tussen te komen in het middelenmisbruik van de persoon in kwestie en strategieën om middelenmisbruik te ontraden	70% van jongeren die voordien zorg weigerden, aanvaardden zorg

4 Conclusies uit de literatuurstudie

Op basis van de literatuurstudie zijn er geen argumenten om te focussen op een bepaalde leeftijdsgroep voor een aanbod vroegdetectie en vroeginterventie bij kinderen en jongeren met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen. De internationale reviews geven aan dat er voor de infants en transitieleeftijd veel mogelijkheden zijn om een grote impact te maken aan de hand van VDVI, en de literatuur en data rond prevalentie en aanvangsleeftijd geven aan dat er in elke leeftijdscategorie psychische problemen kunnen ontstaan.

Naast indeling op basis van leeftijdsgroepen, geeft de internationale literatuur een overzicht van de risicofactoren voor de ontwikkeling van psychische problemen bij kinderen en jongeren. Hierbij komen risicofactoren vaak geclusterd voor en is er een cumulatief effect (een opstapeling van factoren vergroot het risico), dat het meest uitgesproken is bij infants en bij het risico op psychose.

De literatuurstudie geeft belangrijke inzichten over de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg, waarbij men steeds het volledige traject richting de zorg in rekening zou moeten brengen. Verschillende factoren gerelateerd aan de zorgvragen en het zorgaanbod spelen hier immers een rol. Daarnaast is het essentieel om in te zetten op het sensibiliseren, trainen en ondersteunen van intermediairs, aangezien zij onontbeerlijk zijn voor vroegdetectie, en ook in vroeginterventie van belang kunnen zijn. Ook werken met de context is belangrijk om de kans op slagen van een vroegtijdig zorgtraject te vergroten, waarbij interventies met ouders rond engagement een rol kunnen spelen. Ten slotte komt uit de literatuurstudie naar voren dat jongeren voldoende autonomie moeten krijgen in hun zorgtraject, wat start met de mogelijkheid voor jongeren om zelf de stap naar hulp te zetten in bijvoorbeeld Overkophuizen.

In de recente internationale literatuur is weinig tot geen ondersteuning te vinden voor het stepped care model van zorg bij kinderen en jongeren. Men waarschuwt zelfs voor de risico's van dit model, zoals verlenging van de wachttijd vooraleer jongeren bij de juiste hulp terechtkunnen. Voor matched care, een alternatief zorgmodel, zijn op dit moment geen gepubliceerde reviews te vinden die dit model evalueren bij kinderen en jongeren.

Hoofdstuk 4

Bevindingen uit de grijze literatuur

De bevindingen uit de grijze literatuur met betrekking tot risicofactoren, risicogroepen en generieke goede praktijken voor VDVI bij kinderen en jongeren worden in dit hoofdstuk besproken. Aangezien de grijze literatuur, die voornamelijk bestaat uit rapporten, werkdocumenten, doctoraatscripties etc. die niet in wetenschappelijke tijdschriften of boeken gepubliceerd zijn, moeilijker in de reguliere databanken te vinden is, worden deze inzichten apart vermeld in dit rapport.

1 Risico op mentale problemen

1.1 Risicofactoren

1.1.1 Risicofactoren op het niveau van het individu

Chronische fysieke aandoeningen verhogen volgens de grijze literatuur het risico op psychische problemen.^{1,2,57} Kinderen en jongeren die zich identificeren als LGBTQ+ hebben ook een verhoogd risico.¹

Daarnaast zijn tienerzwangerschap en schooluitval belangrijke risicofactoren voor psychische problemen, en deze jongeren vinden doorgaans moeilijker toegang tot de juiste zorg.⁵⁸ Ook crimineel gedrag, waarbij er sprake is van een eerste contact met justitie, vergroot het risico op psychische problemen.

1.1.2 Risicofactoren op het niveau van familie en directe omgeving

In de grijze literatuur komen trauma en negatieve jeugdervaringen zoals misbruik, verwaarlozing, conflicten, rampen, verlies van een belangrijke persoon en herhaaldelijke blootstelling aan geweld sterk naar voor als factoren die het risico op de ontwikkeling van psychische problemen bij kinderen en jongeren verhogen.^{1,57-59} Met betrekking tot vluchtelingen meldt het rapport van de Verenigde Naties dat langdurig verblijf in vluchtelingenkampen, discriminatie, pesten, weinig connectie met de omgeving en een streng immigratiebeleid een negatieve invloed hebben op het risico op mentale problemen.⁵⁷

Psychische problemen bij de ouders verhogen ook het risico op psychische moeilijkheden bij de kinderen, vooral als het de moeder betreft. Bij kinderen van ouders met psychische problemen is het aan te bevelen om de ouders op psychosociaal en praktisch vlak te ondersteunen als vroege interventie, om zo een effect op het welzijn van de kinderen te bekomen.^{1,57,60}

Daarnaast worden opgroeien in armoede en ongebalanceerde voeding aangehaald als risicofactoren

1.1.3 Risicofactoren op het niveau van de gemeenschap

Het rapport van *Public Safety Canada* merkt op dat de gelijkenissen tussen risicofactoren voor psychische problemen en crimineel gedrag opmerkelijk zijn. Slachtoffers van geweld lopen een hoger risico op mentale problemen, en jongeren met psychische problemen hebben een grotere kans om slachtoffer te worden van misdaden en geweld. Ook leden van bendes hebben een verhoogd risico op psychische problemen.⁴

Zowel het rapport van *Public Safety Canada* als dat van de Verenigde Naties onderstrepen het effect van pesten, uitsluiting en cyberpesten/cyberstalking. Hierbij hebben zowel slachtoffers als daders een verhoogd risico op psychische moeilijkheden. Bovendien is slachtofferschap van pesten door *peers* geassocieerd met meer internaliserende psychische problemen (zoals angsten, terugtrekkend gedrag, psychotische problemen zoals paranoia) en externaliserende psychische problemen (gedragsproblemen, agressie, suïcidale gedachten en gedrag).^{4,57}

1.2 Risicogroepen op basis van leeftijd

Het rapport van de Britse *NHS* benadrukt het belang van het welzijn van **baby's en jonge kinderen**: de periode vanaf de zwangerschap biedt de grootste kansen om hier een positieve invloed op uit te oefenen. Bovendien is de link tussen het mentaal welzijn van ouders en hun kinderen duidelijk en is het dus aangewezen om hierop in te zetten.² Het rapport van de *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP)* bevestigt dit.⁶⁰

De rapporten van de VN en van de RANZCP beklemtonen dat de transitieleeftijd gepaard gaat met een grote kwetsbaarheid om psychische problemen te ontwikkelen, aangezien jongeren dan veel veranderingen doormaken op sociaal, fysiek en psychologisch vlak. De geestelijke gezondheidszorg zou zich meer op deze doelgroep moeten richten, om zo ook de abrupte overgang naar de volwassenenpsychiatrie te vergemakkelijken en een zogenaamde transitiekloof te vermijden.^{57,60}

Ten slotte vermeldt het rapport van de RANZCP dat men de leeftijdsgroepen van peuters, kleuters en lagereschoolkinderen ook niet uit het oog mag verliezen, aangezien elke ontwikkelingsfase eigen uitdagingen heeft en dus ook kansen biedt om interventies rond mentaal welzijn te doen.⁶⁰

2 Interventies

2.1 Ouders

De WHO benadrukt in haar rapport "Helping adolescents thrive" de rol van de ouders: een positieve relatie met hun ouders heeft een grote invloed op het mentaal welzijn en de ontwikkeling van adolescenten. Ouders, maar ook andere belangrijke figuren, die mee instaan voor de opvoeding van de jongere, kunnen een buffer vormen tegen de negatieve impact van moeilijke omstandigheden. Bovendien zijn positief ouderschap, familiale cohesie, een goede communicatie tussen de ouders en jongere, en een goede geestelijke gezondheid van de ouders protectieve factoren, die het risico op mentale problemen bij jongeren verlagen. **Ondersteuning voor ouders of andere zorgfiguren** kan dus essentieel zijn om het mentaal welzijn van jongeren te waarborgen.¹

Blootstelling aan geweld verhoogt het risico op depressie en posttraumatische stressstoornis. Ook **familiaal geweld** valt hieronder en kan een belangrijk aangrijpingspunt zijn voor interventies. Door familiaal geweld te reduceren, het mentaal welzijn van de ouders te ondersteunen, ouders te coachen in positief ouderschap, de economische stabiliteit van het gezin te versterken, of ouders te begeleiden bij problemen van middelenmisbruik, kan het mentaal welzijn van kinderen verbeteren. Bij **gezinnen in armoede** kan financiële ondersteuning en begeleiding van belang zijn, aangezien dit het risico op psychische problemen bij de kinderen kan verlagen. Daarnaast kan ondersteuning van **ouders van**

tiernermoeders, jongeren met emotionele problemen of **gedragsproblemen** ook bevorderlijk zijn voor het mentaal welzijn van de kinderen van deze ouders.¹

2.2 Adolescenten

Voor adolescenten die een verhoogd risico lopen om psychische problemen te ontwikkelen en voor adolescenten met beginnende problemen zijn psychosociale interventies volgens de WHO aan te bevelen.

Wanneer er sprake is van een **humanitaire ramp**, zijn psychosociale interventies voor alle adolescenten aangewezen. Hierbij vormen stress management, ontspanningsoefeningen en aandacht voor het psychosociaal welzijn de meest effectieve elementen van een interventie, en kunnen groepssessies CBT toegepast worden. Bij hoge blootstelling aan potentieel traumatische gebeurtenissen is trauma-gefocusste CBT aanbevolen.

Voor de specifieke doelgroep van **tiernermoeders** beveelt de WHO aan om te werken rond aanwezigheid op school en verbetering van engagement op school, en promotie van geestelijke gezondheid. Hierbij kan eventueel ook gewerkt worden met CBT.

Bij jongeren met **emotionele problemen** raadt de WHO aan om groepssessie CBT te doen, terwijl jongeren met **gedragsproblemen** baat hebben bij sociale, cognitieve, probleemoplossende en interpersoonlijke training.¹

3 Generieke goede praktijken en eigenschappen van waardevolle interventies

De *National Health Service* (NHS) uit het Verenigd Koninkrijk pleit voor **brede zorg**, waarbij de nadruk niet enkel ligt op de klinische presentatie, maar er ook aandacht is voor bijvoorbeeld zorg en interventies in de familie, ondersteuning rond middelengebruik etc. Daarnaast beveelt de NHS aan dat voor vroegdetectie en vroeginterventie zorgmedewerkers eerder een rol spelen in consult en liaison in plaats van dat ze zelf een rol opnemen in de zorg. Dit omvat de aanstelling van een **toegewezen zorgmedewerker** (*designated professional*) die verbinding maakt met de familie, en daarnaast zorgt voor de coördinatie en integratie van de zorg voor de jongere. De NHS adviseert ook om gespecialiseerde GGZ-medewerkers in te schakelen om vertrouwensrelaties op te bouwen met jongeren in moeilijke omstandigheden (bijvoorbeeld door criminele feiten of dakloosheid), of met jongeren die moeilijk bereikbaar zijn of zich niet bewust zijn van de ernst van hun problematiek.²

Het rapport van de Verenigde Naties benadrukt dat goeie interventies jongeren respectvol en zorgend dienen te benaderen, open-minded en zonder een oordeel te vellen en waarbij de focus ligt op het ontwikkelen van een vertrouwensband. Medewerkers moeten zich bewust zijn van de diversiteit en de culturele achtergrond van de doelgroep en begrip hebben voor hun mogelijkheden en beperkingen. Medewerkers spelen overigens een belangrijke rol in het opkomen voor en het motiveren en engageren van de jongeren. Daarnaast moet er aandacht zijn voor relevante thema's voor deze doelgroep, zoals zelfstandig wonen en het aanscherpen van sociale vaardigheden aangepast aan hun leeftijd, en moeten jongeren ondersteund worden in hun zelfbeschikkingsrecht en sociale integratie. Het rapport van de VN beveelt ook aan om te werken met een persoonsgerichte benadering, waarbij ook de ouders, peers, leerkrachten en familie worden betrokken en elk een duidelijke rol krijgen toegewezen.⁵⁷ Ook *Public Safety Canada* haalt aan dat GGZ voor jongeren cultuursensitief moet zijn, en dat er aanpassingen nodig

zijn in functie van leeftijd, gender en specifieke risicofactoren. Bovendien is het belangrijk dat interventies geïmplementeerd worden die empirisch ondersteund zijn.⁴

Specifiek rond **traumawerking** raadt de NHS aan dat GGZ-medewerkers training moeten krijgen om meer bewustzijn te creëren rond de impact van trauma. De GGZ zou bij kinderen en jongeren structureel moeten bevragen of er sprake is van trauma en de toegang tot gespecialiseerde hulp rond trauma is idealiter steeds voorhanden..²

Hoofdstuk 5

Bevindingen van de bevragingen van de stakeholders

Dit hoofdstuk geeft allereerst de resultaten van de denknamiddagen weer. Een gevarieerde groep van experts hebben deelgenomen aan een denknamiddag rond CONNECT. Na een overzicht te hebben gekregen van de resultaten uit de literatuur, werd hen gevraagd hun bedenkingen te delen m.b.t. de vier kernvragen uit het onderzoek: (1) Welke doelgroep(en) moeten prioriteit krijgen bij de verderzetting van CONNECT? (2) Waarop moet prioritair worden ingezet op vlak van vroegdetectie en (3) op vlak van vroeginterventie? (4) Welke generieke evidence-based methodieken kunnen nuttig zijn voor CONNECT? Deel 1 van dit hoofdstuk is een weergave van de uitspraken van de experts op de denknamiddagen, zonder de reflecties van de onderzoekers.

Naast deze denknamiddagen is een focusgroep georganiseerd met de betrokken koepelorganisaties, met als doel feedback te vragen op de eerste draft-aanbevelingen voor het CONNECT-programma op basis van de CONNECT-studie van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid & Gezin. De deelnemers konden tot één week na de focusgroep bijkomende opmerkingen aan de onderzoekers bezorgen. Deze zijn ook verwerkt in het verslag.

In hoofdstuk 6 brengen we de inzichten uit de literatuur (zie Hoofdstuk 3 en 4), uit de denknamiddagen en de focusgroep, en de expertise van de onderzoekers hierover, samen tot evidence- en practice-based aanbevelingen voor de heroriëntering van het CONNECT-programma.

1 Resultaten uit de denknamiddagen

1.1 Vraag 1: doelgroep

1.1.1 Eigenschappen van de doelgroep en insteek van CONNECT

Een eigenheid van de insteek van CONNECT is dat er **meestal nog geen hulpvraag** is van de persoon zelf: men moet kunnen reageren op signalen vanuit de context en zo proactief aan de slag gaan. De deelnemers geven aan dat dit een belangrijk aspect van de CONNECT-werking is: het is waardevol dat er ruimte is om met ongedefinieerde groepen, bij wie de diagnose of hulpvraag nog niet duidelijk is, te werken. Bovendien komt dit veel minder aan bod in andere hulpverlening, waar men meer vanuit de vraag vertrekt, wat volgens de deelnemers de waarde van deze insteek van CONNECT onderstreept.

Ook **laagdrempeligheid** is belangrijk. Wanneer risicofactoren zich opstapelen zonder dat er al een duidelijke vraag is, kan men in een kort programma mensen toeleiden naar de juiste hulpverlening. Deze doelgroep vinden en bereiken vraagt een specifieke aanpak en is eigen aan CONNECT.

Het is een meerwaarde om laagdrempelig, mobiel en gratis te kunnen werken, en in te zetten op kwetsbare groepen die zelf geen hulpvraag stellen (bijvoorbeeld omdat er sprake is van beperkt of geen ziekte-inzicht, zorgweigering of onvoldoende kracht om die vraag te stellen) om zo aan preventie te doen. Hierbij opperen de deelnemers om in te zetten op maatschappelijk kwetsbare gezinnen, die de middelen of de kennis niet hebben of de taal niet spreken, en daardoor een verhoogd risico hebben om niet de gepaste zorg te krijgen. Daarnaast moet men zich richten op kwetsbare groepen die omwille van hun psychische problematiek – bijvoorbeeld een verslavingsprobleem of een beginnende psychose - zelf

veel minder snel een hulpvraag zullen stellen. Ook bij jongeren met eetstoornissen heeft tot twee derde van de jongeren geen hulpvraag, wordt door een deelnemer geïllustreerd.

Het is de bedoeling om te werken met een doelgroep bij wie er **een opeenstapeling is van risicofactoren** en een afwezigheid van beschermende factoren, en die vaak (nog) geen hulpvraag hebben. Bij deze doelgroep wil men in een vroeg stadium problemen proberen te onderscheppen, los van een eventuele diagnose. Bij kleine kinderen zijn de symptomen vaak eerder lichamelijk van aard en zijn de signalen eerder vaag (vb. gedrag, slapen of temperament). Daarentegen zijn op latere leeftijd, zoals in de transitieleeftijd, de aanmeldsignalen vaak duidelijker (bv. bij jongeren die kampen met eetstoornissen, middelengebruik).

Sommige deelnemers stellen voor om de doelgroep voor CONNECT af te bakenen tot enkele specifieke problematieken, waarbij de huidige diversiteit in het aanbod van CONNECT belangrijke aanknopingspunten biedt. Toch halen andere deelnemers aan elke leeftijdsgroep en elke problematiek zijn plaats zou moeten kunnen hebben binnen CONNECT. Anderen opperen ook het belang om aandacht te hebben voor kinderen of jongeren die, direct of indirect, in contact zijn gekomen met de GGZ, maar bij wie er nog geen hulpvraag op de voorgrond staat. Dit gaat dan over **KOPP/KOAP die opgemerkt worden in de volwassenpsychiatrie**. De experts onderstrepen dat de inbedding van CONNECT in de gespecialiseerde GGZ een meerwaarde kan zijn, door bijvoorbeeld medewerkers deeltijds in beide teams te laten werken, omdat men zo gemakkelijker zou kunnen schakelen, indien dit nodig is.

De samenwerking tussen kinder- en volwassenenpsychiatrie kan verder versterkt worden. Bovendien onderstrepen de deelnemers dat de kinder- en volwassenenpsychiatrie onvoldoende vertrouwd zijn met elkaars zorgaanbod. Medewerkers van de volwassenenpsychiatrie onderschatten vaak de rol die ze kunnen spelen in de ondersteuning van de kinderen van hun cliënten (KOPP/KOAP). Een deelnemer stelt dat sommige onderdelen van de preventieve werking van CONNECT slechts goed realiseerbaar zijn wanneer er voldoende betrokkenheid is van de volwassenenwerking. Dit geldt voor KOPP/KOAP en in het bijzonder voor jonge kinderen. Op latere leeftijd zijn jongeren al meer zelf in staat om de stap te zetten naar een Overkophuis of een andere vorm van hulpverlening, maar bij kinderen in de latentieleeftijd (of jonger) is dit niet het geval. Tot slot wordt er ook voor gepleit om de doelgroep van CONNECT niet te beperken tot het kind of de jongere, maar open te trekken naar het hele gezin.

1.1.2 Leeftijdsgroepen

Het huidige CONNECT-aanbod is vooral afgestemd op de twee leeftijdscategorieën die volgens de literatuur belangrijk zijn: de infant- en de transitieleeftijd. Deze leeftijdsgroepen zijn twee cruciale pijlers, maar dienen volgens de deelnemers aangevuld te worden met de latentieleeftijd als derde pijler.

1.1.2.1 *Infant mental health (IMH)*

Men onderstreept het belang van de infantwerking, die steeds een prominente plaats heeft ingenomen binnen CONNECT: voor de deelnemers is het duidelijk dat deze werking prioriteit moet krijgen. Hierbij is intersectorale samenwerking cruciaal voor een kwaliteitsvolle integrale werking, waarbij de kinderopvang bijvoorbeeld actief verbinding tracht te maken met de GGZ wanneer er sprake is van een 'niet-pluis'-gevoel bij kindbegeleiders. Er wordt gepleit om zo vroeg mogelijk en inclusief te werken, door met jonge kinderen én hun ouders aan de slag te gaan. Er is nood aan continuïteit en integratieve werking.

Kind & Gezin kan een belangrijke partner zijn voor CONNECT, aangezien zij goed geplaatst zijn om kwetsbaarheden te detecteren tijdens het uitgebreide begeleidingstraject dat zij lopen met gezinnen. Kind & Gezin medewerkers kunnen mensen toeleiden naar de juiste hulp, wanneer ze zelf niet in staat zijn om de juiste hulpverlening te vinden.

Quote: “Ik hoop op een nauwere samenwerking tussen GGZ en Kind & Gezin als het gaat over vroegdetectie en vroeginterventie.”

Bij Kind & Gezin merkt men op dat er steeds minder tijd is om aan preventie te doen. Moeilijke omstandigheden vereisen een tijdsinvestering om mensen naar de juiste hulp te kunnen doorverwijzen, wat ten koste gaat van de hulpverlening aan andere gezinnen.

Quote: “We blijven met gezinnen en hun kwetsbaarheden “op onze schoot zitten”, wetende dat er veel meer nodig is, maar dat we die andere hulpverlening niet op poten gezet krijgen. Er is al een band ontstaan met die gezinnen. We weten allemaal, continuïteit is heel belangrijk, maar hoe doe je dat dan?”

Anderen beamen het belang van infantwerking, maar halen aan dat dit ook **indirect** kan gebeuren, namelijk door kwetsbare jonge ouders uit de transitieleeftijdsgroep goed te begeleiden en zodoende te vermijden dat hun kinderen later in de problemen komen. Dit gebeurt al in sommige projecten van de **KDO**-werking (kinderen van druggebruikende ouders), waarbij de focus op het jonge kind ervoor zorgt dat men het **volledige gezin in beeld krijgt**, los van problematiek of doelgroep. Hier gaat men aan de slag met problemen bij ouders in een heel breed kader, op basis van een ‘niet-pluisgevoel’ bij het kind, zonder dat de problemen bij de ouders specifiek zijn aangemeld. Dat is een meerwaarde binnen de werking van CONNECT, omdat het totaalplaatje bekeken wordt. Dit impliceert wel dat de medewerkers van alle markten thuis moeten zijn.

Het Agentschap Opgroeien is gestart met het initiatief ‘Born in Belgium’: dit is een online tool om intermediairs te ondersteunen die werken met kwetsbare zwangere vrouwen. Vroedkundigen, gynaecologen en huisartsen bevragen de psychosociale noden en kunnen dan met behulp van de tool omkadering op maat bieden. Het RIZIV plant dit initiatief uit te rollen in heel België om vroeginterventie bij gezinnen met een mogelijke problematiek mogelijk te maken. Het is dan ook belangrijk dat CONNECT hier op een goeie manier bij aansluit.

Sommige deelnemers opperen dat er in Vlaanderen al veel wordt ingezet op IMH en stellen de inzet van CONNECT-middelen voor deze doelgroep in vraag. De perinatale netwerken investeerden de laatste jaren in IMH met onder andere vormingen en studiedagen om vroegdetectie mogelijk te maken. Maar de deelnemers onderstrepen dat er binnen de infantwerking geen ondersteuningsaanbod is dat daarna kan worden ingeschakeld.

Quote: “Er is inderdaad heel veel ingezet op kennisontwikkeling rond infant mental health, maar het zorgaanbod is er nog niet. Daar zijn geen uren voor.”

1.1.2.2 *Latentieleeftijd*

Een deelnemer haalt aan dat uit een studie van de werkgroep wachttijden van de Staten Generaal Geestelijke Gezondheid blijkt dat de **gemiddelde leeftijd waarop een kind wordt aangemeld 11 jaar is**. Hoewel de internationale literatuur geen melding maakt van een vergelijkbaar resultaat, suggereren deze Belgische studieresultaten wel dat dat kinderen in ons land eerder laattijdig diagnostiek of andere hulp krijgen. Toch is er weinig aanbod binnen CONNECT voor deze leeftijdscategorie.

