



**Hoge
Gezondheidsraad**

**KINDEREN EN JONGEREN :
GEDRAGSSTOORNISSEN
IN CONTEXT
-samenvatting-**

**MAART 2011
HGR NR 8325**



**Hoge
Gezondheidsraad**

**KINDEREN EN JONGEREN :
GEDRAGSSTOORNISSEN
IN CONTEXT
-samenvatting-**

**MAART 2011
HGR NR 8325**



COPYRIGHT

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Hoge Gezondheidsraad

Zelfbestuursstraat 4
B-1070 Brussel

Auteursrechten voorbehouden.

U kunt als volgt verwijzen naar deze publicatie:

Hoge Gezondheidsraad. Kinderen en jongeren: Gedragsstoornissen in context. Samenvatting. Brussel: HGR; 2011. Advies nr. 8325.

Deze samenvatting en de integrale versie van dit advies kunnen gedownload worden op de website:

www.hgr-css.be

Een gedrukte versie van de brochure kan via brief, fax of e-mail aangevraagd worden op vermeld adres.

Ter attentie van Diane Marjaux, lokaal 6.03

Tel: 02 525 09 00

Fax: 02 525 09 77

E-mail: info.hgr-css@health.fgov.be

Volgnummer Wettelijk Depot: D/2011/7795/6

ISBN nr.: 9789490542184

Deze publicatie mag niet worden verkocht.

INHOUDSTAFEL

1.	INLEIDING EN VRAAGSTELLING	4
2.	UITWERKING EN ARGUMENTATIE	5
2.1.	Definitie.....	5
3.	EEN BIOPSYCHOSOCIAAL MODEL.....	8
3.1.	Biologische factoren.....	8
3.2.	Psychologische factoren en ontwikkelingstrajecten	9
3.3.	Omgevingsaspecten	10
3.3.1.	Het gezin.....	10
3.3.2.	Sociaal-economische omgeving.....	11
3.3.3.	Onderwijs.....	12
3.3.4.	Conclusie.....	14
4.	DIAGNOSE.....	15
5.	GEASSOCIEERDE STOORNISSEN (COMORBIDITEIT)	17
5.1.	Aandachtsstoornissen met hyperactiviteit (ADHD) en Oppositionele Stoornis met Provocatie (OSP)	17
5.2.	Middelenmisbruik.....	17
5.3.	Stemmings- en angststoornissen.....	18
5.4.	<i>Post-Traumatic Stress Disorder</i> (PTSD).....	18
5.5.	Sociale uitsluiting.....	18
5.6.	Schoolmoeilijkheden.....	18
5.7.	Risicogedrag	19
5.8.	Psychopathische persoonlijkheidsstoornis (PPS).....	19
6.	INTERVENTIES	21
6.1.	Universele preventie	21
6.2.	Selectieve Interventies.....	22
6.3.	Ambulante interventies.....	23
6.4.	Interventies op school.....	24
6.5.	Interventie in de wijk	25
6.6.	Residentiële interventies	26
6.7.	Farmacologische behandeling	27
7.	AANBEVELINGEN.....	28
8.	SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP.....	32

1. INLEIDING EN VRAAGSTELLING

Een maatschappij kan zich niet veroorloven om de stoornissen en het lijden van kinderen en jongeren te ontkennen. Elementen eigen aan jongeren, hun familie of hun ruimere leefcontext kunnen immers hun ontwikkeling bedreigen en hun gevoelsleven evenals de wijze waarop ze de wereld beleven en ervaren en hun relaties met anderen of hun gedragingen beïnvloeden. Die gedragingen springen uiteraard het meest in het oog en men spreekt van gedragsstoornissen. Deze gedragsstoornissen zijn evenwel de zichtbare uiterlijke tekenen van veel minder zichtbare onderliggende psychologische en sociale moeilijkheden.

De Hoge Gezondheidsraad (HGR) heeft het nuttig geacht een uitvoerige stand van zaken op te maken van deze problematiek. Met dat doel voor ogen werden er wetenschappelijke deskundigen en veldwerkers gehoord en werd de recente literatuur bestudeerd.

Dit verslag bevat een kritische analyse van de internationale concepten en classificaties in dit domein. Het geeft eveneens een uitgebreide beschrijving van de biologische, psychologische en omgevingsvariabelen die van dicht of nabij invloed uitoefenen op de etiologie en de ontwikkeling van die stoornissen. Het geeft vervolgens aanbevelingen in de vorm van goede praktijkvoeringen voor het stellen van de diagnose in een biologisch, psychologisch en sociaal perspectief. Het biedt eveneens een overzicht van andere stoornissen die aan de gedragsstoornissen gekoppeld kunnen worden. Het bevat een ruime inventaris van de acties die uitgevoerd kunnen worden op preventie- en interventiegebied (ambulant en residentieel alsmede op school). Ten slotte worden er aanbevelingen geformuleerd die door de verschillende overheidsinstanties die met de betrokken sectoren belast zijn als elementen kunnen dienen voor reflectie en besluitvorming.

Het volledige rapport, met de bibliografische referenties en zijn bijlagen, kan worden gedownload van de website van de HGR. De tekst die volgt is een uitgebreide samenvatting.

2. UITWERKING EN ARGUMENTATIE

2.1 Definitie

De term “gedragsstoornis” wordt gedefinieerd in de beschrijvende classificatie van de *Diagnostical and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV-TR). Deze internationale classificatie is een diagnosehandboek dat de beroepsbeoefenaars moet toelaten in een gemeenschappelijke taal met elkaar te communiceren. De gedragsstoornissen worden er omschreven als een “zich herhalend en aanhoudend gedragspatroon waarbij de grondrechten van anderen of belangrijke bij de leeftijd horende sociale normen of regels worden overtreden”. Om de diagnose “gedragsstoornis” te kunnen stellen, moet men bij het kind of de jongere in de loop van de laatste twaalf maanden drie, en gedurende de laatste zes maanden minstens één, van deze opgelijste criteria terugvinden. Het gaat dus om een in functie van een norm gedefinieerde stoornis en het al dan niet aannemen door het kind of de jongere van een gedrag dat men op een bepaald ogenblik in zijn ontwikkeling van hem verwacht.

Er bestaat overigens een onderscheid tussen de vormen met vroegtijdig begin (gedurende de kindertijd), waar er meer sprake is van agressie en die een meer chronische evolutie hebben, en de vormen met laatijdig begin (gedurende de puberteit). Daarnaast worden de gedragsstoornissen van het slecht gesocialiseerde type, die meestal geassocieerd worden met andere psychopathologische stoornissen, onderscheiden van die van het gesocialiseerde type. In dit laatste geval komt de agressiviteit uitsluitend in groep tot uiting en wordt die zelden met een andere stoornis geassocieerd. Deze stoornis houdt over het algemeen aan zolang de puberteit duurt.

