



Signalering van psychosociale problemen bij 15-jarige Antwerpse jongeren via de centra voor leerlingenbegeleiding

Een haalbaarheidsstudie in een multiculturele steekproef

K. Kluppels · G. Portzky · K. Hoppenbrouwers

Published online: 25 April 2017
© Bohn Stafleu van Loghum 2017

Samenvatting Ondanks de hoge prevalentie van psychosociale problematiek bij schoolgaande jongeren in Vlaanderen hanteren Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) tot op heden hiervoor geen systematische signaleringsmethode. Een signalering in verschillende stappen wordt al succesvol ingezet in andere landen. In dit onderzoek bestuderen wij met een aangepaste versie van de Jeugdmonitor Rotterdam (JMR) in een beperkte steekproef welke proportie van jongeren gesignaleerd wordt met een mogelijk psychosociaal gezondheidsprobleem dat verdere opvolging en eventuele interventie vereist, alsook de praktische haalbaarheid van de hele procedure, bekeken vanuit het perspectief van de deelnemende CLB-teams. In totaal vulden 184 leerlingen van verschillende onderwijstypes in vijf Antwerpse scholen een vragenlijst (de aangepaste JMR) in. Met behulp van een formulier waarop de voornaamste aandachtspunten uit de vragenlijst werden genoteerd, en een hierbij aansluitend gesprek tijdens het preventief consult, maakte de CLB-arts voor elke leerling een inschatting van zijn of haar psychosociale gezondheid, en registreerde de ondernomen acties, de respons op doorverwijzing en bekendheid van de problematiek in het CLB-dos-

sier. Volgens deze procedure werd voor 28 % van de jongeren de psychosociale gezondheid als risicovol ingeschat en voor 14,3 % werd gespecialiseerde hulpverlening nodig geacht. Drie van de vier leerlingen gingen in op een doorverwijzing. Slechts 20 % van leerlingen met signalen van psychosociale problemen waren als dusdanig gekend in het CLB-leerling dossier. Betrokken CLB-teams ervoeren de nieuwe signaleringsmethode als nuttig en haalbaar.

Trefwoorden signalering · psychosociale problemen · adolescenten · centra voor leerlingenbegeleiding

Inleiding

Uit internationaal onderzoek blijkt dat naar schatting één op de vier tot vijf jongeren worstelt met een psychisch probleem [1]. Daarnaast is bekend dat mentale ziektebeelden die pas later in het leven optreden vaak het gevolg zijn van problemen op jonge leeftijd. Hoewel de eerste aanzet van een psychisch probleem zich vaak voordoet in de kindertijd en adolescentie, start een behandeling (indien deze plaatsvindt) meestal pas (enkele) jaren later [2]. Een prospectieve cohortstudie met bijna 2000 Australische adolescenten, en een follow-up van 14 jaar over het persisteren van angst- of depressieve stoornissen tot in de volwassenheid, toonde aan dat de duur (>6 maanden) van het psychisch lijden tijdens de adolescentie de belangrijkste voorspeller was van psychische problematiek op (jong-)volwassen leeftijd [3].

Deze vaststellingen doen ons nadenken over de vraag of de jeugdgezondheidszorg (JGZ) in Vlaanderen op dit ogenblik voldoende inspanningen levert om jongeren met (eerste signalen van) een psychosociale problematiek (vroeg)tijdig op te sporen. De

K. Kluppels
Vrij Centrum voor leerlingenbegeleiding De Wissel,
Antwerpen, België

G. Portzky
Vakgroep Psychiatrie en Medische Psychologie, Universiteit
Gent, Gent, België

K. Hoppenbrouwers (✉)
Centrum Omgeving en Gezondheid, Jeugdgezondheidszorg,
Universiteit Leuven, Leuven, België
karel.hoppenbrouwers@kuleuven.be



Nederlandse JGZ-richtlijn 'Vroeg-signalerings van Psychosociale Problemen' beveelt hiertoe een uniforme werkwijze aan met gebruik van een signaleringsinstrument om de benodigde zorg of hulp voor een kind of jongere met een psychisch probleem adequaat in te schatten [4]. Vakliteratuur doet nog meer aanbevelingen over signalering van mentaal welbevinden. Signaleringsinstrument is enkel zinvol indien een gepaste behandeling of interventie kan worden gegeven [5]. Verder blijkt de school een geschikte plek te zijn voor signalering van mentaal welbevinden, omdat het een plaats is waar alle jongeren, ongeacht hun geslacht, herkomst of sociaaleconomische achtergrond dagelijks aanwezig zijn. Het is dus bij uitstek een mogelijke vindplaats voor jongeren met psychosociale problematiek. De school kan voor jongeren ook een ondersteunende omgeving zijn, met ruimte voor open communicatie en een laagdrempelig JGZ-aanbod [6].

