

# Eerstelijnspsychologische zorg<sup>1</sup> voor kinderen en jongeren: wat kunnen we ermee?

Nathalie Haeck

[TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 2022, 52(2), 143-152]

## Inleiding

Volgens Bruffaerts (2021) kampt 20% van de minderjarigen in België met een psychische stoornis. Wanneer we focussen op de adolescentie, lijkt de prevalentie van psychische klachten nog hoger. Uit Europees onderzoek blijkt dat een op de vier à vijf adolescenten in zijn leven voldoet aan de criteria van een psychische stoornis (Coppens et al., 2015). De meest voorkomende zijn: angststoornissen (31,9%), gedragsstoornissen (19,1%), stemmingsstoornissen (14,3%) en stoornissen op het vlak van middelengebruik (11,4%) (Kessler, Amminger, et al., 2007; Kessler, Angermeyer, et al., 2007; Paus et al., 2008).

Ook in België zien we dat psychische problemen al op jonge leeftijd beginnen. Op basis van een open enquête in 2016 concludeerde de Vlaamse Jeugdraad (z.j.) dat gemiddeld 31,4% van de jongeren tussen de 14 en 25 jaar niet goed in zijn vel zit. De studie *Jongeren en Gezondheid* (onderdeel van de internationale HBSC-studie; Dierckens et al., 2019) laat zien dat 13% van de jongens en 22,1% van de meisjes tussen 11 en 15 jaar al meerdere keren overwogen had om een einde aan het leven te maken. De prevalentie van zelfmoordgedachten vertoont naarmate men ouder wordt een stijgende trend en deze is vooral bij jongens zeer uitgesproken. Wat zelfbeschadigend gedrag betreft, stellen we vast dat de prevalentie 8% bedraagt bij de jongens en 20,8% bij de meisjes. In de SIGMA-studie (Kirtley et al., 2019) geeft meer dan de helft van de jongeren (uit het eerste, derde en vijfde leerjaar van het secundair onderwijs) aan enige psychische klachten te hebben (zoals somberheid, slecht slapen), maar de meeste van deze klachten zijn mild. Bijna 20% van de adolescenten rapporteert echter matig ernstige tot ernstige klachten.

In het kader van de Gezondheidsenquête werden in 2018 voor het eerst ook problemen met de psychische gezondheid van Belgische kinderen en jongeren (van 2 tot 18 jaar) in

kaart gebracht aan de hand van rapportage door de ouders. Hieruit blijkt dat de volgende aandoeningen het vaakst gerapporteerd worden: sociale problemen (20%, waarvan 11% pathologische problemen), emotionele problemen (19%, waarvan 10% pathologische problemen), gedragsproblemen (18%, waarvan 9% pathologische problemen), aandachtstekort-hyperactiviteitsproblemen (ADHD; 17%, waarvan 12% pathologische problemen), en problemen op de schaal prosociaal gedrag (13%, waarvan 7% pathologische problemen). 18% van de kinderen en jongeren vertoont symptomen op één enkel probleemgebied en bij 12% is er sprake van comorbiditeit (Gisle et al., 2020).

Ook Bruffaerts (2021) besteedt aandacht aan de leeftijd waarop psychische stoornissen ontstaan. De gemiddelde en mediane leeftijden waarop een psychische stoornis duidelijk wordt, zijn respectievelijk 21 en 17 jaar. Dat betekent dat de helft van de stoornissen al effectief aanwezig is vóór de leeftijd van 17 à 21 jaar.

Volgens Bruffaerts is er bij jongeren duidelijk sprake van onderbehandeling of *unmet needs*: zeven op de tien jongeren krijgen geen behandeling voor hun psychische stoornis. Hij wijst daarbij op het belang van preventie en vroeginterventie, waarbij de hulp outreachend ('vindplaatsgericht') is en zich dus zoveel mogelijk afspeelt op de plaatsen waar kinderen en jongeren een belangrijk deel van hun leven doorbrengen en er ook op groepsniveau gewerkt wordt.

Ook vanuit het onderzoek dat het Adocare-netwerk (Coppens et al., 2015) uitvoerde, werden een aantal richtlijnen geformuleerd om hulp te bieden aan kinderen en jongeren. Hierbij wordt een model voorgesteld van *balanced care*<sup>2</sup>, waarbij de eerstelijnszorg een duidelijke rol speelt op het vlak van screening en kortdurende behandeling.