Quote: “Er zijn keuzes gemaakt in ons netwerk rond de focus van het aanbod en de leeftijden op basis van de beperkte middelen, maar daarbij werd steeds gezegd om ook op de latentieleeftijd (4 tot 15 jaar) in te zetten. Dit is de groep die we bij uitstek op school vinden of zouden moeten vinden, waar heel wat zaken gedetecteerd worden. Maar ondanks de samenwerking met partners zoals het CLB stellen we vast dat we te weinig kunnen inspelen op de noden die daar zijn.”

Verskillende experts zijn van mening dat het voor lagereschoolkinderen heel moeilijk is om zelf aan te geven dat ze zich niet in een normale situatie bevinden. Het is een moeilijk te bereiken groep waar moet op ingezet worden.

Quote: “Kinderen in de lagere schoolleeftijd kunnen heel moeilijk zelf de stap naar hulp zetten, ze zijn ook nog te jong voor Overkophuizen of TeJo-huizen. De lagere schoolleeftijd lijkt me een groep die nu in de kou blijft staan.”

Meerdere deelnemers pleiten ervoor om van de latentieleeftijd een derde pijler te maken, aangezien dit een fragiele leeftijd is. Wanneer men aanklappend werkt met jongeren in de transitieleeftijd, stelt men vast dat er vaak al op jongere leeftijd signalen waren van potentiële problemen, die toen onopgemerkt bleven. Accuraat inspelen op signalen in een vroeger stadium kan dus een meerwaarde zijn. Op deze leeftijd kan er op vlak van diagnostiek al veel gebeuren, waardoor bijvoorbeeld scholen kinderen gerichter kunnen begeleiden.

Door de lange wachttijden, is het tijdig stellen van een diagnose voor alle leeftijdsgroepen een probleem. Toch rijst ook de vraag of er geen tendens is naar **overdiagnostisering**.

Quote: “Ik begrijp de nood aan diagnostiek, maar is er ook geen tendens naar overdiagnostisering? Wat wordt dan de normaliteit? Is de normaliteit niet juist zo divers dat je niet alles kan diagnosticeren?”

Voor men tot een diagnose komt, is het belangrijk om de groei te versterken door de hobbels op de weg af te vlakken, zo geven experts aan. Wanneer deze aanloop ontbreekt, is er een risico op overdiagnostiek. Hiervoor is er op dit moment te weinig ondersteuning voor bijvoorbeeld 9-10-jarigen.

1.1.2.3 Transitieleeftijd

Er is nog veel winst te boeken voor de leeftijd van 14-23 jaar. Op deze leeftijd kan men, ondanks alle complexiteiten, werken rond kwetsbaarheden en het versterken van veerkracht, om zo de risico's op ernstige psychiatrische aandoeningen te verkleinen.

De **bovengrens van de transitieleeftijd** is binnen sommige lokale CONNECT-programma's strikt op 23 jaar gesteld. In het geval van jongeren met een verslavingsproblematiek is het vaak zo dat de hulpvraag zich pas aandient op latere leeftijd (24-25 jaar). Het zou daarom zinvol zijn om voor CONNECT de bovengrens op te trekken naar 25 jaar.

1.1.3 Risicofactoren

Naast risicofactoren kunnen ook **beschermende factoren** een rol spelen: bij jongeren met een eetstoornis worden die gebruikt om een vroege inschatting van de ernst van de problematiek te kunnen maken. Beschermende factoren, zoals een sterk sociaal netwerk, een warme thuissituatie en een beperkt sociaal mediagebruik, kunnen de impact van risicofactoren afvlakken en het lichaamsbeeld meer in balans brengen.

Een deelnemer geeft aan dat er een duidelijke nood is aan **specialistische zorg voor psychosegevoelige jongeren**, aangezien dit in andere hulpverlening niet wordt voorzien: het mobiel, gratis en laagdrempelig werken is hier een meerwaarde en kan het verschil maken. Bij uitstek in een vroege fase is deze zorg relevant, omdat vroege interventies de grootste impact hebben en op langere termijn leiden tot betere resultaten.

Ook voor jongeren met **middelengebruik of -misbruik is een specialistische werking aangewezen**: middelengebruik is vaak maar één aspect naast andere problemen, wat ook de toegang tot andere zorg in de weg kan staan. Veel jongeren die voor verslavingsproblemen bij CONNECT belanden, zijn al op andere plekken geweigerd omwille van hun problematiek. Een vroeginterventiewerking voor deze doelgroep kan een eerste opstap zijn naar zorg, om de hulpvraag duidelijker te krijgen en toegang tot de zorg te faciliteren.

Risicofactoren hebben tot slot een effect op elkaar, zo wordt aangehaald, bijvoorbeeld depressie bij de ouders beïnvloedt de relatie en de hechting tussen ouders kind.

1.1.4 Bezorgdheden vanuit de sectoren

De deelnemers van de denknamiddagen zijn bezorgd over de beslissingen die de overheid zal nemen inzake de hertekening van CONNECT en hoe deze de huidige werking van CONNECT zullen beïnvloeden. Men vindt het belangrijk om niet zomaar te schrappen in het aanbod.

Quote: “Als men keuzes gaat maken, moet men ook nadenken over de elementen die geschrapt worden en hoe die elders te implementeren. Elk onderdeel van CONNECT, hoe versplinterd ook, heeft zijn waarde.”

Quote: “We moeten vanuit de overheid zoeken naar een betere identiteit en daarvoor moeten we bepaalde doelgroepen laten vallen ten voordele van andere doelgroepen. Ik vind dat eerlijk gezegd deontologisch niet zo koosjer.”

Er is ook bezorgdheid over de repercussies die de beslissingen van de overheid zullen hebben op het personeel.

In de ideale wereld zou men **op elke leeftijdsgroep en op elke doelgroep** moeten inzetten, maar door de beperkte middelen is dit niet haalbaar.

Quote: “Als de beperkte middelen zo verspreid moeten worden over alle leeftijdsgroepen en alle problematieken, krijg je bijna een homeopathische behandeling, waarbij alles verdund wordt.”

1.2 Vraag 2: vroegdetectie:

De **netwerken** kunnen, in overleg met de eerstelijnszones, een rol spelen bij de keuzes rond vindplaatsen, aangezien zij vanuit hun helikopterperspectief een duidelijker zicht hebben op de specifieke noden binnen de eigen regio.

1.2.1 Aanmeldpunt

Een deelnemer haalt aan dat werken met een **centraal aanmeldpunt** zeer zinvol kan zijn voor vroegdetectie. Hierbij kan men naar een centraal telefoonnummer bellen bij een vermoeden van problemen, of bij vragen over wat te doen of welke hulpverlening geschikt is. Het centrale aanmeldpunt

wordt nu al ingezet in West-Vlaanderen, waar intermediairs dit vaak gebruiken om vragen te stellen en ondersteuning te vragen. Dit telefoonnummer staat in West-Vlaanderen open voor iedereen, inclusief hulpverleners, ouders, leerkrachten of jongeren zelf: medewerkers zullen steeds luisteren en meezoeken naar een passend antwoord. Meer dan de helft van de bellers is op basis van de verstrekte informatie geholpen en heeft geen nood aan verdere ondersteuning.

Wanneer een hulpverlener belt met een consultvraag en het telefonische advies niet volstaat, probeert men de hulpverlener meer te ondersteunen door bijvoorbeeld aan te sluiten op een teamoverleg om mee na te denken over de beste aanpak voor de problematiek. Indien er een vraag is naar vorming, legt men contact met de actoren die het meest gepast zijn om deze vorming te geven.

Bij jongeren of ouders die zelf met een hulpvraag bellen, zet men sterk in op het werken met de natuurlijke context. Als dit onvoldoende blijkt, zijn cliëntgerichte acties mogelijk, zoals een vroeginterventie of toeleiding naar reguliere CGG-werking. Daarnaast besteedt men veel aandacht aan herconnecteren: het vertrouwen in de hulpverlening herstellen om zo de drempel naar zorg voor de toekomst te verlagen.

Quote: “De organisatie van het centrale aanmeldpunt verloopt in nauwe samenwerking met Crosslink, en ik vind het in eer en geweten te motiveren dat er middelen van CONNECT mee in deze aanpak zitten.”

Andere deelnemers beamen dat het niet voor iedereen eenvoudig is om de nodige hulp te vinden. Het is cruciaal om bij iemand terecht te kunnen als men met vragen zit, waar iemand meedenkt vanuit een neutraal perspectief. Veel experts sluiten zich aan bij de zin en meerwaarde van een aanmeldpunt. In sommige andere regio's wil men ook aanmeldpunten uitrollen, op voorwaarde dat daarvoor een gedragen samenwerking op poten gezet wordt met alle partners van het netwerk.

Initiatieven zoals Kruispunt (<https://www.kruispunten.be/>) werken al als centraal aanmeldpunt, waarbij men werkt met kortdurende trajecten voor eerste hulp bij psychische problemen, om daarna eventueel door te verwijzen. Een deelnemer stelt dat dit een positieve invloed heeft op de wachttijden, aangezien mensen sneller bij de juiste zorg terechtkomen. De organisaties die daarin betrokken zijn, investeren voornamelijk zelf in deze werking; voorlopig is CONNECT nog niet betrokken.

1.2.2 Rol van CONNECT in vroegdetectie ten opzichte van andere spelers

Los van vindplaatsen is het belangrijk dat **jongeren in de mogelijkheid zijn om zelf de stap naar hulp te zetten** en zichzelf kunnen aanmelden, zoals bijvoorbeeld in de vorm van inloophuizen (Plug-in, Overkophuizen). In sommige regio's bestaat de rol van CONNECT in de **Overkophuizen erin om expertise te bieden aan de medewerkers van deze huizen**, door ter plaatse aanwezig en aanspreekbaar te zijn, zonder het gesprek met elke jongere zelf te moeten aangaan. De rol van CONNECT bestaat erin om medewerkers te ondersteunen om zelf signalen op te vangen, bijvoorbeeld op scholen of in Overkophuizen of Huizen van het Kind. Intermediairs komen gemakkelijker ondersteuning vragen wanneer CONNECT-medewerkers fysiek aanwezig zijn, toch is het door de beperkte middelen niet haalbaar om in alle vestigingen aanwezig te zijn.

Quote: “Als je op vindplaatsen gaat zitten, dan kies je een aantal vindplaatsen en bereik je vele anderen niet. Ik vind het belangrijker dat mensen weten waar ze je kunnen vinden dan dat je op een paar punten aanspreekbaar en aanwezig bent.”

Gezien de beperkte middelen van CONNECT is het essentieel om goed na te denken over de manier waarop deze moeten ingezet worden. Aangezien vindplaatsgericht werken arbeidsintensief is, lijkt aanwezigheid van CONNECT-medewerkers in elk Overkophuis vooralsnog niet haalbaar. Ook huisbezoeken zijn zeer waardevol, maar niet haalbaar voor elke werking op elke plek.

Een laatste belangrijk punt dat de deelnemers aanhaalden, is dat vroegdetectie heel waardevol is, maar dat er voldoende aanbod moet zijn opdat er daarna een antwoord zou kunnen volgen via vroeginterventie. Dit is gezien de beperkte middelen van CONNECT niet mogelijk.

Quote: “Het is een niet te onderschatten druk die je legt op mensen die vroegdetectie doen: je weet dat er een nood is, maar geen aanbod, dat is voor medewerkers wel gigantisch lastig.”

Bovendien zijn er andere spelers die ook aan vroegdetectie doen of anderen opleiden om aan vroegdetectie te doen.

1.2.3 Ondersteuning van intermediairs

Een **gemeenschappelijke noemer van de CONNECT-projecten** is dat de werking voornamelijk via intermediairs bereikbaar is. Wanneer intermediairs bezorgd zijn over een bepaalde situatie, kunnen ze mogelijk problematische situaties melden, via telefoon, e-mail of website. Het is belangrijk om **intermediairs te bereiken en te sensibiliseren**. In het algemeen is er consensus dat CONNECT bereikbaar moet zijn voor intermediairs in verschillende sectoren, waarbij de nadruk ligt op ondersteuning, eerder dan zelf de vroegdetectie uit te voeren. Er is nood aan **sensibilisering en opleiding van teams**, en daarnaast behoefte aan advies over **consultvragen** die betrekking hebben op generieke thema's of specifieke casussen.

Quote: “Het is belangrijk, zeker gezien de beperkte middelen, om de mensen rond jongeren te versterken om signalen op te vangen en vroegdetectie te kunnen doen, in plaats van dit zelf te willen doen.”

Een deelnemer haalt aan dat kennisoverdracht beter op Vlaamse niveau wordt uitgerold, in plaats van dat elke provincie hetzelfde aanbod uitbouwt. Versterking van de samenwerking tussen de netwerken kan dit bevorderen. Toch is het ook zinvol en handig om de vertaalslag te kunnen maken of de vorming regionaal te kunnen verankeren, waarbij de theorie gelinkt kan worden aan het lokale aanbod.

De beperkte middelen zorgen er ook voor dat men keuzes moet maken aangaande het gewicht van vroegdetectie ten opzichte van vroeginterventie.

Quote: “Wij merken dat de noden rond vroeginterventie zo groot zijn, dat vroegdetectie op dit moment nog maar heel sporadisch aanbod komt. De klinische vragen zijn zo groot dat er daar eerder naar gekeken wordt. Rond het jonge kind hebben we veel gedaan rond vroegdetectie, maar als er geen vervolg is... Daarom hebben we dat vroegdetectie-luik wat laten liggen en meer de vorming vanuit Crosslink aangeboden, eerder dan vanuit CONNECT.”

Ook na vroeginterventie blijft de jongere in zijn context. Daarom is het cruciaal om de context te blijven betrekken binnen CONNECT, zodat ze dit zelf verder kunnen opnemen.

Inhoudelijk is het CONNECT-programma sterk gelinkt aan het Crosslink-programma, dat als doel heeft zorgdragers binnen het hele GGZ-netwerk consult en advies evenals vorming en deskundigheidsbevordering te bieden omtrent de geestelijke gezondheid van kinderen, jongeren en hun context. Het

verschil is echter dat CONNECT sterker focust op casussen en specialistische GGZ-training rond bijvoorbeeld psychozorg.

Daarnaast is het ook eigen aan CONNECT om **co-interventies** te doen, bijvoorbeeld in samenwerking met intermediairs van het JAC of de Overkophuizen. Zo worden intermediairs versterkt in het herkennen van signalen.

Het is belangrijk om het concept van intermediairs breed op te vatten, waarbij niet enkel bedoeld wordt op hulpverleners, maar ook op zorgverleners zoals bijvoorbeeld medewerkers van familiehelp of kinderdagverblijven.

1.2.4 Andere intermediairs of vindplaatsen

Een deelnemer pleit om in te zetten op vrijetijdswerking (sportverenigingen, jeugdhuizen...) als vindplaats. Deze settings zijn goed geplaatst om problemen op te merken, zoals bijvoorbeeld bij jongeren die kampen met een eetproblematiek, maar worden nu minder bereikt. In Vlaanderen bestaan er diverse initiatieven (bv. Formaat) die vrijwilligers van jeugdbewegingen en jeugdhuizen ondersteunen in het herkennen van problemen en hoe daarmee om te gaan.

Volgens sommige deelnemers is de **huisarts** niet de persoon bij uitstek waar kinderen hulp gaan zoeken. Toch geven anderen aan dat er voor de lagereschoolkinderen veel verwijzingen via de huisarts gebeuren, op basis van vage somatische klachten in een prediagnostisch stadium. Ook voor jongeren in de transitieleeftijd kan de huisarts belangrijk zijn, bijvoorbeeld voor jongeren die niet naar school gaan en met lichamelijke klachten bij de huisarts aankloppen. Anderen geven duidelijk aan dat huisartsen een belangrijke groep zijn die nog te weinig wordt bereikt. Bovendien zijn huisartsen zelf vragende partij om meer ondersteund te worden en zouden ze dankbaar op een hulplijn reageren. Huisartsen, spoeddiensten en politie spelen allemaal een cruciale rol op vlak van vroegdetectie.

Enkele deelnemers geven aan dat het werk van de leerstoel van de UA rond **alcohol op spoed** interessant kan zijn voor de werking van CONNECT, waarbij een eerstelijnspsycholoog een eerste aanklappend gesprek doet na een interventie op de spoeddienst in het kader van overmatig alcoholgebruik. Jongeren kunnen op verschillende spoeddiensten opduiken, maar de interventie gebeurt op één plek. De deelnemers uiten de bezorgdheid dat men moet inzetten op de samenwerking tussen de spoeddiensten en met diensten voor vervolgaanbod. In principe moet een goeie eerstelijnspsycholoog ook een goed beeld hebben van de sociale kaart. Bekendmaking van de CONNECT-werking is hier ook aangewezen.

Scholen hebben hun rol in vroegdetectie, maar worden al overladen met alle mogelijke verantwoordelijkheden, en dat is niet houdbaar. Een leerkracht is geen hulpverlener en hoeft die rol ook niet op te nemen. Het is niet aangewezen dat CONNECT de taken van het CLB overneemt, maar de **samenwerking** tussen het CLB en CONNECT moet versterkt worden; het is noodzakelijk dat deze partners elkaars werking beter leren kennen. Het CLB is een belangrijke partner omdat ze naast rechtstreekse doorverwijzingen naar een gepast aanbod, een rol spelen bij schooluitval en kinderen en jongeren aanmelden bij CONNECT. Daarnaast is het in de toekomst de bedoeling eerstelijnspsychologen in te zetten op scholen, waar de samenwerking met CONNECT ook cruciaal zal zijn voor vroegdetectie.

Anderen belangrijke vindplaatsen zijn de **jeugdhulp**, welzijnsdiensten zoals het OCMW en het **professionele jeugdwerk zoals de buitenschoolse opvang**, pleinwerk, onderwijscoaches, jobcoaches enzovoort. Deze mensen bereiken een grote groep van kwetsbare jongeren die op geen andere manier bereikt wordt. Het is dan ook belangrijk om jeugdwerkers op te leiden rond signaalherkenning, aangezien zij, door de unieke vertrouwensband die ze hebben met jongeren uit de buurt, de drempel

naar hulpverlening kunnen verlagen. Bovendien kunnen zij ook al eerste gesprekken voeren en problemen aankaarten bij jongeren.

1.2.5 Wachttijden

Toegang tot de zorg is een complex verhaal: **wachttijden** ontstaan bijvoorbeeld niet enkel door een beperkt aanbod, maar doordat een persoon op de verkeerde plaats in de zorg terechtkomt. Er is in dat geval sprake van *unmet needs* (i.e. kinderen of jongeren met een zorgnood die geen hulp krijgen) en *overmet needs* (i.e. kinderen of jongeren die gespecialiseerde zorg krijgen, terwijl eerstelijns hulp voor hun problematiek in eerste instantie aangewezen is). Het is cruciaal om de *overmet needs* te reduceren door mensen op de juiste plek in de zorg te krijgen en te voorkomen dat mensen overbodige hulp krijgen.

Het ondersteunen van intermediairs, waardoor deze in staat zijn om zelf ondersteuning of zorg te bieden of om een gepaste verwijzing tot stand te brengen, kan hier een verschil maken. Hierbij zijn er verschillende verwachtingen afhankelijk van het type intermediair: van een huisarts verwacht men een ander aanbod dan van een Overkophuismedewerker.

1.2.6 Bekendheid werking en invulling CONNECT

Het is essentieel om het **aanbod en de werking van CONNECT bekend te maken bij intermediairs**. In bepaalde netwerken heeft men ingezet op kennismaking en bekendmaking van de werking van CONNECT, wat merkbaar effect heeft gehad. Deelnemers geven aan dat CONNECT laagdrempelig moet zijn, zodat het voor intermediairs duidelijk is dat ze steeds bij CONNECT terecht kunnen met vragen. Daarom is het essentieel om te blijven inzetten op bekendmaking van het aanbod.

Er is de bezorgdheid dat als de werking structureel verandert door de heroriëntering van CONNECT, de bekendheid van de werking weer tenietgedaan zal worden.

Quote: “Het vraagt veel tijd om een aanbod bekend en zichtbaar te maken; het is mijn grote vrees dat als de werking weer structureel verandert, de bekendheid van de werking volledig tenietgedaan wordt, terwijl het net zo belangrijk is dat mensen ons kennen om te kunnen doorverwijzen. Ik snap de nood om alles helderder te maken, want het landschap is heel onoverzichtelijk, maar dit is ook mijn zorg.”

Quote: “De overheid wil een duidelijke vlag die een duidelijke lading dekt, maar dit is wel moeilijk in de praktijk. Ik begrijp dat de overheid graag een alomvattende merknaam wil, maar daaronder zitten zoveel kleine merkjes. Terwijl een huisarts die geconfronteerd wordt met een jongere met beginnende psychosesymptomen graag wil weten waar die terecht kan, bij iets generiek zoals CONNECT, waar wordt gezocht naar de juiste zorg, of bij een specialistische dienst. Een huisarts zal liever onmiddellijk bij de juiste deur aankloppen in plaats van eerst via een algemene dienst te moeten gaan - die gaat liever direct naar de detailhandel in plaats van eerst naar de supermarkt.”

In de realiteit wordt er vaak op verschillende paarden gewed, namelijk door mensen op meerdere wachtlijsten in te schrijven. Hoewel huisartsen heel enthousiast zijn over de Kruispunten, zijn ze ook op zoek naar verdere opvolging waardoor ze kinderen en jongeren ook bij andere voorzieningen aanmelden.

De organisatie van CONNECT is op dit moment zeer gedifferentieerd en is gebaseerd op een historische constructie, waarbij elementen uit het verleden zijn ingevoegd. In sommige regio's blijken cruciale onderdelen van CONNECT geen deel uit te maken van het Vlaamse programma; dit komt omdat dit aanbod reeds door andere partners in de regio wordt ingevuld. Bij het realiseren van de doelstellingen van CONNECT, is het dus noodzakelijk om het regionale zorgaanbod goed in kaart te brengen om overlap te voorkomen.

1.3 Vraag 3: vroeginterventie

1.3.1 Kortdurende zorg

De overkoepelende insteek van vroeginterventie binnen CONNECT is '**kort waar mogelijk en lang waar nodig**'. Enkele deelnemers stellen voor om standaard drie tot vijf sessies aan te bieden met daaraan gekoppeld een **evaluatie** om de nood te herbekijken en eventueel bij te sturen. In de CGG's heeft men in het verleden met een gelijkaardige aanpak geëxperimenteerd: men plande meer afspraken op kortere termijn in (twee keer per week in plaats van om de twee weken), wat resulteerde in minder no shows, kortere trajecten en een lager aantal casussen per hulpverlener. Bovendien kregen mensen de garantie dat, als ze binnen het half jaar opnieuw hulp zouden nodig hebben, ze vrij snel terug toegang kregen tot een nieuw aantal sessies. In de praktijk maken weinig mensen gebruik van die extra gesprekken, maar de terugkommogelijkheid is een zinvolle insteek, omdat men zo met vertrouwen kan afronden. De infantwerking van CONNECT is in sommige regio's al zo georganiseerd, met drie interventies en dan een follow-up afspraak. De deelnemers geven aan dat deze manier van werken helder, kort en duidelijk is, perspectief biedt en goed werkt.

Vroeginterventie betekent voor de verschillende leeftijdsgroepen iets anders. Voor infants kan men met **kortdurende** interventies vaak veel winst boeken. Op latere leeftijd kan de problematiek complexer zijn, waardoor kortdurende interventies niet altijd meer volstaan. Het kortdurende aspect is wel een belangrijk middel om het aanbod laagdrempelig voor de jongeren te houden: de cliënt engageert zich voor een aantal sessies, waarna men samen de verdere noden evalueert. Voor sommige jongeren in de transitieleeftijd, volstaat het om kortdurend te werken: hen motiveren om verdere stappen te zetten of zorgen voor een eerste positieve ervaring met de hulpverlening, zodat ze later sneller geneigd zijn om hulp te zoeken. Wanneer er sprake is van een complexe problematiek bij jongeren, probeert men hen zo snel mogelijk toe te leiden naar gespecialiseerde zorg. Kortom, voor jongeren is differentiatie belangrijk: voor sommigen volstaat een kort traject, voor anderen kan het aangewezen zijn om een vervolgtraject voor te stellen en hen zelf op weg te sturen, voor nog anderen is actieve toeleiding naar gespecialiseerde zorg nodig. Kortdurend werken is dus geen doelstelling op zich, maar een middel om de werking compact te houden, een duidelijke invulling te geven en zoveel mogelijk jongeren te bereiken op korte tijd. Het zorgt ook voor voldoende uitstroom, waardoor nieuwe kinderen en jongeren kunnen instromen. Tenslotte onderscheidt het CONNECT van de gespecialiseerde zorg.