Aanbevolen wordt om signalering van psychische problematiek bij jongeren in twee stappen te laten verlopen, namelijk het gebruik van een signaleringsinstrument (meestal een vragenlijst), gevolgd door een een-op-eengesprek tussen een zorgverlener en de jongere [7]. Een niet-anonieme, maar wel confidentiële, bevraging geniet de voorkeur omdat op deze manier jongeren met een verhoogd risico op psychosociale problemen kunnen worden gevolgd [8]. Uit onderzoek blijkt dat bevraging van suïcidaliteit geen ongewenste negatieve effecten heeft voor de jongeren zelf [9], terwijl signalering hen wel beter op weg zet naar gepaste hulpverlening [10, 11].

In deze context lijken centra voor leerlingenbegeleiding (CLB), met hun multidisciplinaire werking, het aanbod van tweejaarlijkse preventieve contacten met alle jongeren, en het feit dat ze als draaischijf (spil) tussen leerling, ouders en school fungeren, een zeer geschikte setting om systematische signalering van psychosociale problemen bij jongeren in praktijk te brengen.

De Nederlandse Jeugdmonitor Rotterdam (JMR) is een instrument dat ontwikkeld werd voor longitudinale monitoring van kinderen (0–19 jaar) op het gebied van gezondheid, welbevinden, gedrag en gerelateerde factoren. Het draagt bij tot signalering van individuele kinderen en jongeren met gezondheidsrisico's of problemen, en ondersteunt de JGZ om preventief te kunnen optreden [12, 13].

In dit artikel worden resultaten gepresenteerd van een onderzoek in Vlaanderen naar de vraag of een CLB door gebruikmaking van een signaleringsinstrument, gebaseerd op de Jeugdmonitor Rotterdam (JMR), op een haalbare manier kan bijdragen aan de detectie van jongeren met een psychische problematiek.

Onderliggende deelvragen zijn:

- Welke proportie van jongeren wordt gesignaleerd met een psychosociaal probleem waarvoor binnen een CLB-team opvolging moet worden voorzien, en welke zijn de belangrijkste aandachtspunten,

wanneer deze signaleringsmethodiek wordt toegepast bij een multiculturele steekproef van 15-jarige jongeren?

- Welke aspecten van praktische (organisatorische) haalbaarheid zijn verbonden aan de toepassing van deze signaleringsmethodiek in de reguliere werking van een CLB, bekeken vanuit het perspectief van het CLB-team?

Methoden

Studieopzet

Het betreft een praktijkonderzoek, waarin de volledige signaleringsprocedure bij een beperkte steekproef wordt doorlopen, ingepast in de reguliere werking van een CLB.

Steekproef van scholen en leerlingen

Voor dit onderzoek werden leerlingen gerekruteerd van het derde jaar van het gewoon secundair onderwijs (14– tot 15-jarigen) in vijf Antwerpse scholen van het katholiek onderwijs. Aan elk van deze scholen is een CLB-team verbonden van het CLB De Wissel Antwerpen. De selectie beoogde het vormen van een steekproef van ongeveer 40 leerlingen per onderwijstype, respectievelijk het algemeen (ASO), technisch (TSO), beroeps- (BSO) en kunst-secundair onderwijs (KSO). Na persoonlijke toelichting over de onderzoeksopzet stemden alle schooldirecteurs in met deelname. Drie CLB-teams waren betrokken.

Vragenlijst en signaleringsprocedure

De vragenlijst is een aangepaste versie van de Nederlandse Jeugdmonitor Rotterdam (JMR) [12, 13]. De JMR omvat de Nederlandse vertaling van de *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), aangevuld met vragen over het sociaal-demografisch profiel van de jongeren, vragen over hun gezondheid, middelengebruik, zelfbeeld, suïcidaliteit, significante levensgebeurtenissen, de thuissituatie, de relatie met leeftijdsgenoten, vrije tijd en gedrag, de school en de buurt waarin de jongere leeft, en vragen over de eigen lengte en gewicht. De SDQ is een korte leeftijdsspecifieke screeningsvragenlijst die de psychische problematiek en vaardigheden bij kinderen en jongeren meet. De lijst bestaat uit 25 items die gaan over sterktes en moeilijkheden, en een inschatting geven op vijf domeinen, namelijk emotionele problemen, gedragsproblemen, aandachts- en concentratieproblemen, problemen met leeftijdsgenoten en pro-sociaal gedrag. Dit laatste domein wordt beschouwd als een belangrijke indicator van sociale vaardigheden [14].