## Stand van zaken in Vlaanderen

De Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) en Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW) zetten al geruime tijd in op eerstelijnspsychologische zorg (ELP). Het CLB biedt niet alleen hulp op het vlak van leren en onderwijs, maar ook op dat van het psychisch en sociaal functioneren van de jongeren. De Jongeren Advies Centra, ontstaan vanuit de CAW, bieden laagdrempelige sociale dienstverlening aan jongeren van 12 tot 25 jaar.

In 2010 werd Therapeuten voor Jongeren (TEJO; <https://tejo.be/>) opgericht. TEJO (Hodge, 2017) is een van oorsprong Vlaamse vrijwilligersorganisatie die gratis therapeutische ondersteuning biedt aan jongeren tussen 10 en 20 jaar, ook in Nederland (<https://tejo-nederland.nl/>). De begeleiding is kortdurend (maximaal ongeveer tien sessies) en volledig anoniem (enkel een voornaam en telefoonnummer worden genoteerd).

Met de opbrengst van de Rode Neuzen Dag 2016 werden vijf OverKop-huizen (<https://www.overkop.be/huizen>) opgericht, een in elke Vlaamse provincie. Elk OverKop-huis biedt een vrijetijdsaanbod, maar ook laagdrempelige psychologische hulp voor jongeren tot 25 jaar. In de loop van 2021 werd het aantal Overkop-huizen uitgebreid tot dertig.

Om meer en sneller beschikbare jeugdhulp te bewerkstelligen, riep de Vlaamse overheid in 2017 alle jeugdhulporganisaties en lokale besturen op om in een aantal afgebakende gebieden een samenwerkingsverband te vormen. In juni 2020 werd beslist deze samenwerkingsverbanden uit te breiden zodat ze heel Vlaanderen en Brussel zullen bestrijken. Elk samenwerkingsverband ontvangt jaarlijks extra middelen om de doelstellingen van 1Gezin1Plan (1G1P; <https://www.ééngesin-ééplan-9dbaha.be/#/>) waar te maken. Deze zijn: alle jeugdhulpvragen binnen één maand oppakken, als er verschillende hulpverleners bij betrokken zijn, dient er één plan per gezin gemaakt te worden, één aanspreekpunt voor het gezin, flexibele ondersteuning bieden wanneer het benodigde aanbod niet direct beschikbaar is, en eerstelijnspsychologische zorg aanbieden. De eerstelijnspsycholoog (ELP'er) verstrekt laagdrempelig en lokaal hulp aan mensen met milde tot matige psychische klachten die op korte termijn hulp nodig hebben en met weinig sessies verder kunnen. Deze hulp is toegankelijk voor zowel kwetsbare en kansarme doelgroepen als voor financieel redzame personen. De ELP'er start met een inschatting van de problematiek en richt zich gedurende een vijftal sessies op het verhogen van de veerkracht, zelfredzaamheid en autonomie.

Sinds 2015 werden in de verschillende provincies en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 'Netwerken Geestelijke Gezondheidszorg' opgericht voor kinderen en jongeren, naar analogie van de Netwerken Geestelijke Gezondheidszorg voor volwassenen die in 2010 werden opgestart. Deze netwerken hebben onder andere als taak de vroegdetectie en -interventie van psychische problemen bij kinderen en jongeren tot een samenhangend geheel te integreren. De netwerken leggen hierbij eigen accenten en bieden hulp bijvoorbeeld bij een vermoeden van psychose, bij verslaving, voor kinderen van ouders met psychische problemen enzovoort.