1.3.2 Zorgcontinuïteit

Bij jongeren die een psychische problematiek ontwikkelen, is het een **meerwaarde om zorgcontinuïteit te kunnen bieden**. In de praktijk werkt men vaak kort, maar voorziet men wel de mogelijkheid om lang te werken wanneer dit nodig is. Dit maakt een groot verschil: als jongeren te snel worden doorverwezen, moeten ze opnieuw een vertrouwensband opbouwen en is de winst van de hulpverlening vaak veel kleiner. Velen pleiten ervoor om jongeren langer te mogen vasthouden.

Uit onderzoek blijkt – zo illustreert een deelnemer - dat **mensen met wie het goed gaat vaak te lang worden opgevolgd**, waardoor de wachtlijsten ook langer worden.⁷ De deelnemers onderstrepen echter het belang van opvolging bij CONNECT, zodat ze de vinger aan de pols kunnen houden en hun vertrouwensband ten volle kunnen benutten. Het is zinvol dat jongeren weten dat ze nog ergens terecht kunnen als er zich een probleem stelt, toch is het niet de bedoeling dat CONNECT eindeloze opvolging van jongeren op zich neemt.

De deelnemers onderstrepen het belang van inbedding van CONNECT in een gespecialiseerde afdeling van een GGZ-organisatie in functie van zorgcontinuïteit: het faciliteert de samenwerking en de vervolgzorg.

Quote: “Ik denk dat we moeten werken aan zorgcontinuïteit: zo kort mogelijk heeft inderdaad zijn waarde, maar ik hoop dat er dan geen “hak” komt in de zorg voor bepaalde jongeren, waarbij we na drie maanden CONNECT moeten zeggen: klaar.”

Bij jeugdhulp is er een trend om te werken met snelle doorverwijzing en het inschakelen van een hulpverleningsnetwerk, waarbij soms tien diensten betrokken zijn voor één jongere. Hierbij uit een deelnemer de bezorgdheid dat jongeren **steeds maar doorverwezen** worden, alsof men de jongeren in de zorg wil houden. Daarom pleiten sommige deelnemers ervoor om jongeren langer vast te houden in plaats van hen steeds weer door te sturen, en de focus op het kortdurend werken wat meer los te laten, door bijvoorbeeld te werken met terugkommomenten. **Jongeren niet te snel loslaten**, heeft bovendien als voordeel dat ze niet steeds opnieuw hun verhaal moeten doen. Men mag niet onderschatten hoe moeilijk en onprettig het is voor jongeren om telkens weer hun verhaal te vertellen. De **stem van de cliënt** is belangrijk: een cliënt na een aantal sessies doorverwijzen, kan voor barrières en een vertrouwensbreuk zorgen, zeker bij de groep die amper of geen hulpvraag heeft. Toch heeft ook niet elke werking de flexibiliteit om op deze manier te werken.

Aan de andere kant hebben CONNECT-medewerkers vaak een specifieke expertise waardoor ze niet altijd over de juiste achtergrond beschikken om iemand te helpen. Het behoort tot de professionaliteit van de medewerkers om zelf te erkennen wanneer de eigen expertise tekortschiet om iemand te helpen. Als medewerkers wel de juiste expertise hebben, zou het mogelijk moeten zijn om jongeren langer vast te houden indien nodig. De plaats waarbinnen het CONNECT-programma is ingebed, bepaalt echter of het langer vasthouden van jongeren werkbaar is. Wanneer CONNECT is ingebed in de gespecialiseerde GGZ, is het mogelijk om een jongere vanuit de gespecialiseerde zorg verder te behandelen zonder dat er een breuklijn met het CONNECT-aanbod ontstaat. Wanneer CONNECT niet in de gespecialiseerde GGZ is ingebed en men de jongere langer vasthoudt, bestaat het gevaar dat het aanbod van CONNECT dichtslibt. De inbedding van CONNECT in de gespecialiseerde GGZ is dus volgens de deelnemers een grote meerwaarde.

Sommige deelnemers geven aan dat bepaalde jongeren sneller nood hebben aan gespecialiseerde zorg, maar dat voor veel jongeren 4-5 sessies wel volstaan. Daarom stelt men voor om meer op te schuiven van *stepped care* naar **matched care**, zodat men de juiste hulp onmiddellijk kan voorzien in plaats van geleidelijk aan de hulp op te bouwen. Het behoort tot de professionaliteit van de hulpverlener om te kunnen erkennen wanneer men niet de expertise heeft om iemand te helpen, en die jongere dan toe te leiden naar gespecialiseerde zorg.

Matched care voorkomt dat er een aaneenschakeling van verschillende soorten van hulpverlening met kans op breuken ontstaat.

Quote: “We moeten vermijden dat er iedere keer doorverwezen wordt. Dat zijn iedere keer breuken en op den duur zeg je als jongere ‘foert’.”

Quote: “Binnen vroeginterventie moet je medewerkers hebben met ervaring in de gespecialiseerde gezondheidszorg, zodat die direct kunnen capteren wanneer iemand langdurige zorg nodig heeft.”

De aanwezigheid van een kinderpsychiater is momenteel niet voorzien binnen de teams van vroeginterventie. Nochtans kan een kinderpsychiater omwille van zijn expertise rond diverse problematieken een waardevolle toevoeging zijn om mee een inschatting te maken van de problemen en de nodige zorg.

1.3.3 Vroeginterventie versus langdurige zorg

De vraag stelt zich **waar vroeginterventie stopt en langdurige zorg begint**. De deelnemers stellen dat dit onderscheid minder relevant is vanuit het perspectief van het gezin of het kind. Dit onderscheid is voornamelijk van belang voor de **organisatie van de zorg**, om de werking van CONNECT beter af te lijnen. Langdurige behandeling vraagt een andere aanpak en expertise dan vroegdetectie/vroeginterventie. Eerstelijnspsychologen werken kort en gericht op een bepaalde plek, terwijl CONNECT de volgende stap is, waarbij men aanklampend werkt met kinderen en jongeren die niet tot bij de zorg geraken. Toch is deze indeling niet in alle regio's hetzelfde.

Het is niet te verantwoorden dat CONNECT dezelfde rol opneemt als de mobiele care teams of de 2^e of 3^e lijn van de GGZ, omdat dit de werking van vroegdetectie/vroeginterventie in de weg staat. Daarom is het essentieel om te evalueren wie langdurige zorg wel en niet nodig heeft en dit strikt op te volgen. Wanneer men nadenkt over wie toch naar de mobiele care teams moet doorverwezen worden, zou het zinvol kunnen zijn om medewerkers halftijds in CONNECT en halftijds in care in te schakelen.

Enkele deelnemers stellen de inkanteling van VDIP in CONNECT in vraag, en opperen dat **VDIP beter een onderdeel van langdurige zorg wordt**. Eens iemand in de gespecialiseerde hulp is opgenomen, is het in principe niet de bedoeling om terug te keren naar CONNECT. Bij psychosoziale zorg ligt dit volgens een deelnemer anders, omdat het zinvol kan zijn om niet-chronische patiënten met psychosociale gevoeligheden die kort zijn opgenomen, daarna verder te kunnen begeleiden binnen CONNECT. Tegelijk is vroegdetectie en vroeginterventie voor psychosociale zorg ook heel belangrijk.

Door de wachtlijsten en de beperkte beschikbaarheid van bepaalde diensten, worden jongeren binnen CONNECT soms veel langer opgevolgd dan voorzien. Maar het is niet omdat jongeren langer opgevolgd worden (bijvoorbeeld door plaatsgebrek in de langdurige gespecialiseerde zorg), dat de doelgroep of de doelstelling van CONNECT aangepast moet worden.

Hoewel de duurtijd van de langere opvolging voor elke jongere anders is, stellen sommige deelnemers voor om toch op zoek te gaan naar een vaste cutoff om doorverwijzing naar langdurige gespecialiseerde zorg op te baseren. Zo kan het zinvol zijn om een basisprogramma van een beperkt aantal sessies te voorzien en voor sommige jongeren een uitzondering hierop mogelijk te maken. Men geeft wel aan dat het moeilijk is om op het basisprogramma een vast aantal sessies te plakken, omdat bij veel problematieken de doelgroep zeer divers is.

Quote: “Ik ben er wat bang voor dat men gaat zeggen, je moet die elke week zien en je mag die maar vier keer zien.”

Sommige deelnemers operen dat medewerkers het aantal nodige sessies best zelf inschatten. Wanneer er bij VDIP sprake is van een chronische problematiek, plaatst men jongeren op de wachtlijst voor langdurige gespecialiseerde zorg en overbrugt men totdat de jongere daar kan starten. Zomaar partners betrekken omdat de jongere daar snel terecht kan, is weinig zinvol. De deelnemers geven aan dat ze op zoek gaan naar de partner die het meest geschikt is om de verder zorg op te nemen, wanneer het aanbod vroeginterventie van CONNECT ontoereikend is.

Wat kan helpen is de doelstellingen van het aanbod vroeginterventie van CONNECT te verscherpen: zo vallen herhalpreventie en therapeutische trajecten per definitie niet onder CONNECT. CONNECT moet meer **ingebed** zijn in de gespecialiseerde GGZ, zodat de zorg vlot kan georganiseerd worden. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat een “vervolgwerker” eerst als co-werker binnen CONNECT meedraait, om dan de zorg te kunnen overnemen binnen de langdurige gespecialiseerde zorg. Door zulk een inbedding is het mogelijk om na een bepaalde evaluatie het vroeginterventietraject te stoppen.

1.3.4 Doelstellingen van vroeginterventie

Vroeginterventie is een aanpak die uit veel verschillende kritische componenten bestaat die mee bepalen of een traject al dan niet slaagt. Deelnemers stellen dat het niet verwonderlijk is dat uit de literatuur voornamelijk methodieken naar voren komen die het eenvoudigst te meten zijn, zoals gedragstherapeutische technieken. Voor wat vroeginterventie betreft, is het echter belangrijk om een breed palet van methodieken te kunnen toepassen.

Quote: “Trek dit verhaal niet in een lijst met methodieken die dan tot indicatoren leiden. Het is belangrijk om niet enkel op deze methodieken uit de literatuur te focussen, want dit zou het verhaal heel erg verengen. De doelstellingen mogen niet louter gelinkt zijn aan methodieken.”

Quote: “De kracht van CONNECT is net om te kunnen kijken welke doelstelling de belangrijkste is. Ik hoop echt dat we niet te hard in protocollen worden geduwd, alle doelstellingen zijn relevant voor vroeginterventie.”

De prioritaire doelstelling voor vroeginterventie varieert naargelang de doelgroep. In de huidige CONNECT-werking zijn er verschillende specialismes aanwezig (psychose, eetstoornis, verslaving...). Veel deelnemers onderstrepen het belang van ondersteuning bieden in een **vroeg stadium in de doelgroepen bij wie de hulpvraag nog niet duidelijk** is. Dit is een eigenheid van CONNECT, waarin het onderscheid met langdurige gespecialiseerde zorg duidelijk is. CONNECT kan fungeren als **triagepunt** wanneer blijkt dat aangemelde jongeren andere hulp nodig hebben, bijvoorbeeld als een jongere instroomt met een vermoeden van psychose maar uiteindelijk toch geen psychose blijkt te hebben. Hierbij is de link met gespecialiseerde teams binnen de netwerken cruciaal, om zo constructief te kunnen samenwerken en vlot te kunnen doorverwijzen. CONNECT zou een duidelijkere identiteit kunnen krijgen als **de nadruk meer op de doelstellingen van CONNECT komt te liggen in plaats van op de definiëring van de doelgroep**. Dan nog kunnen methodieken verschillen naargelang de problematiek van de jongere.

Een eigenheid van CONNECT is ook om **jongeren te connecteren met hulpverlening**, door hen te ondersteunen of een korte interventie te doen. Door een goeie eerste ervaring met hulpverlening te creëren, kunnen jongeren in een later stadium makkelijker de weg naar hulp vinden.

Men haalt het belang van epistemisch vertrouwen aan: als iemand met een hulpvraag, een klik heeft met een hulpverlener en daarop vertrouwt, kan dit later ook vertrouwen geven als die persoon weer

hulp nodig heeft. Dit werkt ook in de omgekeerde richting: wantrouwen tegenover de zorg kan soms generaties meegaan.

Quote: “We moeten ons de vraag stellen hoe we er zijn voor mensen: zijn we betrouwbaar, zijn we relationeel betrokken? Houden we mensen voldoende vast ook als we niet alles zelf kunnen organiseren? Zijn we geïnteresseerd? Dat is een belangrijke basishouding.”

Daarnaast is ook **werken met de context** cruciaal voor CONNECT. In de jeugdhulp ervaart men dat jongeren met gezonde relaties een betere prognose hebben dan jongeren met een historiek van uitsluiting of afstoting. Het werken met de context is ook essentieel om de ontwikkeling van kinderen te optimaliseren.

Quote: “Kinderen worden in deze tijd snel uitgesloten wegens storend gedrag, in de kinderopvang, op school, en dat verontrust mij. Terwijl er nood is aan op zoek gaan naar de oorzaak van verstoord gedrag, en aan werken op versterken en herstellen van relaties. Als er een historiek is van gebroken relaties en er gebeurt niks, is de prognose voor mij zeer pessimistisch. Men moet dus zo snel mogelijk werken met de context, verbinding zoeken en dus aanklappend werken, en continuïteit voorzien. Laten we kinderen en jongeren niet opgeven of uitsluiten, en op zoek gaan naar wat er achter hun soms moeilijk gedrag zit.”

Een deelnemer stelt dat het cruciaal is om te blijven oppassen met etiketten te kleven op jongeren: men moet het geloof in jongeren durven behouden. Daarnaast pleiten de deelnemers ervoor om ook het geloof te behouden in ouders en gezinnen, en hun competentie om ergens uit te geraken of stappen te zetten. De eerste vraag die men moet stellen is: “Wat zit erachter?”. Anderen onderschrijven het pleidooi om te werken met de context: dit kan veel effect hebben, doordat de aanwezigheid van een ouder of iemand anders verbinding geeft. Maar er moet wel ruimte voor om op deze manier te werken.

Dit alles gezegd zijnde, ervaren een aantal deelnemers het als een tegenstrijdigheid dat het CONNECT-programma moet inspelen op de lokale populatienoden, terwijl er nu vanuit de Vlaamse overheid een meer uniforme aanpak zou opgelegd worden.

1.4 Vraag 4: andere evidence-based methodieken

Men onderstreept het belang van de link met expertisecentra (bijvoorbeeld VAD): het is nodig om die samenwerking te behouden, bijvoorbeeld om voldoende informatie te krijgen over evidence-based methodieken en hiermee aan de slag te kunnen gaan.

Hieronder komen de methodieken aan bod die de deelnemers tijdens de denknamiddagen onder de aandacht hebben gebracht.

1.4.1 Algemene methodieken gebruikt in CONNECT

Open dialogue⁴ is een generieke methodiek die voor elke doelgroep zinvol kan zijn. **Motiverende gespreksvoering** wordt aanbevolen voor vroeginterventie bij middelengebruik, dit wordt veel gebruikt en blijkt effectief. Inzicht geven en motiveren zijn nuttig als generieke insteek voor verschillende doelgroepen.

⁴ Meer info over open dialogue: <https://imhcn.org/bibliography/recent-innovations-and-good-practices/open-dialogue/#:~:text=Open%20dialogue%20is%20way%20of,empowering%20way%20to%20find%20resolution.>

Een initieel assessment zonder een volledig diagnostische batterij af te nemen, is ook belangrijk.

Huisartsen gebruiken tijdens hun consulten het **ICE-model** als kapstok. ICE staat voor 'ideas, concerns, expectations' en kan dienen als leidraad bij intakegesprekken.

Voor hulpverleners die met volwassen cliënten werken is de Kindreflex een belangrijke methodiek om kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) of een afhankelijkheidsprobleem (KOAP) en verontrustende gezinssituaties vroegtijdig in beeld te brengen. Deze methodiek kan ook de alertheid van CONNECT-medewerkers voor potentieel verontrustende situaties verhogen.

1.4.2 Specifieke methodieken gebruikt in CONNECT, of die zinvol zouden kunnen zijn

Bij jongeren met een drugsproblematiek zijn groepssessies een meerwaarde (die naast de individuele interventies gebeuren). Bij deze doelgroep wordt het **FRAMES-model**⁵ ingezet, een korte motiverende interventie rond verslaving, inclusief psychoeducatie. Huisartsen worden hierin ook al getraind.

Voor de VDIP-werking kan het nuttig zijn om in te zetten op **CAARMS** (Comprehensive Assessment of At Risk Mental State⁶): dit is een diagnostisch instrument voor jongeren at risk voor psychose, waar de medewerkers nog niet voldoende in onderlegd zijn. Het wordt voorlopig nog niet gebruikt, maar zou volgens een deelnemer een goed diagnostisch instrument zijn om op in te zetten.

Voor psychose en verslavingszorg gebruikt men ook elementen van **cognitieve gedragstherapie**.

Psychoeducatie is zinvol in specifieke situaties, en kan dus niet generiek ingezet worden.

Bij de infantwerking is de problematiek van het jonge kind bij aanvang van de begeleiding nog niet duidelijk en vaak eerder vaag. Voor deze leeftijdsgroep wordt er eerder gewerkt met algemene methodieken rond bijvoorbeeld hechting en het betrekken van de context.

Voorzorg⁷ is een programma gericht naar mama's van jonge kinderen, om hen te ondersteunen bij de opvoeding van kinderen met een meervoudige problematiek of een kwetsbaarheid. De verpleegkundige komt aan huis om een totaalbegeleiding te geven en is het centrale aanspreekpunt. De vroege interventies in diverse domeinen waar de moeder problemen ervaart (werk zoeken, zorg voor kind, financieel plan, hechting, huisvesting), kunnen een impact hebben. Het is de bedoeling om al van voor de geboorte de ouders te bereiken. Dit kan een vorm van *case management* of contextbegeleiding zijn, waarbij de begeleider niet alles zelf hoeft te weten, maar wel de link kan leggen naar andere diensten en de ouders hiernaartoe kan begeleiden. Bij ernstige problematiek is er vaak eerst nood aan praktische ondersteuning (bijvoorbeeld rond huisvesting). Daarna kan men ook toeleiden naar verdere begeleiding binnen de geestelijke gezondheidszorg. Er is dan wel nauwere samenwerking nodig, om complementair te kunnen werken binnen netwerken.

⁵ Meer info over het FRAMES-model: <https://fieldeducator.simmons.edu/article/motivational-interviewing-and-field-instruction-the-frames-model/#:~:text=Motivational%20interviewing%20uses%20a%20guide,%2C%20Empathy%20and%20Self%2DEfficacy.>

⁶ Meer info over CAARMS: <https://kenniscentrum-kjp.nl/professionals/instrumenten-a-z/comprehensive-assessment-of-at-risk-mental-state-caarms/>

⁷ Meer info over Voorzorg: <https://kenniscentrum-kjp.nl/professionals/behandelmethoden/voorzorg/#:~:text=In%20Nederland%20blijkt%20VoorZorg%20de,aantal%20staat%20ambivalent%20t.o.v.%20de>

Homestart⁸, een organisatie met opgeleide vrijwilligers die werken rond gezinsondersteuning vanaf de zwangerschap tot de leeftijd van 12 jaar, wordt aangehaald als een zinvolle werking. De vrijwilligers zetten in op het verbreden van het sociaal netwerk en het versterken van de veerkracht, de draagkracht en de opvoedingsvaardigheden.

ABFT⁹ (attachment-based family therapy) is een systeemtherapeutisch programma gebaseerd op gehechtheidstheorie dat focust op relationeel werken met de context: principes uit deze therapievorm kunnen werkzaam zijn voor vroege interventies. Andere deelnemers beamen dat deze insteek zinvol kan zijn voor CONNECT.

Bij de doelgroep van KOPP/KOAP zet men in op het versterken van **veerkracht**, o.a. via **psycho-educatie**.

2 Input van de koepelorganisaties

Aanvullend op de denknamiddagen is er een focusgroep gehouden met de betrokken koepelorganisaties, met als doel feedback te vragen op de eerste draft-aanbevelingen voor het CONNECT-programma ontwikkeld op basis van de resultaten van de literatuurstudie en de denknamiddagen. De deelnemers konden tot één week na de focusgroep bijkomende opmerkingen aan de onderzoekers bezorgen. Deze zijn ook verwerkt in onderstaand verslag.

2.1 Doelgroep van CONNECT

Volgens de deelnemers is de doelgroep in de draft-aanbevelingen voor het CONNECT-programma breed afgebakend:

- kinderen, jongeren en jongvolwassenen van 0 tot 25 jaar,
- met een beginnende psychopathologie, met milde tot matige impact op het functioneren van het kind/de jongere en zijn context,
- en/of opstapeling van risicofactoren en beperkte beschermende factoren,
- EN bij wie er (nog) geen duidelijk omlijnende hulpvraag aanwezig is,
- met aandacht voor maatschappelijk kwetsbare kinderen, jongeren of gezinnen.

Deze brede afbakening zorgt volgens de deelnemers enerzijds voor voldoende flexibiliteit om de bestaande werkingen te kunnen verderzetten, hetgeen als positief wordt ervaren. Anderzijds – zo wordt aangegeven - is het niet haalbaar om met een klein budget een zeer grote zorgbehoefte te moeten dekken. Het is volgens een deelnemer belangrijk om prevalenties en aanvangsleeftijden te bekijken en mee te nemen bij de afbakening van de doelgroep. Er zijn sinds de eerste CONNECT-template van het voormalige Agentschap Zorg & Gezondheid (2017) heel wat initiatieven toegevoegd, zoals de uitbreidingsmiddelen CGG in kader van “Zorgen voor Morgen”¹⁰ en het pilootproject veerkracht-ondersteunend groepsaanbod perinatale zorg in vijf eerstelijnszones¹¹. Daarom stelt zich volgens de deelnemers de vraag of de leeftijdsafbakening van CONNECT ruim moet blijven (zoals voorgesteld in de

⁸ Meer info over Homestart: <https://www.home-start.nl/over-home-start#:~:text=Home%2Dstart%20is%20een%20wereldwijd,als%20vorm%20van%20pedagogische%20hulp.>

⁹ Meer info over ABFT: <https://ppw.kuleuven.be/abft/watisabft>

¹⁰ <https://www.zorgenvoormorgen.be/>

¹¹ <https://www.kraamvogel.be/eck-blogt/431-5-vlaamse-proeftuinen-perinataal-veerkracht-ondersteunend-groepsaanbod-in-een-huis-van-het-kind>

draft-aanbevelingen van CONNECT), gezien deze bijkomende investeringen en gezien de recente initiatieven met specifieke aandacht voor infants/eerste 1.000 dagen.

