

Impact van de COVID-19-pandemie op de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren in België

Een kwalitatief onderzoek bij professionals over behoeften, hindernissen en oplossingen op het gebied van geestelijke gezondheid

Ann Morissens, Rebekka Verniest, Clara Noirhomme en Svetlana Sholokhova — Studiedienst
Met welgemeende dank aan de professionals voor hun waardevolle bijdragen

Samenvatting

De COVID-19-pandemie en de daarmee gepaard gaande beperkende maatregelen hadden een grote impact op onze samenleving. Hierbij ging veel aandacht naar de gevolgen voor de mentale gezondheid, in het bijzonder deze van kinderen en jongeren. De signalen die hierover naar boven kwamen, waren vaak alarmerend.

Op basis van de resultaten van ons voorgaand kwantitatief onderzoek naar de invloed van de coronapandemie op het gebruik van geestelijke gezondheidszorg door kinderen en jongeren, hadden we al indicaties van een verslechterde geestelijke gezondheid (Sholokhova, Noirhomme, Morissens, & Verniest, 2021). Om meer inzicht te krijgen in de realiteit achter deze cijfers, startten we aanvullend een kwalitatief onderzoek. We interviewden zeer diverse profielen van mensen die dagelijks met kinderen en jongeren werken, zowel in de zorg, het onderwijs als de sociale sector.

De respondenten bevestigden dat de geestelijke gezondheid van veel kinderen en jongeren tijdens de coronapandemie achteruit is gegaan. Ze wezen tegelijk op grote verschillen als gevolg van de ontwikkelingsfase waarin kinderen en jongeren zich bevinden. Maar ook de omgeving waarin ze opgroeien is bepalend. Het is duidelijk dat kinderen en jongeren die opgroeien in een kwetsbare omgeving doorgaans zwaarder zijn getroffen. Verschillende respondenten vermeldden ook specifiek de impact van de schoolsluitingen aangezien de

schoolomgeving een belangrijke rol speelt in de ontwikkeling van jongeren en een belangrijke beschermende factor kan zijn voor het mentaal welzijn.

Verder bleek uit de interviews ook de grote creativiteit en flexibiliteit op het terrein om, rekening houdende met de beperkende maatregelen, toch een antwoord te bieden op bestaande en nieuwe zorgvragen. Vanuit het streven om het contact met de kinderen en jongeren niet te verliezen en zo veel als mogelijk de hulpverlening verder te kunnen zetten, werden heel wat innovatieve methodes, zoals teleconsultaties, ingezet. Hoewel deze methodes zeker enkele voordelen hebben en hun meerwaarde hebben bewezen, vermeldden de respondenten ook enkele belangrijke beperkingen bij het inzetten ervan.

Op basis van de signalen vanuit het werkveld formuleerden we enkele aanbevelingen om in de toekomst kinderen en jongeren beter te kunnen ondersteunen en te beschermen. Hier trekken we volop de kaart van meer in zetten op snellere, laagdrempeligere en betaalbare zorg, preventie en geestelijke gezondheidsbevordering en het zoeken naar een monitoringsinstrument. Om dit te realiseren is samenwerking en overleg nodig, zowel tussen de overheid en het werkveld als tussen de verschillende actoren op het terrein.

Sleutelwoorden: Geestelijke gezondheid, kinderen en jongeren, zorgvraag, zorgaanbod, school, teleconsultaties, preventie en gezondheidsbevordering, COVID-19, kwalitatief onderzoek

1. Inleiding

De COVID-19-pandemie die in maart 2020 de wereld in zijn greep kreeg, had een grote impact op onze samenleving en ons dagelijks leven. Ook kinderen en jongeren werden niet gespaard door de maatregelen in België, en dit terwijl het virus voor hen niet echt levensbedreigend was. Bij de eerste lockdown waren scholen een tijdlang gesloten en werd er overgegaan op afstandsonderwijs. Contacten met leeftijdsgenoten in de vrije tijd en het uitoefenen van hobby's waren haast onmogelijk. Deze beperkingen resulteerden dan ook in een toenemende bezorgdheid over de geestelijke gezondheid bij kinderen en jongeren, en niet in het minst bij de groep die reeds klachten had of bij kinderen en jongeren uit gezinnen met een zwakkere socio-economische positie. Bij deze laatste groep waren er wellicht een aantal bijkomende stressfactoren aanwezig zoals het gebrek aan buitenruimte, financiële stress bij de ouders, beperkte toegang tot computer en internet, en het gebrek aan een rustige plaats om schoolwerk te maken. Voor de groep kinderen en jongeren die een hulpverleningstraject volgden, was er op dat ogenblik slechts beperkte toegang tot psychologische hulpverlening omwille van strikte afstandsregels. Maar zelfs na de lockdown in het voorjaar 2020 bleven verschillende maatregelen van kracht die een invloed kunnen hebben op het welbevinden of de sociale ontwikkeling van kinderen en jongeren. Zo bleef afstandsonderwijs voor heel wat middelbare scholieren de norm gedurende langere periodes in 2020-2021.

Nu de coronapandemie weer (even) is gaan liggen, is het een goed moment om een voorlopige balans op te maken van de impact van de pandemie en de bijhorende maatregelen op de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren en de manier waarop zorgverleners hiermee omgegaan zijn.

Net zoals voor het begrip 'gezondheid', is het voor 'mentale gezondheid' eveneens belangrijk een brede definitie te hanteren. Dus ook binnen het domein van de geestelijke gezondheid kan de aandacht niet alleen gaan naar de aan- of afwezigheid van psychische aandoeningen of klachten en moet nagegaan worden in welke mate een persoon "in positieve zin goed functioneert" (Vlaams Instituut Gezond Leven), hoe men zich voelt in relatie tot anderen en zichzelf. Het gaat erom het gevoel te hebben zijn capaciteiten en mogelijkheden te kunnen inzetten en stresserende gebeurtenissen het hoofd te kunnen bieden. Maar ook zich op een "nuttige manier te kunnen bezighouden

en op een positieve manier relaties met de mensen op zich heen te kunnen uitbouwen en onderhouden" (Vlaams Instituut Gezond Leven). Deze verschillende elementen vinden we ook terug bij de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in haar definitie van geestelijke gezondheid: "Geestelijke gezondheid is een toestand van welzijn waarin een individu zich bewust is van zijn of haar eigen capaciteiten, kan omgaan met de normale spanningen van het leven, productief kan werken en in staat is een bijdrage te leveren aan zijn of haar gemeenschap" (Wereldgezondheidsorganisatie, *Investing in Mental Health*, 2003).

Ook voor de komst van COVID-19 waren er al aanwijzingen dat heel wat kinderen en jongeren kampen met geestelijke gezondheidsproblemen en dit in toenemende mate. Volgens de WHO bedraagt de prevalentie van psychische problemen bij kinderen en jongeren wereldwijd ongeveer 20% (Nastasi & Borja, 2016). Als het gaat over geestelijke gezondheid, verdienen kinderen en jongeren bijzondere aandacht. Ze zijn immers extra kwetsbaar en risicofactoren waar ze op jonge leeftijd mee in aanraking komen, zijn vaak bepalend voor hun verdere ontwikkeling en levensloop. De mediane leeftijd voor het ontwikkelen van een psychisch probleem is 18 jaar. Uit literatuuronderzoek blijkt dat bij een één jongere op drie al voor de leeftijd van 14 jaar een psychisch probleem ontstaat. Voor jongeren tot 18 jaar loopt dit al op tot 48%. Deze percentages verschillen naar gelang het type aandoening (Solmi, Radua, & Olivola, 2021).

Uit de Belgische gezondheidsenquête van 2018 blijkt dat 30% van de kinderen tussen 2 en 18 jaar één of meerdere psychische problemen heeft (Gisle, Drieskens, Demarest, & Van der Heyden, 2020). Ook het *Health Behaviour of School Age Children*-onderzoek stelde in 2018 een stijging van het aantal mentale problemen vast bij jongeren in Vlaanderen. Zo zag men humeurigheid, zenuwachtigheid en slaapproblemen toenemen (Dierckens, Delaruelle, & Deforche, 2021). De COVID-crisis heeft deze problemen nog verscherpt (Fegert, Vitiello, Plener, & Clemens, 2020). Terzelfdertijd is er vanuit verschillende hoeken ook meer aandacht gevraagd voor geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren. Zo waren er in het voorjaar van 2021 verontrustende berichten over het mentaal welbevinden van kinderen en jongeren en slaakten kinderpsychiaters een hulpkreet over het gebrek aan plaatsen en lange wachtlijsten (Kestens & Crommen, 2022; Maes, 2021; De Meulenaere, Crommen, & Danckaerts, 2021). Ook de Belgische Pediatrische COVID-19-Taskforce, een informeel netwerk opgericht in maart 2020, uitte vooral bezorgd-

heid over de situatie van kinderen, adolescenten en jongvolwassenen, onder wie de nood aan sociale contacten overduidelijk hoog was (InTijdenVanCorona#8, 2020).

Uit bovenstaande blijkt dat het mentaal welbevinden van kinderen en jongeren, mede omwille van de beperkende maatregelen tijdens de coronapandemie, in 2021 erop achteruitgegaan is. Via deze studie hebben we via diepte-interviews de ervaringen van het brede werkkterrein bevestigd om zo de gevolgen van de pandemie voor het welbevinden van kinderen en jongeren beter te begrijpen. Ook de gevolgen voor de zorgverleners zelf kwamen aan bod. Op die manier krijgen we een transversaal visie van de situatie en kunnen we ook knelpunten en uitdagingen identificeren, waar in de toekomst aan gewerkt kan worden.

2. Methode

2.1. Doelstellingen en motivering van het onderzoek

De verslechtering van de geestelijke gezondheid van de jongeren in België sinds het begin van de COVID-19-pandemie deed verschillende vragen rijzen. We vroegen ons af wat de vooruitzichten waren voor de geestelijke gezondheid van jongeren in België. Daarom wilden we begrijpen hoe jongeren precies werden getroffen door de crisis als gevolg van de pandemie. Wat waren de mechanismen achter de verslechtering van hun geestelijke gezondheid? Welke factoren hadden een negatieve invloed en welke hadden een positieve invloed kunnen hebben op de manier waarop kinderen en adolescenten de afgelopen twee jaar hebben beleefd?

Wij wilden eveneens nagaan welke moeilijkheden er waren (en nog steeds zijn) voor terreinactoren in het brede werkveld van de geestelijke gezondheid in België. Welke ondersteuning is er beschikbaar voor het jonge publiek? Hoe zijn de verschillende diensten met de situatie omgegaan? En wat heeft de pandemie voor hen veranderd? Ten slotte wilden we weten wat er kan worden gedaan met het oog op, wat sommigen omschrijven als, «de tweede pandemie» of «tijdboom». Dit is de explosie van geestelijke gezondheidsproblemen die zal volgen op de crisis die is veroorzaakt door de COVID-19-pandemie en waarvan de tekenen nu al worden waargenomen.

2.2. Onderzoekopzet

Om bovenstaande vragen te beantwoorden zijn gegevens over gezondheidszorggebruik niet voldoende aangezien deze slechts een deel van de vraag naar gezondheidszorg weerspiegelen. Per definitie blijft een deel van de vraag door deze gegevens niet geobjectiveerd omdat deze niet altijd door gezondheidsdiensten zelf beantwoord wordt. Bovendien is de vraag naar zorg, zoals uitgedrukt, nooit gelijk aan de behoefte. Want enerzijds blijft een deel ervan onuitgesproken (mensen zien hun behoefte wel, maar raadplegen niemand of volgen geen behandeling) en anderzijds wordt de behoefte niet altijd door de mensen zelf waargenomen (Cès, 2021). Evenzo wordt de realiteit van op het terrein slechts gedeeltelijk weergegeven in de cijfers over het gebruik van zorg.

Om inzicht te krijgen in de moeilijkheden en belemmeringen die medewerkers in verschillende sectoren ondervonden om tegemoet te komen aan de psychologische behoeften van jongeren en hun gezonde ontwikkeling te ondersteunen, is het nodig te luisteren naar de betrokkenen zelf. Daarom besloten we een kwalitatieve studie uit te voeren naar de ervaringen van terreinactoren in verschillende sectoren die actief zijn rond de geestelijke gezondheid van jongeren.

Voor een volledig beeld moeten echter ook de ervaringen van kinderen en jongeren worden geanalyseerd. Hoewel hun ervaring in onze studie indirect aan bod is gekomen (via de getuigenissen van zorgverleners), stellen wij in dit nummer van Gezondheid & Samenleving ook het UNICEF-rapport (UNICEF, 2022) voor over de ervaringen van kinderen en jongeren met mentale gezondheidsproblemen in België. Het vormt een mooie aanvulling op dit onderzoek.

Om onze studie uit te voeren, hebben wij de getuigenissen van veldwerkers verzameld door middel van individuele interviews. De interviews werden door de onderzoekers afgenomen in de taal van de ondervraagde en duurden gemiddeld een uur. Wij hebben ervoor gekozen de interviews semigestructureerd uit te voeren, dit is volgens een gemeenschappelijk schema van open vragen (uiteengezet in de interviewgids), maar die door de onderzoeker in de gewenste volgorde konden worden gesteld. De interviews werden opgenomen en vervolgens getranscribeerd.