In april 2020 liet minister De Block weten dat de eerstelijnspsychologische functie, zoals uitgerold voor volwassenen in 2018, ook beschikbaar zou komen voor kinderen en jongeren (0-18) en ouderen (65+). Kinderen en jongeren met lichte tot matige psychische problemen, zoals emotionele problemen (angstig/depressief), gedragsproblemen (met inbegrip van schermafhankelijkheid) of sociale problemen konden zich met een verwijfsbrief van een arts aanmelden bij een psycholoog of orthopedagoog die een overeenkomst had met het Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg (zie supra). In december 2020 werd vervolgens een protocolakkoord gesloten tussen de federale regering en de gewesten en gemeenschappen over een gecoördineerde aanpak ter versterking van het psychisch zorgaanbod, in het bijzonder voor kwetsbare groepen die het zwaarst getroffen zijn door de

COVID-19-pandemie. Dit protocolakkoord leidde in juli 2021 tot een nieuwe RIZIV<sup>3</sup>-conventie voor de financiering van de psychologische functies in de eerste lijn via netwerken en lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. In deze overeenkomst wordt een nog zwaarder accent gelegd op de ELP-functie, zowel voor kinderen, jongeren als volwassenen, met speciale aandacht voor de ‘scharnierleeftijd’ van 15 tot 23 jaar. Ook wordt hierin het belang beklemtoond van het creëren van een groepsaanbod en het gebruik van e-health. Belangrijk hierbij is ook de directe toegang tot de ELP (geen verwijfsbrief) en het outreachend of ‘vindplaatsgericht’ werken. De bedoeling is de hulpverlening dichterbij de maatschappij of bevolking te brengen. Vanaf september 2021 zijn de Netwerken Geestelijke Gezondheidszorg bezig met het implementeren van deze conventie. Het gaat hier om een groot en ambitieus project – dat meer omvat dan een terugbetalingsregeling van individuele consulten bij de (eerstelijns)psycholoog – waarvan de uitrol wellicht nog een groot deel van 2022 in beslag zal nemen.

Het landschap van de ELP in Vlaanderen is dus zeer divers en uitgebreid, en zal nog groter worden naarmate de implementatie van de nieuwe conventie vordert. De versnippering aan middelen en verschillende federale, Vlaamse en regionale initiatieven zorgen er echter ook voor dat verwijzers soms door de bomen het bos niet meer zien. Het is een relatief ‘jong bos’ dat nog moet groeien. Belangrijk is dat kinderen, jongeren, hun omgeving en de verwijzers de weg naar het bos vinden. En dan maakt het soms niet uit bij welke boom ze terecht komen, als die maar helpt om de ‘juiste boom’ te vinden waar kinderen en jongeren snel de hulp krijgen die ze nodig hebben.

## Indicatiecriteria en assessment

Om de juiste hulp te krijgen is het principe van gepaste zorg als aanvulling van getrapte zorg heel belangrijk. Dit betekent dus dat kinderen en jongeren de minimale hulp krijgen die ze nodig hebben, maar wel afgestemd op hun behoeften en hulpvraag, zonder onnodige en met zo weinig mogelijk tussenstappen. En het liefst met aandacht voor gezamenlijke zorg, waarbij de professionals die betrokken zijn bij een kind of jongere goed met elkaar samenwerken.

Voor kinderen en jongeren lijkt het zinvol om, naast de hulpvraag, vooral te kijken naar enkele indicatie- en exclusiecriteria die medebepalend zijn voor de haalbaarheid van een kortdurend interventie- of behandeltraject. Wat wil het kind/de jongere of de omgeving bereiken met het psychologisch traject? Is de hulpvraag gericht op het hier en nu of op het veranderen van onderliggende patronen en dynamieken? Is er behoefte aan concrete snelle hulp of moet er een grondig diagnostisch traject opgestart worden?

De kinderen en jongeren die baat kunnen hebben bij ELP, hebben vaak een vrij reguliere ontwikkeling doorlopen, maar ervaren op een gegeven moment psychische klachten. Deze kunnen te maken hebben met bepaalde kindfactoren (beperkte coping of emotieregulatie, negatieve denkstijl, overdreven perfectionisme, beperkte assertiviteit, enzovoort) en/of met moeilijke omstandigheden waarin ze leven of die ze meegemaakt hebben (moeilijke thuissituatie, ziekte of overlijden in de familie, peestsituaties op school, enzovoort).