De aldus gedefinieerde stoornis omvat zeer uiteenlopende patiënten. Zij wordt ondersteund door een reeks uiteenlopende biopsychosociale factoren en wordt vaak met andere stoornissen geassocieerd.

Ze moet goed onderscheiden worden van de “Aandachtstekortstoornis met/zonder hyperactiviteit (ADHD)” en de “Oppositieele Stoornis met Provocatie (OSP)”, die in dit rapport slechts worden besproken vanuit het standpunt van comorbiditeit.

De beschrijving van deze gedragingen in de classificaties zegt echter niets over de oorsprong van de waargenomen verschijnselen en er worden maar weinig aanwijzingen gegeven om die te verhelpen. Daartoe moet men ook met de biologische, psychologische en omgevingsfactoren rekening houden.

TABEL 1 : DSM-IV DIAGNOSTISCHE CRITERIA VOOR DE GEDRAGSSTOORNIS.

A	Een zich herhalend en aanhoudend gedragspatroon waarbij de fundamentele rechten van anderen of belangrijke bij de leeftijd passende maatschappelijke normen of regels worden overtreden in de afgelopen 12 maanden, zoals blijkt uit de aanwezigheid van drie (of meer) van de volgende criteria en, waarvan ten minste één criterium aanwezig is in de afgelopen zes maanden.	
	<i>Agressie ten opzichte van mensen en dieren</i>	
	1	Pest, bedreigt of intimideert vaak anderen
	2	Geeft vaak de aanzet tot vechtpartijen
	3	Heeft een wapen gebruikt dat ernstige lichamelijke schade kan veroorzaken aan anderen (bijvoorbeeld een knuppel, steen, gebroken fles, mes, pistool)
	4	Heeft mensen fysiek mishandeld
	5	Heeft dieren fysiek mishandeld
	6	Heeft in direct contact met het slachtoffer gestolen (bijvoorbeeld overval, tasjesroof, afpersing, gewapende overval)
	7	Heeft iemand gedwongen tot seksuele activiteit
	<i>Vernietiging van eigendom</i>	
	8	Heeft opzettelijk brand gesticht met de bedoeling ernstige schade te veroorzaken
	9	Heeft opzettelijk eigendommen van anderen vernield (anders dan door brandstichting)
	<i>Onbetrouwbaarheid of diefstal</i>	
	10	Heeft ingebroken in iemands huis, gebouw of auto
	11	Liegt vaak om goederen of gunsten te verkrijgen of om zich aan verplichtingen tegenover anderen te onttrekken (bijvoorbeeld "oplichting")
12	Heeft zonder direct contact met het slachtoffer waardevolle voorwerpen gestolen (bijvoorbeeld winkeldiefstal zonder inbraak, valsheid in geschrifte)	
<i>Ernstige schendingen van de regels</i>		
13	Blijft vaak, ondanks het verbod van de ouders, 's nachts van huis weg, beginnend vóór de leeftijd van 13 jaar	
14	Is ten minste tweemaal 's nachts van huis of andere gezinsvervangende woonvorm weggebleven (of eenmaal, maar bleef daarbij gedurende een langere periode weg)	
15	Spijbelt vaak van school, beginnend vóór de leeftijd van 13 jaar	
B	De verstoring in het gedrag veroorzaakt in significante mate beperkingen in het sociale, academische of beroepsmatig functioneren.	
C	Het individu is 18 jaar of ouder en er is niet voldaan aan de criteria voor de antisociale persoonlijkheidsstoornis.	

Er wordt een onderscheid gemaakt naargelang van het moment van optreden	
	Aanvang in de kinderleeftijd: minstens één criterium is aanwezig vóór de leeftijd van 10 jaar
	Aanvang in de puberteit: afwezigheid van de symptomen vóór de leeftijd van 10 jaar
Er wordt ook een onderscheid gemaakt naargelang van de ernst van de problemen	
Mild	weinig of geen problemen bovenop diegene die aanwezig moeten zijn om de diagnose te kunnen stellen, en het gedrag is slechts in geringe mate schadelijk voor anderen
Matig	aantal gedragsproblemen en het effect op anderen ligt tussen "mild" en "ernstig"
Ernstig	veel gedragsproblemen naast diegenen die nodig zijn om de diagnose te kunnen stellen of het gedrag veroorzaakt aanzienlijke schade aan anderen

3. EEN BIOPSYCHOSOCIAAL MODEL

3.1 Biologische factoren

Het wetenschappelijk onderzoek over het menselijk gedrag houdt sedert enkele decennia meer rekening met een geheel van factoren : biologische, psychologische en omgevingsfactoren.

Verskillende studies hebben aldus biologische factoren aangetoond die betrokken zijn bij de ontwikkeling van de gedragsstoornissen.

Zo hebben genetische gedragsstudies (studies met tweelingen, over adoptie) kunnen aantonen dat de erfelijkheid een rol speelt in de etiologie van de gedragsstoornissen en de ermee verbonden concepten (agressie, antisociaal gedrag, delinquentie, enz.).

Een meta-analyse van 51 studies van antisociaal gedrag heeft eveneens aangetoond dat 40% van de variatie tussen individuen in het voorkomen van antisociaal gedrag aan genetische factoren toegeschreven kan worden en dat 60% van die variatie door verschillen in de leefomgeving verklaard kan worden.

Studies inzake moleculaire genetica hebben bepaalde genpolymorfismen die de activiteit van neurotransmitters (serotonine, dopamine) regelen, gekoppeld aan de ontwikkeling van antisociaal gedrag, wat gedeeltelijk het erfelijk karakter van agressiviteit kan verklaren. Die genetische predisposities worden overigens in ruime mate beïnvloed door de psychosociale (bv. pleeggezin) of biofysieke omgeving (verwikkelingen bij de geboorte, ondervoeding tijdens de zwangerschap enz.), wat het aantonen van een causaal verband moeilijk maakt.