Het literatuuroverzicht en de kwantitatieve gegevens uit eerdere studies vormden de basis voor de interviewgids die uit twee delen bestond. Het eerste deel was gewijd aan de evoluties in de geestelijke gezondheid van jongeren en in de vraag naar geestelijke gezondheidszorg sinds het begin van de pandemie. Het tweede deel ging in op het antwoord op deze zorgvraag en het (aangepaste) zorgaanbod. Er werden telkens twee soorten vragen geformuleerd naargelang van het type veldwerker, omdat zowel mensen binnen de sector gezondheidszorg als binnen de onderwijs- en sociale sector bevraagd werden.

2.3. Steekproef

De personen die voor de interviews werden uitgenodigd, werden geselecteerd aan de hand van desktop research en het eigen netwerk. Alle deelnemers zijn actief in een organisatie in de sociale sector, de gezondheidszorgsector of de onderwijssector. De rekrutering vond plaats in de periode van juni tot oktober 2021 en was niet gemakkelijk omwille van de hoge werkdruk bij de zorgverleners als gevolg van de toename van het aantal hulpvragen. De interviews vonden plaats in de maanden oktober en november 2021. Bij het rekruteren van de deelnemers werd gestreefd naar een evenwicht qua taal, opleiding en regio. Alle deelnemers gaven hun vrije en geïnformeerde toestemming voor deelname aan het onderzoek.

Aan het onderzoek hebben 25 personen deelgenomen: 14 Nederlandstaligen en 11 Franstaligen, 4 mannen en 21 vrouwen. 9 personen zijn werkzaam in Wallonië, 1 in Brussel, en 15 in Vlaanderen. Hun leeftijd varieerde van

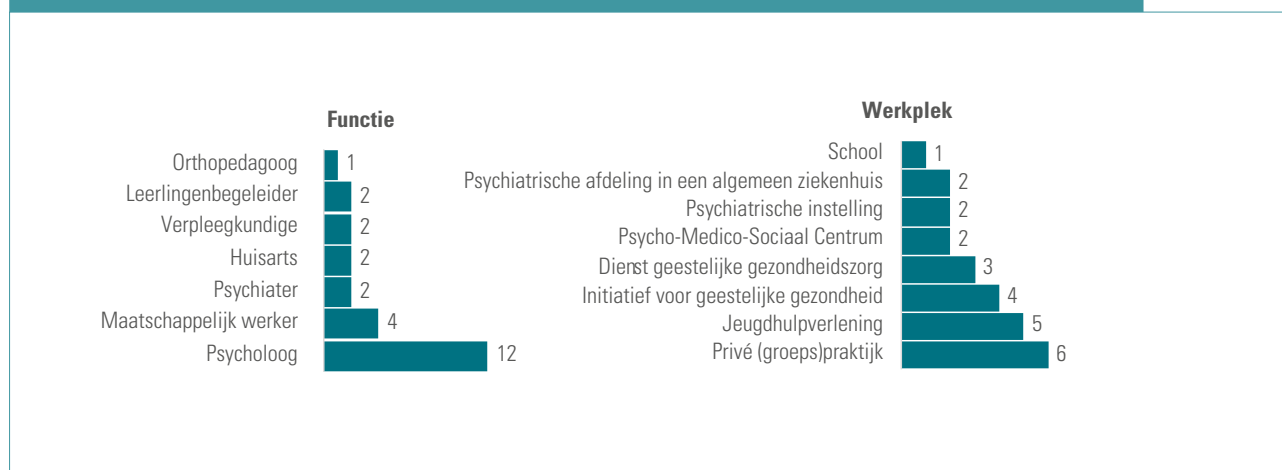
25 tot 62 jaar, waarbij de meeste deelnemers tussen de 30 en 50 jaar oud waren. 21 personen hadden een universitaire opleiding en 4 personen een professionele bachelor. De meeste deelnemers hebben meer dan 10 jaar werkervaring en 9 deelnemers hebben meer dan 20 jaar ervaring.

De verdeling van de deelnemers volgens type opleiding en werkplek is vrij breed (zie Figuur 1). Bovendien werkt bijna de helft van de deelnemers in groepsverband samen met andere collega's, soms binnen multidisciplinaire teams. Voorts werkt de helft van de deelnemers specifiek met kinderen en adolescenten van alle leeftijden, terwijl de andere helft alleen met adolescenten werkt of met kinderen vanaf 2-3 jaar. Acht deelnemers werken specifiek met kwetsbare en/of gediscrimineerde groepen.

2.4. Analyse

De interviews werden thematisch geanalyseerd en gecodeerd met behulp van Nvivo software. De codering gebeurde op een iteratieve manier en omvatte zowel de thema's die afgeleid werden uit de literatuurstudie en de CM-gegevens, als de nieuwe elementen die uit de getuigenissen naar boven zijn gekomen. Dit betekent dat in gevallen waarin elementen uit de getuigenissen van de geïnterviewden niet konden worden gelinkt met gegevens uit andere bronnen, dit geen afbreuk deed aan de getuigenis. Met andere woorden, literatuur en kwantitatieve gegevens werden gebruikt om wat gezegd werd waar mogelijk te contextualiseren, niet om het te bevestigen of te ontkrachten.

Figuur 1: Verdeling van de deelnemers naar type functie en werkplek





Het hoofddoel van de analyse van de interviews was het bestuderen van een aantal fenomenen. Enerzijds wilden we begrijpen wat we op basis van de cijfers hadden vastgesteld (zowel uit onze vorige studie als uit andere studies). Hoe kan men bijvoorbeeld verklaren dat de teleconsultaties het aanbod van raadplegingen niet hebben kunnen compenseren? Of meer in het algemeen, hoe kunnen we de verslechtering van de gezondheid van jongeren verklaren aan de hand van de toename van het aantal ziekenhuisopnames, het gebruik van de spoeddiensten, enz.? De belangrijkste resultaten van onze analyses hebben betrekking op de gevolgen voor de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren (3.1.), de gevolgen voor het zorgaanbod (3.2.), de problemen die zich in de praktijk voordoen (3.3.) en de rol van scholen bij de preventie van geestelijke gezondheidsproblemen bij jongeren (3.4.).

Anderzijds gingen de vragen waarop we een antwoord zochten over de wijze waarop de pandemie beleefd werd, niet alleen door kinderen en jongeren, maar ook door de medewerkers op het terrein, alsook op de lessen die eruit

moeten worden getrokken. In deel 4 kunnen de aanbevelingen teruggevonden worden die we formuleren op basis van de resultaten van onze interviews en de eerder verschenen aanbevelingen sinds het begin van de pandemie.

2.5. Beperkingen van de studie

Een eerste beperking van onze studie betreft de veralgemening van onze resultaten. Uit onze getuigenissen kan niet worden afgeleid hoeveel beroepskrachten op de een of de andere manier denken of hoeveel kinderen met dit of dat probleem te maken hebben. Het doel van onze studie was na te gaan met wat voor moeilijkheden jongeren en de professionals die met hen werken, worden geconfronteerd. Ten tweede is het mogelijk dat bepaalde problemen en moeilijkheden niet aan bod zijn gekomen tijdens onze interviews. Om deze mogelijkheid te ondervangen, hebben wij de vragen die als leidraad voor de interviews dienden, opgesteld op basis van een breed literatuuronderzoek en dus op basis van de resultaten van het werk van andere onderzoekers.

3. Resultaten

3.1. De gevolgen van de COVID-19-pandemie voor het welbevinden van kinderen en jongeren

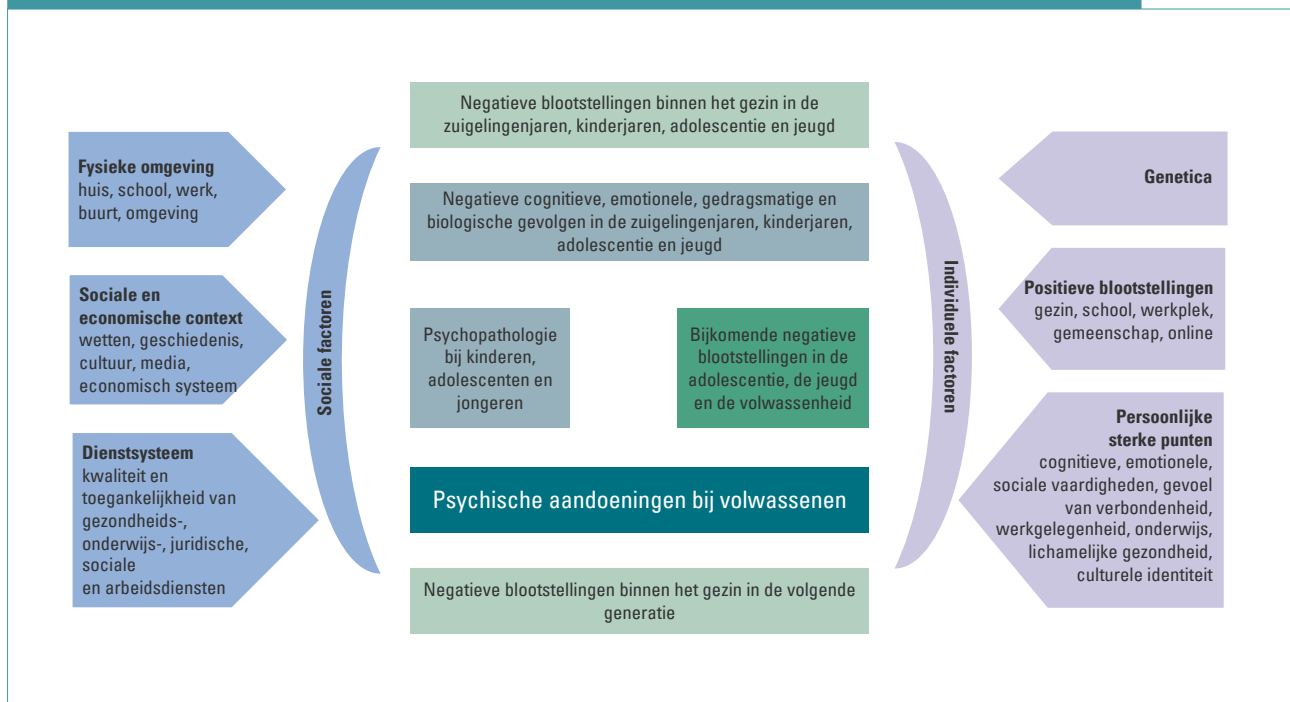
3.1.1. Beschermende en risico verhogende factoren

Alvorens we in meer detail ingaan op de vaststellingen uit onze interviews, gaan we kort in op factoren die de kans op mentale problemen bij kinderen en jongeren verminderen (beschermende factoren) of verhogen (risicofactoren). Het risico om ernstige mentale problemen te ontwikkelen op latere leeftijd kan reeds zijn oorsprong hebben in de baby-, kindertijd en adolescentie (zie Figuur 2). Ook de prenatale periode speelt al een rol. *Infant Mental Health (IMH)* is een thema dat de laatste jaren terecht aan belang wint en dat zich richt op het emotioneel en relationeel welbevinden van de allerkleinsten en dat van hun ouders. Ook heel jonge kinderen kunnen reeds problemen hebben, al zijn de symptomen van onwelbevinden bij deze kinderen vaak subtieler, waardoor ze minder snel gedetecteerd worden. Toch is het belangrijk om hier aandachtig voor te zijn en ze indien nodig te behandelen.

Zowel op individueel vlak (microniveau) als op sociaal vlak (meso- en macroniveau) kunnen er beschermende en risicofactoren aanwezig zijn. Niet alleen het gezin, maar ook de schoolomgeving spelen een belangrijke rol. Zo kan een gezin waarin het kind steun ervaart, het kan praten over problemen en het gevoel heeft dat er geluisterd wordt een beschermende factor zijn. Een gezin waar daarentegen veel conflicten heersen, of waar financiële moeilijkheden zijn, kan een risicofactor vormen. Een school met een anti-pestbeleid kan beschermend werken, omdat het een halt toeroept aan de risicofactor pesten. Maar ook de kansen om met leeftijdsgenoten in interactie te gaan, kunnen beschermend werken. Daarnaast zijn ook de sociale context en het dienstensysteem belangrijk. In deze studie zijn we vooral geïnteresseerd in de toegankelijkheid en de kwaliteit van het geestelijke gezondheidssysteem en het onderwijs. We gaan ervan uit dat als deze toegankelijk en kwaliteitsvol zijn, ze een beschermend effect kunnen hebben. Wanneer dit niet zo is, zal er veeleer een verhoogd risico zijn op psychische problemen.

Als we dit algemeen schema in de context van de COVID-19-pandemie plaatsen, zien we dat deze een enorme invloed heeft op zowel de individuele als sociale factoren (inclusief de economie, maar ook het gezondheidssysteem) en dat de beschermende factoren hierdoor onder

Figuur 2: De oorsprong van psychische aandoeningen bij volwassenen
(Bron: Furber, et al., 2015)



druk kwamen te staan, waardoor de risicofactoren de bovenhand kregen. Zo viel het beschermende effect van de sociale interactie met leeftijdsgenoten weg door de schoolsluitingen. In veel gezinnen ontstonden stresssituaties (thuiswerken in combinatie met de zorg voor kinderen, angst om ziek te worden, werkloosheid, te veel mensen op kleine oppervlakte, enz.). Op basis van de hypothese dat het beschermende effect wegviel, verwachtten we dan ook een toename van mentale problemen bij kinderen en jongeren.