Elke stoornis die het aangaan van een kwalitatieve therapeutische relatie verhindert, zoals een ernstige vorm van een ontwikkelingsstoornis, een taalstoornis of een verstandelijke handicap, kan een belemmering vormen voor een kortdurend psychologisch traject. De aanwezigheid van de nodige vaardigheden en competenties bij het kind, tezamen met een stabiele leefomgeving, verhogen de effectiviteit van een kortdurende behandeling. Steun van beide ouders of verzorgers voor de behandeling is aangewezen, evenals een minimum aan motivatie bij het kind of de jongere zelf. Zo niet, dan staat het eerstelijns traject soms enkel in het teken van het creëren van een mogelijke hulpvraag – en dient vervolgens doorverwezen te worden. Indien de realiteitstoetsing door de aanwezigheid van psychotische manifestaties of zeer ernstige vormen van psychiatrische aandoeningen te sterk is aangetast, is dit een contra-indicatie voor kortdurende hulp. Ook als er sprake is van suicidaliteit, een vermoeden van een persoonlijkheidsstoornis of een complexe eetstoornis kan gespecialiseerde hulp in een multidisciplinaire setting meer aangewezen zijn.

Om na te gaan of een kind of jongere geschikt is voor een kortdurende behandeling kan bij de aanmelding en het intakegesprek ook gebruikgemaakt worden van een screeningslijst, zoals de Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1999). Om de SDQ in te zetten als instrument voor de indicatiestelling, kunnen de volgende richtlijnen toegepast worden. Naast de totaalscore dient te worden gelet op het aantal probleemschalen waarop een klinische score gevonden wordt. Daarnaast kunnen de sterktes afgelezen worden aan een goede score op de schaal 'prosociaal gedrag' en de 'impactschaal'. De impactschaal geeft informatie over de duur en de ernst van de eventueel aanwezige problematiek, de interferentie met het dagelijks functioneren en de gevolgen voor de omgeving. Wanneer er sprake is van een zeer hoge score op de totaalschaal, gecombineerd met meerdere klinische scores op de probleemschalen, een lage score op de schaal 'prosociaal gedrag' en een hoge score op de 'impactschaal', wijst dit op complexe problematiek en/of comorbiditeit. In dat geval is specialistische hulp geïndiceerd. De FEEL-KJ (Grob & Smolenski, 2020), die emotieregulatievaardigheden meet, kan informatie geven welke vaardigheden versterkt kunnen worden of wat verminderd kan worden binnen een kortdurend traject.

## Uitgangspunten en visie ELP bij kinderen en jongeren

Een traject bij een ELP'er is beperkt qua aantal sessies.<sup>4</sup> Dit betekent dat er in eerste instantie een goede casusconceptualisatie moet worden opgesteld samen met het kind/de jongere en/of diens ouders/verzorgers.<sup>5</sup>

In de ELP wordt vaak gebruikgemaakt van het PrOP-model, een eenvoudige manier om de gedeelde probleemsamenhang vorm te geven (Debruyne & Haeck, 2015, 2020; Debruyne et al., 2010). 'Pr' staat voor het probleem of de klachten waarvoor het kind wordt aangemeld (bijvoorbeeld angsten, boze buien, sombere gevoelens, stressklachten). Onder 'O' worden de omstandigheden genoteerd. Hierbij gaat het om gebeurtenissen in de omgeving van het kind die op dit moment een rol spelen. De drie netwerken – gezin, school en sociale omgeving – kunnen worden benut om dit verder te concretiseren. 'P' beschrijft de persoonlijke stijl. Daarmee wordt bedoeld hoe een kind of jongere zichzelf ziet als persoon en hoe er met problemen omgegaan wordt (coping, emotieregulatie, denkstijl enzovoort). Samen met het kind of de jongere wordt het PrOP-schema ingevuld waarbij de visie van het kind het uitgangspunt vormt. Hierbij is het tevens belangrijk om te onderzoeken waar de krachten en positieve factoren zich bevinden, zowel op het vlak van omgevingskenmerken als op het vlak van de persoonlijke stijl. Deze krachten kunnen versterkt en gebruikt worden tijdens het traject.

In een ELP-traject wordt vaak *'genormaliseerd'* en niet gepathologiseerd. De klachten of problemen waarmee het kind/de jongere wordt aangemeld, worden benoemd als mogelijk heel normale reacties op bepaalde omgevingsfactoren en/of behorend bij een persoonlijke stijl. Vervolgens worden doelen geformuleerd en omgezet in concrete interventies, zowel op O- als op P-niveau. Belangrijke doelen zijn het versterken van de coping en veerkracht, het verhogen van de zelfredzaamheid en assertiviteit.