Hierbij aansluitend wordt opgemerkt dat termen als ‘verhoogde kwetsbaarheid’, ‘risicofactoren’ en ‘startende symptomen’ – zoals gebruikt in de draft-aanbevelingen voor CONNECT - zeer generiek zijn. Ze zullen volgens een deelnemer van toepassing zijn op een groot deel van de groep kinderen en jongeren tussen 0 tot 24 jaar. Men waarschuwt er dan ook voor dat CONNECT-middelen niet gebruikt mogen worden om zomaar gaten in het aanbod te dichten. Als men door beperkte middelen niet voor de volledige doelgroep aanbod kan voorzien, vrezen de deelnemers dat de netwerken hierop zullen afgerekend worden in evaluaties door de Vlaamse overheid. Bovendien kan men niet steeds het aanbod verder uitbreiden zonder uitbreiding van de middelen; bij verdere spreiding van een beperkt budget over een steeds groter aanbod, ontstaat een zodanige verdunning dat men dit als het ware een “homeopathische behandeling” zou kunnen noemen, zo illustreert een deelnemer. Tegelijkertijd onderstrepen de deelnemers dat uit de literatuur en praktijk blijkt dat het belang van vroegdetectie en vroeginterventie groot is. Het is essentieel om te bekijken welk ander aanbod ook inspeelt op dezelfde of gelijkaardige doelgroepen, bijvoorbeeld vanuit de crisisteams, en om het CONNECT-aanbod hierop af te stemmen. Tegelijkertijd is de afbakening van de doelgroep van CONNECT ten opzichte van de eerstelijnspsychologen en van de werking van 1 Gezin 1 Plan belangrijk.

2.2 Kerntaak 1 van CONNECT: Intermediairwerking

De bekendmaking van het CONNECT-aanbod hoeft volgens de deelnemers niet noodzakelijk door de medewerkers van CONNECT te gebeuren. Ook preventiewerkers die actief zijn binnen de GGZ-netwerken kunnen deze taak vervullen en het CONNECT-team ontlasten. Veel inzetten op bekendmaking gaat hoe dan ook ten koste van het aanbod. Anderzijds wordt de bedenking gemaakt dat mensen met expertise vaak zelf het best geplaatst zijn om de bekendmaking rond het vroegdetectie- en vroeginterventieaanbod te doen.

Men moet zich ervan bewust zijn dat het aantal intermediairs sterk is toegenomen de laatste jaren: deskundigheidsbevordering kan een enorme taak worden.

2.3 Kerntaak 2 van CONNECT: Vroeginterventie

Een sterke afbakening van het aantal sessies vroeginterventie is volgens de koepelorganisaties problematisch. Het is bovendien zeker niet aangewezen om het aantal sessies als indicator of evaluatiecriterium te gebruiken.

CONNECT mag zich niet beperken tot een individueel aanbod, maar voorziet best ook een groepsaanbod zodat het mogelijk is om meer kinderen en jongeren gelijktijdig te ondersteunen.

De VDIP-werking gebruikt liever de term “waakvlam” dan “deur op een kier”, omdat dit een actievere opvolging door de hulpverleners impliceert. ‘Deur op een kier’ is een concept uit de draft-aanbevelingen voor CONNECT, waarbij cliënten bij de afronding van de hulpverlening de optie krijgen om steeds terug te keren en dan opnieuw snel hulp te krijgen.

De deelnemers benadrukken dat de werking moet vertrekken vanuit expertise en specialisatie rond een bepaalde pathologie, waaraan vroeginterventie dan wordt toegevoegd. Het is niet aangewezen om vroeginterventie als een specialisatie op zich te zien en elke problematiek met een generieke aanpak te

benaderen. Bovendien zullen de methodes en nodige competenties steeds afhangen van de leeftijdsgroep.

2.4 Kerntaak 3 van CONNECT: Toeleiding naar vervolgzorg

De koepels erkennen dat kinderpsychiaters een meerwaarde kunnen zijn voor een CONNECT-team. Daarnaast is een sterke samenwerking met de volwassenwerking en volwassenpsychiaters nodig om ondersteuning van jongeren boven de 18 en ouders van kinderen met een psychische problematiek waar nodig mogelijk te maken.

Volgens een deelnemer heeft elke GGZ-werking die zich toespitst op een specifieke doelgroep idealiter een CONNECT-luik (bijvoorbeeld een verslavingswerking met een CONNECT-luik) in plaats van dat het CONNECT-team zich tot meerderen werkingen en op meerdere problematieken moet richten.

Men onderstreept dat jongeren langer vasthouden om een wachttijd te overbruggen meer zin heeft dan doorverwijzen naar niet-gepaste zorgvorm in afwachting.

2.5 Organisatie en randvoorwaarden

Deelnemers erkennen dat de CONNECT-werking het best aansluit op een centraal aanmeldpunt, maar stellen wel dat het niet de opdracht van CONNECT mag zijn om een dergelijk aanmeldpunt mee te organiseren en te bemannen.

De Druglijn is voor verslavingsproblematiek een belangrijk aanmeldpunt, het kan van belang zijn om deze link vanuit CONNECT verder te versterken.

Wat betreft de hertekening van het CONNECT-programma op organisatorisch niveau, is er volgens de koepels nood aan:

- Een sterk zorgstrategisch plan waarbij CONNECT een duidelijke plaats heeft in de GGZ-netwerken voor kinderen en jongeren.
- Een langetermijnvisie van de Vlaamse overheid die 5 à 10 jaar beslaat, zodat het werkveld zich daarop de komende jaren kan enten en waar nodig naar bijkomende financiering kan zoeken.
- Voldoende verantwoordelijkheid bij de GGZ-netwerken inzake de regionale invulling van het CONNECT-programma. Wanneer het nodig is om keuzes te maken, moet het mogelijk zijn om prioriteiten te stellen in functie van de regionale noden en ter aanvulling op bestaand aanbod vroegdetectie en vroeginterventie in de regio. De regionale diversiteit is een realiteit waar de overheid moet mee rekening houden.
- Interministeriële afstemming, alsook afstemming tussen de verschillende agentschappen, zodat de eerstelijnsconventie, 1Gezin1Plan, eerstelijnspsychologen binnen 1Gezin1Plan en CONNECT op elkaar afgestemd kunnen worden.

De deelnemers concluderen op het einde van de focusgroep dat ze in het algemeen akkoord gaan met de basisconcepten zoals opgenomen in de draft-aanbevelingen voor CONNECT en de randvoorwaarden voor de realisatie van deze randvoorwaarden. Ze hebben hier twee kanttekening bij: dat hiervoor voldoende middelen nodig zijn en dat de opgebouwde expertise van de hulpverleners die momenteel werken binnen CONNECT niet verloren mag gaan.

Hoofdstuk 6

Aanbevelingen voor de heroriëntering van CONNECT

In dit hoofdstuk zijn de inzichten uit de literatuur en de denknamiddagen over vroegdetectie en vroeginterventie bij kinderen en jongeren met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen - en de expertise van de onderzoekers hierover - samengebracht tot evidence- en practice-based aanbevelingen voor de heroriëntering van het CONNECT-programma. Daarna volgen de resultaten van de focusgroep met de CONNECT-projecten over hoe de heroriëntering van het programma aan te pakken. Tenslotte volgt een overzicht van de sterktes en beperkingen van dit onderzoek.

1 Aanbevelingen voor de heroriëntering van CONNECT en randvoorwaarden voor de implementatie ervan

De basisprincipes voor de heroriëntering van CONNECT die resulteren uit het onderzoek, zijn als volgt samen te vatten:



KERNOPDRACHTEN



1. **Intermediairwerking:**

intermediairs die op belangrijke vindplaatsen werken **sensibiliseren, opleiden en ondersteunen** om vroegdetectie en vroeginterventie mogelijk te maken (LD).



2. **Vroeginterventie:**

zelf een laagdrempelig ondersteuningsaanbod voorzien voor kinderen/jongeren én hun context, volgens het principe "**kort waar mogelijk, lang waar nodig**". De aanpak kan **generiek of specialistisch** van aard zijn; case-management, mobiele zorg en bemoeizorg behoren tot de opties. De context van de kinderen en jongeren wordt steeds betrokken. Dit betreft steeds vrijwillige hulpverlening (LD).



3. **Toeleiding:** wanneer nodig toeleiden naar **gepaste gespecialiseerde zorg op de 2° of 3° lijn van de GGZ: CONNECT** zorgt voor aanmelding op de juiste plaats (**matched care**), en voor een succesvolle aanmelding door eventueel aanklappend te werken, co-interventies te doen, de ondersteuning te continueren tot de gepaste zorg kan starten (D).

ORGANISATIE



Het **CONNECT-team** is interdisciplinair samengesteld. Het bestaat uit hulpverleners die opgeleid zijn om te werken binnen de geestelijke gezondheidszorg én die over verschillende specialisaties beschikken (bijvoorbeeld rond psychosegevoeligheid, verslavingsproblematiek, eetproblematiek, enz.). Het is aangewezen om een kinderpsychiater aan het team toe te voegen (D).



CONNECT is **ingebied in de gespecialiseerde GGZ op de 2de of 3de lijn**. CONNECT-hulpverleners combineren indien mogelijk een functie binnen CONNECT met een functie op de 2de of 3de lijn. Dit versterkt de continuïteit van zorg indien een verwijzing naar gespecialiseerde zorg op de 2de of 3de lijn aangewezen is (D)..



Een **regionaal laagdrempelig centraal aanmeldpunt GGZ**, waar iedereen met vragen rond hulpverlening of een vermoeden van psychische problemen kan aankloppen, kan de instroom naar CONNECT faciliteren (D).

De concrete aanbevelingen voor de heroriëntering van CONNECT, en de randvoorwaarden voor de implementatie ervan, zijn terug te vinden in het document "[Aanbevelingen voor de uitbouw van vroegdetectie en vroeginterventie voor kinderen en jongeren met verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen](#)".

Bij wijze van illustratie situeren we hieronder drie casussen die aansluiten bij de doelstellingen van het CONNECT-programma:

- Een Kind & Gezin verpleegkundige maakt zich zorgen over een gezin dat ze reeds enkele keren op de K&G-consultatie gezien heeft naar aanleiding van de geboorte van de jongste zoon. Hij blijkt niet goed bij te komen, zonder dat daarvoor momenteel een somatische oorzaak kan gevonden worden. Van de vrijwilligers die meehelpen bij de consultatie hoort ze dat moeder er zeer gelaten in de wachtzaal bij zit terwijl haar drie kinderen veel kabaal maken en haar aandacht proberen te trekken. De laatste keer kwam de oma mee naar de consultatie; zij nam bijna altijd het woord. Met moeder was niet zoveel contact te maken. Vader blijkt vaak uit huis te zijn wegens een job in het buitenland. De verpleegkundige vraagt aan een CONNECT-medewerker uit de regio of het mogelijk is om bij de volgende consultatie mee aanwezig te kunnen zijn (co-interventie). De verpleegkundige vraagt zich af of de moeder psychologische hulp nodig heeft wegens een postnatale depressie.
- Jeugdbeweging-leiding maakt zich zorgen over een van hun leden. De 11-jarige jongen haalt steeds vaker kattenkwaad uit, en is ook al enkele keren wat dronken toegekomen bij de start van een avondvergadering. Soms blijft hij ook weg van de vergaderingen, in tegenstelling tot zijn gewoonte. De leiding merkt dat ze steeds minder met hem kunnen praten, tot hem “kunnen doordringen”. De hoofdleiding neemt contact op met de ouders om deze bezorgdheid te delen. De ouders merken ook op dat ze minder contact hebben met hun zoon, en zijn geschokt te horen dat hij soms alcohol zou drinken. Vader is ongerust dat zijn zoon ook een verslavingsproblematiek zou ontwikkelen zoals zijn broer. Ondersteund door de hoofdleiding stappen de ouders naar een CONNECT-medewerker in de regio.
- Een titularis maakt zich zorgen over een van haar leerlingen. Het vijftienjarige meisje is er tijdens de les niet altijd met haar gedachten bij (in tegenstelling tot haar gewoonte), en ze trekt ook minder met haar vriendinnen op tijdens de pauzes. De vriendinnen kwamen aan de titularis vertellen dat ze ongerust zijn omdat ze haar boterhammen 's middags vaak weggooit in de vuilbak. Haar schoolresultaten blijven prima. De titularis neemt contact op met de (alleenstaande) moeder. De moeder vindt niet dat er een probleem is, eerder in tegendeel. Moeder vertelt dat ze veel aan haar dochter heeft, meer als vroeger. Moeder vertelt dat ze heel goed meehelpt in het huishouden en vaak op haar kleinere broertje past. De titularis neemt contact op met de CLB-medewerker, en samen doen ze een aanmelding bij een CONNECT-medewerker in de regio.

2 Resultaten van de focusgroep over hoe de CONNECT-projecten de heroriëntering aanpakken

Tijdens de focusgroep blijkt dat de deelnemers aan het onderzoeken zijn – samen met hun partners in de regio – hoe ze de heroriëntering van het CONNECT-programma inhoudelijk en organisatorisch zullen aanpakken. Ze trachten de gevolgen van de heroriëntering van CONNECT zoals die in de kadernota van het Departement Zorg is uitgezet (juli 2023) volledig te begrijpen. Dit roept bij hen in eerste instantie verschillende vragen en bezorgdheden op. De vragen en bezorgdheden die tijdens de focusgroep aan bod gekomen zijn, vatten we hieronder samen.

Op de vraag hoe de projecten van plan zijn om de heroriëntering van het CONNECT-programma in het algemeen aan te pakken kwamen verschillende eerste voorstellen:

- Een deelnemer stelt voor om te gaan voor een **tabula rasa** en te focussen op de leeftijd van 0-18, met aandacht tot 23, gericht op kortdurende zorg en VDVI. CONNECT richt zich net als de ELP en 1G1P tot kinderen en jongeren met een milde tot matige problematiek, maar CONNECT kan daarbij ook aanklampend, assertief en mobiel werken.
- Anderen pleiten om **verder te bouwen op de huidige werking**, en de brug te slaan naar 0-4 & 14-25, en ook de eigen werking van VDIP te behouden. Het is nog onduidelijk hoe dit verder moet geïntegreerd worden in het CONNECT-programma.
- Nog een andere deelnemer overweegt om de psychosewerking binnen CONNECT uit te breiden naar de brede groep van **zorgmijdende kinderen en jongeren**.
- Een regio wil de kaart trekken van **zorgwekkende en zorgmijdende profielen** (bij wie er een niet-pluis gevoel is), en **outreaching werken**. Men wil hierbij graag de huidige werking aanhouden, maar men vermoedt dat men dan weer bij kinderen/jongeren met ernstigere problematieken zal uitkomen. Men ziet niet hoe men bij deze kinderen/jongeren terecht zou kunnen komen wanneer de problematiek nog niet ernstig is.
- Een deelnemer stelt dat in hun regio de **intermediairwerking** enkel is uitgewerkt voor één leeftijdsgroep, waarbij men voor andere doelgroepen rekent op ELP's voor een 'train de trainers' werking. De vraag is of het haalbaar is om de intermediairwerking van CONNECT uit te breiden met de huidige budgetten. Anderen stellen dat 6-14-jarigen al bereikt worden via de ELP-conventie, en dat men vooral wil inzetten op coaching van intermediairs. Dit gebeurt bij voorkeur via Crosslink, aangezien daar al veel programma's uitgewerkt zijn, zodat de beperkte budgetten voor CONNECT niet nog verder verdeeld moeten worden.
- **Aanmeldpunt:** verschillende regio's denken na over de opstart van een breed aanmeldpunt voor iedereen die vragen heeft m.b.t. GGZ.
- Het plan van aanpak bij een regio is om te bekijken wie **stakeholders** zijn binnen het nieuwe kader voor CONNECT, en het denkwerk niet enkel met de huidige betrokken partners te doen.
- Een netwerk ontwikkelde reeds een **model** om CONNECT in de regio te heroriënteren. Men start vanuit een oriëntatiepunt dat telefonisch vragen behandelt en een eerste generalistisch consult geeft. Hierbij kan men kinderen en jongeren ofwel doorsturen naar het netwerk indirecte lijn (zoals 1G1P, ELP, CAW), ofwel verder oriënteren naar screening en indicatiestelling, in samenspraak met het kind/jongere, de context en de aanmelder. Zo probeert men om zo gepast mogelijk toe te leiden naar gespecialiseerde GGZ, aan de hand van onthaal en consult naar de behandeling, of door direct toe te leiden naar een behandeling in een mobiel team of CGG. Wanneer er nog geen duidelijke behandelvraag is, of wanneer een andere aanpak nodig is, kan men ondersteuning aanbieden, op netwerk- of cliëntniveau. Hierbij wordt elke casus breed bekeken: er wordt dus niet enkel op de GGZ-problematiek gefocust.

Daarnaast kwamen er een aantal vragen en bezorgdheden rond de heroriëntatie van CONNECT naar voor:

- **Noden en competenties:** Hoe kan men zicht krijgen op de noden inzake VDVI in de regio, en hoe kan men de competenties van de medewerkers daarop afstemmen?
- **Generalistische aanpak versus specialisatie:** Hoe kan men binnen een generalistische aanpak specialistisch werken? Kunnen bepaalde behandellijnen behouden worden? Worden bij de verbreding van de doelgroep de expertise van de hulpverleners en de kritische capaciteit niet te veel “verdund”? **VDIP:** Hoe kan men de expertise van VDIP borgen en hoe kan men dit omvormen zodat het past binnen het kader van CONNECT? Getrapte zorg met verwijzing, kortdurende en generalistische zorg zijn niet haalbaar voor psychozorg. VDIP omvat zowel crisiszorg, care én vroeginterventie en kan zo geen deel uitmaken van CONNECT ondanks dat het een doelgroep is met een reële nood.
- **Huidige werking versus vernieuwde werking van CONNECT:** Hoe kan men zorgprogramma’s die nu in de CONNECT-werking vervat zitten verzoenen met de vernieuwde werking? Zo gaat het over KDO, verslavingswerking, PONDO, VDIP... Kunnen de aparte zorglijnen behouden blijven als men een brede doelgroep ambieert. En is het haalbaar om met zo een generalistische insteek een goede instroom en dus een toegankelijk aanbod te garanderen?
- **Groepsaanbod:** Hoe past het groepsaanbod binnen CONNECT? Sommige regio’s werken nu met een groepsaanbod per thema, en verschillende modaliteiten (individueel traject, groepsaanbod, vormingsaanbod). Dit zal moeten aangepast en verbreed worden om generalistischer te kunnen werken.
- **Milde tot matige problematiek:** Hoe kan men het criterium van ‘milde tot matige problematiek’ vertalen naar de praktijk? Sommige CONNECT-medewerkers hebben moeite met de specifieke focus van CONNECT op kinderen en jongeren met een milde tot matige problematiek zonder hulpvraag, omdat de afwezigheid van een hulpvraag meestal duidt op een ernstige problematiek. Daarnaast is het voor intermediairs niet evident om te bepalen welke problemen mild of matig zijn. De vraag is welke doelgroep dan bereikt moet worden en hoe dat praktisch uitgewerkt moet worden.
- **ELP & 1G1P:** Hoe kan CONNECT zich duidelijker onderscheiden van 1G1P en de ELP’s? Er is nood aan een betere clustering in de vroegtijdige werking, door betere afspraken te maken met 1G1P, ELP, etc.
- **Kinderpsychiatrische expertise:** Hoe kan men, met de huidige beperkte middelen, (kinder)psychiatrische expertise inschakelen in de CONNECT-teams? Dit is nodig om het onderscheid te kunnen maken met 1G1P en ELP, en om zich ontwikkelende ernstige problematieken te kunnen identificeren. Hiervoor hoopte men op een bijkomende investering vanuit de overheid.
- **Opdracht van de netwerken:** men stelt zich de vraag of de aansturing van de CONNECT-teams nog steeds door de netwerken dient te gebeuren; zij hebben immers een steeds groter wordend takenpakket.
- Voor CONNECT-projecten die enkel een aanbod voor 14-25 jaar hebben vraagt het vernieuwde CONNECT-programma een grote aanpassing qua **teamsamenstelling**. Men is bezorgd over de

uitbreiding van onder andere de vroegdetectie, omdat hier ook een breder vroeginterventie-aanbod moet kunnen tegenover staan. Het is niet duidelijk of het voorziene budget voldoende toereikend zal zijn om de brede doelgroep te kunnen bedienen.

3 Sterktes en beperkingen van het onderzoek rond de heroriëntering

Deze studie bevat een uitgebreide literatuurstudie in de vorm van een scoping review van reviews (zie Hoofdstuk 3). Op een zeer systematische manier werd de literatuur over modellen en kaders voor vroegdetectie en vroeginterventie bij kinderen en jongeren met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen doorgenomen, waarbij enkel reviews, systematische reviews en meta-analyses zijn weerhouden. Deze publicatievormen behoren tot het hoogste niveau van evidentie en geven een overzicht van de meest onderbouwde theorieën en methodes. Om aanvullende vragen te beantwoorden, werden extra searches uitgevoerd. Op die manier slaagt deze studie erin om specifieke kwesties die relevant zijn voor CONNECT, maar niet in de brede zoekstring pasten, toch te behandelen in dit rapport.

Naast de literatuurstudie vormen de denknamiddagen een belangrijk onderdeel van de studie. De bevraging van de praktijk op basis van resultaten uit de literatuurstudie, met een gevarieerd panel bestaande uit CONNECT-hulpverleners, coördinatoren en externe experts, is een meerwaarde voor deze studie. De professionals uit de praktijk beschikken over expertise die vaak niet in de onderzoeksliteratuur aan bod komt. Ook is internationale literatuur vaak niet geschikt om uitspraken te doen over een nationaal of regionaal programma; de lokale context dient immers mee in rekening gebracht te worden. Daarnaast is het belangrijk om in dialoog te treden met belanghebbenden om finaal te komen tot gedragenheid en eigenaarschap.

De combinatie van deze twee benaderingen liet toe om aanbevelingen te formuleren die research- en/of practice-based zijn, waardoor de aanbevelingen naast top-down ook bottom-up tot stand zijn gekomen. Ten slotte werd ook de grijze literatuur geraadpleegd als aanvulling op de bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur en de denknamiddagen. De input van de koepelorganisaties tijdens de focusgroep was waardevol om de randvoorwaarden verder in kaart te brengen.

Naast deze sterktes heeft deze studie ook enkele beperkingen. De beperkte looptijd van de studie liet niet toe om in bijkomende denknamiddagen of focusgroepen na te gaan of de kwalitatieve data die verzameld waren, gesatureerd waren. Gezien de eigenheid van de werking van de GGZ in het Vlaamse landschap, is het niet steeds mogelijk om onderbouwde werkwijzen rond vroegdetectie en vroeginterventie uit de internationale literatuur te vertalen naar de context in Vlaanderen. Daarnaast rapporteert de literatuur doorgaans over een bepaalde doelgroep of een bepaalde methodiek, maar de vergelijking tussen doelgroepen of methodieken is zeldzaam. Het is daarom niet haalbaar om binnen dit project uitspraken te doen over welke doelgroep of welke benadering prioriteit zou moeten krijgen binnen de Vlaamse context. Bovendien kan publicatie bias, waarbij negatieve resultaten niet of minder gepubliceerd worden, steeds een rol spelen wanneer resultaten ten opzichte van elkaar worden geplaatst. De bevraging van de stakeholders uit de praktijk was uitgebreid, aangezien verschillende types stakeholders betrokken werden: hulpverleners uit de praktijk, coördinatoren en directeurs, vertegenwoordigers van koepelorganisaties. De beperkte looptijd van de studie liet echter niet toe om in bijkomende denknamiddagen of focusgroepen na te gaan of de kwalitatieve data die verzameld waren, gesatureerd waren. Tenslotte was het omwille van dezelfde reden niet mogelijk om de draft-

aanbevelingen voor de hertekening van CONNECT voor te leggen aan vertegenwoordigers van patiënten en familie die ervaring hebben met de GGZ. Dit is een ernstige beperking van ons onderzoek.

Hoofdstuk 7

Een voorlopige set van indicatoren voor de monitoring van het CONNECT-programma

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van het onderzoek naar de ontwikkeling van indicatoren voor CONNECT en hoe die tot stand zijn gekomen. Eerst worden de resultaten van de *desk research* en literatuurstudie besproken, met een toelichting over de soorten indicatoren en de relevante indicatoren uit de internationale literatuur. Daarna volgen de resultaten van de focusgroep met stakeholders uit de CONNECT-projecten en de bevraging van experts inzake ontwikkeling van indicatoren.