Het is belangrijk een onderscheid te maken tussen geestesziekten en geestelijk onwelbevinden. Geestelijke gezondheid is geen binaire toestand (waarin men ziek of gezond is), maar "bestaat uit een complex continuüm, met ervaringen die variëren van een toestand van optimaal welzijn tot slopende toestanden van groot lijden en emotionele pijn" (Wereldgezondheidsorganisatie, 2022, p. 13). Dus net zoals iemand een lichamelijk gezondheidsprobleem kan hebben en toch in goede lichamelijke gezondheid verkeert, is het mogelijk om een hoger niveau van geestelijk welzijn te hebben, zelfs als men matige of ernstige symptomen van geestelijke gezondheidsproblemen heeft (voor meer over dit onderwerp, zie het artikel van Sholokhova in dit nummer). In de huidige studie hebben wij ons evenzeer gericht op de symptomen van psychische aandoeningen als op het onwelbevinden van kinderen en adolescenten in de context van de crisis veroorzaakt door de COVID-19 pandemie.

3.1.2. Hoe de pandemie de beschermende factoren neerhaalde

Gezinnen onder druk

Op basis van onderzoek naar beschermende factoren voor mentale problemen, gaan we ervan uit dat kinderen en jongeren die opgroeien in een gezin met kenmerken die een beschermend effect kunnen hebben, minder negatieve gevolgen zullen ervaren vergeleken met kinderen die opgroeien in een gezin waar die beschermende factoren niet of minder aanwezig zijn (Wille, Bettge, & Ravens-Sieberer, 2008). Evenzo zullen kinderen uit kwetsbare gezinnen waarschijnlijk meer te lijden hebben onder de gevolgen van de coronacrisis. De deelnemers aan onze studie bevestigden dit. De pandemie en de bijhorende maatregelen hebben gezinnen enorm onder druk gezet. De kans op spanningen en conflicten in de thuissituatie is hierdoor zeker toegenomen tijdens de covidperiode.

Daarnaast worstelden ouders, volgens de respondenten, ook met de combinatie van thuiswerken en de zorg en het

thuisonderwijs voor de kinderen. Zeker voor ouders met zeer jonge kinderen was deze combinatie een enorme uitdaging. Deze situaties kunnen tot spanningen leiden in een gezin en zo ook een invloed hebben op het gedrag van kinderen (Crescentini, et al., 2020; Spinelli, Lionetti, Pastore, & Fasolo, 2020).

"Maar inderdaad bijvoorbeeld als er thuis, allezielen als iemand al een, ja een bepaalde situatie heeft en dat bevindt zich vooral, allezielen dat wordt versterkt door in huis bijvoorbeeld, als ge met 7 kinderen op een appartement zit, en ze hebben allemaal hun eigen problematiek, dan is dat niet versterkend om daar plots drie weken 24/7 allemaal samen op een kleine ruimte te zitten, waardoor dat iedereen eigenlijk gewoon al on edge loopt of iedereen al allezielen zeer lange tenen heeft, waar dat het eigenlijk niet lang duurt dat zoiets dan eigenlijk kan escaleren."

Door stress, andere spanningen en het voortdurend samenleven in hetzelfde huis, ontstonden er in sommige gezinnen explosieve situaties. Tijdens onze interviews kwam dit onderwerp ook aan bod. Onder meer de sector van bijzondere jeugdzorg stond voor een enorme uitdaging omdat ze door de lockdown kinderen en jongeren in sommige gevallen naar huis moest sturen, ook waar er potentieel gevaarlijke thuissituaties waren. In de meest extreme vorm werden er gevallen van kindermisbruik gemeld.

Het gebrek aan sociale contacten en interacties

Niet enkel het gezin, maar ook sociale contacten met leeftijdsgenoten kunnen een beschermend effect hebben en bijdragen aan het voorkomen van mentale problemen. Ook op dit vlak bleef de pandemie helaas niet zonder gevolgen en werden jongeren geconfronteerd met schoolsluitingen, afstandsonderwijs, het wegvallen van hobby's, het dragen van mondklappers, het gebruik van het Covid Safe Ticket, enz.. Al deze maatregelen maakten hun leefwereld veel beperkter met weinig ruimte voor spontaniteit. Hun leven speelde zich ook vaak noodgedwongen digitaal af, waardoor ze heel veel tijd voor schermen doorbrachten en echte *face-to-face*-contacten beperkt bleven.

Terwijl voor jonge kinderen vooral de ouders en de familie de spil zijn van hun netwerk, is een groep van *peers*, buiten de familie, net heel belangrijk voor jongeren en hun ontwikkeling (Ince & Kalthoff, 2020, p. 28; Maes, 2021). In normale omstandigheden is de school een belangrijke plaats waar jongeren de meeste van deze contacten heb-

ben (Gorrese & Ruggieri, 2013). Bij schoolsluitingen en lange periodes van afstandsonderwijs is het net die interactie, die bescherming biedt, die onder druk komt te staan. De beperkingen rond sociale interactie bleven helaas een constante, niet alleen tijdens de periode van lockdown. Zelfs wanneer er versoepelingen waren, behielden heel wat scholen afstandsonderwijs en golden ook voor vrijetijdsactiviteiten nog vaak beperkingen. Dit maakte het voor jongeren moeilijk om elkaar te ontmoeten zoals ze dat gewoon waren. Er waren misschien wel online en telefonische contacten, maar het zijn toch vooral de *face-to-face*-contacten die belangrijk zijn. Onze respondenten maakten melding van problemen van eenzaamheid bij jongeren. Vaak ging dit gepaard met angst en/of depressieve gevoelens.

“Dat dan jongeren die het ook moeilijk hadden, die gewoon vereenzaamd zijn. Gewoon in de jaren voordien hadden ze een motivatie van ja kijk, ik moet daar naartoe of ik kan dit of ik kan dat doen, om hen zelf een beetje recht te trekken. Maar lijk nu van ja, waarom zou ik nog opstaan? Waarom zou ik nog douchen? Waarom zou ik zelf mijn huis uitkomen buiten voor naar de Carrefour te gaan? En dan zie je gewoon dat puur de focus daarrond is. En eigenlijk is dat ook, allez ja, dat is ook, ja dat is ook logisch of dat werkt dat ook in de hand, zeker bij jongeren is dat niet evident. En dan merkt ge ook wel dat daar ook een impact op heeft.”

Een andere veelgehoord probleem waarmee zorgverleners geconfronteerd werden, en dit was iets dat niet meteen opdook, was het gebrek aan perspectief en de onzekerheid die jongeren parten begonnen te spelen. Dit manifesteerde zich voornamelijk in een latere fase van de pandemie, na de eerste periode van lockdown.

“En wat wij heel erg horen is het, enerzijds denk ik, wat een logisch is als er sprake is van een langdurige pandemie, het gebrek aan perspectief, het gebrek aan sociale verbinding, maakt dat jongeren angstig en somber worden, veel angstiger en somberder dan ze normaal zouden zijn, jongeren die afstuderen, die naar de hogeschool of universiteit gaan of starten met werken. Normaal is dat vloeiender, en dan nog is het spannend, voor een heel aantal jongeren is dat heel problematisch geweest en zij zijn helemaal geïsoleerd geraakt.”

Het gebrek aan perspectief heeft grote wonden geslagen. Bij onze respondenten hoorden we dat er niet enkel een toename was van het aantal kinderen en jongeren met problemen, maar ook dat de problemen ernstiger waren en dat er ook meer heropnames waren¹. Het gaat hier dan over zelfdodingsgedachten, zelfdodingspogingen, depressies of zelfbeschadiging, evenals ernstige vormen van eetstoornissen of ernstigere symptomen bij andere aandoeningen. Bij jongere kinderen werden er problemen rond verlatingsangst gemeld. Onze respondenten maken zich eveneens zorgen over de gevolgen van de pandemie op langere termijn. Ze verwachten dat de problemen niet meteen zullen verdwijnen. Daarenboven geven ze aan en dat de omvang ervan nog niet helemaal duidelijk is.

“Dat is meer suïcide ook en zo. Zwaardere casussen die eigenlijk echt naar boven kwamen.”

Wat de scholen betreft, kregen we van respondenten signalen dat de druk op de kinderen en jongeren ook na de heropening groot was. Zo is sterk ingezet op het inhalen van leerachterstanden en kregen kinderen en jongeren soms de boodschap dat de lat opnieuw hoger gelegd zou worden. Het is nog onduidelijk wat hiervan de impact zal zijn op hen.

“Eind juni 2020 zijn veel jongeren erdoor gelaten, maar heel veel jongeren, bijvoorbeeld op school, hebben dan in september 2020 de boodschap gekregen ‘En nu gaan we de zweep erop leggen, want heel veel van jullie zouden eigenlijk niet overgegaan zijn als corona er niet geweest was’, en dat is iets wat wij merken, van een combinatie van een beetje een gebrek aan perspectief en die hoge schoolse druk en maatschappelijke druk, dat dat voor jongeren, ja, echt wel hen de das om doet.”

De verslechterende situatie op het gebied van de geestelijke gezondheid leidt tot een verzaaging van het netwerk van gezondheidszorg. In deel 3.3. gaan we in op de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren. De beschikbaarheid van kwaliteitsvolle en betaalbare zorg kan, net zoals het gezin of de school, een beschermend effect hebben op het mentaal welbevinden van kinderen en jongeren. We weten dat er reeds pre-COVID-19 problemen met toegankelijkheid waren. Daarbij zagen we tijdens de pandemie een toename

¹ Ook in het rapport van de Hoge Gezondheidsraad werd verwezen naar een enquête bij zorgverleners waarbij 58,8% aangeeft dat er “veel meer nieuwe aanvragen zijn dan gebruikelijk” en voor 92,8% zijn de gevallen (veel) zorgwekkender dan normaal (Hoge Gezondheidsraad, 2021).

van problemen bij kinderen en jongeren. Dit in combinatie met de beperkende maatregelen waar de zorgsector, net zoals de scholen en de samenleving, mee geconfronteerd werden. We verwachten dan ook dat de pandemie de situatie niet eenvoudiger zal gemaakt hebben. In de volgende paragraaf gaan we na hoe professionals zich hebben aangepast.

3.2. Aanpassingen aan het (zorg)aanbod tijdens de pandemie

De COVID-19-crisis was zonder twijfel een enorme uitdaging voor de volledige gezondheidssector. Toch werd er in de Belgische media hoofdzakelijk bericht over de druk op de afdelingen intensieve zorgen en was er zeker in de eerste fase minder aandacht voor andere zorgsectoren, met uitzondering van de woonzorgcentra. Maar de pandemie bemoeilijkte eveneens het werk van zorgverleners die kinderen en jongeren opvangen en ondersteunen bij mentale gezondheidsproblemen. Scholen, Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB), voorzieningen in de bijzondere jeugdzorg en wijkwerkingen moesten ook snel schakelen om leerlingen en jongeren te blijven bereiken en ondersteunen. We vinden het belangrijk om na te gaan hoe deze groep van zorgverleners en andere betrokkenen, met de beperkingen ten gevolge van COVID-19-pandemie omgingen en wat ze deden om hun gebruikers, leerlingen en jongeren, te bereiken. Wij concentreren ons hier op de toegankelijkheid en de kwaliteit van de steun voor jongeren.

Het beeld dat uit onze interviews naar voren komt is er één van heel veel inzet, flexibiliteit en inventiviteit bij de verschillende professionals op het terrein. Alle sectoren zijn snel geschakeld. Periodes waarin er helemaal geen zorg of ondersteuning werd geboden zijn veelal beperkt gebleven. Maar ondanks de inspanningen op het terrein, zal het wegvallen van contextgerelateerde hulpverlening gedurende langere tijd mogelijks wel een impact hebben voor de kinderen en jongeren. Net omdat het werken aan de context vaak belangrijk is om problemen op te lossen.

Ook de psychische en psychologische hulpverleners zijn snel kunnen schakelen, al dan niet met een aantal aanpassingen aan hun dienstverlening. De meeste organisaties en zorgverleners hebben in de eerste plaats ingezet op het behouden van het contact met de kinderen en jongeren, niet in het minst omdat dit belangrijk is voor het voortzetten van therapie in de toekomst. Daarbij gingen ze vaak creatief te werk. In heel wat gevallen wordt echter ook het ganse gezin betrokken bij therapie. Omwille

van de maatregelen was dit echter lange tijd niet mogelijk en hebben de meeste organisaties dit luik dan ook noodgedwongen geschrappt.

Soms wordt er ook in groep gewerkt, opdat jongeren steun kunnen vinden bij elkaar en ook leren van elkaar, maar daar stootte men op dezelfde problemen als het werken met het gezin en familie omwille van de afstandsregels. In het najaar 2021 werden deze werkingen weer mondjesmaat opgestart voor zover de maatregelen dit toelieten.