Biologische omstandigheden kunnen eveneens betrekking hebben op mechanismen die optreden bij het uitbreken van gedragsproblemen of er het gevolg van zijn. De neuropsychologie heeft aldus aangetoond dat de groep van kinderen en jongeren met gedragsstoornissen zich onderscheidt van andere psychopathologiegroepen. Agressieve kinderen gebruiken minder informatie uit hun omgeving om hun gedrag te mediëren; ze letten meer op de agressieve signalen in hun omgeving (en herinneren zich die meer), zien sneller vijandige bedoelingen in het gedrag van anderen en zoeken minder snel naar niet-agressieve oplossingen voor moeilijke situaties. Het hartritme is ook langzamer bij kinderen en jongeren met een gedragsstoornis, wat tot minder angstgevoelens in stresssituaties en een betrekkelijke ongevoeligheid voor de negatieve gevolgen van het gedrag kan leiden. Dit lagere angstgevoel kan sommige jongeren aanzetten om vaker risicogedrag op te zoeken. Kinderen met een gedragsstoornis reageren ook minder op stress (lagere productie van cortisol en adrenaline in geval van stress; correlatie tussen een laag basaal cortisolgehalte en de ernst van de stoornissen). Deze biosociale factoren kunnen ook gecombineerd voorkomen en er kunnen vermenigvuldigings-effecten ontstaan.

Er dient echter genoteerd te worden dat de bijkomende aanwezigheid van ADHD bij vele kinderen met gedragsstoornissen een bias in die studies teweegbrengt, waarin die comorbide factor niet altijd nagegaan wordt.

De biologische parameters (en hun interacties) hebben dus een zekere predictieve waarde wat de ernst en het voortbestaan van de gedragsstoornissen betreft.

De identificatie van de bijzondere biologische gedragingen kan ook een onmiddellijk therapeutisch doel zijn.

En met betrekking tot de juridische implicaties van de gedeeltelijke biologische ondergrond voor gedragsstoornissen, dient gezegd dat een verklaring voor iemands gedrag (ook al zou die zuiver biologisch zijn) de verantwoordelijkheid ervoor niet wegneemt.

3.2 Psychologische factoren en ontwikkelingstrajecten

Biologische (genetische en culturele) factoren liggen, in interactie met variabelen van de gezins-, school- en maatschappelijke omgeving, aan de basis van de ontwikkeling van een persoon. Door hun effect op de neuroanatomische structuren en verschillende neuro- en psychofysiologische processen oefenen ze een grote invloed uit op het psychologisch functioneren van het kind.

De vroege hechtingsrelatie die in ideale omstandigheden een veilige hechting is, vormt een model voor de manier waarop men later met anderen omgaat.

Een kind met een gedragsstoornis functioneert anders bij een hele reeks psychologische processen, die door deze factoren en de vroege levensomstandigheden beïnvloed worden. Ze ondervinden meer moeilijkheden om hun emoties te reguleren en frustraties te verdragen, ze zijn er meer toe geneigd om het gedrag van anderen als negatief en provocerend te interpreteren, ze zien sociale situaties sneller als conflictueus en ze beschikken over minder uiteenlopende manieren om problemen op te lossen. Ze verschillen ook wat betreft hun vermogen om zich een beeld te vormen van de psychologische binnenwereld van anderen en ze geven blijk van minder empathie.

Kinderen en jongeren met gedragsstoornissen doorlopen overigens bijzondere ontwikkelingstrajecten, rekening houdend met het belang van de aanwezige risico- en beschermingsfactoren. Zo kunnen ze op elk ogenblik uit bepaalde pathologische processen raken. Verschillende studies hebben nl. kunnen aantonen dat de helft van de kinderen met geëxternaliseerde gedragsstoornissen in de periode van de kleuterschool ook gedragsstoornissen op schoolgaande leeftijd blijven vertonen, terwijl dit zich bij de andere helft normaliseert. Deze meer ongunstige evolutie leidt niet noodzakelijk tot antisociaal of delinquent gedrag, maar vaker tot leermoeiijkheden op school, een laag zelfwaardegevoel of depressieve symptomen.

Benevens de ontwikkelingstrajecten die longitudinale studies hebben kunnen beschrijven, worden in die studies ook de factoren bestudeerd die deze trajecten beïnvloeden (kenmerken eigen aan het kind en de omgeving waarin het zich ontwikkelt) en al hun interacties en cumulatieve of beschermende effecten. Die studies doen immers vermoeden dat de voorspellende waarde van een factor versterkt of afgezwakt kan worden door de aanwezigheid van één of meerdere factoren. Die interactieve en longitudinale fenomenen werden onlangs met de naam “ontwikkelingscascaden” beschreven en in België met het onderzoeksprogramma H2M (*Hard-t(w)o-Manage Children*) bestudeerd. Via een multidisciplinaire aanpak werd er met dit programma geprobeerd om de oorzaken van de gedragsstoornissen te achterhalen door een vroegtijdige diagnose van kinderen van 3 en 4 jaar, die bij de arts aangemeld waren met als hoofdklacht de aanwezigheid van gedragsstoornissen. Deze kinderen werden gedurende drie jaar om de zes maanden door een multidisciplinair team geëvalueerd. Er werd een vergelijking met een controlegroep uitgevoerd.

Met deze studie heeft men kunnen aantonen dat kinderen tussen 3 en 5 jaar die qua persoonlijkheid en cognitieve functies een hoger risico op gedragsstoornissen vertoonden, 6 maanden later die geëxternaliseerde stoornissen bleken te hebben ontwikkeld; deze stoornissen beïnvloedden na 12 maanden op hun beurt de relaties met hun leeftijdsgenoten, met hun broertjes en zusjes en met hun ouders op negatieve wijze.

3.3 Omgevingsaspecten

3.3.1. Het gezin

Het gezin waarin het kind opgroeit, blijft de belangrijkste context voor zijn fysieke, psychologische en sociale ontwikkeling; de eerste fase van zijn ontwikkeling wordt bepaald door de ontwikkeling van de hechting aan de volwassenen die voor hem zorgen. Het gaat hier meestal om een veilige hechting, waardoor het kind zich kan socialiseren in een a priori gevoel van vertrouwen in zichzelf en de anderen. Maar de gehechtheid kan ook ambivalent-onbeveiligd zijn (het kind blijft in zijn relatie met volwassenen in zekere zin angstig) of nog vermijdend-onbeveiligd (het kind streeft naar autonomie, neemt afstand op een moment dat het nog niet oud genoeg is om de juiste hulpmiddelen te vinden). Wanneer de gehechtheid ten slotte chaotisch is, verliest het kind zijn ontwikkelingsvaardigheden, het raakt gedesorganiseerd en is niet in staat om zijn persoonlijke en sociale ontwikkeling voort te zetten.