De voorlopige set van indicatoren die resulteerde uit dit onderzoek, is ingedeeld in (1) een longlist, met bij elke indicator een beschrijving van de rationale, operationalisering en aandachtspunten, en (2) een shortlist van need-to-know indicatoren. Hierna volgen de aanbevelingen voor de verdere ontwikkeling van de indicatoren, en de sterktes en beperkingen van dit onderzoek.

1 Resultaten *desk research* en literatuurstudie

1.1 Definities en soorten indicatoren

Een indicator wordt gedefinieerd als “een meetbaar fenomeen dat een signalerende functie heeft met betrekking tot de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van een organisatie”.⁶¹ Indicatoren kunnen dus dienen om de kwaliteit van de zorg of van een organisatie die zorg aanbiedt, te meten, waardoor men een indicatie krijgt van de zorgprocessen of de resultaten ervan die men zou kunnen verbeteren. Hierbij gaat het steeds om concrete aspecten, niet over de globale kwaliteit van de zorg of de organisatie.⁶² De term ‘kwaliteitsindicator’ is in deze dus een brede term die vele ladingen dekt, waarvan de verschillende subvormen hieronder verder besproken worden.

Indicatoren kunnen zinvol zijn om de uitvoering van een beleid op te volgen: door regelmatige registraties kan men kenmerken van de betrokken zorgorganisaties en veranderingen binnen de zorgverlening in kaart brengen en opvolgen. Men gebruikt hiervoor de term ‘prestatie-indicatoren’ (*performance indicators*) als algemene noemer, waaronder verschillende soorten indicatoren kunnen vallen (zie onder).¹¹ Goede indicatoren worden gekenmerkt door hun betrouwbaarheid, waarbij de scores geloofwaardig zijn en veralgemeend kunnen worden, en hun validiteit, waarbij ze effectief registreren wat gemeten moet worden. Indicatoren kunnen subjectief of objectief zijn, waarbij subjectieve indicatoren werken op basis van perceptie, bijvoorbeeld door bevragingen over de waardering en ervaring van gebruikers, terwijl objectieve indicatoren gebaseerd zijn op registraties, bijvoorbeeld het aantal cliënten per hulpverlener.⁶²

Wanneer men het model van de European Foundation for Quality Management, het model van Walburg en de indeling van het Steunpunt Bestuurlijke Organisatie Vlaanderen integreert, kan men de soorten prestatie-indicatoren als volgt indelen. ^{10,63,64}

- **Inputindicatoren** geven informatie over de ingezette financiële en materiële middelen, en het personeel, die de zorgprocessen mogelijk maken.^{1,10}
- **Contextindicatoren** geven informatie over de behoeften in de samenleving.¹¹
- **Structuurindicatoren** geven informatie over de organisatorische randvoorwaarden waarbinnen de zorgprocessen lopen, bijvoorbeeld het aantal hulpverleners ten opzichte van het aantal cliënten, het opleidingsniveau van de hulpverleners.^{11,65} Deze indicatoren zijn vaak gemakkelijk te meten, maar geven niet per definitie een indicatie van de kwaliteit van de zorg, aangezien dit door vele factoren wordt bepaald.¹¹
- **Procesindicatoren** geven informatie over op welke manier een organisatie werkt en welke handelingen hiervoor gesteld worden, bijvoorbeeld hoeveel gesprekken men per cliënt voert, welke vormen van hulpverlening toegepast worden. Deze indicatoren zijn direct beïnvloedbaar.^{10,11,65}
- **Resultaatindicatoren** (ook wel outcome/uitkomstindicatoren genoemd) geven informatie over prestaties van een zorgorganisatie en de impact van het aanbod. In de zorg gaat dit over de uitkomsten van de zorgprocessen op het niveau van de cliënt (bijvoorbeeld veranderingen in levenskwaliteit, waardering of veranderingen in de ernst van de problematiek), de medewerker of de samenleving.^{10,65} Hierbij is het belangrijk om te onderstrepen dat uitkomstindicatoren afhankelijk zijn van veel factoren en , daardoor moeilijk te herleiden zijn tot louter de zorgprocessen. De aan- of afwezigheid van bepaalde uitkomsten valt dus niet per se te linken aan het zorgaanbod alleen, wat tegen het gebruik van uitkomstindicatoren pleit. Men stelt ook dat bij een onzekere of onduidelijke uitkomst van een bepaald zorgproces, de kans grotere is dat men met procesindicatoren zal werken.¹¹

Resultaatindicatoren kunnen op het niveau van de cliënt verder onderverdeeld worden in vier categorieën:¹¹

- **Klinisch: geeft een verandering in symptomatologie weer**
- **Functioneren:** geeft veranderingen in fysiek, maatschappelijk of psychisch functioneren weer
- **Cliëntwaardering:** maakt de link tussen de verwachtingen van de cliënt versus het aanbod/de ervaring
- **Kosten**

In de literatuur¹² maakt men soms nog een onderscheid tussen output-, uitkomst en impactindicatoren, waarbij het verschil ligt in de termijn, i.e. directe effecten (bijvoorbeeld aantal personen bereikt via een training), effecten op korte of middellange termijn (bijvoorbeeld symptoomreductie na deelname aan een therapeutisch programma) of lange termijn (bijvoorbeeld percentage adolescenten met verbetering van mentaal welzijn ten opzichte van baseline).¹

¹² De Peuter et al. vermelden ook nog omgevings- en effectindicatoren, maar dit rapport gaat hier niet verder op in, aangezien dit soort indicatoren niet in andere bronnen terugkomen.

1.2 Resultaten literatuurstudie over indicatoren

De wetenschappelijke literatuur over GGZ-indicatoren voor kinderen en jongeren is beperkt, aangezien studies eerder focussen op indicatoren om de GGZ voor volwassenen op te volgen, en zich vaak eerder richten op epidemiologische maten om het mentaal welzijn van de bevolking te monitoren. Ook de grijze literatuur is vaak weinig te vinden over indicatoren. Het gebrek aan richtlijnen en indicatoren wordt in onderzoek wel expliciet vermeld als een beperking.⁵⁷ Het rapport van Substance Abuse and Mental Health Services Administration (VS) benoemt het aantal sessies en het engagement als procesindicatoren om te overwegen.⁵⁹

Een literatuurstudie met focus op VDVI bij kinderen en jongeren leverde weinig op, daarom werd de scope uitgebreid naar volwassen populaties en publicaties van voor 2010, om zo de zinvolle en relevante indicatoren voor CONNECT te identificeren. Een aantal studies rond outreach, VI bij psychose en assertive community treatment gaven inspiratie om tot de indicatoren voor CONNECT te komen.

In een studie over assertive community treatment (ACT) worden indicatoren opgelijst die mogelijks relevant zijn voor CONNECT, zoals de mediane tijd in ACT, jaarlijkse turnover (i.e. het aantal patiënten dat binnenkomt versus het aantal dat de dienst verlaat), de reden om ACT te verlaten, het percentage personen dat ACT verlaat en de behandeldoelen heeft bereikt, het percentage personen dat 12 maanden na ontslag in opname zit, en het percentage personen dat 12 maand na ontslag ambulante therapie volgt.⁶⁶ Twee studies over vroeginterventie bij psychose geven een uitgebreid overzicht van structuur- en procesindicatoren, ingedeeld volgens belangrijke basisprincipes van toegankelijke zorg. Zo is er de wachttijd (in het kader van *accessibility*), participatie van de patiënt en/of de familie in beslissingen rond de behandelingen, en confidentialiteit (i.h.k.v. *acceptability*), het percentage gehospitaliseerde jongeren na het programma (i.h.k.v. *appropriateness*), drop-out, plan van ontslag en ambulante opvolging (i.h.k.v. *continuity*), en tot slot het niveau van functioneren en de symptomen (i.h.k.v. *effectiveness*).^{67,68}

In een studie over een outreach programma rond psychische problemen bij daklozen, vermeldt men het contactsucces (% patiënten gezien van totaal aantal patiënten doorverwezen), *timeliness* (% patiënten gezien binnen de 72 uur van aantal patiënten doorverwezen) en het engagement (% patiënten geëngageerd in een traject van totaal aantal patiënten gezien).⁶⁹ Daarnaast gebruikt een studie over *assertive community treatment* bij mensen met middelenmisbruik procesindicatoren rond het gebruik maken van de juiste contactpersonen om de jongere te benaderen, het al dan niet in contact blijven met de cliënt, en structuurindicatoren die aangeven of hulpverleners contact hebben met andere diensten en daarnaar kunnen verwijzen.⁷⁰

Een studie vermeldt intrafamiliaal geweld en middelengebruik bij de ouders als risicofactor voor ontwikkeling van psychische problemen bij hun kinderen.⁷¹ Daarnaast wordt automutilatie, met of zonder doel tot zelfdoding, gerapporteerd als risicofactor voor suïcide,⁷² en spijbelen of niet meer naar school gaan wordt geassocieerd met depressieve symptomen.⁷³ Deze factoren kunnen toegevoegd worden aan de indicatoren rond risicoprofiel van de cliënt.

2 Resultaten van de focusgroep met de zes CONNECT-projecten over de indicatoren

In dit onderdeel worden de resultaten van focusgroep met de CONNECT-projecten samengevat, voor wat het onderdeel over de indicatoren betreft.

CONNECT valt onder de CGG's, waardoor de meeste CONNECT-projecten voor het registreren van cliëntgegevens gebruik maken van het elektronisch patiëntendossier (EPD) van het CGG. Elk CGG heeft een eigen EPD, met ongeveer dezelfde structuur.

De volgende vragen en bezorgdheden komen naar voor betreffende de toekomstige registratie van nieuwe indicatoren:

- **Haalbaarheid:** Het extraheren van geaggregeerde data uit het EPD is niet evident, gegevens zijn vaak niet automatisch uit het EPD te halen. Dit betekent dat alle dossiers een voor een moeten open geklikt worden om er de nodige gegevens uit te halen om de indicatoren te kunnen registreren.
- **Specificiteit en afstemming:** De consult- en intermediairwerking van CONNECT zijn zeer moeilijk te registreren in het EPD, net als informatie over de context. Alles vertrekt vanuit de cliënt en niet alle CONNECT-activiteiten passen daarin: dit zal aanpassingen in het EPD vragen.
- Indien een nieuw systeem van indicatoren wordt opgezet, is er nood aan afstemming met de CGG's. Er wordt nu al veel geregistreerd. Het is daarom belangrijk om voor CONNECT enkel goed doordachte indicatoren te registeren, zodat er niet geregistreerd wordt om te registreren.
- **Uitrol:** Er moet voldoende tijd voorzien worden om de indicatoren te integreren in het EPD of om een nieuw registratiesysteem uit te werken.
- Men pleit ervoor om het **eerste jaar op kwalitatieve wijze** cliëntgegevens te verzamelen, zodat er meer duidelijkheid ontstaat over wat belangrijk is om te weten. Kwantitatief geregistreerde indicatoren kunnen eerder een restrictief beeld geven van de het zorgaanbod en de organisatie.
- **Integratie in de werking van CONNECT:** Het is belangrijk te benadrukken dat veel data opvragen tijdens een kortdurend traject niet evident is en afschrikkend kan werken voor de projecten. Dit pleit eveneens voor goed uitgedokterde indicatoren, die geïntegreerd zijn in de werking van CONNECT, bijvoorbeeld door een deel van de indicatoren op te vragen in het kader van het evaluatiemoment na vijf sessies.
- **Operationalisering:** Ook de wijze waarop de indicatoren geoperationaliseerd worden, verdient voldoende aandacht om ervoor te zorgen dat de indicatoren helder geformuleerd zijn, voldoende genuanceerd zijn en op eenduidige wijze geïnterpreteerd en ingevuld worden.
- **Finaliteit:** Het is voor de projecten niet duidelijk welke finaliteit de Vlaamse overheid voor ogen heeft voor de indicatoren. De projecten vrezen om op basis van bepaalde indicatoren "afgerekend te worden".
- **Centraal aanmeldpunt:** Het centraal aanmeldpunt compliceert de registratie: niet alle aanmeldingen zijn voor CONNECT. Het lijkt vooralsnog zeer complex om hier de registratie te stroomlijnen, zodat men kan differentiëren tussen de verschillende verwijskanalen binnen het netwerk vanuit het centraal aanmeldpunt.

- **CONNECT binnen de zorg:** Men stelt de ontwikkeling van indicatoren specifiek voor de CONNECT-projecten in vraag. Indicatoren in afstemming met de rest van de zorg zijn wenselijk om na te gaan of er continuïteit van zorg is, maar is in de praktijk moeilijk of niet te registreren.
- **Externe middelen voor CONNECT:** De vraag wordt gesteld of en hoe zorgaanbod dat gerealiseerd is binnen CONNECT, maar met externe middelen, geregistreerd moet worden. Als men enkel die activiteiten mag registreren die gerealiseerd worden met CONNECT-middelen van de Vlaamse overheid, gaat de overheid een verkeerd beeld krijgen van de CONNECT-werking. De indicatoren zullen het CONNECT-project van een netwerk dan maar gedeeltelijk in beeld brengen.

3 Resultaten van de expertmeetings over de indicatoren

In dit onderdeel worden de resultaten van de werkvergaderingen met de experts samengevat. Het is hierbij belangrijk te vermelden dat sommige adviezen zeer relevant zijn voor de verdere ontwikkeling van indicatoren, maar buiten de opdracht van dit SWVG-onderzoek vallen, bijvoorbeeld de adviezen rond uitkomstindicatoren, de pilootstudie en Delphi-studie (zie Hoofdstuk 2 Methodes: 5.1 Ontwikkeling van indicatoren). Dit onderzoek focust uitsluitend op proces-, output- en structuurindicatoren conform de onderzoeksdoelstellingen (zie Hoofdstuk 2 Methodes: 5.2 Literatuurstudie).

Finaliteit/doel van de indicatoren, hoofdtaken van CONNECT

- Bij elke indicator moet men zich de vraag stellen: wat is de **finaliteit**, op welke manier kan dit de omschakeling van CONNECT weergeven? Er moet steeds een duidelijke rationale zijn waarom iets wordt voorgesteld als indicator. Het kan waardevol zijn om een matrix op te stellen om de indicatoren te visualiseren per doelstelling. De vraag is of de indicatoren de veranderingen binnen CONNECT moeten monitoren, of ook een zicht moeten geven op de doelgroep voor CONNECT.
- **Kernopdracht van de intermediairwerking weergeven a.d.h.v. indicatoren:** Een groot hiaat is dat zorgprofessionals die werken in voorzieningen buiten de GGZ en betrokken bij vroegdetectie niet per se een dossier bijhouden dat kan gedeeld worden met CONNECT. Hierdoor zijn de risicofactoren die bij een kind aanwezig zijn om een psychische problematiek te ontwikkelen, moeilijk te inventariseren. Een voorstel voor een indicator kan zijn: in welke mate slaagt het CONNECT-project erin om intermediairs wegwijs te maken in wat de relevante signalen zijn voor een mogelijke casus voor CONNECT, om zo verwijzing naar de gepaste zorg te kunnen voorzien? Verbetering in het oppikken van signalen door de intermediairs kan gezien worden als een succesvolle uitkomst voor CONNECT.

Voorstellen voor concrete aanpassingen aan de indicatoren

- Een belangrijke extra indicator is de **succesratio van toeleiding naar gepaste zorg**.
- Indicatoren m. b. t. de intermediairwerking en teamwerking zijn makkelijk toe te voegen; hiervoor zijn geen aanpassingen in een registratiesysteem nodig.
- Wat betreft **de verwijzing naar een vervoltraject buiten CONNECT**, kan dit breder opgevat worden dan GGZ alleen: ook residentiële jeugdhulp, VAPH... behoren tot de opties en kunnen toegevoegd worden aan de lijsten.

Technische zaken in verband met de ontwikkeling, operationalisering, registratie van de indicatoren

- Vooraleer indicatoren gedefinieerd en geïmplementeerd kunnen worden, is het essentieel dat de definities van de **doelgroep en doelstellingen van CONNECT** zeer helder zijn, eventueel verduidelijkt aan de hand van enkele voorbeelden.
- **Definities:** Het is belangrijk om de terminologie goed te definiëren, zodat de indicatoren eenduidig geregistreerd kunnen worden. De terminologie moet bij alle indicatoren op dezelfde manier gebruikt worden om verwarring te vermijden.
- **Operationalisering:**
 - Het is beter om **absolute aantallen** op te vragen dan percentages, zodat er bij de dataverzameling geen verwarring ontstaat over wat in de teller en noemer moet staan. In verdere analyses kan men nog steeds percentages berekenen.
 - Met betrekking tot de **periode** waarvoor de indicatoren in kaart gebracht worden, gaat de voorkeur uit naar het aantal afgesloten trajecten per jaar.
 - Heel gedetailleerde **registraties** worden vaak geschrapt, niet of slordig ingevuld. Als dergelijke zaken reeds geregistreerd worden in het dossier, kan dat wel gemakkelijker geïntegreerd worden in de praktijk.
 - Als indicatoren aan de hand van **gemiddeldes** gerapporteerd worden, is het belangrijk om ook de spreiding weer te geven. Het is beter de **mediaan** te gebruiken dan gemiddeldes.
- **Shortlist:** De indicatoren moeten ingedeeld worden in twee groepen: (1) Wat is de **minimale set van indicatoren** ('need to know'), die eventueel uit het EPD te halen zijn, versus (2) **wat zou er ook relevant zijn om te weten** ('nice to know') (onder voorbehoud van beschikbare gegevens) en vraagt nog meer tijd om te ontwikkelen. De experts hebben verschillende visies over welke indicatoren tot de *need-to-know* en de *nice-to-know* lijst behoren.
- **Registratie:** Voor de uitwerking van een registratiesysteem is nog een heel traject nodig, om ook een digitale transformatie van de indicatoren mogelijk te maken. Hierbij kan het een troef zijn om het Agentschap Digitaal Vlaanderen te betrekken als partner.

Verder onderzoek en uitbreiding van indicatoren

- De indicatoren vormen een zeer lange lijst op dit moment. Een **DELPHI**-studie kan leiden tot een reductie van de lijst: na het voorleggen van de longlist van indicatoren aan stakeholders en experts volgt er idealiter een Delphistudie die uit minstens 2 bevraging rondes bestaat waarbij de indicatoren worden gescoord op relevantie, meetbaarheid, haalbaarheid. (Zie methodes: 5.1.2 Delphistudie en pilootproject)
- **Hoe de begeleidingstrajecten binnen CONNECT** verlopen moet eerst **kwalitatief** via een voorstudie in beeld gebracht worden om de procesindicatoren juist te kunnen ontwikkelen. Ook indicatoren die moeilijk te meten zijn of te veel werk vragen (bijvoorbeeld een uitgebreid profiel van de risicofactoren, ervaringen van de cliënt...) kan men een maand lang kwalitatief bevragen om zo een beeld te krijgen van wat relevant en haalbaar is om te registeren.
- **Input van de teams over de doelstellingen van CONNECT:** Een aanbeveling voor de CONNECT-projecten kan zijn om uit te kristalliseren wat men met vroeginterventie wil bereiken en welke uitkomstindicatoren dit kunnen monitoren. Wanneer beschouwt men een interventie als

geslaagd? Wanneer er een verbetering is op het vlak van functioneren of wanneer de psychische symptomen afnemen? De netwerken moeten hier zelf mee over nadenken.

- De indicatoren zijn zeer aanbodgericht op dit moment. Er zijn geen doelstellingen op het niveau van de jongere geformuleerd, en er zijn geen **outcome/impactmetingen**: wat heeft CONNECT bereikt? Indicatoren focussen nu hoofdzakelijk op de veranderingen in het programma, maar het zou zinvol zijn om ook de impact van het programma te meten. Zo kan men effectiviteit meten op het niveau van de jongere:
 - Doelrealisatie: zorgplan vanuit het perspectief van de cliënt, vooropgestelde doelen evalueren
 - Vermindering van de problematiek: op basis van gestandaardiseerde vragenlijsten
 - Uitval: bij hoeveel kinderen/jongeren wordt het traject vroegtijdig gestopt
 - Cliënttevredenheid: bijvoorbeeld gemeten aan de hand van vooruitgang op diverse levensdomeinen, om zo de impact en de vooruitgang voldoende in beeld te brengen.
- Een beperking van het onderzoek is dat **protectieve factoren** voor de ontwikkeling van een psychische problematiek ontbreken. Een aanbeveling kan zijn om een literatuurstudie te doen over protectieve factoren voor de ontwikkeling of toename van psychische problemen bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen, om dit ook te kunnen integreren in beslissingsprocessen en interventies. Vroeginterventie krijgt een andere invulling als ook protectieve factoren in de weegschaal gelegd worden.

4 Voorlopige set van indicatoren

De onderzoekers ontwikkelden een *voorlopige* set van indicatoren voor de monitoring van de heroriëntatie van CONNECT. Dit gebeurde op basis van de resultaten van de literatuurstudie, *desk research*, bevraging van de CONNECT-projecten en experts, en expertise van de onderzoekers.

4.1 Longlist

Tabel 3 geeft een overzicht van de longlist van indicatoren, gegroepeerd per thema. Daarna volgt per indicator een gedetailleerde toelichting over de rationale voor de betreffende indicator en de operationalisering ervan.

Tabel 3: Overzicht van de longlist van de indicatoren

Doelgroep	Vroeginterventie	Intermediairwerking	Structuur en randvoorwaarden
geslacht	wachttijd en <i>timeliness</i>	aantal consultvragen	teamsamenstelling
leeftijd	aantal aanmeldingen	bron consultvragen	expertise
verwijzer/aanmelder	aanmeldproblematiek	soorten consultvragen	aanmeldpunt
regio	aantal sessies	co-interventies	VTE-hulpverleners en caseload
risicofactoren: individu	looptijd	opleidingen gegeven	
risicofactoren: familie en naaste omgeving	doelstelling na vijf sessies	aantal bereikte mensen via opleidingen	
risicofactoren: gemeenschap	verwijzing	doelgroep opleidingen	
risicofactoren: ouders	overbruggingshulp		
	eenzijdige stopzetting		
	samenwerking		
	aantal afgeronde trajecten		

4.1.1 DOELGROEP

4.1.1.1 *Geslacht*

Type indicator: Output

Rationale voor indicator: Onderzoek toont aan dat geslacht een invloed kan hebben op hoe psychische problemen tot uiting komen. Zo kunnen meisjes bijvoorbeeld sneller internaliserend gedrag vertonen. Vrouwen zoeken ook sneller hulp dan mannen voor psychische klachten. Het is zinvol om deze informatie te kunnen koppelen aan de problematieken en trajecten binnen CONNECT.

Te registreren door hulpverlener per cliënt:

Geslacht:

- Man
- Vrouw
- Interseks
- In gendertransitie

Operationalisering van de indicator:

Wat is de verdeling van het geslacht van de kinderen, jongeren en jongvolwassenen in de bereikte groep?

- aantal man
- aantal vrouw
- aantal interseks
- aantal in het proces van gendertransitie

Aandachtspunten bij operationalisering:

Interseks en gendertransitie zijn op dit moment geen deel van het registratiesysteem (EPD van de CCG's). Bij de aanpassing of ontwikkeling van een nieuw registratiesysteem zou dit in rekening gebracht moeten worden.

4.1.1.2 *Leeftijd*

Type indicator: Output

Rationale voor indicator: De leeftijdscategorieën die CONNECT bereikt in kaart brengen (1) om die te kunnen linken aan problematieken en trajecten, (2) om het aandeel van elke leeftijdsgroep in de workload van CONNECT te kunnen inschatten en (3) om het aanbod van vroegdetectie en vroeginterventie zo nodig te kunnen bijsturen.

Te registreren door hulpverlener per cliënt:

Wat is de geboortedatum van de cliënt? Wat is de datum van aanmelding?

Operationalisering van de indicator: Wat is de leeftijdsverdeling van de bereikte groep bij aanmelding?