“Nu is dat [onze groepswerking] terug, we hebben nu dinsdag groep... maar ik denk dat het te risicovol is om eigenlijk jongeren uit verschillende scholen te beginnen mengen... om dan terug te moeten uitstellen. Dan merken we ook van... wat doen wij in die groepen? Ja, goed, we zetten er een aantal met dezelfde problematiek bij elkaar en die leren eigenlijk van elkaar. Ja, dat is nu ook weggevallen.”

3.2.1. Hulpverlening op afstand, teleconsultaties en videobellen

Naar aanleiding van de strikte lockdown in maart 2020 schakelden de meeste zorgverleners snel over op digitale (videobellen) of telefonische hulpverlening om zo op afstand toch de nodige ondersteuning en zorg te bieden. Uit een intermutualistische bevraging bij volwassenen blijkt dat de meeste respondenten tevreden waren over deze hulpverlening op afstand, maar dat ze het vooral als een tijdelijke oplossing zagen. Bij de hulpverlening door psychologen of psychiaters, vond het digitale contact in respectievelijk 95% en 76% plaats met de vaste zorgverlener. Het ging hierbij meestal over het opvolgen van een bestaand probleem (Avalosse, et al., 2020). Maar hoe zit het met het gebruik van teleconsultaties bij kinderen en jongeren? Uit onze interviews met gezondheidsprofessionals blijkt dat zij deze methodes in de eerste plaats gebruikten om contact te behouden. Voor sommige zorgverleners was het niet vanzelfsprekend om de stap naar teleconsultaties te zetten. Voor anderen verliep deze omschakeling zonder al te grote problemen en de uitkomst overtrof geregeld de verwachtingen.

Voordelen van teleconsultaties

Heel wat zorgverleners gaven aan positief verrast te zijn over de mogelijkheden van digitaal werken en telefonische contacten. De trend om op afstand te werken was zeker al beperkt aanwezig, maar kwam door de pandemie in een stroomversnelling, waardoor er ook na de pandemie nog vruchten van geplukt worden.

Tijdswinst wordt door zorgverleners, en tot op zeker hoogte ook door jongeren, als een voordeel gezien. Voor zorgverleners zorgde de pandemie er ook voor dat de digitale systemen sneller en beter op punt kwamen te staan. En dat die ook ingezet werden voor overleg met meerdere actoren. Op die manier werd er tijd bespaard en hoefde men niet telkens opnieuw hetzelfde verhaal te doen.

“Een aantal jongeren, die vonden dat wel fijn en die gaven aan van ja, dat is goed, dan hoef ik mij niet te verplaatsen, zeker in de winter, als het regent, dan vind ik het wel tof dat ik vanaf mijn kamer kan spreken met u en dat ik niet helemaal naar dat [organisatie]-huis moet fietsen. Dus zo waren er ook een aantal, maar dat was de absolute minderheid.”

Een digitale afspraak is ook makkelijker in te plannen, zeker in overvolle agenda's. Dit laatste is vooral een voordeel voor de zorgverleners zelf, maar ook voor gezinnen is het niet altijd evident om zorgafspraken in te plannen of zich te organiseren om naar een afspraak te gaan. Digitale consultaties zijn ook sneller in te passen en kunnen een oplossing zijn als er zich iets dringends voordoet en er niet veel tijd is. Dit is de reden waarom een aantal geïnterviewde zorgverleners ook in de toekomst nog gebruik zullen maken van telefonische of videogesprekken.

“Men moest zich niet verplaatsen, men moest geen babysit zoeken voor de kinderen, men was ook thuis, men voelde zich veiliger, ja, men kon niet zien hoe dat ze gekleed waren. Dus, er kwamen een boel dingen, waardoor dat daar bijvoorbeeld is gekozen om die online te houden, ook al mochten die terug face-to-face. Dat is op vraag van de deelnemers gebeurd.”

Digitale toepassingen werken voor sommigen drempelverlagend aldus onze respondenten. Zo is een chat bijvoorbeeld veel anoniemer, waardoor jongeren minder geremd zijn om hun verhaal te doen. Een chat kan ook goed werken voor jongeren die moeite hebben met sociale interactie. In een chat is er geen direct contact, wat bijvoorbeeld voor bepaalde jongeren met autisme net goed werkte.

Beperkingen van teleconsultaties

Telefonisch contact en videogesprekken zijn echter niet voor iedereen even goed inzetbaar. Zo zijn ze volgens onze respondenten beter inzetbaar voor jongeren dan voor kinderen, maar zeker veel minder geschikt voor jonge kinderen. Voor laatstgenoemde groep wordt er immers vaak gebruik gemaakt van spelletjes, of andere methodie-

ken in de therapie en dat is in een digitale omgeving haast onmogelijk. Kinderen en jongeren met een verstandelijke handicap, of die zwakbegaafd zijn, zijn eveneens groepen voor wie op afstand werken niet goed werkt. Zorgverleners gaven aan dat ze net die doelgroepen zagen afhaken als ze met digitale gesprekken werkten.

Voor jongeren biedt digitaal contact wel mogelijkheden, al moet men ook rekening houden met de thuissituatie. En dan is er ook nog de praktische kant. Om een digitaal contact tot stand te brengen moet iedereen over de nodige middelen, apparatuur en de nodige vaardigheden beschikken. Dit geldt niet alleen voor de kinderen en jongeren, maar ook voor de professionals.

“Ik weet dat de laatste maanden videoconferenties zeer zeer sterk ontwikkeld zijn bij de psychologen. Maar persoonlijk ben ik daar geen voorstander van, want in de eerste plaats moet je technisch goed uitgerust zijn hé, zowel de psycholoog, maar ook het gezin.”

En zelfs wanneer het materiaal beschikbaar is, kan het gebrek aan privacy parten spelen. Dit is zeker zo wanneer het gaat om gezinnen die op kleinere oppervlaktes leven, maar ook in andere situaties. Tijdens een online-consultatie bestaat immers altijd de kans dat ouders of andere gezinsleden meeluisteren. Dit kan een drempel zijn voor jongeren die om die reden soms afhaken, aldus onze respondenten.

“We hebben dat bevraagd bij een aantal jongeren. We merken dat dat weinig ideaal was, dus als jongeren konden kiezen, kozen ze er heel vaak voor om naar het huis zelf te komen, simpelweg omdat niet iedereen thuis over een veilige spreekruimte beschikt, dus om een therapeutisch gesprek te doen over, ja, iets in de thuiscontext of iets binnen jezelf, moeten een veilige ruimte hebben en ja, in die eerste lockdown zaten heel veel mensen samen thuis en waren er geen eigen ruimtes. Dus voor die jongeren merkten we dat dat heel moeilijk was.”

Een andere voorwaarde opdat hulpverlening op afstand kan werken, is de aanwezigheid van een band tussen de zorgverlener en cliënt, zo bleek ook uit onze interviews. Het werkt beter als er reeds een vertrouwensband is opgebouwd. Dus voor nieuwe aanmeldingen tijdens de coronapandemie was dit zeker geen interessante optie. Daarnaast merkten zorgverleners op dat het observeren van kinderen en jongeren, hun lichaamstaal en andere non-verbale communicatie ook vaak interessante infor-

matie oplevert en dat dit niet echt mogelijk is via een digitaal contact. Ook reacties van ouders op het gedrag van een kind zijn belangrijke bronnen van informatie, die men niet altijd even goed opvangt op afstand.

Een andere beperking die werd vermeld was dat, als jongeren niet bereikt willen worden, ze de telefoon niet opnemen, of niet komen opdagen in een videogesprek. De drempel ligt lager om een afspraak in een online context niet na te komen, dan in een fysieke context. Dit geldt eveneens voor een schoolcontext waarbij leerlingen kunnen aangesproken worden in de klas, en er *face-to face*-contact kan gezocht worden.

3.2.2. Oplossingen op maat

Naast het overschakelen op videobellen, zochten heel wat zorgverleners de buitenlucht op. Daar deden ze wandelgesprekken of zagen ze kinderen, jongeren en hun ouders in open lucht, in de tuin of op de stoep. Indien er geen tuin beschikbaar was, werd er soms naar een publieke plaats gegaan. Soms leverde zo een gesprek in de tuin of stoep wel eens privacy problemen op, bijvoorbeeld omdat de buren konden meeluisteren. Terzelfdertijd ervoeren heel wat van de geïnterviewde zorgverleners deze wandelgesprekken als een meerwaarde omdat deze toelieten de persoon in een andere setting te leren kennen, wat soms resulteerde in meer openheid. Voor sommige zorgverleners bleek het echter toch niet mogelijk om de diepgang te bereiken die ze wensten. Daarom verkozen ze om terug te keren naar de praktijkruimte van zodra dat weer mocht.

“Wij hebben samen met de gezinnen een aantal nieuwe manieren van ondersteuning ontdekt, samen gaan wandelen in de buurt, dat was bijvoorbeeld iets dat zeer veel effect had, omdat gezinnen dan ook spontaan gemakkelijk begonnen te vertellen over hoe dat ze zich voelden in hun buurt. Je kwam mensen tegen onderweg. Dus, je kon daar zien van “goh, die kennen u precies”, en je kreeg een verhaal. Dus, het netwerk in kaart brengen, dat lukte veel beter. Dus, het heeft echt wel voordelen gehad.”

Om gezinnen, die erg onder druk stonden toch wat meer ademruimte te geven, werd soms wat buiten de lijntjes gekleurd of zijn uitzonderingen gevraagd op de strikte regels, die zowel voor hulpverleners als jongeren zeker gedurende de eerste lockdown een extra hindernis waren.

“En daar hebben we dan ook wel echt gezocht om zo snel als mogelijk buitenruimtes te voorzien, waar we

ook buiten met kinderen konden. We hebben ook echt een afgesloten tuin gevonden op een locatie waar we kinderen konden zien. Dus we zijn ook heel erg naar alternatieven op zoek gegaan. En verschillende collega's hebben dat wel gedaan. Ik heb een uitzondering gevraagd om het traject, dat het meest moeilijk liep, zo snel mogelijk terug gewoon in de spelkamer te kunnen doen.”

Door creativiteit en flexibiliteit en een enorme dosis inzet, zijn de meeste zorgverleners erin geslaagd toch contact te houden met door hen reeds gekende kinderen en jongeren. Er waren wel aanpassingen in het aanbod, maar die werden grotendeels positief beoordeeld. We zagen ook dat er extra inspanningen waren om voor de meest kwetsbare gezinnen oplossingen te zoeken. De toegankelijkheid bleef dus voor een groot stuk overeind, maar dat was minder het geval voor kinderen en jongeren die nog niet gekend waren bij de zorgverleners.

3.3. Nieuwe en oude drempels bij het zoeken van hulp voor mentale problemen

“We hebben niet het gevoel dat kinderen structureel geholpen worden.”

In onze interviews hebben we de professionals gevraagd wat volgens hen de belangrijkste knelpunten zijn in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren en hoe deze in de toekomst weggeremd kunnen worden. De algemene conclusie die we uit de antwoorden kunnen trekken, is dat de problemen waarmee zij werden geconfronteerd, niet nieuw zijn, ook al was de omvang ervan vrij ongekend. Met andere woorden, de alarmsignalen die we opvingen hebben betrekking op de structurele problemen van de zorg- en onderwijssector. Welke lessen kunnen daaruit worden getrokken?

3.3.1. Lange wachtlijsten voor ambulante hulp en tekort aan plaatsen in residentiële settings

Eén van de meest aangehaalde problemen tijdens de interviews is het (welgekende) probleem van de lange wachtlijsten. We weten al dat er vaak veel tijd over gaat alvorens mensen de stap naar hulpverlening zetten. Maar eens kinderen en jongeren of hun gezin er klaar voor zijn om die stap te zetten, blijkt dat hulp op korte termijn niet mogelijk is. Vaak lopen deze mensen al een traject met iemand waar ze een vertrouwensband mee opgebouwd

hebben, waardoor het des te frustrerender is voor zorgverleners die kinderen en jongeren moeten doorverwijzen naar ambulante hulpverlening. Zij proberen jongeren in tussentijd zo goed mogelijk te ondersteunen en te begeleiden, maar krijgen soms het gevoel dat ze in een rol gedwongen worden waarin ze zich niet goed voelen en waardoor ze soms hun kernopdracht overschrijden.

“Je hebt kinderen die helemaal geblokkeerd zitten, ouders die echt niet weten wat ze ermee moeten doen. Dus er zit altijd ambivalentie, ofwel bij de jongere ofwel bij de ouders rond, gaan we hier hulp aanvaarden? Als we daar dan door geraken, en als er ruimte komt voor oké, hier moeten we misschien toch iets aan doen, ja, dan moeten we nog twee jaar wachten voordat er een plaats is, bij een CGG. En dat is absurd.”

Ook de zorgverleners in de eerste lijn ervaren de wachtlijsten als een enorm knelpunt en hun ervaring is dat de COVID-19-pandemie het probleem van de wachtlijsten nog heeft vergroot.