Indien nodig wordt ook *geïndiceerd* welke hulp (nog meer) ingezet moet worden om bepaalde doelen te bereiken. Het kan hierbij gaan om hulp voor de omgeving, bijvoorbeeld ouderbegeleiding, opvoedingsondersteuning of schooloverleg. Eventueel dient ook meer gespecialiseerde hulp voor het kind of de jongere aangevraagd te worden, zoals wanneer er gewerkt moet worden aan bepaalde trauma's of wanneer er grondige diagnostiek nodig is.

Het kind/de jongere/de omgeving krijgt *informatie* over de meest aangewezen hulp, of over bepaalde factoren die de problemen veroorzaken of in stand houden en wat er gedaan kan worden om die te verminderen. Psycho-educatie is dan ook een belangrijk onderdeel van een ELP-traject. Deze kan gericht zijn op bepaalde klachten of problematieken, maar ook op de leefstijl, transdiagnostische factoren enzovoort. Het doel van de psycho-educatie is om het

inzicht te verhogen en handvatten aan te reiken. Hierbij kan gebruikgemaakt worden van werkblaadjes, filmpjes, boekjes enzovoort. Het spreekt voor zich dat dit dient afgestemd te worden op de leeftijd, de interesses en het ontwikkelingsniveau van de betrokkenen.

Vaak is het ook nodig het kind/de jongere of diens omgeving te *motiveren*. Kinderen of jongeren die worden aangemeld, hebben niet altijd zelf een hulpvraag. Belangrijk is dan ook om zicht te krijgen op wie welke hulpvraag heeft en of er een hulpvraag gecreëerd kan worden. Soms zal het ELP-traject enkel hierop gericht zijn, om vervolgens door te verwijzen voor de juiste hulp.

## Competenties van de eerstelijnspsychoog<sup>6</sup>

Een ELP'er dient in eerste instantie over de competenties te beschikken waar elke klinisch psycholoog of orthopedagoog die werkt met kinderen en jongeren over moet beschikken: meelevend zijn, niet veroordelend, respectvol, begripvol, enzovoort. Om onderscheid te kunnen maken tussen wat leeftijdsadequaat is en wat niet dient hij kennis te hebben van de verschillende ontwikkelingsfasen van kinderen en de bijbehorende ontwikkelingstaken.

Een ELP'er voor kinderen en jongeren werkt *generalistisch*, dit betekent dat er een brede waaier aan problematieken en hulpvragen aan bod kan komen. De ELP'er dient dus kennis te hebben van alle problematieken en bekwaam te zijn in detectie en assessment. Soms wordt er vooral klachtgericht en/of krachtgericht gewerkt, maar vaak wordt er *transdiagnostisch* gewerkt. Dit betekent dat onderliggende factoren of mechanismen aangepakt worden die kunnen leiden tot problemen of klachten, zoals assertiviteit, zelfbeeld, emotieregulatie, coping, motivatie, enzovoort.

Een ELP'er dient *toegankelijk* en makkelijk *bereikbaar* te zijn, liefst zo dicht mogelijk bij de kinderen en jongeren. (Complexe) verwijspcedures worden liefst vermeden, zodat de weg naar de hulp vlot en makkelijk gevonden wordt.

Een ELP'er beperkt zich niet tot een-op-eenconsulten, maar werkt bij voorkeur ook met *groepen* kinderen/jongeren/ouders. Samen met anderen werken aan sociale vaardigheden, assertiviteit, faalangst, emotieregulatie kan voor kinderen veel leuker en dynamischer zijn dan individuele gesprekken met een psycholoog. Kinderen kunnen elkaar versterken en ondersteunen. Maar ook ouders kunnen baat hebben bij psycho-educatie in groepsverband; zo kunnen ze van anderen erkenning krijgen en kunnen ze met elkaar uitwisselen wat wel of niet werkt.

Een ELP'er werkt innovatief en maakt gebruik van apps, filmpjes, e-healthmethodieken enzovoort, maar heeft uiteraard ook steeds teken- en spelmateriaal bij de hand.

Een ELP'er werkt niet alleen, maar legt contact met alle *belangrijke actoren* rond een kind of jongere, natuurlijk op voorwaarde dat daarvoor toestemming is verleend. Kinderen en jongeren brengen veel tijd door op school, dus is een goede afstemming hiermee heel zinvol. Bovendien kunnen niet alleen ouders, maar ook leerkrachten helpen bij de generalisatie van de aangeleerde vaardigheden. Een ELP'er werkt dus niet alleen zelfstandig, maar is tegelijkertijd ook teamspeler en netwerker.