De vormen van onbeveiligde en chaotische hechting kunnen vroegtijdige ontwikkelingsmoelijkheden verklaren, ook al kan het kind vervolgens andere hulpbronnen vinden (veerkrachtconcept).

Andere risicofactoren staan in verband met de familie: een verstoorde communicatie, een bestraffende en inconsistente ouderlijke tucht, slechte behandelingen, gebrek aan kansen en aanmoediging, een context van sociaal isolement en instabiliteit of de aanwezigheid van een broer of zus met een gedragsstoornis.

Er zijn ook factoren eigen aan de ouders, zoals een antisociale persoonlijkheid bij één van de ouders, middelenmisbruik, postnatale depressie of vroegtijdige zwangerschappen.

Al die factoren raken onderling gecombineerd en beïnvloeden elkaar wederzijds, maar ze worden ook door beschermingsmaatregelen die versterkt kunnen worden, beïnvloed. Zo kunnen er vijf bestanddelen van de ouderlijke rol een beschermende rol spelen: liefde en een band schenken, superviseren en observeren, leiding uitoefenen, als model en raadgever fungeren, een extrafamiliale ondersteunende omgeving bieden.

3.3.2. Sociaal-economische omgeving

De aanwezigheid van risico- en beschermingsfactoren in het gezin wordt overigens gekoppeld met de socio-economische omstandigheden van het gezin. Die correlaties tussen socio-economische variabelen en de ontwikkeling van pathologische symptomen kunnen nochtans moeilijk uitgelegd worden, want de onderzoeken ter zake zijn uiterst moeilijk om uit te voeren. De instrumenten om het belang van de sociale factoren en de huidige levensomstandigheden bij de ontwikkeling van die stoornissen te beoordelen, moeten nog ontwikkeld worden, terwijl de nadruk lange tijd gelegen heeft op de constitutionele factoren van het kind of zijn verleden en zijn prille kindertijd als etiologie van de gedragsstoornissen. Het aantonen van die sociale dimensie kan ruimere preventie- en interventiestrategieën van de gedragsstoornissen mogelijk maken.

Uit sociologisch onderzoek blijkt dat de bestempeling van het kind of de jongere als "gewelddadig" meestal te beperkt was, aangezien er geen rekening gehouden werd met het geweld in de maatschappij die tot dat gewelddadig gedrag bijdraagt. Momenteel zijn er verschillende studies die afwijkend gedrag van jongeren in de verschillende leefomgevingen, in het bijzonder de schoolcontext, het gezin en de jongerengemeenschap, bestuderen. De straatcultuur (*street culture*) neemt hier een centrale plaats in. Er werd bijvoorbeeld aangetoond dat een jongere wiens identiteit gestigmatiseerd is door mislukkingen op school en wegsturing nieuwe waardigheid of prestige zoekt via het gedrag in de *peergroep* die gebroken heeft met of in opstand is tegen de regels van de school. Het afwijkend gedrag op school of in de maatschappij vindt dus zijn oorsprong in de fenomenen van wegsturing en uitsluiting van school.

De notie "mannelijkheid" is ook essentieel bij het nadenken over bendedgedrag. Studies hebben het initiatietraject van de jongere in een bende in de straatcultuur en de onderwereldeconomie beschreven en hebben tevens aangetoond dat

die socialisatie van de regels van de bende als bron van prestige in concurrentie treedt met de socialisatie van een schoolinstelling die soms verzwakt of in diskrediet is gebracht. De valorisering in de straatcultuur maakt het mogelijk om een alternatief te vinden voor beroepsdiskwalificatie en sociale kansarmoede.

Andere onderzoeken hebben overigens het belang van de sociale samenhang aangetoond om het geweld in de wijken te verlagen. T.o.v. het geweld zijn individueel en familiaal werk vaak onvoldoende. Het moet aangevuld worden met sociaal of gemeenschapswerk toegespitst op de leefwijken en de sociale samenhang.

3.3.3. Onderwijs

Het doel van de school is om kinderen intellectueel, sociaal en emotioneel op hun rol in de samenleving voor te bereiden. Ze speelt een belangrijke rol in het overdrachtsproces van de cultuur. Gelet op de normatieve en instructieve doelstellingen van het schoolbezoek en de sterk door normen gestructureerde omgeving, is het normaal dat de school getuige is van de psychologische ontwikkelings-evolutie van allerlei gedragsproblemen.

De school speelt een weinig oorzakelijke rol in het ontstaan van gedragsstoornissen. Ze is meer dan elders de omgeving waarin gedragsstoornissen tot uiting komen en geregistreerd en/of gesanctioneerd worden. Men spreekt in feite van een interactie in twee richtingen tussen onderwijs en gedragsstoornissen. De school kan immers een sleutelrol spelen als potentiële beschermingsfactor, maar kan ook (onvrijwillig) een verergerende factor zijn. Kinderen en jongeren vatbaar voor gedragsstoornissen spitsen zich toe op krachtmetingen en reageren op gedragsregels en autoriteit vaak negatief met provocatie. Wanneer de school deze laatste opnieuw bevestigt, bestaat het risico dat de situatie escaleert. Gedragsproblemen kunnen ook negatieve reacties teweegbrengen van het schoolpersoneel, een escalatie van sancties en provocaties en vermijdingsgedrag of zelfs schoolverlating, (zelf)uitsluiting die ertoe aanzet om het gezelschap van andere jongeren in dezelfde situatie op te zoeken wat een laag zelfwaardegevoel meebrengt. De agressieve gedragingen kunnen voorts bij leerlingen en leerkrachten een onveiligheidsgevoel veroorzaken, wat tot absentisme bij eerstgenoemden en demotivatie bij laatstgenoemden kan leiden.

Men onderscheidt in feite vier vormen van asociaal gedrag op school: delinquent gedrag (vandalisme, diefstal, enz.), statusdelicten (bv. spijbelen), het regelmatig overtreden van belangrijke gedragsregels (bv. verstoren van de les) of nog fysiek agressief gedrag. Dit gedrag verschijnt al in de kleuterschool, maar brengt op dat ogenblik weinig gevolgen met zich mee. Het gedrag vermindert vervolgens in omvang (maar de gevolgen ervan worden ernstiger) en handhaaft zich uiteindelijk tussen elf en achttien jaar. De sociale agressiviteit zelf neemt toe (pesten).

Naar aanleiding van de vaststelling dat de onderwijssector er hoe langer hoe minder in slaagt om oplossingen voor moeilijke gedragingen te vinden, hebben de overheidsinstanties gevraagd om studies over het probleem uit te voeren.