“Ja, bij ons is op dit moment de wachtlijst twee jaar. Wij hebben elke dinsdag instroom en ik moet zeggen dat ik elke dinsdag daar een heel vervelend gevoel rond heb, omdat al de vragen die binnenkomen, rechtgeaarde, gespecialiseerde, ambulante GGZ vragen zijn. Dus, eigenlijk is het zo dat de vragen die binnenkomen, dus dat wij eigenlijk met het team zeggen van “ja, dat is voor ons.” Maar oké, goed, ja, wij hebben gewoon geen mankracht.”

Niet enkel voor ambulante psychologische hulp, maar ook voor crisisopvang, werden er capaciteitsproblemen gemeld. Soms krijgen jongeren in dat geval een plaats op een volwassenafdeling, die echter niet aangepast is aan de noden van jongeren. Maar zelfs wanneer een opname op de kinder-jeugdafdeling mogelijk is, blijft de opvolging na een (crisis)opname moeilijk omdat het vinden van een passend ambulante aanbod niet vanzelfsprekend is. Hierdoor kan er niet echt vooruitgang worden gemaakt in een traject. Integendeel, bij zorgverleners leeft het gevoel terug bij af te zijn.

“Maar zo echt crisisbedden in opnames hè, zoals in (plaats)... Wij hebben heel veel jongeren die daar ef-

fectief, nood aan hebben, er zijn echt te weinig bedden hè. Die kunnen daar niet terecht en dan moeten die naar een volwassen afdeling wat dan al helemaal niet oké is dat een puber op een volwassen afdeling terecht komt... Die hebben dan geen school meer, want in een volwassenafdeling hebben ze geen ziekenhuisschool.”

3.3.2. De hoge kostprijs van psychologische zorg

Naast de lange wachtlijsten wordt ook de hoge kostprijs door een groot aantal van onze respondenten genoemd als een belangrijke drempel, en zeker voor groepen die het financieel moeilijk hebben. Dit geldt dan vooral voor de ambulante initiatieven bij een privé psycholoog of therapeut. Deze zijn vaak net iets meer of sneller beschikbaar, maar ook een stuk duurder en de terugbetaling ervan is beperkt. Een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) kan hulp op een goedkopere manier² aanbieden. Maar de wachtlijsten zijn daar heel erg lang, waardoor dit dus vaak geen oplossing is op korte termijn. Naast een snellere toegang tot psychologische hulp is er dus eveneens een grote nood aan betaalbaarheid.

“Ja en dat gaat ook over de prijs. Dat is ook wel een belangrijk aspect, omdat wij een publiek hebben dat niet zo kapitaalcrachtig is.”

De kostprijs is niet enkel een drempel wanneer ouders mee in het traject betrokken worden. Soms willen jongeren zonder medeweten van hun ouders een beroep doen op bijvoorbeeld een psycholoog en dan vormt de kostprijs zeker een enorme hindernis. Daarom zijn initiatieven zoals Therapeuten voor jongeren (TEJO) een zeer welkom en broodnodig initiatief, omdat dit kosteloos en anoniem is voor jongeren. Dit initiatief draait op vrijwilligers en is enkel beschikbaar in Vlaanderen, met ook een TEJO-huis in Brussel. Jongeren kunnen terecht in TEJO-huizen voor een gesprek met een therapeut. Uit onze gesprekken blijkt dat zorgverleners dit een waardevol initiatief vinden en er ook jongeren naar doorverwijzen.

Toch zien we dat men met dit soort initiatieven eveneens op grenzen botst. Het is immers niet vanzelfsprekend om met enkel vrijwilligers, een antwoord te kunnen bieden aan de steeds groter wordende vraag, en zeker niet in moeilijke omstandigheden zoals de pandemie. De vrijwilli-

2 In een CGG in Vlaanderen betaalt men voor een standaardconsultatie 11 euro per uur. Er is ook een verminderd tarief mogelijk van 4 euro per uur. In Wallonië wordt dit verminderd tarief vastgelegd in functie van de middelen van de betrokkene. Daarnaast heeft een CGG ook de mogelijkheid gratis hulp te verlenen in een aantal gevallen.

gers hebben hun reguliere jobs en moeten ook aan een aantal voorwaarden voldoen alvorens ze aan de slag kunnen. In ieder geval zijn dit altijd deeloplossingen en dus per definitie ontoereikend voor structurele problemen. Denk maar aan het onevenwicht tussen financiering en terugbetaling van de geneeskunde die zich richt op fysieke gezondheid ("somatische geneeskunde") tegenover mentale gezondheid, waar door een aantal respondenten op gewezen werd.

3.3.3. Psychologische problemen bij kinderen en jongeren – een gevoelig onderwerp

In tegenstelling tot zorg zoeken voor een fysiek probleem, ervaren de geïnterviewde zorgverleners dat er toch nog steeds een zeker taboe rust op het zoeken van hulp voor mentale problemen bij kinderen en jongeren. Vooroordelen en stigma omringen zowel de psychische aandoening zelf als de reactie erop. Dit zorgt ervoor dat ouders het zoeken van specialistische hulp uitstellen (zonder te onderschatten hoe moeilijk het is om hun weg te vinden in het zorgstelsel) of misschien helemaal geen hulp zoeken en dat jongeren niet praten over hun moeilijkheden.

3.3.4. Andere hindernissen

Bij een aantal respondenten leeft het gevoel dat jongeren in een traject te weinig vastgehouden worden door de zorgverleners. De ervaring is immers dat jongeren er zelf snel de brui aan geven omdat ze niet snel genoeg resultaat zien. Aanklampende inspanningen door de zorgverleners zouden de therapietrouw echter kunnen verhogen. Maar het feit dat er lange wachtlijsten zijn, brengt ook bij de professionals druk mee om zoveel mogelijk jongeren te helpen. Dit speelt wellicht mee in hun beslissing om jongeren die niet therapietrouw zijn al dan niet extra vast te houden.

"Ja, dus ik vind soms dat als eindelijk iemand een stap zet naar iets hè, dat die te snel worden gelost want ze vertellen daar dan toch niets. Ah nee, want dat vertrouwen bouwen, dat kost al zoveel sessies en ja. Dat vind ik ook wel soms moeilijk. Van het helpt niet. Ja, nee, je moet dat langer een kans geven, dat gaat niet op twee maand hè."

Mentale gezondheidsproblemen worden vaak niet-medicamenteus aangepakt, al is het voor bepaalde problematieken wel aangewezen (ook) medicatie in te zetten. Er heerst echter nog een taboe rond het gebruik van psychotrope medicatie bij jongeren. Daarenboven blijven

jongeren vaak bezorgd over de gevolgen van medicatie. Het is belangrijk dat jongeren de ruimte hebben om hun bekommernissen te bespreken met hun hulpverleners en dat de hulpverleners deze informatie op een toegankelijke, en waar nodig, proactieve manier geven. Zo kunnen de jongeren (al dan niet samen met hun ouders) geïnformeerde beslissingen nemen over de medicamenteuze ondersteuning van hun traject. Want vandaag zien we dat jongeren vaak te weinig informatie en onvoldoende duiding krijgen over de medicatie die hen zou kunnen helpen. Dit resulteert soms ook in het stopzetten ervan, zonder enig medisch advies hierover.

"En dan zelfs laagdrempeliger, gewoon de ADHD medicatie hè. Zelfs daar hebben wij heel veel jongeren die die op bepaalde punten niet meer willen nemen omdat ze vinden dat dat dan hun persoonlijkheid verandert. Maar dat is natuurlijk in combinatie met ik ben aan het zoeken wie ik ben en ik zit in mijn puberteit."

Tijdens onze gesprekken vroegen we ook, of er groepen waren die moeilijk of niet bereikt werden. We kregen een aantal keer te horen dat dit het geval was voor jongeren met een migratieachtergrond. Een mogelijke verklaring die gegeven werd, was dat taal een belangrijk gegeven is bij het verkrijgen van hulp voor psychologische problemen. Enerzijds is het niet gemakkelijk de weg te vinden in het gezondheidszorgstelsel van een ander land, vooral als de anderstalige informatie beperkt is. Anderzijds is het voor het volgen van een therapie, maar ook voor het volgen van een behandeling, noodzakelijk een vlot contact met de verstrekker te kunnen leggen en een vertrouwensband op te bouwen.

Een andere groep die moeilijk(er) kon bereikt worden, zijn kinderen en jongeren uit gezinnen in een zwakkere socio-economische positie, terwijl dit net de groep is met grotere gezondheidsbehoeften (het artikel van Noirhomme in dit nummer gaat hier dieper op in). In een recent rapport van Recht-Op, een vereniging waar armen het woord nemen, wordt gewezen op de specifieke noden van kansarme jongeren. De kloof met de psychische hulpverlening of geestelijke gezondheidszorg is voor hen zeer groot. Deze jongeren hebben vaak al veel meegemaakt, hebben dus zware rugzakjes en ervaren ook veel druk. Vaak hebben ze over deze problemen nog met niemand gepraat, omdat de stap naar hulp te groot is, omwille van taboe en wantrouwen naar hulpverlening. Ook willen jongeren niet steeds opnieuw hun verhaal moeten vertellen aan verschillende hulpverleners. Daarbij komt nog dat het systeem ervoor zorgt dat deze jongeren moeilijk hun weg

vinden in het aanbod, en niet goed op de hoogte zijn van de verschillende organisaties die hulp bieden. Voor deze gezinnen is de kostprijs, zeker in de ambulante hulpverlening, een enorme hindernis. Daarnaast hebben gezinnen in armoede veel andere kopzorgen die hun aandacht vragen, waardoor hulp zoeken voor mentale problemen niet de hoogste prioriteit krijgt (Recht-Op, 2022).

“Ik vind het een heel moeilijke om het zo te zeggen, maar de mensen met een socio-economische, zeer zwakke situatie zijn ook heel moeilijk om die in een ambulant traject te krijgen. Enfin, wij proberen dat wel en we hebben daar wel methodieken rond, maar ja, als mensen eigenlijk heel erg bezig zijn met wonen, met eten, met kleren, dan is alles wat er in het hoofd gebeurt en wat er op school gebeurt van secundaire aard.”

Terzelfdertijd zijn de veldwerkers van mening dat zij niet over voldoende middelen beschikken om de kwaliteit en kwantiteit van de follow-up voor dit specifieke publiek te waarborgen. Dit leidt ook tot frustratie bij hen.

“Dus ik vind echt dat Centra Geestelijke Gezondheidszorg daar serieus middelen voor moeten krijgen om ook met zulke gezinnen aan de slag te kunnen gaan. En dan natuurlijk, als je met zulke gezinnen aan de slag gaat, dan heb je automatisch veel meer no-shows. En ik weet dat dat lastig is voor CGG's.”

3.4. Scholen als centrale plaats voor interactie en plaats voor preventie van mentale problemen

De school neemt een belangrijke plaats in het leven van kinderen en jongeren. Het is niet enkel een plaats waar kennis wordt overgedragen en kinderen zich verder cognitief ontwikkelen. De school is eveneens een plaats waar kinderen vrienden maken, sociale vaardigheden ontwikkelen en in interactie gaan met leeftijdsgenoten. Sociale interacties bieden jongeren de mogelijkheid om sociale vaardigheden te ontwikkelen. Uit de SIGMA-studie blijkt dat goede sociale vaardigheden een beschermend effect kunnen hebben voor mentale problemen (Kirtley, et al., 2019). Om die reden is de school de plaats waar veel beschermende factoren een rol spelen, maar ook risicofactoren voor de ontwikkeling van geestesziekten.

In de discussie over het al dan niet sluiten van de scholen of het al dan niet verlengen van vakantieperiodes, lag de

nadruk in de tegenargumentatie, vooral op het voorkomen of beperken van leerachterstand. Er was veel minder aandacht voor het belang en het beschermend effect van sociale interacties voor het welbevinden. Heel wat van de mentale problemen die kinderen en jongeren ervoeren, en waarover onze respondenten getuigden, kunnen gelinkt worden aan het wegvallen van de sociale interactie ten gevolge van het wegvallen van hobby's, de schoolsluitingen of het afstandsonderwijs.

3.4.1. Hoe gingen scholen om met de pandemie?

Uit onze interviews blijkt dat scholen heel verschillend zijn omgegaan met de situatie. Er was heel veel variatie in de manier waarop ze contacten onderhielden met de leerlingen en in de manier waarop het afstandsonderwijs georganiseerd werd tijdens de lockdown. Sommige scholen hebben heel wat inspanningen geleverd om een goed contact te onderhouden met hun leerlingen in het algemeen. Voor anderen was het moeilijker. Dit heeft ongetwijfeld gevolgen gehad, niet alleen voor de schoolprestaties, maar ook voor het welbevinden van de leerlingen. Er werd door respondenten op gewezen dat dit kwetsbare kinderen nog meer trof, omdat er voor hen meestal ook geen thuissituatie is die compenseert of remedieert voor het gebrek aan onderwijs, ondersteuning of gewoon een luisterend oor van tijd tot tijd.

“Sorry, maar, ik begrijp dat eigenlijk niet dat dat allemaal kan. En nog eens natuurlijk, zo vereenzamen kinderen. Als je dan goed omgeven bent is dat allemaal nog niet zo erg, maar bij kwetsbare situaties of kinderen met ernstige psychische problemen ... is dat een groot probleem.”