Aandachtspunten bij operationalisering: Het is belangrijk om na te gaan of de gegevens die momenteel geregistreerd worden aangaande leeftijd eenvoudig zijn te aggregeren volgens leeftijdsverdeling. Daarnaast is het van belang om na te kijken of de leeftijdsverdeling van de bereikte groep te vergelijken is met de leeftijdsverdeling in de regio.

4.1.1.3 Verwijzer/aanmelder

Type indicator: Proces

Rationale voor indicator: De instroom van CONNECT geeft onder andere weer welke intermediairs de weg vinden naar het CONNECT-aanbod. Wanneer bepaalde groepen van intermediairs zelden aanmeldingen doen, kan dit betekenen dat zij onvoldoende vertrouwd zijn met het CONNECT-aanbod en dat er nood is aan extra inspanningen om de bekendmaking te vergroten en de samenwerking te versterken.

Te registreren door hulpverlener per cliënt:

Wie heeft het kind/de jongere/het gezin aangemeld?

Operationalisering van de indicator:

Via welke kanalen worden kinderen, jongeren en jongvolwassenen aangemeld?

- aantal kind/jongere zelf
- aantal ouders/context
- aantal intermediair
 - Huisarts
 - CLB
 - School
 - ELP
 - Spoed
 - Politie/justitie
 - Overkophuis
 - Kind & Gezin
 - Kinderopvang
 - Geïntegreerd breed onthaal
 - CAW (inclusief JAC)
 - OCMW
 - Maatschappelijke dienst mutualiteit
 - Vrijtijdswerking
 - Jeugdwerk
 - Jeugdhulp
 - Sportclub
 - Erkende zorgaanbieders VAPH
 - 2^e lijn GGZ – kinderen en jongeren
 - 2^e lijn GGZ - volwassenen
 - 3^e lijn GGZ – kinderen en jongeren
 - 3^e lijn GGZ - volwassenen
 - Andere

Aandachtspunten bij operationalisering:

Tijdens de testfase van de indicatoren, is het aangewezen om te bekijken of het nodig is om nog andere intermediairs aan de lijst toe te voegen.

4.1.1.4 *Regio*

Type indicator: Proces

Rationale voor indicator:

Nagaan in welke mate CONNECT alle regio's binnen het GGZ-netwerk bedient om CONNECT op netwerkniveau goed te kunnen uitbouwen en organiseren.

Te registreren door hulpverlener per cliënt:

Wat is de woonplaats van de cliënt?

Operationalisering van de indicator:

Hoeveel casussen werden aangemeld in elke regio?

Aandachtspunten bij operationalisering:

Keuze maken rond woonplaats of regio gebaseerde registratie (i.e. de regio waarin een kind/jongere wordt aangemeld).

4.1.1.5 *Risicofactoren: individu*

Type indicator: Output

Rationale voor indicator:

De risicofactoren voor de ontwikkeling van een psychische problematiek bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen (zie Hoofdstuk 3: Bevindingen uit de literatuurstudie) geven een beeld van de complexiteit van een casus, doordat de bredere context en voorgeschiedenis van het kind/de jongere/het gezin in kaart wordt gebracht. Op deze wijze kunnen de risicofactoren ook duidelijk maken waarom een kind/jongere/gezin bij CONNECT relevante hulp kan krijgen. Uit de literatuur blijkt dat bij een toenemend aantal risicofactoren de kans op ontwikkeling van psychische problemen toeneemt (cumulatief effect). Het is belangrijk om goed in kaart te brengen welke risicofactoren veel voorkomen, zodat intermediairs hier op hun beurt op geattendeerd kunnen worden en vroegdetectie in de toekomst nog beter gerealiseerd kan worden.

Te registreren door hulpverlener per cliënt:

Welke risicofactoren op het niveau van het individu zijn van toepassing voor deze cliënt?

Operationalisering van de indicator:

- Gezondheid:
 - Fysieke gezondheidsproblemen
 - Psychische comorbiditeiten
 - Slaapproblemen
- Gedrag
 - Middelenmisbruik/afhankelijkheid
 - Riskant seksueel gedrag
 - Sedentaire levensstijl
 - Hoog mediagebruik
 - Vorige suïcidepogingen
 - Suïcidale gedachten
 - Automutilatie zonder doel tot zelfdoding

- Automutilatie met doel tot zelfdoding
- Persoonlijkheid en identiteit
 - Temperamentvol
 - Impulsief/agressief gedrag
 - Verliesaversie (bij verliesaversie weegt een potentieel verlies zwaarder door dan potentiële winst, waardoor men zich mogelijke negatieve toekomstige gebeurtenissen nog negatiever voorstelt en de algemene waarde van het leven lager inschat)
 - Perfectionisme
 - Hopeloosheid
 - Minder beslissingsvaardigheden (i.e. cognitief minder sterk in probleemoplossend denken, in selectie van mogelijke acties, en in evaluatie van mogelijke uitkomsten)
 - Etnische minderheden
 - LGBTQIA+ (lesbisch, gay, biseksueel, trans, queer/questioning, interseks, aseksueel, alle andere seksuele oriëntaties/genders/geslachten die niet onder de andere letters vallen)

Aandachtspunten bij operationalisering:

De lijst met risicofactoren kan nog verder uitgewerkt en uitgebreid worden. Ook de operationalisering vraagt meer uitwerking en afstemming met de stakeholders. Voor de verdere uitwerking van de risicofactoren kunnen de resultaten van de literatuurstudie aangaande de risicofactoren relevant zijn.

Een optie is om een maand lang kwalitatief informatie te verzamelen, in combinatie met een checklist van deze risicofactoren, om zo een vollediger beeld te krijgen van het soort casussen dat bij CONNECT binnenkomt. Hierbij brengt men best ook in kaart welke risicofactoren al terug te vinden zijn in de huidige registratiesystemen.

4.1.1.6 *Risicofactoren: familie en naaste omgeving*

Type indicator: Output

Rationale voor indicator:

De risicofactoren geven een beeld van de complexiteit van een casus, kunnen aangeven waarom een kind/jongere/gezin bij CONNECT moet aangemeld worden, en geven een bredere achtergrond bij de context en voorgeschiedenis van het kind/de jongere/het gezin.

Te registreren door hulpverlener per cliënt:

Welke risicofactoren op het niveau van familie en naaste omgeving zijn van toepassing voor deze cliënt?

Operationalisering van de indicator:

- Negatieve jeugdervaringen
 - Verlies van een belangrijk persoon
 - Nood aan jeugdhulp/kinderbescherming
 - Kindermishandeling
 - Oorlog, vluchten, andere trauma's

- Familie en opvoeding
 - Negatieve opvoedingsstijlen
 - Familiaal conflict
 - Ouders met psychische problemen (exclusief verslaving)
 - Middelengebruik ouders
 - Laagopgeleide ouders
 - Verstoorde hechting (wanneer een kind opgroeit in een situatie waar het geen vertrouwen kan ontwikkelen dat er voor hem gezorgd wordt in tijden van stress en emotionele nood)

Aandachtspunten bij operationalisering: De lijst met risicofactoren kan nog verder uitgewerkt en uitgebreid worden. Ook de operationalisering vraagt meer uitwerking en afstemming met de stakeholders. Voor de verdere uitwerking van de risicofactoren kunnen de resultaten van de literatuurstudie aangaande de risicofactoren relevant zijn.

Een optie is om een maand lang kwalitatief informatie te verzamelen, in combinatie met een checklist van deze risicofactoren, om zo een vollediger beeld te krijgen van het soort casussen dat bij CONNECT binnenkomt. Hierbij brengt men best ook in kaart welke risicofactoren al terug te vinden zijn in de huidige registratiesystemen.

4.1.1.7 *Risicofactoren: gemeenschap*

Type indicator: Output

Rationale voor indicator: De risicofactoren geven een beeld van de complexiteit van een casus, kunnen aangeven waarom een kind/jongere/gezin bij CONNECT moet aangemeld worden, en geven een bredere achtergrond bij de context en voorgeschiedenis van het kind/de jongere/het gezin.

Te registreren door hulpverlener per cliënt:

Welke risicofactoren op het niveau van de gemeenschap waarin de cliënt zich bevindt, zijn van toepassing voor deze cliënt?

Operationalisering van de indicator:

- School
 - Verslechtering schoolresultaten
 - Weinig connectie met school (bijvoorbeeld weinig interesse hebben om zich in te zetten of de relevantie van school niet inzien)
 - Weinig gevoel van steun op school
 - Spijbelen of gaat niet meer naar school
- Peers en omgeving
 - Veel middelengebruik in omgeving
 - Sociale isolatie/weinig vrienden
 - Moeizame peerrelaties
 - Opgroeien in de stad, in een onveilige buurt of in armoede
 - Moeilijkere toegang tot zorg
 - Suïcideclustering

Aandachtspunten bij operationalisering: De lijst met risicofactoren kan nog verder uitgewerkt en uitgebreid worden. Ook de operationalisering vraagt meer uitwerking en

afstemming met de stakeholders. Voor de verdere uitwerking van de risicofactoren kunnen de resultaten van de literatuurstudie aangaande de risicofactoren relevant zijn.

Een optie is om een maand lang kwalitatief informatie te verzamelen, in combinatie met een checklist van deze risicofactoren, om zo een vollediger beeld te krijgen van het soort casussen dat bij CONNECT binnenkomt. Hierbij brengt men best ook in kaart welke risicofactoren al terug te vinden zijn in de huidige registratiesystemen.

4.1.1.8 *Risicofactoren: ouders (enkel bij infantwerking)*

Type indicator: Output

Rationale voor indicator:

De risicofactoren geven een beeld van de complexiteit van een casus, kunnen aangeven waarom een kind/jongere/gezin bij CONNECT moet aangemeld worden, en geven een bredere achtergrond bij de context en voorgeschiedenis van het kind/de jongere/het gezin. In dit geval zijn risicofactoren voor de ouders in de perinatale periode ook van belang voor de infantwerking.

Te registreren door hulpverlener per cliënt:

Welke risicofactoren bij de ouders zijn van toepassing voor deze cliënt?

Operationalisering van de indicator:

Perinatale psychische problemen

- Risicofactoren bij de moeder:
 - Lage socio-economische status
 - Relatieproblemen en partnergeweld
 - Voorgeschiedenis van trauma
 - Tienermoeder
 - Moeder in de gevangenis
- Risicofactoren voor beide ouders:
 - Voorgeschiedenis depressie of angsten
 - Depressie bij de partner
 - Weinig steun van de partner
 - Moeite met het kind te laten slapen/te sussen
 - Moeite om band op te bouwen met het kind
 - Middelengebruik

Aandachtspunten bij operationalisering: De lijst met risicofactoren kan nog verder uitgewerkt en uitgebreid worden. Ook de operationalisering vraagt meer uitwerking en afstemming met de stakeholders. Voor de verdere uitwerking van de risicofactoren kunnen de resultaten van de literatuurstudie aangaande de risicofactoren relevant zijn.

Een optie is om een maand lang kwalitatief informatie te verzamelen, in combinatie met een checklist van deze risicofactoren, om zo een vollediger beeld te krijgen van het soort

casussen dat bij CONNECT binnenkomt. Hierbij brengt men best ook in kaart welke risicofactoren al terug te vinden zijn in de huidige registratiesystemen.

4.1.2 VROEGINTERVENTIE

4.1.2.1 *Wachttijd en timeliness*

Type indicator: Proces

Rationale voor indicator:

De tijd tussen aanmelding van een casus en opstart van een begeleidingstraject wordt in kaart gebracht, om te registreren in hoeverre men erin slaagt snel te interveniëren vanaf het moment van aanmelding, aangezien tijdige interventie een kernaspect is van de CONNECT-werking.

Te registreren door hulpverlener per cliënt:

Datum aanmelding, datum opstart begeleiding

Operationalisering van de indicator:

Wat is de wachttijd tussen aanmelding en opstart van het begeleidingstraject?

- aantal kinderen/jongeren/gezinnen bij wie de wachttijd een week of minder bedraagt
- aantal kinderen/jongeren/gezinnen bij wie de wachttijd tussen twee en vier weken bedraagt
- aantal kinderen/jongeren/gezinnen bij wie de wachttijd meer dan vier weken bedraagt

Wat is de mediaan duur van de wachttijd van aanmelding tot eerste sessie?

Aandachtspunten bij operationalisering:

De definitie van aanmelding en opstart begeleiding moeten opgesteld worden in afstemming met het bestaande registratiesysteem.

Antwoordcategorieën zijn nog verder af te stemmen met de praktijk.

Er is ook de optie om te werken met een kantelpunt, waarbij alles na dit tijdstip niet meer als tijdig wordt beschouwd. Ook dit moet verder afgestemd worden met de stakeholders.

4.1.2.2 *Aantal aanmeldingen*

Type indicator: Proces

Rationale voor indicator:

Workload van CONNECT inschatten, aantal aanmeldingen versus effectieve opstart begeleiding inschatten.

Te registreren door hulpverlener per cliënt:

Datum aanmelding

Datum eerste gesprek (kennismaking/intake/...)

Datum opstart traject

Operationalisering van de indicator:

Hoeveel cliënten zijn er aangemeld?

Hoeveel aanmeldingen hebben geleid tot een eerste gesprek?

Hoeveel aanmeldingen hebben geleid tot het opstarten van een begeleidingstraject?

Aandachtspunten bij operationalisering:

Definitie van aanmelding en opstart begeleiding opstellen in afstemming met het bestaande registratiesysteem.

4.1.2.3 *Aanmeldproblematiek*

Type indicator: Proces

Rationale voor indicator:

In kaart brengen welke doelgroepen CONNECT bereikt, om daar de competenties van de medewerkers te kunnen op afstemmen. Daarnaast is het belangrijk om te traceren welke groepen niet bereikt worden, om dan meer te kunnen inzetten op vroegdetectie en bekendmaking bij de intermediairs, zodat elke doelgroep de weg naar CONNECT kan vinden.

De indicator is expliciet bedoeld om meer zicht te krijgen op de *aanmeldproblematiek* en dus niet te verwarren met de *diagnose*. Diagnosebepaling is immers geen onderdeel van CONNECT, en is ook niet nodig om een begeleiding binnen CONNECT op te starten; dit om de toegang tot CONNECT zo laagdrempelig mogelijk te houden.

Te registreren door hulpverlener per cliënt:

Wat is het vermoeden van *aanmeldproblematiek* (na vijf sessies)?

Operationalisering van de indicator:

Wat is het vermoeden van de *aanmeldproblematiek(en)* van de cliënten in de bereikte doelgroep na vijf sessies?

- aantal met ontwikkelingsproblemen
- aantal met disruptieve gedragsproblemen
- aantal met leerproblemen
- aantal met problemen die kunnen wijzen op beginnende psychose
- aantal met suïcidaal gedrag
- aantal met afhankelijkheidsproblemen (middelen, gokken, gaming)
- aantal met eetproblemen
- aantal met stemmingsproblemen
- aantal met angstproblemen
- aantal met andere

Aandachtspunten bij operationalisering: Het is onduidelijk op welke manier de *aanmeldproblematiek* in de huidige registratiesystemen (EPD van de CGG's) wordt opgenomen.

4.1.2.4 *Aantal sessies*

Type indicator: Proces

Rationale voor indicator:

Omdat CONNECT werkt onder het motto 'kort waar mogelijk, langer indien nodig', is het relevant om het aantal sessies per cliënt op te volgen. Zo krijgt men ook een zicht op de verdeling van het aantal trajecten dat snel wordt afgerond versus het aantal trajecten dat langer duurt. De kadernota van het Departement Zorg en de aanbevelingen van het SWVG rond de heroriëntering van CONNECT stellen dat men een zorgplan hoort op te stellen na vijf sessies, om het traject tot dan te evalueren en het vervolg te plannen.

Te registreren door hulpverlener per cliënt:

Datum sessies

Operationalisering van de indicator:

Uit hoeveel sessies bestaat het begeleidingstraject?

- aantal kinderen/jongeren bij wie het traject tot 5 sessies bedraagt
- aantal kinderen/jongeren bij wie het traject 6 tot 10 sessies bedraagt
- aantal kinderen/jongeren bij wie het traject meer dan 10 sessies bedraagt

Wat is het mediane aantal sessies per cliënt?

Aandachtspunten bij operationalisering:

De precieze verdeling van het aantal sessies waarover cijfers gewenst zijn, moet nog verder afgestemd worden met de praktijk.

4.1.2.5 *Looptijd*

Type indicator: Proces

Rationale voor indicator:

Naast het aantal sessies is het ook van belang om te weten hoeveel tijd het traject in beslag neemt, om een overzicht te krijgen van de intensiteit van de trajecten.

Te registreren door hulpverlener per cliënt:

Datum sessies

Operationalisering van de indicator:

Wat is de looptijd van het begeleidingstraject?

- aantal kinderen/jongeren bij wie het traject een maand duurt
- aantal kinderen/jongeren bij wie het traject twee à drie maanden duurt
- aantal kinderen/jongeren bij wie het traject drie à zes maanden duurt
- aantal kinderen/jongeren bij wie het traject meer dan zes maanden duurt

Wat is de mediaan looptijd van een begeleidingstraject?

Aandachtspunten bij operationalisering:

De verdeling van de duurtijd van het begeleidingstraject waarover cijfers gewenst zijn, moet nog verder afgestemd worden met de praktijk.

4.1.2.6 *Doelstelling na vijf sessies (Evaluatiemoment en zorgplan)*

Type indicator: Proces

Rationale voor indicator:

In de kadernota van het Departement Zorg en in de aanbevelingen van het SWVG staat dat er na 5 sessies een evaluatiemoment plaatsvindt, waar men ook een zorgplan opstelt met doelstellingen. Hierbij zijn er drie mogelijkheden: 1. het traject afronden, maar met de mogelijkheid om op een later moment nog terug te keren en dan snel hulp te krijgen, 2. een vervolgtraject binnen CONNECT voorzien, 3. Verwijzen naar de 2^e of 3^e lijn en daarbij eventueel overbruggingshulp aanbieden in afwachting van de opstart. Deze indicator wil het aandeel van elk van de drie opties registreren: percentage korte interventies, percentage met vervolgtraject, percentage met overbruggingshulp.

Te registreren door hulpverlener per cliënt:

Wat is het doel na vijf sessies?

- Het begeleidingstraject wordt binnen de 5 sessies afgerond
- Het traject wordt afgerond, maar met de mogelijkheid om steeds terug te keren en dan snel hulp te krijgen ('Deur op een kier')
- Er wordt een vervolgtraject binnen CONNECT voorzien
- Er vindt een verwijzen naar de 2^e of 3^e lijn plaats

Operationalisering van de indicator:

Wat is het hoofddoel na vijf sessies?

- aantal met reeds afgerond traject
- aantal bij wie traject afrondt met 'deur op kier'
- aantal met vervolgtraject binnen CONNECT
- aantal met verwijzing naar 2^e of 3^e lijn

4.1.2.7 *Verwijzing*

Type indicator: Proces

Rationale voor indicator:

Deze indicator heeft tot doel een eerste indicatie te kunnen geven van zorgtrajecten binnen of buiten de GGZ die in plaats van een CONNECT-traject nodig zijn voor personen die aangemeld worden bij CONNECT of zichzelf aanmelden.

Te registreren door hulpverlener per cliënt:

Naar welke hulpverlening wordt de cliënt verwezen na het CONNECT-traject?

- GGZ - kinderen en jongeren
- GGZ – volwassenen
- Jeugdhulp
- zorg voor personen met een handicap - kinderen en jongeren
- zorg voor personen met een handicap – volwassenen

- welzijnswerk - kinderen en jongeren
- welzijnswerk – volwassenen
- somatische zorg - kinderen en jongeren
- somatische zorg - volwassenen

Operationalisering van de indicator:

Naar waar werd het kind/de jongere doorverwezen?

Aantal verwijzingen naar elk van bovenstaande hulpverleningsvormen.

Aandachtspunten bij operationalisering:

Antwoordcategorieën moeten verder afgestemd worden met de stakeholders.

4.1.2.8 *Overbruggingshulp*

Type indicator: Proces

Rationale voor indicator:

Overbruggingshulp, de begeleiding die wordt voorzien in afwachting van een vrije plaats in de verdere zorg, is een onderdeel van de werking van CONNECT. Gezien de bestaande wachtlijsten binnen de GGZ is dit een realiteit. Het is de bedoeling om met deze indicator de extra *workload* in kaart te brengen die CONNECT besteedt aan het bieden van overbruggingshulp.

Te registreren door hulpverlener per cliënt:

Datum verwijzing

Datum start van begeleiding buiten CONNECT

Aantal sessies tussen datum verwijzing en start begeleiding buiten CONNECT

Operationalisering van de indicator:

In welke mate moet CONNECT overbruggingshulp voorzien?

- aantal bij wie geen overbruggingshulp nodig is wegens geen verwijzing
- aantal bij wie de vervolgzorg binnen de week kan starten
- aantal < 1 maand
- aantal 1 – 3 maand
- aantal 4 – 6 maand
- aantal > 6 maand

Aandachtspunten bij operationalisering:

Antwoordcategorieën moeten verder afgestemd worden met de stakeholders.

4.1.2.9 *Eenzijdige stopzetting*

Type indicator: Proces

Rationale voor indicator:

Eenzijdige stopzettingen geven een indicatie van het aantal cliënten waarbij de CONNECT-interventie niet geleid heeft tot een afstemming tussen de cliënt en de hulpverlener over relevante hulp, of waarbij het traject tegen het advies van de hulpverlener werd stopgezet.

Te registreren door hulpverlener per cliënt:

Heeft de cliënt/context het traject eenzijdig stopgezet, zonder overleg met de CONNECT—hulp of ingaand tegen het advies van de hulpverlener?

Operationalisering van de indicator:

Voor hoeveel cliënten is er sprake van een eenzijdige stopzetting van het begeleidingstraject op initiatief van de cliënt of de context?

Aandachtspunten bij operationalisering:

Een aantal concepten moeten geconcretiseerd worden:

- afstemming tussen de cliënt en de hulpverlener over relevante hulp
- stopzetting door de cliënt of de context die ingaat tegen het advies van de hulpverlener.

4.1.2.10 Samenwerking

Type indicator: Proces

Rationale voor indicator:

Registreren met welke partners CONNECT vaak samenwerkt

Te registreren door de hulpverlener per cliënt:

Met welke partner(s) werd er samengewerkt voor deze cliënt (co-interventies buiten beschouwing gelaten; zie indicator 3.4)?

- Huisarts
- CLB
- School
- ELP
- Spoed
- Politie/justitie
- Overkop
- Kind & Gezin
- Kinderopvang
- CAW (inclusief JAC)
- OCMW
- Maatschappelijke dienst mutualiteit
- Vrijtijdswerking
- Jeugdwerk
- Jeugdhulp
- Sportclub
- VAPH
- 2e lijn GGZ – kinderen en jongeren
- 2e lijn GGZ – volwassenen
- 3e lijn GGZ – kinderen en jongeren
- 3e lijn GGZ - volwassenen
- andere

Operationalisering van de indicator:

Met wie is er samengewerkt (co-interventies buiten beschouwing gelaten; zie indicator 3.4) tijdens CONNECT-trajecten?

Aantal samenwerkingen met elk van bovenstaande partners.

Aandachtspunten bij operationalisering:

Tijdens de testfase van de indicatoren, is het aangewezen om te bekijken of het nodig is om nog andere partners aan de lijst toe te voegen.

4.1.2.11 *Aantal afgeronde trajecten*

Type indicator: Proces

Rationale voor indicator:

Turnover binnen CONNECT in kaart brengen.

Te registreren door hulpverlener per cliënt:

Datum afronding van het begeleidingstraject

Operationalisering van de indicator:

Voor hoeveel kinderen/jongeren werd een traject afgerond?

Aandachtspunten bij operationalisering:

Termijn van registratie bepalen.

4.1.3 INTERMEDIARWERKING

4.1.3.1 *Aantal consultvragen*

Type indicator: Proces

Rationale voor indicator:

Aandeel van consultvragen in CONNECT-werking in kaart brengen

Te registreren door hulpverlener:

Datum consultvraag

Operationalisering van de indicator:

Hoeveel consultvragen heeft de intermediairwerking behandeld?