Enerzijds werden, met het oog op hoge gevoeligheid voor het signaleren van psychosociale problemen, voor dit onderzoek enkele instrumenten en vra-

gen toegevoegd aan de oorspronkelijke versie van de JMR, namelijk (i) de sociaal-demografische vragen uit KIPEO, dit is de Kinder- en jongerenversie van het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang van suïcidepogers [15], (ii) een set van acht vragen met betrekking tot copingstijl [16], (iii) de *Sick Control One Stone Food Fat* (SCOFF), bestaande uit vijf vragen bedoeld voor een snelle screening naar een eetstoornis [17], en (iv) een vraag over seksuele geaardheid. Anderzijds werden, vanwege de haalbaarheid van het invullen van de vragenlijsten in de klascontext, sommige vragen geherformuleerd naar een Vlaamse versie, en andere uit de oorspronkelijke JMR verwijderd (onder andere over eetgewoonten, buurt, leeftijdsgenoten, gewicht en lengte).

Beide ingrepen samen hebben ertoe geleid dat de oorspronkelijke JMR werd ingekort van 145 tot 95 vragen.

Enkele weken voorafgaand aan het preventief consult werd één lesuur vrijgemaakt voor het schriftelijk invullen van de vragenlijst. Aan de hand van de ingevulde vragenlijsten werd door de onderzoeker voor elke leerling in een lijst van 14 aandachtsgebieden, met behulp van vooraf vastgelegde criteria, een overzicht met eventuele aandachtspunten opgemaakt (tab. 1). Deze criteria hebben een sleutelrol in de beoordeling en verwerking van de antwoorden van leerlingen en werden integraal overgenomen van JMR, met toevoeging van de aandachtsgebieden seksuele geaardheid, zelfbeeld, copingstijl en eetproblematiek. Dit overzicht van aandachtspunten en de ingevulde vragenlijst van de leerling, werden kort voor het consult aan de CLB-arts bezorgd. Deze kon met behulp hiervan tijdens het consult, dat volgens de Vlaamse regelgeving op deze leeftijd verplicht is, een gesprek voeren met de leerling over zijn of haar welbevinden. In onderling overleg werden eventuele adviezen geformuleerd en/of beslist over verdere acties.

Na het consult noteerde de arts op een registratieformulier voor elke leerling de volgende aspecten:

1. een globale inschatting van de psychosociale gezondheid ('in orde/gunstig', 'at risk', 'zorgelijk' of 'weet niet'),
2. de eventueel ondernomen acties (te selecteren uit een lijst van acht mogelijkheden, gaande van 'geen actie' tot 'doorverwijzing naar een centrum geestelijke gezondheidszorg'),
3. het al dan niet plaatsvinden van een geplande doorverwijzing (en eventuele reden van niet-plaatsvinden ervan), en
4. of de problematiek al dan niet reeds bekend was bij CLB (op basis dossiergegevens).

Met 'at-risk' werd bedoeld dat er nog sprake was van een goede psychosociale gezondheid, die weliswaar bedreigd werd vanwege aanwezige risicofactoren. Een vorm van opvolging was in dit geval nodig. De psychosociale gezondheid werd 'zorgelijk' genoemd wanneer er duidelijk sprake was van problemen met nadelige

gevolgen voor de ontwikkeling, het gedrag of het welbevinden en onmiddellijke interventie wenselijk was. In de gevallen waar opvolging ('at risk') of begeleiding ('zorgelijk') nodig was, werd door het CLB-team, in overleg met de jongere en/of zijn ouders, beslist over de meest adequate zorg. Dit kon een kortdurende begeleiding zijn door een CLB-medewerker (bijvoorbeeld psycholoog, arts of verpleegkundige) bij minder ernstige problemen. Bij ernstige problemen, of wanneer vermoed werd dat een langdurige begeleiding nodig was, werd de leerling verwezen naar een externe gespecialiseerde dienst of hulpverlener. Een maand na een verwijzing werd nagegaan of de jongere hierop effectief was ingegaan. Dit werd rechtstreeks bij de jongere nagevraagd, of bevestigd door de zorgleerkracht van de school. Aan de school en het CLB werd gevraagd om alert te zijn voor signalen van escalatie van de problematiek bij leerlingen die weigerden op het zorgaanbod in te gaan of gebrek aan motivatie vertoonden.

Ter voorbereiding van deze studie werden de deelnemende CLB-artsen geïnformeerd over doelstelling en opzet van het onderzoek, en over hun specifieke rol hierin. Er werd geen bijkomende gespreks- of communicatietraining voorzien.

Evaluatie van de haalbaarheid

In deze studie wordt voornamelijk de praktische haalbaarheid van de nieuwe signaleringsprocedure in de context van een Vlaams CLB geëvalueerd, en in mindere mate ook de aanvaardbaarheid voor de belangrijkste betrokkenen [18]. Dit gebeurde aan de hand van een semigestructureerd interview met de drie betrokken CLB-teams, binnen 3 maanden na datum van de preventieve consulten.

Analyse

Het betreft een beschrijvend onderzoek op een kleine steekproef. Er werden geen statistische analyses of toetsingen uitgevoerd.