Om methodologische redenen is het nochtans zeer moeilijk om de omvang van het probleem in te schatten: men stelt vast dat de frequentie van het gedrag tegen de normen rond 15-16 jaar het hoogst ligt, dat het meestal om jongens gaat, dat de fysieke agressie zich meestal tussen leerlingen en buiten de school afspeelt.

De frequentie van de verschillende soorten gedragsstoornissen varieert volgens het schooltype, hoewel die verschillen verdwijnen wanneer men rekening houdt met de schoolachterstand van de leerlingen. De geweldincidenten zouden ook toenemen wanneer men vaker een beroep doet op pedagogische praktijken die de best presterende leerlingen begunstigen. Een beperkte groep jongeren zou regelmatig meerdere feiten plegen, maar het grootste deel van de feiten zou eigenlijk maar weinig gepleegd worden.

Verschiedende factoren kunnen de aanwezigheid van problemen op school beïnvloeden, zoals duidelijk gestelde regels die streng bewaakt worden, de schoolatmosfeer en de interactie tussen leerkrachten en leerlingen of nog de graad van sociale uitsluiting en het systematisch doorverwijzen van moeilijke leerlingen naar een zwakkere studierichting.

De evolutie van de huidige maatschappij kan eveneens een invloed uitoefenen: autoriteit is vandaag de dag niet meer vanzelfsprekend en die van de school wordt vaak openlijk in vraag gesteld. De toegenomen culturele ongelijkheid tussen leerlingen bemoeilijkt de overdracht van waarden op school.

Om daaraan het hoofd te bieden beklemtonen verschillende auteurs de noodzaak van samenwerking en coördinatie tussen alle betrokken actoren, met name het kind of de jongere, de ouders, de school, het begeleidingscentrum, de bijstand, de artsen, de politie, het gerecht, enz.

Er kunnen tal van initiatieven in de school genomen worden: het opstellen van een scenario met daarin een hiërarchie aan maatregelen, een betere aanpassing van het studieprogramma aan het niveau van de leerling, optimale en realistische aanpassing van het aantal leerlingen per leerkracht, de uitwerking van reglementen waarbij ook de leerlingen inspraakrecht krijgen. In het curriculum een opleiding in sociale vaardigheden opnemen (op cognitief, emotioneel en gedragsvlak) kan ook nuttig zijn. Tegen het repetitief afwijkend gedrag moet er onmiddellijk gereageerd worden en de jongere moet met zijn grenzen geconfronteerd worden. In het geval dat het gedrag blijft aanhouden, kan er beslist worden om het kind of de jongere tijdelijk van school te sturen (*Time Out*-procedure), waarbij wegzenden uiteraard de laatste te nemen maatregel vormt. Het is vooral belangrijk om een positieve sociale samenhang met kinderen en jongeren aan te knopen om aldus de negatieve spiraal om te keren.

Naast de specifieke opvang van leerlingen met problemen dienen er ook ondersteuningsprocedures voor het lerarenkorps opgezet te worden, meer bepaald via een aangepaste opleiding zodat de leerkrachten over meer instrumenten beschikken die een constructieve benadering van gedragsstoornissen toelaten.

3.3.4. Conclusie

Verschillende psychologische processen komen dus bij de ontwikkeling van gedragsstoornissen aan bod. Die kunnen ook hun oorsprong vinden in de omgevingsomstandigheden waarin het kind sedert zijn geboorte (en misschien ook ervoor!) leeft, verbonden met ouderfiguren, andere familieleden, de familie in ruime zin, de buurt, de maatschappij.

Deze omgevingsvariabelen interageren op verschillende niveaus met de biologische en psychologische processen. Dat kan zowel een fysieke, psychologische en sociale ontwikkeling bevorderen als problemen teweegbrengen. Gedragsstoornissen kunnen derhalve het resultaat zijn van verschillende factoren van individuele en sociale aard. Voor elk kind is een individuele analyse nodig om de meest aangepaste hulp te bepalen.

4. DIAGNOSE

De diagnose van de gedragsstoornissen bij kinderen en jongeren moet een beschrijvend en verklarend gedeelte bevatten om tot relevante interventiepunten te komen.

Met de beschrijvende diagnose kunnen het bestaan en de ernst van de gedragsstoornis op basis van een internationaal gevalideerd indelingssysteem zoals DSM-IV of de ICD (*International Classification of Diseases – WGO*), bepaald worden. Die indeling moet met een schatting van de intensiteit van de symptomen aangevuld worden. Daarvoor moeten (semi)gestructureerde klinische interviews gehouden worden.

Maar deze diagnose is enkel descriptief. Om te begrijpen wat er aan de hand is en hoe het kind, en meestal ook het gezin, geholpen kunnen worden, moeten er ook andere factoren zoals risico- en veerkrachtfactoren, individuele en contextuele leefprocessen duidelijk geïdentificeerd worden om de gepaste preventie- en interventiemiddelen te bepalen.

Kinderen en jongeren hebben hun eigen uitdrukkingsvaardigheden en zij vragen zelden hulp. Daarom moet een *multi-agent-, multi-method* benadering toegepast worden waarbij de zoekingsbronnen en -methoden uitgebreid worden (en waarbij de jongere naargelang de leeftijd stijgt, steeds meer betrokken wordt).

De individuele kenmerken moeten altijd beoordeeld worden. De ontwikkeling van het kind moet onder alle invalshoeken door middel van een gestructureerde anamnese van de ontwikkeling bekeken worden. Bijzondere aandacht dient besteed te worden aan het intellectuele niveau, aan wat er intrapsychisch meegemaakt werd, aan de aanwezigheid van geassocieerde pathologieën (posttraumatische stress, internalisatieproblemen, enz.). Deze beoordeling moet vanaf de beginfase van de diagnose ook een risicobeoordeling (voor de anderen en voor het kind zelf) bevatten. Dat kan geschieden via een (semi)gestructureerd interview, een onderzoek, een intelligentietest. Er bestaan ook andere gestandaardiseerde instrumenten om de meer dynamische aspecten van het functioneren te beoordelen.

De familiale dimensies moeten eveneens geïdentificeerd worden, met name de familiale belasting als risicofactor, de in de familie aanwezige modellen, de rol van elk lid, de opvoedingswaarden.

Aangezien gedragsstoornissen meer specifiek gedefinieerd worden t.o.v. een welbepaalde sociale context moet men ook de sociale omgeving alsmede de context en de cultuur waarin de stoornissen evolueren, bekijken. Gestandaardiseerde instrumenten (interviews) kunnen dienen om stresserende gebeurtenissen, sociaal-economische moeilijkheden of aanpassingsmoeilijkheden en dissonanties tussen het persoonlijk identificatieproces van het kind en dat wat door de familie en de sociaal-culturele context opgelegd worden, te identificeren. Die dissonanties vormen uiteraard risicofactoren.