Aandachtspunten bij operationalisering:

Bij gebruik van het centraal aanmeldpunt moet nog verder gestroomlijnd worden hoe de registratie gebeurt als alle vragen voor GGZ (breed) op één plek kunnen binnenkomen.

Momenteel bestaat er geen uniforme registratie voor consultvragen binnen CONNECT.

4.1.3.2 Bron consultvragen

Type indicator: Proces

Rationale voor indicator:

Traceren welke intermediairs tot bij CONNECT komen met een vraag, om zo de bekendmaking van het CONNECT-aanbod verder te kunnen afstemmen. Bij groepen intermediairs die zelden tot bij CONNECT geraken, moet meer ingezet worden op bekendmaking en samenwerking.

Te registreren door hulpverlener:

Welke intermediair stelt de consultvraag?

Operationalisering van de indicator:

Welke intermediairs stellen consultvragen?

- Huisarts
- CLB
- School
- ELP
- Spoed
- Politie/justitie
- Overkop
- Kind & Gezin
- Kinderopvang
- CAW (inclusief JAC)
- OCMW
- Maatschappelijke dienst mutualiteit
- Vrijtijdswerking
- Jeugdwerk
- Jeugdhulp
- Sportclub
- VAPH
- 2e lijn GGZ – kinderen en jongeren
- 2e lijn GGZ - volwassenen
- 3e lijn GGZ – kinderen en jongeren
- 3e lijn GGZ - volwassenen
- andere

Aandachtspunten bij operationalisering:

Tijdens de pilootfase van het gebruik van de indicatoren zal het duidelijk worden of er nog partners toegevoegd moeten worden aan deze lijst.

Momenteel bestaat er geen uniforme registratie voor consultvragen binnen CONNECT.

4.1.3.3 *Soorten consultvragen*

Type indicator: Proces

Rationale voor indicator:

Aard van de consultvragen in kaart brengen, om een overzicht te krijgen van de intermediairwerking en de inhoud van de werking zo te kunnen bijsturen.

Te registreren door hulpverlener:

Waarover stelt de intermediair een vraag?

Operationalisering van de indicator:

Wat is de aard van de consultvragen die worden behandeld?

- aantal algemene info
- aantal advies over meest gepaste aanmeldplaats
- aantal advies over ondersteuning/behandeling
- aantal vraag voor co-interventie
- aantal andere

Aandachtspunten bij operationalisering:

Bij de pilootfase van de implementatie van de indicatoren zal het duidelijk worden of er nog types vragen toegevoegd moeten worden aan deze lijst.

Momenteel bestaat er geen uniforme registratie voor consultvragen binnen CONNECT.

4.1.3.4 *Co-interventies*

Type indicator: Output

Rationale voor indicator:

Overzicht krijgen over het aantal co-interventies per regio, en het aandeel van co-interventies in de workload van CONNECT. (Een co-interventie is een interventie bij de cliënt (en eventueel de context), door een CONNECT-hulpverlener samen met een professional uit een andere organisatie, die betrokken is bij de cliënt.)

Te registreren door hulpverlener:

Datum co-interventie

Operationalisering van de indicator:

Hoeveel co-interventies zijn er uitgevoerd?

Aandachtspunten bij operationalisering:

Definitie co-interventie opstellen; nagaan of een onderscheid tussen co-interventies in het kader van consultvragen en co-interventies in het kader van de CONNECT-begeleiding relevant is.

Momenteel bestaat er geen uniforme registratie voor consultvragen of specifiek voor co-interventies binnen CONNECT.

4.1.3.5 *Opleidingen gegeven*

Type indicator: Output

Rationale voor indicator:

Overzicht krijgen van het aantal gegeven opleidingen per regio, en het aandeel gegeven opleidingen in de workload van CONNECT.

Te registreren door hulpverlener:

Aantal opleidingen

Aantal opleidingsdagen

Operationalisering van de indicator:

Hoeveel opleidingen zijn er gegeven?

Hoeveel opleidingsdagen waren er in totaal?

Aandachtspunten bij operationalisering:

Momenteel bestaat er geen uniforme registratie voor gegeven opleidingen binnen CONNECT.

4.1.3.6 *Aantal bereikte mensen via opleidingen*

Type indicator: Output

Rationale voor indicator:

Registreren van het bereik van de opleidingen.

Te registreren door hulpverlener:

Aantal aanwezigen per opleiding?

Operationalisering van de indicator:

Hoeveel mensen zijn er bereikt met de opleidingen?

Aandachtspunten bij operationalisering:

Momenteel bestaat er geen uniforme registratie voor gegeven opleidingen binnen CONNECT.

4.1.3.7 Doelgroep opleidingen

Type indicator: Output

Rationale voor indicator:

Registreren welke groepen bereikt worden in de opleidingen. Als bepaalde groepen intermediairs nooit bereikt worden met de opleidingen, kan men verder inzetten op de bekendmaking van CONNECT om zo iedereen te bereiken.

Te registreren door hulpverlener:

Hoeveel personen van elke doelgroep werden bereikt met de opleiding?

Operationalisering van de indicator:

Welke doelgroep wordt bereikt met de opleidingen? (aantallen)

- Huisarts
- CLB
- School
- ELP
- Spoed
- Politie/justitie
- Overkop
- Kind & Gezin
- Kinderopvang
- CAW (inclusief JAC)
- OCMW
- Maatschappelijke dienst mutualiteit
- Vrijtijdswerking
- Jeugdwerk
- Jeugdhulp
- Sportclub
- VAPH
- 2e lijn GGZ – kinderen en jongeren
- 2e lijn GGZ – volwassenen
- 3e lijn GGZ – kinderen en jongeren
- 3e lijn GGZ - volwassenen
- Andere

Aandachtspunten bij operationalisering:

Momenteel bestaat er geen uniforme registratie voor gegeven opleidingen binnen CONNECT.

4.1.4 STRUCTUUR EN RANDVOORWAARDEN

4.1.4.1 *Teamsamenstelling*

Type indicator: Structuur

Rationale voor indicator:

Registratie van de interdisciplinaire samenstelling van de CONNECT-teams.

Operationalisering van de indicator:

Welke opleidingsdisciplines zijn vertegenwoordigd in het CONNECT-team?

- aantal kinderpsychiaters
- aantal volwassenenpsychiaters
- aantal kinderpsychologen
- aantal volwassenenpsychologen
- aantal (ortho)pedagogen
- aantal verpleegkundigen
- aantal psychomotorisch therapeuten
- aantal sociaal werkers
- aantal ergotherapeuten
- aantal ervaringsdeskundigen
- aantal andere

Aandachtspunten bij operationalisering:

Momenteel bestaat er geen uniforme registratie voor teamsamenstelling binnen CONNECT.

4.1.4.2 *Expertise*

Type indicator: Structuur

Rationale voor indicator:

Registratie van de expertisedomeinen binnen een CONNECT-team om na te gaan of die overeenkomen met het de problematieken waarmee zorggebruikers zich melden.

Operationalisering van de indicator:

Hoeveel van de hulpverleners in het CONNECT-team heeft expertise in een specifiek domein van de GGZ (i.e. een extra opleiding/vorming/training of 5 jaar ervaring):

- aantal ontwikkelingsstoornissen
- aantal disruptieve gedragsstoornissen
- aantal verslaving
- aantal psychose
- aantal eetstoornissen
- aantal suïcidepreventie
- aantal stemmingsstoornissen
- aantal angststoornissen
- aantal leerstoornissen
- aantal andere

Aandachtspunten bij operationalisering:

De haalbaarheid van deze indicator moet bij de stakeholders bevestigd worden. Daarnaast kan men overwegen om opleidingsniveau en aantal jaren ervaring in de GGZ als indicatoren te weerhouden.

4.1.4.3 *Aanmeldpunt*

Type indicator: Proces

Rationale voor indicator: Zoals vermeld in de aanbevelingen van het SWVG-onderzoek, zou een centraal aanmeldpunt, waar iedereen terecht kan met GGZ-gerelateerde vragen, de instroom naar CONNECT kunnen faciliteren. Het is interessant om te registreren hoeveel aanmeldingen voor CONNECT via het aanmeldpunt binnenkomen, om het aandeel van het aanmeldpunt in het totaal aantal aanmeldingen te kunnen meten.

Te registreren door de hulpverlener per cliënt:

Verliep de aanmelding via het aanmeldpunt?

Operationalisering van de indicator:

Hoeveel aanmeldingen zijn er binnengekomen via het aanmeldpunt?

Hoeveel procent van het totaal aantal aanmeldingen verliep via het aanmeldpunt?

Aandachtspunten bij operationalisering: Binnen een centraal aanmeldpunt zijn niet alle aanmeldingen voor CONNECT. Het lijkt vooralsnog complex om hier de registratie te stroomlijnen, zodat men kan differentiëren voor de verschillende verwijskanalen binnen het netwerk vanuit het centraal aanmeldpunt.

4.1.4.4 *VTE-hulpverleners en caseload*

Type indicator: Structuur

Rationale voor indicator: De caseload per VTE-hulpverlener registreren om na te gaan of er een evenwichtige verdeling is, en hoe dit verschilt per regio.

Operationalisering van de indicator:

Hoeveel VTE-hulpverleners zijn er in het CONNECT-team?

Hoeveel cliënten zijn er tegelijkertijd in begeleiding per VTE-hulpverlener?

Aandachtspunten bij operationalisering:

Men kan ook overwegen de caseload per team te registreren, dit kan men verder afstemmen met de praktijk.

4.2 Shortlist: *Need-to-know* indicatoren

De onderzoekers stellen onderstaande shortlist voor, met de *need-to-know* indicatoren voor de monitoring van de heroriëntatie van CONNECT. Dit zijn de essentiële indicatoren, gebaseerd op de resultaten van de focusgroep en de bevraging van de experts, en aangevuld met de expertise van de onderzoekers.

Tabel 4 Voorstel van short-list met need-to-know indicatoren

Doelgroep	Vroeginterventie	Intermediairwerking
geslacht	wachttijd en <i>timeliness</i>	aantal consultvragen
leeftijd	aantal aanmeldingen	bron consultvragen
verwijzer/aanmelder	aanmeldproblematiek	opleidingen gegeven
regio	aantal sessies	
risicofactoren: individu	overbruggingshulp	
Risicofactoren: familie en naaste omgeving	aantal afgeronde trajecten	
risicofactoren: gemeenschap		
risicofactoren: ouders		

5 Sterktes en beperkingen van dit onderzoek, en aanbevelingen voor de verdere ontwikkeling van indicatoren

De voorlopige set van indicatoren is gebaseerd op de combinatie van een literatuurstudie, de input van de CONNECT-projecten en experts inzake de ontwikkeling van indicatoren, en de expertise van de onderzoekers. De indicatoren zijn in de mate van het mogelijke, gezien het beperkte tijds kader van de studie, opgebouwd aan de hand van *evidence-based* en *practice-based* onderzoek. In de toelichting staat bij elke indicator de rationale gespecificeerd, net als de operationalisering en aandachtspunten hierbij, om zo het vervolgtraject voor de ontwikkeling van de indicatoren te faciliteren.

Een kwalitatieve voorstudie van hoe begeleidingstrajecten verlopen binnen CONNECT is aanbevolen, om op basis daarvan procesindicatoren te ontwikkelen of de voorgestelde indicatoren verder op punt te stellen. Daarnaast is het zinvol om indicatoren die moeilijk te meten zijn of te veel werk vragen van de hulpverleners (bijvoorbeeld een uitgebreid profiel van de risicofactoren, ervaringen van de cliënt...) elk jaar een maand lang kwalitatief te registreren. Op die manier kan de registratie haalbaar blijven en kan men toch een uitgebreider beeld krijgen van het profiel van de cliënten van CONNECT.

Aangezien de meeste CONNECT-projecten momenteel via het elektronisch patiëntendossier van de CGG registeren, moet in kaart gebracht worden welke indicatoren in de huidige registratie opgenomen zijn en op welke manier de data-extractie momenteel gebeurt. Indien een nieuw registratiesysteem aangewezen zou zijn, vraagt dit een digitale transformatie van de indicatoren, wat een intensief traject vergt. Hierbij kan het een troef zijn om het Agentschap Digitaal Vlaanderen te betrekken als partner.

Het is erg belangrijk om CONNECT-stakeholders verder te betrekken bij de uitwerking van de indicatoren. De essentie van wat men met vroeginterventie wil bereiken, zou op termijn ook in de indicatoren moeten weergegeven worden. De huidige lijst van indicatoren bevat echter geen outcome- of impactindicatoren om de resultaten van CONNECT-interventies te meten, omdat dit niet tot de onderzoeksopdracht behoorde. Bovendien is de ontwikkeling van dergelijke indicatoren enkel mogelijk indien eerst een keuze gemaakt wordt voor het gebruik van eenzelfde assessment instrument bij de start van elke CONNECT-vroeginterventie, en daarna op afgesproken tijdstippen. Zo bestaat er bijvoorbeeld binnen interRAI (<https://interrai.org/>) de generieke Child and Youth Mental Health Screener voor kinderen met verschillende types van psychische problematieken tussen 4 en 18 jaar oud.^{74,75} Deze optie zou verder kunnen geëxploreerd worden in vervolgonderzoek.

De huidige lijst van indicatoren is nog zeer lang. Men kan tot gedragenheid over een shortlist van indicatoren komen door raadpleging van experts in een Delphi-studie, waarbij de relevantie, meetbaarheid en haalbaarheid van de shortlist geëvalueerd moet worden (zie H2 Methodes: 5.1.2 Delphi-studie). Na de ontwikkeling van een handboek over de registratie van de indicatoren is het aanbevolen om de indicatoren uit te testen in een pilootproject, waarbij men de indicatoren registreert voor een bepaalde periode (bijvoorbeeld een of twee jaar), om zo na te gaan welke aanpassingen nodig zijn opdat de indicatoren de relevante aspecten van CONNECT zouden meten. Gezien het gegeven tijds kader vallen de Delphi-studie en de pilootfase niet binnen de opdracht van het SWVG-onderzoek. Deze studie bevat wel een eerste bevraging van experts (zie 5.5 Werkvergaderingen met experts). Op basis daarvan hebben de onderzoekers een voorstel van shortlist van indicatoren gedaan.

Een literatuurstudie naar de protectieve factoren gelinkt aan geestelijke gezondheid bij kinderen en jongeren ontbreekt in deze studie, en is dus ook niet verder opgenomen in de aanbevelingen voor de heroriëntering van CONNECT en de voorlopige set van indicatoren om die heroriëntering op te volgen. Een literatuurstudie over protectieve factoren voor de ontwikkeling of toename van psychische problemen bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen is aangewezen, om dit ook te kunnen integreren in beslissingsprocessen, interventies en indicatoren van CONNECT.

Hoofdstuk 8

Conclusie

De Vlaamse overheid financiert sinds 2018 CONNECT, een programma vroegdetectie en vroeg-interventie (VDVI) voor kinderen en jongeren, dat wordt uitgevoerd binnen de zes netwerken geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren in Vlaanderen en Brussel. De focus ligt op kinderen en jongeren met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen (psychose, suïcide, eetstoornissen, verslaving en KOPP/KOAP). Door in te zetten op laagdrempelige hulp met het oog op preventie, vroegtijdige detectie en interventie wil de Vlaamse overheid investeren in een efficiënt geestelijk gezondheidszorgmodel en zodoende helpen voorkomen dat lichte tot ernstige psychische klachten evolueren naar ernstige psychopathologie.

Een recente bevraging van het voormalige Agentschap Zorg & Gezondheid toont dat het huidige CONNECT-programma zeer divers in de verschillende provincies wordt ingevuld. Ook leverde deze bevraging niet steeds duidelijkheid op m.b.t. de specifieke doelstelling van het CONNECT-aanbod en hoe VDVI bijgevolg verschilt van (meer langdurige) behandeling. In 2017 is een algemeen kader voor het programma “vroegdetectie en -interventie van psychische problemen bij kinderen en jongeren” goedgekeurd door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Hierin werd aanbevolen om de meest recente onderzoeksresultaten inzake vroegtijdige hulp- en zorgverlening sneller naar de praktijk over te dragen, zodat de praktijkorganisaties gesensibiliseerd kunnen worden rond *evidence-based* praktijken. Met deze studie binnen het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG) zet Vlaanderen in op deze aanbeveling.

Dit onderzoek omvat volgende **doelstellingen**:

1. Verduidelijken wat de **functie vroegdetectie/vroeginterventie** t.a.v. kinderen en jongeren met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen (en hun context) inhoudt op basis van wetenschappelijke bronnen.
2. In kaart brengen welke (inter-)nationale ***evidence-based* praktijken** inzetbaar zijn voor vroegdetectie/vroeginterventie t.a.v. kinderen en jongeren met verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen (en hun context) in de GGZ en die voldoende generiek zijn (i.e. de verschillende psychotherapeutische stromingen overstijgen). Praktijken op het niveau van de kinderen/jongeren en hun context (micro), de GGZ-organisatie (meso) en de regio/GGZ-netwerk (macro) worden mee in rekening genomen.
3. **Aftoetsen bij de CONNECT-projecten** in welke mate de geïdentificeerde *evidence-based* praktijken bruikbaar en relevant zijn in het kader van het CONNECT-programma.
4. **Aanbevelingen ontwikkelen** over relevante *evidence-* en *practice-based* praktijken en die een kader kunnen bieden bij de voortzetting en heroriëntering van de zes CONNECT-projecten.
5. Een **aanzet tot indicatoren** ontwikkelen die toelaten om zicht te krijgen op de kenmerken van de gebruikers, het concreet zorgaanbod en een aanzet tot indicatoren om de heroriëntering van de CONNECT-projecten in de toekomst op te volgen.
6. Onderzoeken hoe de zes projecten zullen starten met het **optimaliseren van hun aanbod in functie van de ontwikkelde aanbevelingen**.

In hetgeen volgt, vatten we de resultaten van deze studie met betrekking tot respectievelijk onderzoeksdoelstellingen 4, en 5 en 6 samen. De resultaten met betrekking tot de eerste drie onderzoeksdoelstellingen zijn terug te vinden in respectievelijk Hoofdstuk 3, 4 en 5 van dit rapport, en maakte de realisatie van onderzoeksdoelstelling 4 mogelijk.

1 Aanbevelingen voor de evidence- en practice-based heroriëntering van het CONNECT-programma

De concrete aanbevelingen voor de heroriëntering van CONNECT, die uit dit onderzoek resulteerden, zijn terug te vinden in het document ["Aanbevelingen voor de uitbouw van vroegdetectie en vroeginterventie voor kinderen en jongeren met verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen"](#). De kernconcepten van de aanbevelingen zijn hieronder samengevat. Hierbij wordt elke aanbeveling kort toegelicht, waarna een overzicht volgt van de onderzoeksresultaten die tot deze aanbeveling hebben geleid.

Welke doelgroep voor CONNECT is aan te bevelen?

CONNECT richt zich tot de doelgroep van 0-25-jarigen, met (1) beginnende psychopathologie met een milde tot matige impact op het functioneren van het kind/de jongere en zijn context, en/of met (2) een opstapeling van risicofactoren en beperkte beschermende factoren. Het betreft een doelgroep bij wie er (nog) geen duidelijk omliggende hulpvraag aanwezig is. Er is aandacht voor maatschappelijk kwetsbare kinderen, jongeren en gezinnen.

- Op basis van de literatuurstudie zijn er geen argumenten om te focussen op een bepaalde leeftijdsgroep voor een aanbod vroegdetectie en vroeginterventie bij kinderen en jongeren met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychische problemen. De internationale reviews geven aan dat er voor de infants (0-3 jaar) en de transitieleeftijd (14-25 jaar) veel mogelijkheden zijn om via vroegdetectie en vroeginterventie een grote impact te realiseren, en de literatuur m.b.t. de prevalentie en aanvangsleeftijd geven aan dat er in elke leeftijdscategorie psychische problemen kunnen ontstaan. Wetenschappelijke literatuur die focust op vroegdetectie en vroeginterventie voor de latentieleeftijd (4-14 jaar) is beperkt. Daarnaast zijn er op basis van de literatuurstudie geen argumenten om te focussen op bepaalde types psychische problematieken.
- Ook de stakeholders pleiten voor elke leeftijdsgroep tussen 0 en 25 jaar, maar er is bezorgdheid over de spreiding van de beschikbare middelen over alle doelgroepen, en bijgevolg de verdunning van de expertise die voor de volledige doelgroep ter beschikking is. Volgens de stakeholders zorgt de verbreding van de doelgroep naar alle leeftijdsgroepen tot 25 jaar en naar alle psychische problematieken enerzijds voor flexibiliteit om bestaande werkingen te kunnen voortzetten, maar is het anderzijds niet haalbaar om met een klein budget de zeer grote (diversiteit aan) zorgbehoeften te dekken.
- Veel verschillende risicofactoren, welke zijn onder te verdelen in drie niveaus, kunnen de ontwikkeling van psychische problemen in de hand werken. Dit model wordt uitgebreid besproken in Hoofdstuk 3 van het rapport. Risicofactoren komen vaak geclusterd voor en er is sprake van een cumulatief effect, waarbij een groter aantal risicofactoren een verhoogde kans op de ontwikkeling van psychische problemen met zich meebrengt. Uit de denknamiddagen met de stakeholders blijkt dat het belangrijk is om in te zetten op de groep die (nog) geen duidelijke hulpvraag heeft en bij wie er zich een opstapeling van risicofactoren voordoet.

We verwijzen hier naar Figuur 2 in het document met de [aanbevelingen](#) (p. 24). Deze flowchart is bedoeld om ondersteuning te bieden bij de verwijzing van aanmeldingen naar CONNECT versus andere zorgpartners binnen de GGZ.

Welke kernopdrachten voor CONNECT zijn aan te bevelen?

1. **Intermediairwerking** - Intermediairs die op belangrijke vindplaatsen werken, worden door CONNECT gesensibiliseerd, opgeleid en ondersteund om vroegdetectie en vroeginterventie mogelijk te maken. Belangrijke intermediairs zijn o. a. CLB-medewerkers, jeugdwerkers, huisartsen, politiemensen...
 - Zowel in de wetenschappelijke en grijze literatuur, als in de denknamiddagen benadrukt men het belang van sensibiliseren, trainen en ondersteunen van intermediairs, aangezien zij onontbeerlijk zijn voor vroegdetectie, en ook bij vroeginterventie een rol kunnen spelen. Daarnaast moeten de gezinnen, jongeren en jongvolwassenen zelf de stap naar CONNECT kunnen zetten.
 - Tijdens de denknamiddagen is men van mening dat de opzet van een centraal aanmeldpunt om vragen rond GGZ te behandelen een meerwaarde zou zijn om de instroom naar CONNECT te faciliteren. Hierbij is het wel van belang dat tegenover een uitbreiding van de vroegdetectie ook een uitbreiding van de (middelen voor) vroeginterventie komt te staan.
 - Het aantal intermediairs waarmee de CONNECT-hulpverleners contacten hebben, is de laatste jaren sterk toegenomen; deskundigheidsbevordering kan dus een aanzienlijke taak worden, die complementair moet worden ingevuld ten opzicht van onder andere Crosslink, de ELP-conventie en de initiatieven van het RIZIV.