Ethische aspecten

Voorafgaand aan het onderzoek werden ouders en jongeren via een brief geïnformeerd over de studie. Ouders konden deelname van hun kind en/of gebruik van de gegevens voor wetenschappelijke analyse expliciet weigeren. Aan de jongeren zelf werd onmiddellijk voorafgaand aan de bevraging bijkomende toelichting gegeven, en expliciet schriftelijk akkoord gevraagd voor deelname aan het onderzoek en gebruik van de gegevens. Het onderzoeksprotocol werd goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek van de KU Leuven (10 oktober 2014).

Tabel 1 Aandachtsgebieden, vertegenwoordigd in de schriftelijke bevraging van 15-jarige jongeren, die de basis vormen van een algemene evaluatie van de psychosociale gezondheid. Items per aandachtsgebied en criteria voor specifieke aandacht.

aandachtsgebied	items	criteria voor specifieke aandacht
problemen in het algemeen	SDQ – probleemscores	totale probleemscore >17
psychosomatische gezondheid	afgelopen 4 weken kast van hoofdpijn, maagpijn, buikpijn of misselijkheid	vaak of heel vaak
	afgelopen 4 weken slecht geslapen	vaak of heel vaak
thuis	regelmatige ruzie tussen je ouders	<2 jaar geleden
	echtscheiding van je ouders meegemaakt	<2 jaar geleden
	ooit met opzet mishandeld door ouders/andere familieleden	ja
	ooit seksueel misbruikt door ouders/andere familieleden/anderen	ja
jongeren met (een) langdurig zieke ouder(s)	langdurige en/of ernstige ziekte of handicap/psychische ziekte/verslaving van ouders	ja
jongeren met (een) langdurig zieke broer(s)/zus(sen)	langdurige en/of ernstige ziekte of handicap/psychische ziekte/verslaving van een broer/zus	ja
school	hoe vaak ben je het afgelopen jaar wegens ziekte afwezig geweest op school?	>5 keer
	heb je de afgelopen 4 weken gespijbeld?	ja, >5 uur
	Hoe vaak ben je de afgelopen 4 weken op school gepest?	1x/week, een paar keer/week, of dagelijks
sociale steun	als je problemen hebt, heb je dan iemand naar wie je toe kunt gaan?	nooit
	hoe goed kunnen je met je moeder praten als je problemen hebt of ergens mee zit?	helemaal niet
	hoe goed kun je met je vader praten als je problemen hebt of ergens mee zit?	helemaal niet
	SDQ – schaal 'problemen met vrienden'	score op deze schaal >5
emotionele problematiek	SDQ – schaal 'emotionele problemen'	score op deze schaal >5
	zelfmoordgedachten	vaak of heel vaak
	zelfverwonding	ooit gedaan
	zelfmoordpoging	ooit gedaan
gedragsproblematiek	agressief/delinquent gedrag	frequent: >3 agressieve gedragingen of minstens 1 agressieve gedraging (heel vaak) Idem voor vandalisme en stelen Idem voor gewelddadig/delinquent gedrag
	SDQ – schaal 'gedragsproblemen'	score op deze schaal >4
middelengebruik	heb je wel eens sigaretten gerookt tot nu toe?	ja, dagelijks
	aantal sigaretten per dag	>15
	heb je alcohol gebruikt de afgelopen 4 weken?	>6 keer
	aantal glazen alcohol de laatste keer?	>6 glazen
	heb je marihuana/hasj gebruikt de afgelopen 4 weken?	>6 keer
	heb je harddrugs (XTC/cocaine/heroïne) gebruikt de afgelopen 4 weken?	>6 keer
seksuele geaardheid	niet-heteroseksueel	ja
zelfbeeld	laag zelfbeeld	score <25
coping	emotiegericht	score emotiegericht
	probleemgericht	score probleemgericht
eetproblematiek	SCOFF	≥2 vragen positief

SCOFF Sick Control One Stone Food Fat, SDQ Strengths and Difficulties Questionnaire

Resultaten

Profiel van de steekproef

Er werden 222 leerlingen van 16 klassen (vier klassen per onderwijstype) voor de studie uitgenodigd. Hiervan waren er 184 (82,8 %) die de vragenlijst invulden

en daarna ook een gesprek hadden met de CLB-arts. Redenen voor geen deelname waren: weigering door ouders (3,6 %), weigering door de jongere zelf (10,9 %) of afwezigheid van de jongere op het moment van de bevraging (2,3 %). De steekproef kent een relatief overwicht van meisjes, bijna de helft van de deelnemers is 15 jaar of ouder, meer dan 6 op de 10 heeft een niet-

Tabel 2 Sociaal-demografisch profiel van de steekproef en verdeling volgens onderwijstype (N = 184).