Zo wordt men ertoe gebracht om in elk geval een geheel van risicofactoren en factoren van bescherming en veerkracht te identificeren.

Een diagnose stellen volgens die richtlijnen van goede praktijkvoering vergt tijd, opleiding en personeel, iets waarover niet alle hulpcentra beschikken. De goede praktijken, ook al zijn ze goed gekend, zijn aldus dikwijls moeilijk toepasbaar. De formele diagnose van het gedragsfunctioneren kan bijgevolg niet altijd correct gesteld worden.

5. GEASSOCIEERDE STOORNISSEN (COMORBIDITEIT)

Er bestaan verschillende stoornissen die met de gedragsstoornis geassocieerd worden. Ze werken cumulatief, beïnvloeden elkaar en beperken de middelen tot aanpassing bij de jongeren die met deze stoornissen behept zijn. Sommige risicovolle of agressieve gedragingen kunnen tragische gevolgen hebben. Jongens met een gedragsstoornis lopen drie- tot viermaal meer gevaar om vóór hun 30^{ste} te sterven dan jongens die deze stoornis niet vertonen.

Deze factoren, oorzaken, gevolgen of factoren die eenvoudig met de gedragsstoornis gecorreleerd zijn, moeten worden geïdentificeerd om de preventie- en interventieacties beter te kunnen sturen.

5.1 Aandachtsstoornissen met hyperactiviteit (ADHD) en Oppositionele Stoornis met Provocatie (OSP)

Gedragsstoornissen komen vaker voor wanneer gedurende de kindertijd zowel ADHD als OSP aanwezig is.

Deze drie stoornissen beginnen over het algemeen op hetzelfde moment in de loop van de eerste kinderjaren en beïnvloeden elkaar vervolgens wederzijds tot in de puberteit.

De comorbiditeit van gedragsstoornissen en ADHD wordt over het algemeen geassocieerd met een verergering van de symptomatologie van elke stoornis afzonderlijk en een toename van het lijden (beperkte relaties en isolement, sociale en schoolproblemen worden erger met de tijd, meer antisociaal en onwettelijk gedrag).

Een kwart van de kinderen met OSP vertoont ook een gedragsstoornis. Dit brengt een moeilijk ontwikkelingstraject met zich mee. De associatie tussen OSP en fysieke agressiviteit vormt bijvoorbeeld een predisponerend element voor een antisociale persoonlijkheid bij volwassenen. De toekomstperspectieven in termen van ontwikkeling zien er dus niet rooskleurig uit.

5.2 Middelenmisbruik

Gedragsstoornissen en misbruik van stoffen vindt men vaak samen terug. Ze beïnvloeden elkaar wederzijds, met name doordat die associatie de aanpassingsmoeilijkheden in dergelijke mate verergerd dat het normale leven van de personen vaak in gevaar komt.

5.3 Stemmings- en angststoornissen

Ze worden, ongeacht de leeftijd, met de gedragsstoornis geassocieerd (drie- tot viermaal frequenter bij kinderen met een gedragsstoornis).

Gevoelens van onbehagen of slecht humeur beklemtonen de agressiviteit en het geweld en omgekeerd. De gedragsstoornissen worden ook vaak met een grotere frequentie van zelfmoordpogingen bij jongeren geassocieerd.

Voorts zou angst bij het kind een beschermend effect op de gedragsstoornis uitoefenen. Jonge kinderen met angst lijken vaak beter aangepast en minder agressief dan wanneer er enkel een gedragsstoornis aanwezig is. Dit effect blijft jammer genoeg niet duren na de kindertijd. Vrees en inhibitie te wijten aan angst zouden kinderen en jongeren in feite moeten beschermen tegen talrijke risicofactoren, terwijl sociale teruggetrokkenheid en isolement die vervolgens zouden versterken.

5.4 *Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)*

Dit lijkt de meest comorbide angststoornis met de gedragsstoornis te zijn. Verder is die geslachtsspecifiek: meisjes met een gedragsstoornis lopen meer gevaar om PTSD te vertonen dan jongens. De verklaring voor dit geslachtsverschil kan gelegen zijn in de aard van het trauma (seksueel geweld, lichamelijke agressie, enz.).

5.5 Sociale uitsluiting

De kinderen die een gedragsstoornis vertonen, vooral als het om het "slecht gesocialiseerde" type gaat, hebben de neiging om aan anderen vijandige gevoelens toe te schrijven, wat tot sociale uitsluiting leidt.

Verworpen kinderen leggen hun agressiviteit aan de dag en onderhouden conflicten, wat de symptomatologie van de gedragsstoornis versterkt.

Sociale uitsluiting draagt ook bij tot het smeden van banden tussen kinderen met een gedragsstoornis en bevordert aldus de chroniciteit en intensiteit van hun stoornis.

5.6 Schoolmoeilijkheden

Jonge kinderen van wie het gedrag steeds oppositiever wordt, kunnen uiterst negatieve reacties van leerkrachten krijgen en door hun gelijken verworpen worden. Hun schoolrendement vermindert en bij het begin van de puberteit raken ze meer aan afwijkende invloeden van hun gelijken blootgesteld. Het gevaar voor middelengebruik, delinquente handelingen en schoolmislukkingen ligt dan hoog.

Daarnaast blijkt dat kinderen met een zwak schoolrendement tweemaal zoveel gevaar lopen om zich agressief of delinquent te gedragen dan kinderen met een gemiddeld rendement. Het agressieve gedrag zou ook vroeger, chronischer en ernstiger tot uiting komen.

5.7 Risicogedrag

Risicogedrag doet zich voor in de vorm van gevaarlijk rijgedrag, boulimie, pyromanie, onbeschermde seksuele contacten, zelfmoordpogingen of pogingen tot zelfverminking, misbruik van stoffen, enz. Het is dus meer bepaald toe te schrijven aan impulsiviteit of een lage frustratietolerantie, alsmede aan een neiging tot afwijkend gedrag t.o.v. de norm en/of de veiligheidsdrempel of nog hun cognitieve onvermogen om de negatieve gevolgen van hun handelingen in te schatten.