2. **Vroeginterventie** – CONNECT voorziet zelf in een laagdrempelig hulpverleningsaanbod voor kinderen/jongeren én hun context, volgens het principe “kort waar mogelijk, lang waar nodig”. De aanpak kan generiek of specialistisch van aard zijn en de context van de kinderen en jongeren wordt steeds betrokken. Na een aantal sessies volgt een evaluatiemoment om de zorgbehoeften te herbekijken en de aanpak eventueel bij te sturen. Dit betreft steeds vrijwillige hulpverlening.
 - Een sterke afbakening van het aantal sessies zou problematisch zijn, blijkt uit de denknamiddagen. In de recente internationale literatuur is bovendien weinig tot geen ondersteuning te vinden voor het *stepped care model* van zorg bij kinderen en jongeren. Men waarschuwt zelfs voor de risico's van dit model, zoals verlenging van de wachttijd vooraleer jongeren bij de juiste hulp terecht kunnen.
 - Voor *matched care*, een alternatief zorgmodel waarbij men poogt de cliënt zo snel mogelijk bij de juiste zorg te krijgen, zijn op dit moment geen gepubliceerde reviews te vinden die dit model evalueren bij kinderen en jongeren. Tijdens de denknamiddagen benadrukken de stakeholders het belang van zorgcontinuïteit en pleiten ze voor het principe van *matched care*, waarbij de stem van de cliënt centraal staat.
 - De literatuurstudie toont aan dat werken met de context belangrijk is om de kans op slagen van een vroegtijdig zorgtraject te vergroten, waarbij interventies rond engagement met ouders een rol kunnen spelen. CONNECT mag zich niet beperken tot een individueel aanbod.
 - De stakeholders willen de link met de expertisecentra behouden om op de hoogte te blijven van *evidence-based* praktijken voor CONNECT. In de huidige werking wordt voornamelijk gebruik gemaakt van methodieken zoals *Open Dialogue* en motiverende gespreksvoering. Daarnaast zou de werking moeten vertrekken vanuit de opgebouwde expertise van de hulpverleners: men kan vroeginterventie niet als een specialisatie beschouwen en dan elke problematiek generiek benaderen.

3. **Toeleiding** – CONNECT leidt, wanneer nodig, toe naar gepaste gespecialiseerde zorg op de 2e of 3e lijn van de GGZ. CONNECT zorgt voor aanmelding op de juiste plaats (*matched care*), en voor een succesvolle aanmelding door eventueel aanklampend te werken, co-interventies te doen, en de ondersteuning te continueren tot de gepaste zorg kan starten.
- Kinderpsychiaters toevoegen aan de CONNECT-teams kan een meerwaarde zijn om cliënten sneller naar de gepaste zorg toe te leiden.
 - Daarnaast onderstrepen de stakeholders dat het langer vasthouden van jongeren binnen CONNECT om een wachttijd te overbruggen, meer zin heeft dan hen te verwijzen naar een minder gepaste zorgvorm in afwachting.
 - CONNECT mag niet dezelfde rol opnemen als de 2^e of 3^e lijn van de GGZ. Het is dus essentieel om de werking van CONNECT af te lijnen en te evalueren wie meer langdurige zorg nodig heeft. Hiervoor kan het een meerwaarde zijn om CONNECT-medewerkers ook deeltijds in 2^e of 3^e lijn te laten meewerken.

Welke aspecten m.b.t. de organisatie van CONNECT zijn aan te bevelen?

Het **CONNECT-team** is interdisciplinair samengesteld, en ingebed in de gespecialiseerde GGZ op de 2^e of 3^e lijn. Men moet te allen tijde bewaken dat de opgebouwde expertise van de CONNECT-hulpverleners niet verloren gaat bij de hervorming van het programma. Ook moeten de GGZ-netwerken verantwoordelijkheid krijgen voor de invulling van de CONNECT-programma's.

Daarnaast is er nood aan:

- een centraal aanmeldpunt voor de GGZ per regio,
- een zorgstrategisch plan voor vroegdetectie en vroeginterventie binnen elk netwerk,
- een langetermijnvisie m.b.t. vroegdetectie en vroeginterventie vanuit de Vlaamse overheid, en interministeriële afstemming,
- een duidelijke aflijning van de CONNECT-werking t.o.v. eerstelijnspsychologen, 2^e en 3^e lijn van de gespecialiseerde GGZ, en de aanpak van 1Gezin-1Plan,
- blijvende inspanningen van de betrokken overheden om de wachtlijsten in de GGZ te verkorten,
- voldoende middelen om de verbreding van het CONNECT-aanbod mogelijk te maken.

2 Een aanzet tot indicatoren voor het meten en opvolgen van de heroriëntering van het CONNECT-programma

In de wetenschappelijke en grijze literatuur is weinig evidentie te vinden over indicatoren inzake vroegdetectie en vroeginterventie en GGZ voor kinderen en jongeren. Op basis van de literatuurstudie, de bevraging van de stakeholders en de experten, en de expertise van de onderzoekers, werd een **eerste aanzet tot een longlist en een shortlist van indicatoren** opgesteld die de heroriëntatie van CONNECT kan faciliteren en monitoren. Hoofdstuk 7 beschrijft in detail de onderzoeksresultaten, en de rationale, operationalisering en aandachtspunten voor elke indicator. Tabel 3 geeft een overzicht van de uitgebreide lijst van indicatoren die interessant kunnen zijn om verder uit te werken en te monitoren.

Tabel 3 Longlist van de eerste aanzet tot indicatoren

Doelgroep	Vroeginterventie	Intermediairwerking	Structuur en randvoorwaarden
Geslacht	wachttijd en <i>timeliness</i>	aantal consultvragen	Teamsamenstelling
Leeftijd	aantal aanmeldingen	bron consultvragen	Expertise
verwijzer/aanmelder	aanmeldproblematiek	soorten consultvragen	Aanmeldpunt
regio	aantal sessies	co-interventies	VTE-hulpverleners en caseload
risicofactoren: individu	looptijd	opleidingen gegeven	
risicofactoren: familie en naaste omgeving	doelstelling na vijf sessies	aantal bereikte mensen via opleidingen	
risicofactoren: gemeenschap	verwijzing	doelgroep opleidingen	
risicofactoren: ouders	overbruggingshulp		
	eenzijdige stopzetting		
	samenwerking		
	aantal afgeronde trajecten		

Tabel 4 bestaat uit een ingekorte lijst van **need-to-know indicatoren** die essentieel zijn om de monitoring van de heroriëntatie van CONNECT op te volgen. Het voorstel van essentiële indicatoren is gebaseerd op de resultaten van de focusgroep en de bevraging van de experts, en aangevuld met de expertise van de onderzoekers.

Tabel 4 Shortlist: voorstel van need-to-know indicatoren

Doelgroep	Vroeginterventie	Intermediairwerking
geslacht	wachttijd en <i>timeliness</i>	aantal consultvragen
leeftijd	aantal aanmeldingen	bron consultvragen
verwijzer/aanmelder	aanmeldproblematiek	opleidingen gegeven
regio	aantal sessies	
risicofactoren: individu	overbruggingshulp	
risicofactoren: familie en naaste omgeving	aantal afgeronde trajecten	
risicofactoren: gemeenschap		
risicofactoren: ouders		

Voor de verder ontwikkeling van de indicatoren bevelen de onderzoekers volgende stappen aan:

1. een **kwantitatieve studie** van hoe begeleidingstrajecten verlopen binnen CONNECT. De resultaten van deze studie kan input bieden voor het ontwikkelen van bijkomende indicatoren voor de longlist,
2. **De huidige registratie van data die gebruikt wordt binnen CONNECT in kaart brengen.** Deze oefening is essentieel om een haalbare operationalisering van de indicatoren verder te concretiseren,
3. een **literatuurstudie rond protectieve factoren** gelinkt aan geestelijke gezondheid bij kinderen en jongeren, om dit dan verder te integreren in de praktijken en indicatoren voor CONNECT, (door zowel de risicofactoren als de protectieve factoren in rekening te brengen),
4. uitbreiding naar **outcome- en impactindicatoren**,
5. **een Delphi-studie** om vanuit de longlist van indicatoren tot een shortlist van need-to-know indicatoren te komen die haalbaar, relevant en meetbaar zijn,
6. een **pilootproject** van minimum een jaar om de shortlist van indicatoren uit te testen en nadien verder op punt te stellen.

3 De opstart van de heroriëntering van het CONNECT-programma

Via de kadernota van het Departement Zorg uit juli 2023 hebben de GGZ-netwerken voor kinderen en jongeren kennisgenomen van de heroriëntering van het CONNECT-programma. Uit de focusgroep met de zes CONNECT-projecten van september 2023 bleek dat de netwerken aan het uitzoeken waren hoe ze de heroriëntering van het CONNECT-programma inhoudelijk en organisatorisch zouden aanpakken. Daarbij gingen ze op zoek naar nieuwe partners om mee samen te werken, en bekeken ze hoe ze de huidige werking kunnen uitbreiden, dan wel een volledig nieuw programma zullen uitwerken met duidelijke linken naar het andere zorgaanbod binnen het netwerk. Speciale aandacht voor zorgmijdende en zorgwekkende profielen stond bij verschillende netwerken op de voorgrond. In dit proces hadden de netwerken in die periode verschillende vragen en bezorgdheden. Enerzijds betrof dit inhoudelijke bezorgdheden. Twee voorbeelden: Hoe kunnen we een specialistische aanpak realiseren bij zo'n brede doelgroep? Hoe zullen we erin slagen om kwetsbare gezinnen te bereiken op het moment dat een mogelijke psychische problematiek bij de kinderen en jongeren nog eerder mild aanwezig is? Anderzijds hadden de netwerken veel organisatorische vragen over de heroriëntatie van CONNECT. Opnieuw twee voorbeelden: Hoe zullen we erin slagen om voldoende vroeginterventie te voorzien als de vroegdetectie sterk dient uitgebreid te worden? Hoe stemmen we CONNECT af ten opzichte van de eerstelijns-psychologische functie en 1 Gezin 1 Plan? De netwerken hoopten over deze vragen en bezorgdheden verder in gesprek te kunnen gaan met de Vlaamse overheid.

Deze studie had tot doel evidence- en practice-based handvaten te geven aan zowel de GGZ-netwerken voor kinderen en jongeren als aan de opdrachtgevende overheid om vroegdetectie en vroeginterventie voor psychische problemen verder uit te bouwen. Vroegdetectie en vroeginterventie steeds beter realiseren is cruciaal om de grote negatieve impact van psychopathologie op ontwikkeling, welzijn en gezondheid stap voor stap, en steeds iets beter, te kunnen indijken.

Referenties

1. WHO and UNICEF. *Helping Adolescents Thrive Toolkit*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240025554> (2021).
2. Children and Young People's Mental Health and Wellbeing Taskforce. *Future in mind - Promoting, protecting and improving our children and young people's mental health and wellbeing*. (2015).
3. Fusar-Poli, P. & Hlth London, P. Integrated Mental Health Services for the Developmental Period (0 to 25 Years): A Critical Review of the Evidence. *Front. Psychiatry* **10**, (2019).
4. PUBLIC SAFETY CANADA. *Crime Prevention: Youth Mental Health, Mental Illness & Crime*. (2017).
5. Loeber, R. & Farrington, D. P. Young children who commit crime: Epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Dev. Psychopathol.* **12**, 737–762 (2000).
6. Gislé, L., Drieskens, S., Demarest, S. & Vanderheyden, J. *Gezondheidsenquête 2018: Geestelijke gezondheid*. (2018).
7. Bruffaerts, R. *De mythes voorbij: Het public health perspectief als leidraad bij hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg*. (2021).
8. Meijers, J. & Bolt, S. Scoping reviews. in *Onderzoek langs de meetlat: (eds. Eskes, A. M. & van Oostveen, C. J.) vol. 1* (Bohn Stafleu van Loghum, 2021).
9. Munn, Z. *et al.* What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. *JBI Evid. Synth.* **20**, 950–952 (2022).
10. De Peuter, B., De Smedt, J. & Bouckaert, D. G. *Spoor Beleid en Monitoring - Handleiding beleid en evaluatie*. (2007).
11. Poelman, M., Hermans, K. & Van Audenhove, C. *ONTWIKKELING VAN INDICATOREN IN HET KADER VAN DOELSTELLING 12 „ZORG“ VAN HET PACT 2020*. (2011).
12. Stain, H. J., Clark, S., O'Donnell, M. & Schall, U. Young rural people at risk for schizophrenia: Time for mental health services to translate research evidence into best practice of care. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* **44**, 872–882 (2010).
13. Izett, E., Rooney, R., Prescott, S. L., De Palma, M. & McDevitt, M. Prevention of Mental Health Difficulties for Children Aged 0-3 Years: A Review. *Front. Psychol.* **11**, (2021).
14. Wasserman, D., Carli, V., Iosue, M., Javed, A. & Herrman, H. Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. *Asia-Pac. Psychiatry* **13**, (2021).
15. Benarous, X., Consoli, A., Milhiet, V. & Cohen, D. Early interventions for youths at high risk for bipolar disorder: a developmental approach. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* **25**, 217–233 (2016).
16. Ozechowski, T. J. & Waldron, H. B. Assertive Outreach Strategies for Narrowing the Adolescent Substance Abuse Treatment Gap: Implications for Research, Practice, and Policy. *J. Behav. Health Serv. Res.* **37**, 40–63 (2010).

17. Berkowitz, S. J., Watson, P. J. & Brymer, M. J. Early preventive interventions for adolescents exposed to a potentially traumatic event. *Minerva Pediatr.* **63**, 201–215 (2011).
18. Baek, K. *et al.* Heightened aversion to risk and loss in depressed patients with a suicide attempt history. *Sci. Rep.* **7**, 11228 (2017).
19. Savaglio, M., O'Donnell, R., Hatzikiriakidis, K., Vicary, D. & Skouteris, H. The Impact of Community Mental Health Programs for Australian Youth: A Systematic Review. *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.* **25**, 573–590 (2022).
20. Savaglio, M., Yap, M. B., O'Donnell, R. & Skouteris, H. Targeted community-based programmes for children's mental health: A systematic review and meta-analysis of the Australian literature. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* (2022) doi:10.1177/00048674221124506.
21. McLuckie, A. *et al.* A scoping review of mental health prevention and intervention initiatives for infants and preschoolers at risk for socio-emotional difficulties. *Syst. Rev.* **8**, (2019).
22. Davies, C. *et al.* Prenatal and perinatal risk and protective factors for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* **7**, 399–410 (2020).
23. Clauss, J. A. & Blackford, J. U. Behavioral Inhibition and Risk for Developing Social Anxiety Disorder: A Meta-Analytic Study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* **51**, 1066-1075.e1 (2012).
24. Clinton, J., Feller, A. F. & Williams, R. C. The importance of infant mental health. *Paediatr. Child Health* **21**, 239–241 (2016).
25. Darling, J. C., Bamidis, P. D., Burberry, J. & Rudolf, M. C. J. The First Thousand Days: early, integrated and evidence-based approaches to improving child health: coming to a population near you? *Arch. Dis. Child.* **105**, 837–841 (2020).
26. Robinson, M. *et al.* Pre- and postnatal influences on preschool mental health: a large-scale cohort study. *J. Child Psychol. Psychiatry* **49**, 1118–1128 (2008).
27. Warner, L. A. & Pottick, K. J. Functional impairment among preschoolers using mental health services. *Child. Youth Serv. Rev.* **28**, 473–486 (2006).
28. Bayer, J. K., Hiscock, H., Ukoumunne, O. C., Price, A. & Wake, M. Early childhood aetiology of mental health problems: a longitudinal population-based study. *J. Child Psychol. Psychiatry* **49**, 1166–1174 (2008).
29. Adu, J. *et al.* Review: System transformation to enhance transitional age youth mental health - a scoping review. *Child Adolesc. Ment. Health* **27**, 399–418 (2022).
30. Nguyen, T. *et al.* Preventing Youth from Falling Through the Cracks Between Child/Adolescent and Adult Mental Health Services: A Systematic Review of Models of Care. *Community Ment. Health J.* **53**, 375–382 (2017).
31. de Girolamo, G., Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A. & McGorry, P. D. Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* **21**, 47–57 (2012).
32. Lijster, J. M. D. *et al.* The Age of Onset of Anxiety Disorders: A Meta-analysis. *Can. J. Psychiatry* **62**, 237–246 (2017).

33. Solmi, M. *et al.* Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol. Psychiatry* **27**, 281–295 (2022).
34. Velasco, A. A., Cruz, I. S. S., Billings, J., Jimenez, M. & Rowe, S. What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *Bmc Psychiatry* **20**, (2020).
35. Levesque, J.-F., Harris, M. F. & Russell, G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int. J. Equity Health* **12**, 18 (2013).
36. Werlen, L., Gjukaj, D., Mohler-Kuo, M. & Puhan, M. A. Interventions to improve children’s access to mental health care: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* **29**, (2020).
37. Cullen, W., Broderick, N., Connolly, D. & Meagher, D. What is the role of general practice in addressing youth mental health? A discussion paper. *Ir J Med Sci* **181**, 189–97 (2012).
38. van Doorn, M. *et al.* Online Indicated Preventive Mental Health Interventions for Youth: A Scoping Review. *Front. Psychiatry* **12**, (2021).
39. Xie, M., Wodzinski, M., Gajaria, A., Battaglia, M. & Rotem, A. Review: Impact of urgent youth outpatient mental health care on patient and health system outcomes - a scoping review. *Child Adolesc. Ment. Health* (2022) doi:10.1111/camh.12565.
40. Baker, D., Fisher, K., Hamilton, M., Rice, S. & Purcell, R. Providing a pathway to community-based psychosocial or mental health support services for young people following initial encounters with police: a scoping review. *Curr. Issues Crim. Justice* **34**, 360–382 (2022).
41. Schiffman, J., Stephan, S. H., Hong, L. E. & Reeves, G. School-based approaches to reducing the duration of untreated psychosis. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* **24**, 335–51 (2015).
42. Sterling, S., Weisner, C., Hinman, A. & Parthasarathy, S. Access to Treatment for Adolescents With Substance Use and Co-Occurring Disorders: Challenges and Opportunities. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* **49**, 637–646 (2010).
43. Walsh, E. H., Herring, M. P. & McMahon, J. A Systematic Review of School-Based Suicide Prevention Interventions for Adolescents, and Intervention and Contextual Factors in Prevention. *Prev. Sci.* (2022) doi:10.1007/s11121-022-01449-2.
44. Colizzi, M., Lasalvia, A. & Ruggeri, M. Prevention and early intervention in youth mental health: is it time for a multidisciplinary and trans-diagnostic model for care? *Int. J. Ment. Health Syst.* **14**, (2020).
45. Settapani, C. A. *et al.* Key attributes of integrated community-based youth service hubs for mental health: a scoping review. *Int. J. Ment. Health Syst.* **13**, (2019).
46. Berger, M. *et al.* Scoping review of stepped care interventions for mental health and substance use service delivery to youth and young adults. *Early Interv. Psychiatry* **16**, 327 (2022).
47. Linton, S. J., Nicholas, M. & Shaw, W. Why wait to address high-risk cases of acute low back pain? A comparison of stepped, stratified, and matched care. *Pain* **159**, 2437–2441 (2018).
48. Ollendick, T. H., Öst, L.-G. & Farrell, L. J. Innovations in the psychosocial treatment of youth with anxiety disorders: implications for a stepped care approach. *Evid. Based Ment. Health* **21**, 112–115 (2018).

49. Aggarwal, S. & Patton, G. Engaging families in the management of adolescent self-harm. *Evid. Based Ment. Health* **21**, 16–22 (2018).
50. Cross, S. P. M., Hermens, D. F. & Hickie, I. B. Treatment patterns and short-term outcomes in an early intervention youth mental health service. *Early Interv. Psychiatry* **10**, 88–97 (2016).
51. Oschman, J. L., Chevalier, G. & Brown, R. The effects of grounding (earthing) on inflammation, the immune response, wound healing, and prevention and treatment of chronic inflammatory and autoimmune diseases. *J. Inflamm. Res.* **8**, 83–96 (2015).
52. Hetrick, S. E., Cox, G. R., Witt, K. G., Bir, J. J. & Merry, S. N. Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst. Rev.* (2016) doi:10.1002/14651858.CD003380.pub4.
53. Devoe, D. J., Farris, M. S., Townes, P. & Addington, J. Interventions and Transition in Youth at Risk of Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analyses. *J. Clin. Psychiatry* **81**, 17r12053 (2020).
54. Schwartz, C., Barican, J. L., Yung, D., Zheng, Y. & Waddell, C. Six decades of preventing and treating childhood anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis to inform policy and practice. *Evid. Based Ment. Health* **22**, 103–110 (2019).
55. Pollak, I. *et al.* A Systematic Review of Intervention Programs Promoting Peer Relationships Among Children and Adolescents: Methods and Targets Used in Effective Programs. *Adolesc. Res. Rev.* (2022) doi:10.1007/s40894-022-00195-4.
56. Kolliakou, A., Fusar-Poli, P. & Atakan, Z. Cannabis Abuse and Vulnerability to Psychosis: Targeting Preventive Services. *Curr. Pharm. Des.* **18**, 542–549 (2012).
57. United Nations. *MENTAL HEALTH MATTERS SOCIAL INCLUSION OF YOUTH WITH MENTAL HEALTH CONDITIONS.* (2014).
58. WHO. *Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents.* <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240011854> (2020).
59. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Treatment Considerations for Youth and Young Adults with Serious Emotional Disturbances/Serious Mental Illnesses and Co-occurring Substance Use.* (2021).
60. RANZCP: Faculty of Child and Adolescent Psychiatry. *The prevention and early intervention of mental illness in infants, children and adolescents: Planning strategies for Australia and New Zealand.* <https://www.ranzcp.org/news-policy/policy-and-advocacy/position-statements/prevention-early-intervention-mental-illness-child> (2010).
61. Coppen, R. & Verhaak, P. F. M. *Indicatoren in de eerstelijns GGZ.* (2007).
62. Boesten, N. *et al.* *Vlaams Indicatorenproject thuiszorg: implementatie en evaluatie van de kwaliteitsindicatoren voor de diensten gezinszorg en de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen.* (2020).
63. EFQM model. *EFQM* <https://efqm.org/> (2023).
64. Walburg, J. A. *Uitkomstenmanagement in de gezondheidszorg | 9789035226364 | J.A. Walburg | Boeken | bol.com.* (Maarsen: Elsevier, 2003).

-
65. Demaerschalk, E., Hermans, D. K. & Cuyvers, D. G. *Indicatoren als basis voor een zelfevaluatie-en auditinstrument van CGG*. (2009).
66. Huz, S. *et al.* Time in Assertive Community Treatment: A Statewide Quality Improvement Initiative to Reduce Length of Participation. *Psychiatr. Serv.* **68**, 539–541 (2017).
67. Addington, D. *et al.* Performance Measures for Early Psychosis Treatment Services. *Psychiatr. Serv.* **56**, 1570–1582 (2005).
68. Addington, D. *et al.* A comparison of early psychosis treatment services using consensus and evidence-based performance measures: moving towards setting standards. *Early Interv. Psychiatry* **3**, 274–281 (2009).
69. Holmes, A., Bradley, G., Carslie, T. & Lhuede, K. Developing performance indicators for homeless outreach psychiatric services. *Australas. Psychiatry* **22**, 160–164 (2014).
70. Roeg, D., van de Goor, I. & Garretsen, H. Towards quality indicators for assertive outreach programmes for severely impaired substance abusers: concept mapping with Dutch experts. *Int. J. Qual. Health Care* **17**, 203–208 (2005).
71. Barrett, S. *et al.* Interventions to Reduce Parental Substance Use, Domestic Violence and Mental Health Problems, and Their Impacts Upon Children’s Well-Being: A Systematic Review of Reviews and Evidence Mapping. *Trauma Violence Abuse* 15248380231153867 (2023)
doi:10.1177/15248380231153867.
72. Harris, I. M., Beese, S. & Moore, D. Predicting repeated self-harm or suicide in adolescents and young adults using risk assessment scales/tools: a systematic review protocol. *Syst. Rev.* **8**, 87 (2019).
73. Finning, K. *et al.* The association between child and adolescent depression and poor attendance at school: A systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.* **245**, 928–938 (2019).
74. Stewart, S. L. & Babcock, S. E. InterRAI Child and Youth Mental Health-Screener (ChYMH-S): A Psychometric Evaluation and Validation Study. *Child Psychiatry Hum. Dev.* **51**, 769–780 (2020).
75. Stewart, S. L. *et al.* The interRAI Child and Youth Suite of Mental Health Assessment Instruments: An Integrated Approach to Mental Health Service Delivery. *Front. Psychiatry* **13**, (2022).