kenmerk		n	%
geslacht	jongens	79	42,9
	meisjes	105	57,1
leeftijd	<15 jaar	102	55,4
	15 jaar	60	32,6
	>15 jaar	22	12,0
onderwijstype ^a	ASO	69	37,5
	BSO	30	16,3
	TSO	49	26,6
	KSO	36	19,6
herkomst ^b	België	70	38,0
	West-Europa	13	7,1
	Marokko	49	26,6
	andere	52	28,3
geloof ^c	geen	41	22,3
	christendom	52	28,3
	islam	71	38,6
	andere	19	10,3
woonsituatie ^d	bij beide ouders	137	74,5
	anders	45	24,5

^aASO algemeen secundair onderwijs; TSO technisch secundair onderwijs; BSO beroeps secundair onderwijs; KSO kunst secundair onderwijs
^bDe herkomst van een jongere werd gedefinieerd aan de hand van de gegevens over het geboorteland van vader en moeder met de bedoeling een beter zicht te hebben op de culturele invloeden binnen het gezin. Wanneer minstens één ouder niet in België werd geboren, werd de herkomst bepaald door het andere land, namelijk een ander West Europees land, Marokko of andere landen
^cVan 1 leerling (0,5 %) is geen informatie beschikbaar
^dVan 2 leerlingen (1,0 %) is geen informatie beschikbaar

Tabel 3 Frequentieverdeling per aandachtsgebied van het aantal 15-jarige jongeren waarvoor uit de bevraging aandachtspunten werden geselecteerd, geordend volgens frequentie van voorkomen (N = 184) (selectie van meerdere aandachtsgebieden per jongere is mogelijk).

aandachtsgebied	N	%
thuisituatie	64	34,7
eetprobleem	61	33,1
psychosomatisch	60	32,6
emotionele problemen	49	26,6
langdurige ziekte ouder	35	19,0
langdurige ziekte broer/zus	31	16,8
sociale steun	29	15,7
laag zelfbeeld	24	13,0
gedragsproblematiek	22	11,9
school	18	9,8
problemen algemeen	17	9,2
middelenmisbruik	11	5,9
seksuele geaardheid	7	3,8

Belgische herkomst, bijna 4 op de 10 vermeldt een Islamitische geloofsovertuiging, en 3 op de 4 woont nog bij beide ouders. De verdeling van de steekproef over de onderwijstypes kent in absolute termen een relatieve oververtegenwoordiging van jongeren van ASO

en ondervertegenwoordiging van BSO en in mindere mate van KSO (tab. 2).

Aandachtspunten naar aanleiding van de bevraging

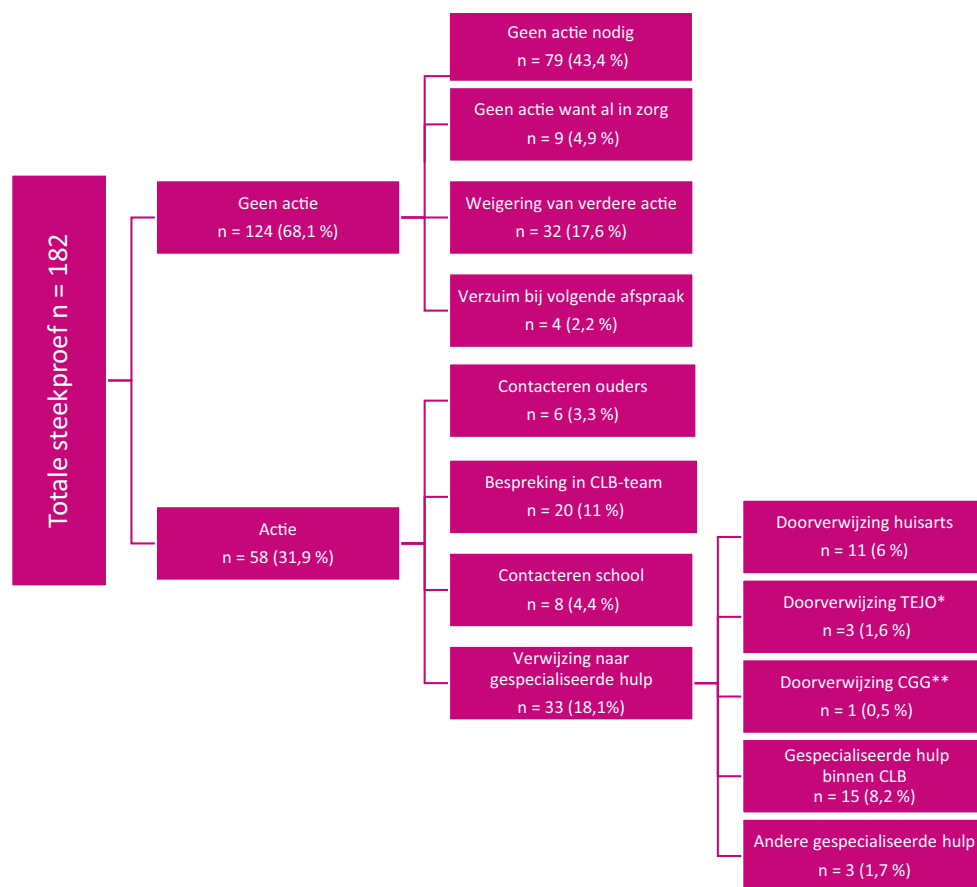
Naar aanleiding van de bevraging werden door de CLB-arts in alle onderzochte domeinen aandachtspunten bij meerdere leerlingen genoteerd. De meest frequent vermeldde aandachtspunten vanuit de vragenlijst zijn: de thuisituatie (bij 34,7 % van de jongeren), een vermoeden van een eetprobleem (33,1 %), een psychosomatische (32,6 %) of emotionele problematiek (26,6 %) (tab. 3).