5.8 Psychopathische persoonlijkheidsstoornis (PPS)

Het gaat om een diagnose die enkel bij meerderjarigheid gesteld kan worden, maar belangrijke voortekens kunnen tijdens de hele ontwikkeling geïdentificeerd worden. Daarmee kan er een onderscheid gemaakt worden tussen gesocialiseerde en slecht gesocialiseerde gedragsstoornissen.

PPS maakt geen voorwerp uit van een officiële diagnose van DSM-IV, maar omwille van haar kenmerken bestaat er daaromtrent een brede klinische consensus en heeft ze betrekking op affectieve, cognitieve, interpersonele en gedragsdomeinen. De kenmerken van het PPS-gedragsstype liggen dicht bij de diagnostische criteria van de gedragsstoornis in DSM-IV. Wanneer de affectieve kenmerken opduiken, wijst dit op een slecht gesocialiseerde gedragsstoornis. De gedragsproblemen hebben in dit geval een meer vroegtijdige oorsprong en de inbreuken zijn ernstiger, het geweld groter en de behandelmogelijkheden lager.

De *Psychopathy Checklist (PCL-R)* is het enige internationaal aanvaarde middel om een PPS-diagnose te stellen. Om na te gaan of een delinquente minderjarige als psychopathisch bestempeld kan worden, beschikt men voor het ogenblik in de klinische praktijk evenwel enkel over de versie voor jongeren van de *Psychopathy Checklist* (de PCL: YV) en voor de opsporing ervan over de *Childhood Psychopathy Scale*. De PCL: YV veronderstelt echter een (psychosociaal, psychiatrisch en juridisch) dossier dat omstandig genoeg is en waarin de ontwikkeling van de jongere in de verschillende domeinen van het leven gedocumenteerd is.

Een PPS-diagnose bij een jongere stellen betekent niettemin altijd hem stigmatiseren. Men weet overigens dat de voor een gevalideerde PPS als belangrijk beschouwde kenmerken voor jongeren niet zomaar eenvoudigweg naar schoolgaande kinderen vertaald mogen worden.

Gelet op het feit dat de doeltreffendheid van de behandelingen van de gedragsstoornissen afneemt met de leeftijd, is het belangrijk om vroegtijdig in te grijpen. De identificatie van die voortekens van het psychopathische type maken het mogelijk om de vroegtijdige interventies doelgerichter en dus doeltreffender te maken – bijvoorbeeld door de nadruk te leggen op het stimuleren van een prosociale ontwikkeling.

De aanwezigheid van psychopathische kenmerken kan dus helpen om het onderscheid te maken tussen verschillende subgroepen van jongeren met gedragsstoornissen en om op basis daarvan een betere preventie en een meer doelgerichte behandeling te organiseren.

Sommige studies wijzen erop dat het bestaan van een psychopathie, zodra die vastgesteld is, stabiel blijft in de loop der tijd. Men stelt in de praktijk nochtans vast dat enkel bij een minderheid van de jongeren die op de leeftijd van dertien jaar een hoge PPS-score halen, op de leeftijd van 24 jaar een formele PPS-diagnose gesteld zal worden. Het zijn vooral de affectieve en interpersoonlijke moeilijkheden die het minst met de leeftijd blijven duren.

Bij jongeren van dertien jaar werd er overigens geen enkele beschermingsfactor geïdentificeerd, behalve misschien de communicatiekwaliteit tussen de jongere en zijn ouders.

De prognose-invloed van die kenmerken verschilt naargelang van de leeftijd waarop die vastgesteld werden. De jongeren met hoge scores voor de kenmerken van de psychopathie lopen een hoger risico om op volwassen leeftijd een ernstig antisociaal gedrag te ontwikkelen.

Studies betreffende elementen die tot een matiging van de evolutie van de psychopathische kenmerken en hun gevolgen op het antisociaal gedrag kunnen leiden, zijn erg recent. Men weet nog niet goed of, en zo ja, hoe de prognostische negatieve evolutie van de problematische kenmerken zoals kilheid/emotionele oppervlakkigheid, grootsheid en impulsief niet-gesocialiseerd sensatiezoeken tot de vorming van een PPS, vermeden of omgebogen kan worden.

6. INTERVENTIE

6.1 Universele preventie

Een maatschappij moet voldoende aandacht aan de leefomgeving van alle kinderen besteden. Het internationale verdrag voor de rechten van het kind beklemtoont bv. het belang om te kunnen spelen (men moet daarvoor de nodige ruimten en infrastructuren voorzien) en zijn vrienden te ontmoeten (ontmoetingsmogelijkheden begunstigen).

Men moet ook de ouders ondersteunen bij de socialisering van hun kinderen, met name via het schoolsysteem (aanleren van sociale vaardigheden) of door de betrokkenheid van jongeren bij het maatschappelijk leven te bevorderen.

Jongeren hebben eveneens behoefte aan een identiteit: men moet erover waken dat de aantrekkingskracht van de gewelddadige identiteit afneemt. Opdat kinderen en jongeren dit belangrijke deel van hun zelfwaarde, verbonden met hun voortgang in het leerproces, niet zouden verliezen, moeten de moeilijkheden op school vroegtijdig opgespoord en verholpen worden.

In de huidige maatschappij met zijn toegenomen mobiliteit en nieuwe maatschappelijke levensvormen beschikken de ouders ook minder vaak over hulp van hun ouders of familie bij hun opvoedingstaak. De maatschappij kan dit compenseren door voor alle gezinnen met kinderen van 0 tot 7 jaar in hulp te voorzien, zoals het *Office de la Naissance et de l'Enfance* (ONE) of Kind & Gezin. Dit hulpaanbod bij de opvoeding kan verruimd worden zodat alle gezinnen begeleid worden en dat niet alleen bij de opvolging van de lichamelijke ontwikkeling, maar ook in het kader van de opvoeding en de psychosociale ontwikkeling van hun kind.

Het idee van vroege, systematische en volgens de omvang van de interventie gelaagde opvoedingshulp werd in het programma *Triple P* (*Positive Parenting Program*) concreet uitgewerkt. Dit programma bestaat uit vijf niveaus gaande van universele preventie (niveau 1) tot specifieke vaardigheidstrainingen in geval van problemen (niveaus 2 tot 5). De ouders worden aangemoedigd om voor hun kinderen een veilige en betrokken familiale omgeving te scheppen. Dit programma werkt pluridisciplinair en op basis van een opleiding van de beroepsbeoefenaars in het veld (alle types).

Afkomstig van verschillende theorieën (sociaal leren, operant leren, ontwikkelingspsychopathologie, ecologische theorieën enz.) is het op 5 grote beginselen gebaseerd.