## Conclusie

ELP is geen hype binnen ons vak. Het is een kunde die als doel heeft om waar nodig snel en gericht psychologische hulp te kunnen bieden, zonder wachtlijsten. Op die manier kan door vroeginterventie voorkomen worden dat psychische problemen bij kinderen en jongeren escaleren en dat zich mogelijk een psychische stoornis ontwikkelt. Het is dan ook belangrijk dat een kind/jongere/omgeving vroeg, snel en makkelijk de weg naar de ELP vindt. En wanneer toch meer of andere hulp nodig is, dient de ELP'er die te indiceren. Een ELP'er is ook een 'netwerker' en werkt samen met anderen in het belang van het kind of de jongere en diens ouders/verzorgers.

ELP is geen zelfstandig specialisme of een strikt afgebakend onderdeel binnen de psychologische en therapeutische zorg. Zij vindt plaats op een continuüm of spectrum<sup>7</sup> waarbij afhankelijk van de hulpvraag en de problematiek geschoven kan worden van preventieve zorg naar zeer intensieve residentiële hulp. ELP vraagt om specifieke competenties, waarbij vlot verbinding kunnen maken en snel tot een casusconceptualisatie en het formuleren van doelen kunnen komen heel belangrijk zijn. Maar een goede relatie ontwikkelen met het kind/de jongere/zijn omgeving is minstens even belangrijk als bij een ander psychologisch of therapeutisch traject. Daarnaast zijn het behouden en versterken van de eigen krachten, het verhogen van de zelfredzaamheid, het informeren en motiveren van kinderen en jongeren, en waar mogelijk ook van de omgeving, belangrijke pijlers van de ELP.

## Noten

1. Eerstelijnspsychologische zorg (ELP) wordt gedefinieerd als kortdurende interventies gericht op twee of meer van de volgende doelstellingen: diagnostische inschatting, algemene psychologische zorg, oplossingsgerichte behandeling, begeleide zelfhulp, psycho-educatie.
2. *Balanced care* wordt omschreven als een netwerk waarbij verschillende soorten ggz-voorzieningen gekoppeld worden, zodat elke persoon toegang krijgt tot het soort zorg dat past bij zijn voorkeuren en behoeften.
3. Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.



4. Het aantal sessies is afhankelijk van het project waarbinnen de eerstelijnspsycholoog actief is. De nieuwe federale conventie maakt het mogelijk dat kinderen en jongeren tien sessies aangeboden krijgen.
5. Afhankelijk van de leeftijd, de hulpvraag en de setting wordt bepaald of ouders hierbij aanwezig zijn. Het heeft de voorkeur om ouders/omgeving zoveel mogelijk hierbij te betrekken.
6. Deze competenties zijn gebaseerd op het competentieprofiel dat gehanteerd wordt in de tweejarige interuniversitaire Permanente vorming Eerstelijnspsychologische zorg.
7. Zie: *The spectrum of intervention in mental disorders* (modified from Mrazek & Haggerty, 1994).