Inschatting psychosociale gezondheid en aansluitende acties

Op basis van deze aandachtspunten, en het aansluitend gesprek met de leerling tijdens het consult, besloot de CLB-arts voor 56 % van de jongeren dat de psychosociale gezondheid goed is, terwijl voor 28 % de toestand risicovol en voor 14,3 % zorgelijk werd genoemd. Voor 1,7 % van de jongeren werd geen inschatting geregistreerd.

Naar aanleiding van deze globale beoordeling werden al dan niet acties ondernomen, waarvan het gedetailleerde overzicht is terug te vinden in fig. 1. Bij één op drie jongeren (n = 58) werd actie onderne-

Figuur 1 Overzicht van acties die door de CLB-arts worden ondernomen naar aanleiding van een globale inschatting van de psychosociale gezondheid van 15-jarige jongeren (N = 182) (meerdere acties per jongere zijn mogelijk; de percentages refereren naar de volledige steekproef; van twee leerlingen is de opvolging niet gekend) (* TEJO: Therapeuten voor Jongeren, ** CGG: Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg).



men, waarvan het voor meer dan de helft ($n = 33$) een doorverwijzing voor gespecialiseerde hulp betrof binnen of buiten het CLB. Binnen het CLB werden leerlingen verder opgevolgd door een psycholoog ($n = 6$) of door een arts of verpleegkundige ($n = 9$). Buiten het CLB werd verwezen naar de huisarts ($n = 11$) of een hulpverlener in de geestelijke gezondheidszorg ($n = 4$).

Van 19 van de 33 leerlingen die door de CLB-arts werden doorverwezen naar de huisarts of een gespecialiseerde hulpverlener, is bekend of zij een maand na datum deze stap effectief gezet hebben. Dit bleek het geval te zijn voor 14 (73,6%) van deze jongeren. Redenen om dit niet te doen waren een verbeterde gezondheid, geen motivatie, een afwachtende houding of weigering.

Voor 50 leerlingen, wier psychosociale gezondheid volgens de beoordeling van de CLB-arts risicovol of zorgelijk was, kon het CLB-dossier ingekeken worden. Bij 40 (80%) van hen bleek in het dossier geen informatie terug te vinden over enig psychosociaal probleem en/of hulpverlening elders vanwege van dergelijke problematiek.

Praktische haalbaarheid

Uit de interviews met de drie betrokken CLB-teams (elk met een arts en een verpleegkundige) bleek dat

er binnen het eigen CLB en de deelnemende scholen een groot draagvlak was voor toepassing van de nieuwe signaleringsprocedure. De vragenlijsten werden in de klas afgenomen, waarbij de privacy toch voldoende gegarandeerd bleek te zijn. Wanneer tijdens de bevraging supervisie nodig was door een CLB-medewerker (hiervoor werd in de studie gekozen omwille van de vertrouwelijkheid van de bevraging), dan werd dit als een grote tijdsinvestering ervaren als dit voor een groot aantal klassen zou moeten gerealiseerd worden.

Het werd als een meerwaarde gevoeld dat de CLB-arts ter voorbereiding van het gesprek met een leerling een overzicht van aandachtspunten ter beschikking kreeg. Hierdoor verhoogde de efficiëntie van het gesprek tijdens de consulten. Echter kwamen, in vergelijking met reguliere praktijk, door de voorafgaande bevraging opvallend meer problemen boven water. De jongere had immers moeten stilstaan bij een aantal vragen, waardoor een probleem gemakkelijker benoemd kon worden en eventueel een plaats kon krijgen tijdens het gesprek. Ook het beschikbaar hebben van de ingevulde vragenlijst zelf tijdens het gesprek was nuttig, omdat hierdoor onmiddellijke terugkoppeling van antwoorden mogelijk was.