Wat echter ook vaak bleek te ontbreken, ook na de heropening van de scholen, was aandacht voor welbevinden en ruimte voor gesprek met leerlingen om alles een plaats te geven. Er was veel meer aandacht voor het cognitieve en het inhalen van de achterstand dan voor dat wat jongeren voelden en waar ze nood aan hadden. Zonder een stabiele basis en een dosis welbevinden bij kinderen, is dit echter weinig zinvol. Ook nu, in de nasleep van de pandemie is er over het algemeen meer aandacht voor het wegwerken van de leerachterstand door de pandemie dan voor de impact ervan op het welbevinden van jongeren. Dit is één van de redenen waarom er bij de zorgverleners een grote bezorgdheid is voor de toekomst, omdat ze vrezen dat de gevolgen van de beperkte sociale contacten zich wellicht met vertraging zullen uiten.

“Het onderwijs zegt van ‘jullie moeten er zijn, jullie moeten gezond zijn en uw geest moet openstaan, want wij moeten daar van alles ‘instoempem’.” Op dit moment is het zo van, ja, goed, die geesten van die kinderen staat daar niet voor open. Ja, hun gezondheid begint daar onder te lijden.”

3.4.2. Scholen en mentaal welbevinden, een verhaal van te weinig middelen

Omdat scholen een plaats zijn waar alle kinderen en jongeren bereikt worden, zijn ze bij uitstek een plaats waar men aan de slag kan gaan rond mentaal welbevinden (Spanemberg, Salum, & Bado, 2020), zeker gezien het beschermende effect dat een goed schoolklimaat en ondersteunende leerkrachten kunnen hebben. De school is eveneens een plaats waar er signalen opgepikt kunnen worden en eventueel stappen kunnen gezet worden richting hulpverlening bij mentale problemen. Maar ook hier zijn er nog een aantal uitdagingen. Is er op school voldoende kennis over dit thema. Is er plaats voor vroegdetectie? En misschien nog belangrijker, zijn er voldoende middelen en expertise om een preventieve rol op te nemen? En is er voldoende ruimte voor overleg en samenwerking tussen scholen en andere actoren?

Uit onze interviews blijkt dat de kennis rond mentale problemen en mogelijke signalen hiervan op scholen vaak beperkt is en dat het werken aan en rond mentaal welbevinden zeker niet systematisch gebeurt. Dit laatste betekent dat het erg afhankelijk is van een leerkracht of de school of een kind met problemen al dan niet hulp zal ontvangen. Dit kan een van de redenen zijn waarom men als school/leerkracht niet steeds stilstaat wat er schuilgaat achter het (probleem)gedrag van een kind. Door niet de volledige context (onder meer het gezin en de problemen van dat gezin) in rekening te nemen, en te sterk te focussen op het kind als “individueel zonder context”, mist men de kans om ook met die andere, contextgerelateerde, factoren aan de slag te gaan.

“En ik denk, wij hebben ook heel, of toch regelmatig, kinderen die op school de braafste kinderen zijn en de stilste, die het thuis heel erg moeilijk hebben, soms ook heel moeilijk gedrag stellen, en dat we dan in overleg gaan met een school en vragen om toch dingen aan te passen en dat zegt een school ‘dat is toch nergens voor nodig want het gaat toch goed?’ Dan denk ik ‘op school gaat het goed’, maar dat kost heel veel energie, dat kost heel veel moeite en dat kan dat kind eigenlijk niet vol houden, dag in dag uit. En dan moeten we toch

heel veel uitleg geven en daar samen mee zitten om daarin die mee te krijgen. Ik voel wel dat als je dat doet, dat daar de volgende keer dat makkelijker lukt of dat ze daar al sneller aan denken, maar je werkt maar met één juf samen of ...”

Volgens de deelnemers aan de studie, ontbreekt het de scholen aan middelen voor een structurele omkadering rond mentaal welzijn. Scholen die dit aanbieden, maken hiervoor immers middelen vrij uit het urenpakket van leerkrachten, maar niet alle scholen kunnen of willen dit. De meeste zorgleerkrachten en leerlingenbegeleiders zijn bezig met het ondersteunen van kinderen en jongeren op cognitief vlak en werken veeleer remediërend.

“Want de job van leerlingenbegeleiding bestaat eigenlijk niet. Wij komen uit het urenpakket van leraren. En dat vind ik op zich een heel raar gegeven nu dat alles zo belangrijk is en het niet zo goed gaat met onze kinderen. Vanuit die hoek vind ik zeker dat daar moet naar gekeken worden.”

Naast leerkrachten, zorgleerkrachten en leerlingenbegeleiders, speelt het CLB een belangrijke rol voor leerlingen, ook als het gaat over mentaal welbevinden. Gedurende de COVID-19-pandemie moesten deze echter ook nog andere taken opnemen, zoals de contactopvolging. Hierdoor konden ze hun kerntaken slechts beperkt of niet opnemen (Poppelmonde, 2021). Toch zagen ook zij de toenemende nood aan ondersteuning rond mentaal welbevinden bij kinderen en jongeren, alleen ontbrak het hen aan de nodige middelen om hier mee aan de slag te gaan. In Vlaanderen bijvoorbeeld was dit, ondanks de bijkomende steun van de Vlaamse regering om meer personeel aan te werven, eind 2021 nog steeds een knelpunt. Ook de geïnterviewde zorgverleners vermeldden de moeilijke combinatie voor de CLB's van het coronagerelateerde takenpakket en het uitvoeren van hun kerntaken, waardoor laatstgenoemde onder druk kwamen te staan.

“Ik weet het zelfs niet, is dat CLB, het zou kunnen, maar hetzelfde met CLB, die hebben hun handen vol aan stomme testen en quarantaines en maatregelen. Ik denk dat dat allemaal onder de radar blijft, als het al is, ofwel hebben ze met z'n allen veel meer veerkracht dan we denken.”

CLB's zijn, bij ernstigere problemen die doorverwijzing vereisen, ook afhankelijk van de beschikbaarheid van externe psychologische hulp. Indien die hulp niet meteen beschikbaar is, zijn ze ook beperkt in hun mogelijkheden.

Het CLB kan zelf enkel actie ondernemen als er eerst een vraag komt vanuit de school of de ouders. Het lijkt daarom erg afhankelijk te zijn van de leerkracht of de ouders of een kind/jongere al dan niet aangemeld wordt. De kans is reëel dat heel wat problemen niet opgemerkt of gemeld worden aan het CLB en dat deze kinderen bijgevolg geen hulp ontvangen. Uit onze interviews blijkt dat het initiatief om het CLB in te schakelen meer en meer door ouders wordt genomen. Dat ouders de weg vinden naar het CLB is zeker een positieve ontwikkeling, al mogen het niet enkel de ouders zijn die hulp voor jongeren kunnen inschakelen. Zij hebben namelijk niet allemaal dezelfde mogelijkheden, kennis van het systeem of mondigheid. Ook vangen niet alle ouders signalen op bij hun kind, of schatten ze de objectieve behoefte aan hulp voor hun kind niet correct in. Een studie in Antwerpen waarbij een signaleringsinstrument werd ingezet door het CLB toonde aan dat vier van de vijf leerlingen wiens psychosociale gezondheid die aan de hand van het signaleringsinstrument als zorgelijk of risicovol werd ingeschat, niet eerder bekend waren bij het CLB (Kluppels, Portzky, & Hoppenbrouwers, 2017).

“Dus een kind dat in een gewone, fijne thuissituatie zit en zijn hobby’s heeft en zijn school heeft en zijn best doet... Ik denk dat daar ook wel veel kinderen zijn die worstelen met mentale dingen.”

4. Aanbevelingen

4.1. Meer middelen voor snellere ambulante, laagdrempelige en vooral betaalbare zorg

De vaakst genoemde knelpunten rond toegang tot geestelijke gezondheidszorg bij kinderen en jongeren waren de lange wachlijsten en de hoge kostprijs. Deze kunnen leiden tot uitstel of onderbenutting van zorg (Cès, 2021). Dit is problematisch, want hoe sneller men kan starten met een zorgtraject, hoe meer schade, lange en intensieve zorgtrajecten er vermeden kunnen worden. Snel ingrijpen is belangrijk, mede omdat mentale problemen op jonge leeftijd het risico op psychologische problemen op latere leeftijd verhogen (Solmi, et al., 2021). Om het aanbod en de capaciteit uit te breiden, zullen er echter bijkomende investeringen nodig zijn.

Meer financiële middelen om te kunnen investeren in extra personeel (dat overigens ook moeilijk te vinden is), zijn

volgens onze respondenten nodig. We geven hier mee dat er in het voorjaar 2021 wel een aantal investeringen zijn geweest. Zo werd er 20 miljoen euro voorzien voor bijkomend personeel, een opschaling van het aantal bedden in de kind- en jeugdpsychiatrie en de inzet van teams die kinderen en jongeren begeleiden voor en na een opname. Vanuit Vlaanderen werden er in het relanceplan ook extra middelen voorzien voor meer capaciteit in crisisbegeleiding en voor lerende netwerken om de hulpverlening af te stemmen op de noden van kinderen en jongeren (Ceulemans, 2021). Ondanks deze bijkomende investeringen vanuit de overheden, hoorden wij in onze interviews toch een duidelijke oproep om zeker nog meer ambulante laagdrempelige hulp voor kinderen en jongeren te subsidiëren.

Een ander aandachtspunt blijft de toegankelijkheid voor meer kwetsbare groepen. Voor hen is de weg naar hulp vaak nog moeilijker en de drempel naar gepaste hulpverlening zeer hoog. Enerzijds gaat het om het vrijmaken van financiële middelen om de zorg goedkoper of zelfs gratis te maken voor wie dit nodig heeft. Maar ook om het ondersteunen van professionals die niet steeds vertrouwd zijn met deze groep en hun gevoeligheden of problemen. Er zijn al waardevolle initiatieven (zoals Yuneco care) rond het begeleiden van gezinnen in kwetsbaarheid en met mobiele teams naar hen toe gaan, deze kunnen nog verder versterkt worden. *Community Health workers* zouden hier ook een outreachende rol kunnen opnemen.

Daarnaast moet er ook echt gekeken worden naar de huidige terugbetaling van psychologische zorg. Die is in de meeste gevallen zeer beperkt, zeker voor psychologen en voor velen een drempel. Gratis initiatieven zoals TEJO, maar ook de Overkophuizen en de mogelijkheid van de CGG om voorrang te bieden aan kwetsbare gezinnen zijn zeker positief, maar ook zij kunnen niet aan de toenemende vraag voldoen.

Met de nieuwe conventie Eerste Lijns Psychologen (ELP) probeert men te zorgen voor goedkopere zorg, maar het is op dit ogenblik nog te vroeg om deze te evalueren. We zijn van mening dat er nog meer ingezet moet worden op het verlagen van de kostprijs voor psychologische zorg voor kinderen en jongeren. Als men op die manier kan voorkomen dat hulp zoeken uitgesteld wordt, kunnen problemen in een vroeger stadium aangepakt worden. Deze oefening maken is niet alleen een taak voor de beleidsmakers. Ook de mutualiteiten kunnen de denkoefening maken om bijvoorbeeld bijkomende inspanningen te leveren om iets te doen aan de hoge kostprijs van de geestelijke gezondheidszorg, met extra aandacht voor de

meest kwetsbare jongeren en hun families. Het verbeteren van de toegankelijkheid is een en-en-verhaal en zal moeten gebeuren via verschillende acties, meer middelen, verhoogde terugbetalingen, maar ook preventie en inzetten op gezondheidsbevordering en het terugdringen van armoede.

4.2. Meer inzetten op preventie en (geestelijke) gezondheidsbevordering

Voorkomen is beter dan genezen, dat geldt ook voor geestelijke gezondheid. Wanneer preventie succesvol is, zal dat op termijn resulteren in een dalende vraag naar psychologische hulpverlening, waardoor ook de wachtlijsten hopelijk korter zullen worden. Nu is er zowel te weinig aandacht voor preventie als een ontoereikend aanbod, waardoor mentale problemen ernstiger worden (het artikel over preventie van Sholokhova in dit nummer gaat hier dieper op in). Dit leidt er dan weer toe dat trajecten langer en zwaarder worden, kosten oplopen en het systeem overbelast is. Preventie is daarom een noodzakelijke eerste stap om een kentering te realiseren. We zien dit als een dringende taak en verantwoordelijkheid voor verschillende actoren (ouders, Kind&Gezin, onthaalouders, scholen, jeugdverenigingen) en met diverse acties op meerdere beleidsdomeinen in lijn met het health in all policies-principe (welzijn, sociale sector, onderwijs, huisvesting, armoedebestrijding, enz.).

4.2.1. Ondersteun ouders

Onderzoek toont aan dat de 1.000 eerste dagen van een kind zeer belangrijk zijn (TNO, 2016). In geen enkele andere levensfase gebeurt de ontwikkeling zo snel en op zoveel domeinen (fysiek, hersenen, sociaal-emotioneel) en worden zoveel mijlpalen bereikt (Nederlands Ministerie van Volksgezondheid, 2022). Deze periode is ook belangrijk voor de hechting. Hechtingsproblemen kunnen echter aanleiding zijn voor andere problemen in een latere fase (Pasco Fearon & Belsky, 2011). Hoewel de symptomen van mentaal onwelbevinden bij heel jonge kinderen niet altijd makkelijk te zien zijn, toont onderzoek aan dat deze toch voorkomen bij 17% van de kinderen tussen 0-6 jaar (von Klitzing, Döhnert, Kroll, & Grube, 2015; Skovgaard, 2010).