## Literatuur

- Bruffaerts, R. (2021). *De mythes voorbij: het public health perspectief als leidraad bij hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg*. Zorgnet-Icuro. [https://www.zorgnet-icuro.be/sites/default/files/Zorgnet %20Icuro %20-%20Public %20mental %20health %20-%20brochure\\_web-Spreads.pdf](https://www.zorgnet-icuro.be/sites/default/files/Zorgnet%20Icuro%20-%20Public%20mental%20health%20-%20brochure_web-Spreads.pdf)
- Coppens, E., Vermet, I., Knaeps, J., De Clerck, M., De Schrijver, F., Matot, J.P., & Van Audenhove, C. (2015). *Adocare: Adolescent Mental Health Care in Europe: State of the art, recommendations, and guidelines by the ADOCARE network*. European Union. <http://www.adocare.eu/wp-content/uploads/2015/12/ADOCARE-UK-2015.pdf>
- Debruyne, S., & Haeck, N. (2015). Stappenplan voor kinderen en jongeren. In P. Rijnders & E. Heene (Red.), *Handboek KOP-model: kortdurende psychologische interventies voor de basis-ggz* (pp. 205-239). Boom.
- Debruyne, S., & Haeck, N. (2020). Kortdurende psychologische interventies: stappenplan voor kinderen en jongeren. In C. Braet & S. Bögels (Red.), *Protocollaire behandeling voor kinderen en adolescenten met psychische klachten: Deel 1. Transdiagnostisch* (pp. 601-634). Boom.
- Debruyne, S., Haeck, N., Rijnders, P., Heene, E., & Deveugele, M. (2010). *Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn: stappenplan voor kinderen en jongeren*. Boom.
- Dierckens, M., De Clercq, B., & Deforche B. (2019). *Studie Jongeren en Gezondheid: Deel 3. Gezondheid en welzijn: mentale en subjectieve gezondheid* [Factsheet]. [https://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/wordpress/wp-content/uploads/2019/09/HBSC201718\\_Factsheet\\_welzijn.pdf](https://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/wordpress/wp-content/uploads/2019/09/HBSC201718_Factsheet_welzijn.pdf)
- Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S., & Van der Heyden, J. (2020). *Geestelijke gezondheid: gezondheidsenquête 2018* (Rapportnummer: D/2020/14.440/4). Sciensano. [https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde %20%20documenten/MH\\_NL\\_2018.pdf](https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/MH_NL_2018.pdf)
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strength and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burdens. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 791-799. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00494>
- Grob, A., & Smolenski, C. (2020). *FEEL-KJ: Vragenlijst over emotieregulatie bij kinderen en jeugdigen: handleiding* (4de herz. ed.; Nederlandse bewerking door C. Braet, M.-L. Van Beveren, E. Cracco, & L. Theuwis). Hogrefe.
- Hodge, L. (2017). Therapeuten voor Jongeren: innovatieve hulpverlening in Vlaanderen. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 47(1), 28-32. [https://vvkp.be/sites/default/files/TKP %20201-2017\\_04\\_Therapeuten %20voor %20Jongeren.pdf](https://vvkp.be/sites/default/files/TKP%20201-2017_04_Therapeuten%20voor%20Jongeren.pdf)
- Kessler, R.C., Amminger, G.P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustün, T.B. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 359-364. <https://doi.org/10.1097/yc0.0b013e32816ebc8c>
- Kessler, R.C., Angermeyer, M., Anthony, J.C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., De Girolamo, G., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J.M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina-Mora, M.E., Oakley Browne, M.A., Posada-Villa, J., Stein, D.J., Adley Tsang, C.H., Aguilar-Gaxiola, S. ... Ustün, T.B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168-176. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2174588/>

- Kirtley, O.J., Achterhof, R., Hiekkaranta, A.P., Hermans, K., Hagemann, N., & Myin-Germey, I. (2019). *Hoe word ik wie ik ben? De voorlopige resultaten van de SIGMA-studie: een langdurig onderzoek naar de geestelijke gezondheid van jongeren in Vlaanderen* (Rapport: SIGMA 2019, Fase 1). KU Leuven. <https://gbiomed.kuleuven.be/english/research/50000666/50000673/cpp/images/sigma-rapport-w1>
- Mrazek, P.J., & Haggerty, R.J. (Eds.). (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. National Academy Press. <https://doi.org/10.17226/2139>
- Paus, T., Keshavan, M., & Giedd, J.N. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nature Reviews Neuroscience*, 9(12), 947-957. <https://doi.org/10.1038/nrn2513>
- Vlaamse Jeugdraad. (z.j.). *Goed in je vel*. <https://vlaamsejeugdraad.be/nl/goed-in-je-vel>

## Personalia

Nathalie Haeck, klinisch psycholoog, is werkzaam bij de Netwerken Geestelijke Gezondheidszorg in Oost-Vlaanderen, waar ze betrokken is bij de uitrol van de nieuwe conventie. Daarnaast is ze praktijkassistent aan de Universiteit Gent en verbonden aan de interuniversitaire opleiding Eerstelijnspsychologische zorg. Ze is medevoorzitter van de divisie ELP van de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen.

E-mail: [Nathalie.haeck@ugent.be](mailto:Nathalie.haeck@ugent.be)

## Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.