Of deze formule van signalering en gesprek haalbaar zou zijn in de huidige CLB-werking, is volgens de ervaring van de deelnemende CLB-teams mede

afhankelijk van de grootte van de klasgroep die in een dagdeel (voor- of namiddag) op consult komt, en van het aantal jongeren waarvoor aandachtspunten gemeld worden. Enerzijds verliepen de consulten in het onderzoek vlotter bij jongeren waarvoor geen aandachtspunten gemeld werden, en bleef hierdoor meer tijd beschikbaar voor het gesprek met jongeren waarbij wel belangrijke signalen aanwezig waren. Anderzijds werd in sommige gevallen, vanwege van tijdsgebrek, toch met enkele leerlingen een nieuwe afspraak gemaakt om op een later tijdstip het gesprek verder te zetten.

Het registratieformulier, met opgave van een globale risico-inschatting en selectie van acties, werd over het algemeen (behoudens enkele suggesties) als helder en bruikbaar ervaren. Voor 20 (11 %) leerlingen werd een opvolging binnen het CLB-team voorzien, verdeeld over de drie teams. Als belangrijke voordelen van de nieuwe signaleringsstrategie werden genoemd dat meer concrete informatie en een vollediger beeld van de leerling beschikbaar was tijdens het consult, dat minder kinderen met problemen leken te 'ontsnappen', en het opsporen van problemen minder afhankelijk was van de ervaring, deskundigheid of communicatievaardigheid van de arts of verpleegkundige.

Verder lijkt deze nieuwe strategie binnen de huidige timing van consulten zinvol voor alle leerlingen van het derde jaar secundair onderwijs (14 tot 15 jaar), ongeacht het onderwijstype. Toepassing ervan op jongere leeftijd (bijvoorbeeld consult eerste jaar secundair onderwijs) zou vroegere detectie en interventie mogelijk maken. Bij gebrek aan systematisch consult na 14 tot 15 jaar is deze signaleringsstrategie momenteel niet toepasbaar op oudere leeftijd.

Discussie

In dit onderzoek werd nagegaan welke proportie van jongeren met een mogelijk psychosociaal gezondheidsprobleem, dat opvolging en eventuele interventie vereist, met een aangepaste versie van de JMR wordt gesignaleerd en of de hele procedure, bekeken vanuit het perspectief van de deelnemende CLB-teams, praktisch haalbaar is.

De respons voor deelname aan het onderzoek was hoog, zowel bij de scholen (100 %) als bij ouders en leerlingen (83 %) en vergelijkbaar met de respons op het zelfrapportage-onderzoek dat in het kader van het programma Jongeren en Gezondheid op regelmatige basis wordt uitgevoerd [9]. In vergelijking met de proportionele verdeling van leerlingen over de verschillende onderwijstypes in Vlaanderen, zijn in onze steekproef ASO- en TSO-leerlingen in reële verhouding vertegenwoordigd, terwijl KSO-leerlingen relatief oververtegenwoordigd en BSO-leerlingen ondervertegenwoordigd zijn. Meer dan de helft van de jongeren heeft minstens een ouder die geboren is in een niet-Europees land (met een grote proportie van jongeren

met een Marokkaanse herkomst), wat strookt met het multiculturele profiel van het Antwerpse grootstedelijk gebied waarin de deelnemende scholen gelokaliseerd zijn. Dit verklaart ook het grote aandeel van leerlingen met een islamitische geloofsovertuiging.

Voor één op drie jongeren worden problemen gesignaleerd met betrekking tot de thuissituatie, psychosomatiek en eetproblemen, en voor een derde van de totale steekproef waren acties vanwege het CLB nodig. In een vergelijkbare studie in Nederland diende slechts voor 17 % van de jongeren een actie ondernomen te worden [13]. Of het hier een reëel verschil in de prevalentie van psychosociale problematiek bij Vlaamse en Nederlandse jongeren betreft, of eerder gevolg is van verschillen in aanpak in JGZ, is uit de resultaten van ons onderzoek niet op te maken.

Alarmerend is de vaststelling dat vier op de vijf van de leerlingen bij wie de psychosociale gezondheid aan de hand van het signaleringsinstrument als risicovol of zorgelijk werd ingeschat, niet eerder als dusdanig gekend waren in het CLB. Dit moet aanleiding zijn tot reflectie over de efficiëntie van het huidige systeem van leerlingenbegeleiding, dat op vlak van mentaal welbevinden van jongeren in hoofdzaak vraag-gestuurd is georganiseerd. Met de huidige invulling van de tweejaarlijkse preventieve consulten komen signalen van psychosociale problemen blijkbaar onvoldoende in beeld.