We vinden het daarom belangrijk om volop in te zetten op de ondersteuning van ouders in de pre- en postnatale periode. Hiervoor spelen de actoren betrokken bij de opvolging van ouders en kind een belangrijke rol. Niet enkel om ouders te informeren bijvoorbeeld over het belang van hech-

ting, maar ook om hen te ondersteunen, hun baby beter te leren kennen, te waken over hun welbevinden en hen door te verwijzen indien nodig. Het belang van de eerste 1.000 dagen heeft intussen een plaats gekregen in het aanbod voor het jonge kind (Kind en Gezin, Wiegwijs, Buddy aan de wieg, enz.), maar kan zeker nog uitgebreid en versterkt worden. Voor kwetsbare groepen kan het inzetten van ervaringsdeskundigen waardevol zijn, met het oog op het opbouwen van een vertrouwensband met de ouders.

Verder is het ook belangrijk dat ouders voldoende tijd met hun baby/kind kunnen doorbrengen en zo een goede band met hen kunnen opbouwen. Zo kunnen ze hun baby beter leren kennen en signalen die mogelijk op stress wijzen herkennen (Vliegen & Verhaest, 2020). We pleiten daarom voor langere moederschapsrust en meer ouderschapsverlof. Opdat ouders dit ook effectief kunnen opnemen, is bovendien een betere vergoeding nodig van zowel de moederschapsrust als het ouderschapsverlof. Op die manier kunnen ouders, financieel gerust, meer tijd doorbrengen met hun kinderen. Naast het positieve effect voor hechting, reduceert dit ook hun stress. Stress die ze anders ook kunnen overdragen op het kind. Hieruit blijkt hoe het evenwicht tussen werk en privéleven voor ouders (en dus de mogelijkheid om hun werk aan te passen) een direct effect kan hebben op de gezondheid van hun kinderen.

4.2.2. Investeer in kwalitatieve kinderopvang

Investeren in de eerste 1.000 dagen betekent eveneens zorgen voor kwalitatieve kinderopvang. Helaas kunnen we die vandaag in België onvoldoende garanderen (Calluy, 2022). Investeringen in deze sector zijn dan ook noodzakelijk. Een volwaardig statuut voor onthaalouders, betere arbeidsvoorwaarden en betere verloning zijn nodig om de job aantrekkelijker te maken. Daarnaast moeten er voldoende plaatsen gecreëerd worden en moeten onthaalouders en kinderbegeleiders voldoende ondersteund worden om hun taak te doen. Het verlagen van het maximumaantal kinderen per begeleider is hierbij zeker wenselijk. Zo krijgt de kinderbegeleider meer tijd om het kind de nodige aandacht te geven en het te stimuleren. Aangezien ook heel jonge kinderen stresssignalen kunnen vertonen, maar deze niet altijd makkelijk te zien of te interpreteren zijn, is het zeker zinvol om dit thema aan bod te laten komen in vormingen of nascholingen voor kinderbegeleiders. Een kwalitatieve kinderopvang draagt positief bij aan het welzijn van de jongste kinderen en hun ouders en verdient daarom beleidsaandacht en voldoende middelen om dit waar te maken.

4.2.3. Meer aandacht voor scholen als plaats voor preventie van mentale problemen

Zoals we reeds hebben aangehaald, is naast het gezin, de school een belangrijke plaats voor kinderen en jongeren, niet in het minst voor het aangaan en onderhouden van sociale interacties. Daarnaast is de school een plaats die alle kinderen bereikt en waar ze veel tijd doorbrengen (Spanemberg, Salum, & Bado, 2020). Om die reden is het de plaats bij uitstek om in te zetten op primaire preventie. Zo schep je de voorwaarden om de psychologische en emotionele ontwikkeling van kinderen te bevorderen en risicofactoren terug te dringen. Maar ook secundaire preventie kan op school, zodat gezondheidsproblemen en/of risicofactoren vroegtijdig worden opgespoord, zoals mishandeling binnen het gezin, enz. Nu zien we dat initiatieven vaak school- of leerkracht gebonden en vrijblijvend zijn. Hierdoor blijven sociale ongelijkheden op gezondheidsgebied in stand. We vinden het belangrijk dat alle scholen op een structurele manier kunnen werken aan het voorkomen van geestelijke gezondheidsproblemen en het bevorderen van het mentaal welzijn van kinderen en jongeren.

De school moet een plaats worden waar aandacht is voor geestelijke gezondheid en ingezet wordt op preventie. In lijn met het health in all policies-principe, is het werken aan mentale gezondheid immers niet de exclusieve bevoegdheid van de ministers van welzijn of volksgezondheid. Er is zeker een rol weggelegd voor de scholen. Om dit waar te maken zijn extra middelen nodig. Zo kan men het zorgbeleid versterken en bijvoorbeeld bijkomend orthopedagogen of psychologen inzetten³. Het kan immers niet de bedoeling zijn dat leerkrachten dit allemaal zelf opnemen, al achten we het wel zinvol om reeds in de lerarenopleiding ruim aandacht te hebben voor het thema mentale gezondheid bij kinderen en jongeren. En dit thema moet ook regelmatig aan bod komen in navormingen. Op die manier creëer je een grotere bewustwording en kunnen leerkrachten putten uit hun theoretische bagage wanneer leerlingen (alarm)signalen vertonen of mentale problemen hebben.

Het opnemen van psychosociale competenties in de eindtermen zou positief kunnen bijdragen aan de veerkracht

van kinderen en jongeren. Het aansnijden van het thema geestelijke gezondheid in de klas, kan eveneens bijdragen aan een minder stereotiepe beeld en op termijn helpen het stigma te verminderen, maar ook een openheid creëren om over eigen problemen te praten.

CLB's spelen een centrale rol in de psychologische begeleiding van schoolkinderen. Ze hebben helaas ook te weinig middelen en te veel andere taken en zij botsen in geval van doorverwijzing evenzeer op de wachtlijsten. Hun financiering en werking moeten derhalve worden herzien en ze zouden meer moeten kunnen inzetten op vroegdetectie- en signalering. Ook het nauwer opvolgen van kinderen en jongeren die een verhoogd risico hebben (bijvoorbeeld KOPP-kinderen en jonge mantelzorgers) zou tot hun takenpakket kunnen behoren. Er moet worden nagedacht over andere manieren om scholen bij deze preventiefunctie te ondersteunen. Zo kan er bijvoorbeeld via of naast de CLB's een flexibel inzetbaar multidisciplinair team van psychologen en/of orthopedagogen en sociaal werkers worden opgericht dat scholen en leerlingen, maar ook ouders, ondersteunt. Op die manier kan de eerste nood bij leerlingen ondervangen worden. Een samenwerking met leerlingenbegeleiders in de scholen zelf, die zich specifiek richten op welbevinden, is eveneens een mogelijkheid. Vandaag is het inzetten van dit soort leerlingenbegeleiders sterk afhankelijk van de school. Een school beschikt hiervoor momenteel niet over afzonderlijke middelen. Deze moeten nu komen uit het lestijdenpakket voor leerkrachten. Gezien de verontrustende cijfers over het welbevinden van jongeren zou dit soort ondersteuning echter uitgebreid moeten worden. Hiervoor zouden dan ook specifieke middelen moeten voorzien worden zodat scholen kunnen investeren in welbevinden, zonder te moeten inboeten op het didactische luik.

4.2.4. Inzetten op sensibiliseren rond geestelijke gezondheid

Uit onze studie bleek dat er zowel bij sommige jongeren als bij sommige ouders nog enige reserve was ten aanzien van het zoeken van hulp voor mentale problemen. Het is daarom belangrijk om via verschillende kanalen in te blijven zetten op sensibilisering bij de ganse bevolking. Hoewel er vooruitgang wordt geboekt, onder meer door

3 Het Excellentie Pact voor scholen in Wallonië bevat positieve elementen, maar heeft mogelijk gevolgen voor de ondersteuning van kinderen op school en dit vraagt zeker een evaluatie. Een mogelijk risico is immers dat door het toekennen van middelen per pool en niet individueel minder hulp van logopedisten enz. aanwezig zal zijn op scholen. Dit kan een invloed hebben voor de individuele leerling, maar biedt leerkrachten misschien ook minder kansen om te detecteren omdat ze leren uit de aanwezigheid van deze professionals in hun klas en op school. Op die manier is er minder mogelijk in termen van preventie of detectie.

initiatieven zoals Te Gek!⁴, blijft er nog heel wat werk aan de winkel om het taboe rond mentale problemen te doorbreken. Een betere kennis en begrip van mentale problemen zou ook kunnen bijdragen aan het verminderen van het taboe en wellicht aan het sneller zoeken van hulp. Daarom willen we alle organisaties die met kinderen en jongeren werken oproepen om te blijven inzetten op informeren en sensibilisering. Het bespreekbaar maken van mentale problemen op plaatsen waar veel kinderen en jongeren aanwezig zijn, gebeurt best op een laagdrempelige manier en op het niveau van het kind en de jongere. Het recente nieuws over hogere verzekeringspremies voor of het uitsluiten van personen met psychische problemen (Lelong, 2022) is ook vanuit het oogpunt van kinderen en jongeren onrustwekkend. Meer onderzoek over de aard en de omvang van discriminatie is zeker nodig. Het wijst er op dat meer begrip en sensibilisering nog steeds nodig is.

4.3. Het monitoren van het welbevinden bij kinderen en jongeren

Zoals eerder aangehaald is het belangrijk dat signalen dat kinderen of jongeren met psychosociale problemen kampen vroeg opgemerkt worden. Op die manier kan immers snel ingegrepen worden en kunnen langere behandeltrajecten of ernstigere problemen in het latere leven vermeden worden. Dit kan eveneens de druk op de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren verminderen. Ondanks de verschillende noodkreten, is de informatie over de prevalentie en de aard van psychologische problemen erg versnipperd (Erskine, et al., 2017). We hebben dit soort informatie over bijvoorbeeld kanker of vaccinaties, maar we tasten in het duister als het gaat over geestelijke gezondheid bij kinderen en jongeren. Op die manier vaart ook het beleid grotendeels blind. We zijn van mening dat voldoende informatie nodig is, zowel over de zorgvraag als over het aanbod, maar ook over de opvolging en de ervaringen van kinderen en jongeren die hulp krijgen, om beleid te ondersteunen en te ontwikkelen. Ook wanneer er nagedacht moet worden over aanpassingen aan de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren is deze informatie noodzakelijk. Het Federaal Kenniscentrum Gezondheidszorg (KCE) wees reeds in 2012 op het gebrek aan en de versnippering van de informatie (Vandenbroeck, et al., 2012). Zowel wat betreft de geestelijke gezondheidstoestand van kinderen en jonge-

ren (hulpvraag) en het aanbod aan hulpverlening dat beschikbaar is voor hen, tasten we nog te veel en te vaak in het duister.

Een systematische en permanente opvolging van de problemen waarmee kinderen en jongeren te maken krijgen, is nodig en zal bijdragen aan een toegankelijker en performanter systeem. Uit onze interviews blijkt dat een onderscheid moet worden gemaakt tussen verschillende leeftijdsgroepen (adolescenten hebben andere risicofactoren dan kleine kinderen), tussen verschillende gezondheidstoestanden (of het nu gaat om al bestaande psychische of lichamelijke problemen, ziekenhuisopnames of opnames in residentiële settings) en tussen verschillende soorten levenscontext (gezin, sociaal, economisch, enz.). Het doel van de opvolging is dus een beeld te krijgen van de geestelijke gezondheidstoestand van jongeren op verschillende niveaus (volgens de brede opvatting van gezondheid) en rekening te houden met sociale gezondheidsongelijkheden, en de ontwikkeling daarvan in de tijd te kunnen volgen.

We zijn van mening dat er moet nagedacht worden over een eenvoudige tool die ingezet kan worden om een overzicht te houden op het welbevinden bij jongeren en dit op geregelde tijdstippen. Hierbij denken we in de eerste plaats aan een registratiesysteem op nationaal en regionaal niveau in de brede eerste lijn (huisartsen, CLB, psychologen, enz.) waarin informatie over een aanmelding wordt opgeslagen. Dit systeem zou dan kunnen uitgebreid worden met een aantal monitoringsmomenten waarbij de doelgroepen zelf bevraagd worden over hun ervaringen met het geestelijke gezondheidssysteem.

5. Conclusie

Op basis van onze resultaten formuleren we enkele aandachtspunten. Ons eerste aandachtspunt is de toegankelijkheid en de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren. De te lange wachtlijsten voor ambulante en intramurale zorg vormen de kern van de bezorgdheid van de deelnemers aan onze studie. Samen met de COVID-19-pandemie zijn mentale problemen aan het licht gekomen die al lang bekend waren bij gezondheidswerkers op het terrein. Deze problemen zijn

4 Meer informatie op www.tegek.be.

vaak zwaar te dragen voor zowel jongeren die ermee kampen, al dan niet voor de eerste keer, als voor hun gezinnen.