Op basis van de ervaringen van de betrokken CLB-teams blijkt het organiseren van een bevraging in de klas praktisch haalbaar. Door de voorafgaande schriftelijke bevraging werd het gesprek over psychosociaal welbevinden met de leerling als concreter en vollediger ervaren. Dankzij de systematische signalering kreeg de arts een ruimer beeld van het welbevinden van de leerling, ongeacht zijn of haar eigen ervaring en bekwaamheid om dit welbevinden tijdens de consulten bespreekbaar te maken. De tijdsinvestering voor het gesprek over welbevinden tijdens het consult was haalbaar binnen het voorziene tijdsbestek, wanneer de klasgroep niet al te groot was. Alle bevraagde teams vonden het consult van het derde jaar secundair onderwijs een geschikt signaleringsmoment, hoewel het ook nuttig kan zijn op andere leeftijden.

De belangrijkste beperkingen van dit onderzoek zijn de kleinschaligheid en het feit dat het om een steekproef gaat in een grootstedelijke omgeving. Het hoge signaleringscijfer zou deels verklaard kunnen worden door het hoge aandeel gezinnen met een migratie-achtergrond of een lage sociaaleconomische status. Echter valt niet uit te sluiten dat de redenen voor niet-deelname (17 % van de steekproef) gerelateerd zijn met de psychosociale gezondheid, en dus door een selectieve non-respons het risico op psychische problematiek nog hoger is dan in deze studie wordt geschat.

Ondanks deze beperkingen dagen de resultaten uit tot verder onderzoek. Het is onder meer vraag welke de onderliggende factoren zijn die het verhoogd risi-

coprofiel van jongeren in het kunstonderwijs kunnen verklaren. Verder is het wenselijk om in een ruimere steekproef na te gaan welke aandachtspunten het frequentst tot een doorverwijzing leiden, en wat dit ons leert over risicofactoren voor psychische problemen en de preventie ervan. Ten slotte verdient ook signalering van psychosociale problemen bij jonge kinderen en kinderen in het buitengewoon (speciaal) onderwijs speciale aandacht.

Literatuur

1. Bor W, Dean A, Najman J, Hajatbakhsh R. Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014;48:606–16.
2. Kessler R, Amminger G, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Üstün T. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20:359–64.
3. Patton G, Coffey C, Romaniuk H, et al. The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. *Lancet*. 2014;383:1404–11.
4. Postma S. JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen 2008. 20mm www.ncj.nl/richtlijnen/jgzrichtlijnenwebsite. Accessed 15 Jan 2017.
5. Trimbos-instituut. Multidisciplinaire richtlijn Depressie bij de jeugd. Addendum 2009.
6. Shaffer D, Gould M. Suicide prevention in schools. In: Hawton K, van Heeringen K (redactie). *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: Wiley; 2000. pag. 645–60.
7. Nordentoft M. Crucial elements in suicide prevention strategies. *Prog Neuro Psychopharmacol Biol Psychiatry*. 2011;35:848–53.
8. Looij-Jansen P van de, Goldschmeding J, Wilde E de. Comparison of anonymous versus confidential survey procedures: effects on health indicators in dutch adolescents. *J Youth Adolesc*. 2006;35:659–65.
9. Gould M, Marrocco F, Kleinman M, Thomas J, Mostkoff K, Cote J. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;293:1635–43.
10. Chisolm D, Klima J, Gardner W, Kelleher K. Adolescent behavioral risk screening and use of health services. *Adm Policy Ment Health*. 2009;36:374–80.
11. Gould M, Marrocco F, Hoagwood K, Kleinman M, Amakawa L, Altschuler E. Service use by at-risk youths after school-based suicide screening. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48:1193–201.
12. Looij-Jansen P van de. Self-report in Youth Health Monitoring. Evidence from the Rotterdam Youth Monitor. Doctoraal proefschrift, Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 2010. p. 133. Beschikbaar via: <http://repub.eur.nl/pub/18629/>. Accessed on 15 Jan 2017
13. Wilde E de, Looij P van de, Goldschmeding J, Hoogeveen C. Self-report of suicidal thoughts and behavior vs. school nurse evaluations in Dutch high-school students. *Crisis*. 2011;32:121–7.
14. Goodman A, Goodman R. Strengths and difficulties questionnaire as a dimensional measure of child mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48:400–3.
15. Jaegere E de, Hoorens V, Portzky G, Heeringen C van. KIPEO. Instrument voor psychosociale opvangen evaluatie van suicidepogers (Kinderen en jongeren). Gent: Eenheid voor zelfmoordonderzoek. Universiteit Gent; 2011. <https://www.zelfmoord1813.be/publicaties/producten/handleiding-kipeo>.
16. Madge N, Hewitt A, Hawton K, et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49:667–77.
17. Morgan JE, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*. 1999;319:1467–8.
18. Bowen D, Kreuter M, Spring B, et al. How we design feasibility studies. *Am J Prev Med*. 2009;36:452–7.

K. Kluppels, arts

G. Portzky, docent

K. Hoppenbrouwers, hoogleraar