Ten tweede pleiten wij voor een aanpak op basis van de principes van het proportioneel universalisme. Hierbij is er afstemming van de hulpverlening op basis van de gezondheidsdoelstellingen die we willen bereiken voor alle doelgroepen, met evenredig meer steun voor kansarme groepen. Met plaatselijke initiatieven, via sociale diensten, verenigingen en soms vrijwilligerswerking, kunnen deze laatste groepen wel worden ondersteund, maar op een manier die nog ontoereikend is. Deze ondersteuning heeft namelijk geen globaal effect en slaagt er niet in om gezondheidsongelijkheden significant te verminderen. De nieuwe overeenkomst voor eerstelijnspsychologische zorg zou kunnen bijdragen tot een meer financieel toegankelijke psychologische zorg, al moeten de uitvoering en de reële gevolgen ervan nauwlettend in het oog worden gehouden. Ook andere dimensies van toegankelijkheid, zoals gevoeligheid (het vermogen om behoeften vast te stellen) en aanvaardbaarheid van zorg (minimumdrempel van waargenomen kwaliteit voor patiënten om zorg te aanvaarden) mogen niet uit het oog worden verloren.

De inherente problemen van het gezondheidszorgsysteem komen voor een deel tot uiting in het gebrek aan aandacht en middelen die worden uitgetrokken voor de preventie van psychologische aandoeningen en de bevordering van het mentaal welbevinden bij kinderen en jongeren. Het is hier belangrijk om preventie vanuit een brede visie op gezondheid te benaderen en de verschillende determinanten van mentale gezondheid in rekening te nemen. Denk hierbij onder meer aan de ondersteuning van ouders, kwalitatieve kinderopvang, sensibilisering rond mentale problemen en leefomstandigheden op school.

De toekenning van middelen aan scholen en de diensten die daar actief zijn (zoals de CLB), is inderdaad van essentieel belang voor een ambitieus en realistisch preventie- en gezondheidsbevorderingsprogramma voor kinderen en jongeren. Hierbij moet opnieuw vertrokken worden uit het principe dat de noden van het doelpubliek als leidraad dienen voor de intensiteit van de hulp die ze ontvangen.

Tot slot moet in deze nieuwe fase van de sociaaleconomische crisis, die door de pandemie in gang is gezet en door de onstabiele situatie in Oekraïne nog is verergerd, worden gezorgd voor een kwalitatieve monitoring, zodat concrete oplossingen kunnen worden gevonden voor de toe-

nemende problemen in verband met de geestelijke gezondheid van jongeren. Deze monitoring moet als basis dienen voor een reflectie door de verschillende actoren. Deze reflectie moet zowel transversaal als transdisciplinair georganiseerd worden, zodat respectievelijk elk bestuursniveau dat betrokken is bij de mentale gezondheid van jongeren een bijdrage kan leveren en de veelheid aan expertises kan benut worden. De monitoring moet daarbij over geschikte instrumenten beschikken om de diversiteit van de situaties en de verhoogde risico's voor bepaalde doelgroepen in kaart te brengen.

De conclusies van onze studie zijn verre van positief. De situatie op het terrein is zorgwekkend, zowel voor de jongeren als voor de professionals die hen begeleiden. Niettemin is een van de belangrijke lessen van deze crisis de vindrijkheid en de inzet van de actoren in de verschillende sectoren. We mogen hun flexibiliteit en hun innovatieve oplossingen, die er ten alle tijde op gericht zijn kinderen en jongeren de beste ondersteuning te geven, niet onderschatten. Deze crisis toont echter ook de grenzen aan van deze oplossingen, die grotendeels gebaseerd zijn op de goede wil van personen. Er is dus dringend nood aan structurele maatregelen waardoor mensen niet ondanks, maar dankzij het gezondheidszorgsysteem hun job kunnen uitoefenen.

Bibliografie

- Avalosse, H., Henry, H., Hens, E., Willaert, D., Bruyneel, L., & Kestens, W. (2020). Raadplegingen op afstand: wat vinden de Belgen hiervan? Een intermutualistische enquête. *CM-Informatie*, 282, 46-59.
- Beel, V. (2021, 11 21). Wachtlijden voor jeugdhulp zijn ontploft. *De Standaard*. Opgehaald van https://www.standaard.be/cnt/dmf20211117_93783420
- Calluy, K. (2022, 2 21). Kinderpsychiater na drama in Mariakerke: "Onze kinderopvang is niet meer goed genoeg voor het welzijn van onze kinderen". *VRT-NWS*. <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2022/02/21/kinderpsychiater-na-drama-in-mariakerke-onze-kinderopvang-is-n/>
- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen. *CM-Informatie*, 286, 4-22.
- Ceulemans, P. (2021). Vlaanderen investeert in mentaal welzijn van kinderen en jongeren. *Domus Medica*. Opgehaald van <https://www.domusmedica.be/actueel/vlaanderen-investeert-mentaal-welzijn-van-kinderen-en-jongeren>
- Crescentini, C., Feruglio, S., Matiz, A., Paschetto, A., Vidal, E., Cogo, P., & Fabbro, F. (2020). Stuck outside and inside: an exploratory study on the effects of the COVID-19 outbreak on Italian parents and Children's internalizing symptoms. *Frontiers in Psychology*, 11, 586074.
- De Meulenaere, J., Crommen, S., & Danckaerts, M. (2021). *De Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheid 2021 - Focus*.
- Dierckens, M., Delaruelle, K., & Deforche, B. (2021). *Eindrapport studie Jongeren en Gezondheid 2017 – 2020*. Gent: Onderzoeksgroep Gezondheidsbevordering. Opgehaald van https://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/wordpress/wp-content/uploads/2021/12/Eindrapport_20172020_finaal.pdf
- Erskine, H., Baxter, A., Patton, G., Moffitt, T., Patel, V., Whiteford, H., & Scott, J. (2017). The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 26 (4), 395–402.
- Fegert, J., Vitiello, B., Plener, P., & Clemens, V. (2020). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: A narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14, 20.
- Furber, G., Segal, L., Leach, M., Turnbull, C., Procter, N., Diamond, M., MsGorry, P. (2015). Preventing mental illness: closing the evidence-practice gap through workforce and services planning. *BMC Health Services Research*, 15, 283.
- Germeys, I. (2021). Waarom hebben jongeren het zo moeilijk tijdens corona? Universiteit van Vlaanderen. Opgehaald van https://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=32356
- Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S., & Van der Heyden, J. (2020). *Geestelijke gezondheid: gezondheidsenquête 2018*. Brussel: Sciensano.
- Gorrese, A., & Ruggieri, R. (2013). Peer attachment and self-esteem: a meta-analytic review. *Personality and Individual Differences*, 55(5), 559-568.
- Guessoum, S., Lachal, J., Radjack, R., Carretier, E., Minassian, S., Benoit, L., & Moro, M. (2020). Adolescent psychiatric disorder during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry research*, 291, 113264.
- Hafstad, G., & Augusti, E. (2021). A lost generation? COVID-19 and adolescent mental health. *Lancet Psychiatry*, 8 (8), 640-641.
- Hoge Gezondheidsraad. (2021). *Psychosociale opvang tijdens de COVID-19 pandemie-kinderen en jongeren*. Brussel: HGR.
- Ince, D., & Kalthoff, H. (2020). *Opgroeien en opvoeden. Normale uitdagingen voor kinderen, jongeren en hun ouders*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- InTijdenVanCorona#8 – Mijn lievelingsdag, na mijn verjaardag, is de dag dat ik weer naar school mag gaan. (2020). Opgehaald van <https://www.huderf30.be/nl/nieuws/intijdenvancorona8-mijn-lievelingsdag-na-mijn-verjaardag-is-de-dag-dat-ik-weer-naar-school-mag-gaan/>
- KBS. (2017). *Goed gek?! Anders spreken over geestelijke gezondheid*.
- Kestens, E., & Crommen, S. (2022, 02 22). Niemand lijkt wakker te liggen van de problemen van kinderen en jongeren: gaan we hen opnieuw in de steek laten? *Knack*.
- Kirtley, O., Achterhof, R., Hiekkaranta, A., Hermans, K., Hagemann, N., & Germeys, I. (2019). *Sigma 2019: Fase I. Rapport Hoe word ik wie ik ben?*
- Kluppels, K., Portzky, G., & Hoppenbrouwers, K. (2017). Signalering van psychosociale problemen bij 15-jarige Antwerpse jongeren via de centra voor leerlingenbegeleiding. *Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg* (49), 49-56.
- Lelong, J. (2022, 07 13). Psychologenvereniging trekt aan alarmbel: 'Een cliënt moest een hogere verzekeringspremie betalen wegens een spinnenfobie. *De Morgen*.
- Maes, S. (2021). *COVID-19: l'impact sur la santé mentale des jeunes*. Bruxelles: Yapaka.
- Meherali, S., Punjani, N., Louie-Poon, S., Abdul Rahim, K., Das, J.-K., Salam, R.-A., & Lassi, Z. (2021). Mental Health of Children and Adolescents Amidst COVID-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(7).
- Nastasi, B. K., & Borja, A. P. (2016). Introduction to the Promoting Psychological Well-Being Globally Project. In B. K. Nastasi, & A. P. Borja, *International Handbook of Psychological Well-Being in Children and Adolescents*. New York: Springer Science+Business.
- Nearchou, F., Hennessy, E., Flinn, C., Niland, R., & Subramaniam, S. (2020). Exploring the impact of covid-19 on mental health outcomes in children and adolescents: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (22), 8479.
- Nederlands Ministerie van Volksgezondheid, W. e. (2022). *Een Kansrijke Start voor iedereen*.
- OECD. (2021a). *Supporting young people's mental health through the COVID-19 crisis*. Paris: OECD.

- OECD. (2021b). *Young people's concerns during COVID-19: Results from risks that matter 2020, OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*. Paris: OECD.
- Pasco Fearon, R., & Belsky, J. (2011). Infant-mother attachment and the growth of externalizing problems across the primary-school years. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 52 (7), 782–791.
- Pfefferbaum, B. (2021). Challenges for Child Mental Health Raised by School Closure and Home Confinement During the COVID-19 Pandemic. *Current Psychiatry Reports*, 23 (10), 65.
- Poppelmonde, J. (2021, 12 15). Mentaal welzijn van leerlingen? Daar hebben CLB's geen tijd voor. *De Standaard*.
- Recht-Op. (2022). *Op zoek naar een brug tussen jongeren in armoede en psychische hulp*. Antwerpen.
- Rens, E., Smith, P., Nicaise, P., Lorant, V., & Van den Broeck, K. (2021). Mental Distress and Its Contributing Factors Among Young People During the First Wave of COVID-19: A Belgian Survey Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 575553.
- Sholokhova, S., Noirhomme, C., Morissens, A., & Verniest, R. (2021). De impact van de COVID-19-pandemie op het gebruik van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren. *CM-Informatie*, 286, 23-45.
- Skovgaard, A. (2010). Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. An epidemiological study. *Danish medical bulletin*, 57(10), B4193.
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., . . . Fusar-Poli, P. (2021). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27, 281–295.
- Spanemberg, L., Salum, G., & Bado, P. (2020). How can schools be integrated in promoting well-being, preventing mental health problems and averting substance-use disorders in urban populations? *Current opinion in psychiatry*, 33(3), 255-263.
- Spinelli, M., Lionetti, F., Pastore, M., & Fasolo, M. (2020). Parents' stress and Children's psychological problems in families facing the COVID-19 outbreak in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11, 1713.
- TNO. (2016). *Investing in the first 1000 days of life for a healthy future*. Leiden: TNO.
- Unicef. (2022). *Rapport van kinderen en jongeren met mentale gezondheidsproblemen in België. What do you think?* Unicef België.
- Vandenbroeck, P., Dechenne, R., Becher, K., Van den Heede, K., Eyssen, M., Geeraerts, G., & Stroul, B. (2012). *Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren: ontwikkeling van een beleidsscenario, Synthese*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Vlaams Instituut Gezond Leven. (sd). *(Positieve) geestelijke gezondheid*. Opgehaald van <https://www.gezondleven.be/themas/mentaal-welbevinden/positieve-geestelijke-gezondheid#:~:text=We%20kunnen%20stellen%20dat%20er,dit%20is%20het%20salutogene-tische%20element>
- Vliegen, N., & Verhaest, Y. (2020). *Vroege ontwikkeling alle kansen geven. Infant mental health: geestelijke gezondheidszorg voor baby's, jonge kinderen en ouders*. Kalmthout: Pelckmans.
- von Klitzing, K., Döhnert, M., Kroll, M., & Grube, M. (2015). Mental Disorders in Early Childhood. *Deutsches Arzteblatt international*, 112(21-22), 375–386.
- Wereldgezondheidsorganisatie. (2003). *Investing in Mental Health*. World Health Organisation, Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health. Genève: World Health Organisation.
- Wereldgezondheidsorganisatie. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Genève: Wereldgezondheidsorganisatie.
- Wille, N., Bettge, S., & Ravens-Sieberer, U. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(S1), 133-147.