Triple P richt zich aldus op betekenisvolle vormen van sociale context voor ouders (school, kinderopvang, werkomgeving enz.). De aan de ouders verstrekte informatie kan op de veranderende behoeften van kinderen toegepast worden. De intensiteit

van de interventies verschilt in functie van de behoeften, waarbij voldoende een minimaal ondersteuningsniveau aangeboden wordt opdat de ouders hun kinderen zelf zouden kunnen opvoeden. Het interventietype kan ook verschillen (interviews, groepen, telefonische ondersteuning, enz.).

Triple P verwezenlijkt dit bij 5 verschillende ontwikkelingsfasen: zuigelingen, heel kleine kinderen, jonge kinderen, kinderen (op lagere schoolleeftijd) en jongeren. Dit programma, dat al in vele landen aanwezig is, wordt ook in Vlaanderen op zijn doeltreffendheid beoordeeld.

6.2 Selectieve Interventies

Selectieve preventie richt zich tot kinderen en jongeren die, gelet op de aanwezigheid van (biologische, psychologische en sociale) risicofactoren, een verhoogd risico lopen om gedragsstoornissen te ontwikkelen.

Er bestaan verschillende preventieprogramma's en sommige daarvan werden empirisch gevalideerd zoals in *Triple P* (niveaus 2 en 3). Die richten zich vooral op het kind of de jongere zelf of op zijn ouders of de school en de omgeving in ruime zin. Er wordt vaak een onderscheid gemaakt in functie van de leeftijd van het kind, met name het zeer jonge kind (0-3), het oudere kind (3-12) en de jongere (>12).

De programma's voor selectieve preventie voor jonge kinderen richten zich hoofdzakelijk tot de ouders (raadgevingen tijdens huisbezoeken of elders) en zijn vooral doeltreffend wanneer ze bij de zwangerschap beginnen.

Er bestaan in België "Opvoedingswinkels" die een voor iedereen gemakkelijk toegankelijke ondersteuning voor de opvoeding aanbieden.

Andere in het buitenland gebruikte preventieprogramma's werden gevalideerd, zoals het *Montreal prevention experiment* en het *Elmira home visitation-project*, dat zich tot moeders van minder dan 19 jaar met een laag sociocultureel niveau richt en huisbezoeken en opleiding aan de ouderrol koppelt.

De beste resultaten worden behaald wanneer de ouderprogramma's gecombineerd worden met interventies gericht op de ontwikkeling van de sociale, emotionele en cognitieve vaardigheden van het kind zelf, zoals de *Perry Preschool Project Programs* of het *Fast Track Program*, dat selectieve preventie aan universele preventie koppelt.

Bij oudere kinderen met ernstigere gedragsproblemen kunnen gespecialiseerde beroepsbeoefenaars ingeschakeld worden die zich in de school of de buurt richten op spijbelen, pesten, afpersing en andere probleemgedragingen.

De *Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS)* bijvoorbeeld probeert bij lagere schoolkinderen de beschermingsfactoren te versterken en de risicofactoren te verminderen, door ernaar te streven nieuwe sociale en emotionele vaardigheden te ontwikkelen.

Het *Olweus Bullying Prevention Program* strekt ertoe om het agressie- en conflict-niveau in de instellingen (lagere en middelbare scholen) te verminderen.

Het *Seattle Development Project* ten slotte strekt ertoe om de risicogedragingen in de puberteit te voorkomen door de banden met familie en school via opleidingen te versterken om op de risicofactoren in te werken.

6.3 Ambulante interventies

Wanneer er zich belangrijke gedragsmoeilijkheden ontwikkelen zijn gespecialiseerde interventies noodzakelijk. Een farmacotherapeutische behandeling kan aangewezen zijn, maar die leidt tot geen enkele blijvende verandering in het gedrag. Interventies zijn dus noodzakelijk om in te werken op psychologische en sociale parameters. Er bestaan nog verschillende empirisch gevalideerde behandelingen, gebaseerd op de cognitieve psychologie, de ontwikkelingspsychologie, de psychologie van het leren en de persoonlijkheid enerzijds en op de sociale psychologie en de kennis van de werking van de relationele netwerken (familie, school, kameraden en ruimere sociale omgeving) anderzijds.

Alle familietherapieën zijn overigens gericht op de opleiding in ouderlijke vaardigheden (bijvoorbeeld met het programma *Living with children* of de *Home video training*). Die opleiding bestaat erin om een positieve houding t.o.v. het kind te begunstigen (bv. er tijd voor maken) en om concrete opvoedingsvaardigheden te ontwikkelen. De ouders leren om hun kinderen een prosociaal gedrag in te prenten dat de regels eerbiedigt (door duidelijk hun verwachtingen te formuleren, door de gewenste houding te bevestigen en enkel in tweede instantie door verzwakkers of andere technieken zoals de time-out – cf. supra - te gebruiken).

Afhankelijk van de leeftijd van het kind of de jongere, de aard en de ernst van de problemen en het doel van de interventie kan de training in ouderlijke vaardigheden ingebed zijn in en aangevuld worden met andere interventies.

De niveaus 3 tot 5 van het *Positive Parenting Program* (zie supra) stellen ook een behandeling voor de belangrijke gedragsproblemen voor (alsook de *Stepping Stones* voor ouders van kinderen met een ontwikkelingsachterstand en/of een handicap).

De functionele gezinstherapie spitst zijn werking toe op moeilijk toegankelijke gezinnen met meervoudige problemen en grijpt in drie verscheidene fasen in (inzet en motivatie, ouderlijke vaardigheden en communicatie in het gezin en veralgemening van de gunstige veranderingen in de relaties met de andere actoren in deze context).

Voor oudere kinderen met meer ernstige gedragsproblemen is de multisystemische therapie het meest onderzochte behandelingsmodel, dat goede resultaten oplevert. Op een systematische manier en met cognitief-gedragstherapeutische en systeemtheoretische methoden en technieken wordt er geïntervenieerd in de verschillende

systemen waar de jongere deel van uitmaakt, met name het gezin, de peergroep, de school, de werkomgeving, de buurt en de vrijetijdscontacten. Dit programma omvat een opleiding in ouderlijke vaardigheden en een individueel luik betreffende de sociale en academische vaardigheden van jongeren. Er wordt daarbij getracht om de contacten met de deviante peergroep zoveel mogelijk te beperken en de banden met conventionele ondersteunende groepen te begunstigen.

De multidimensionele gezinstherapie, die vele punten gemeen heeft met de multisystemische therapie, geeft de beste resultaten voor jongeren met gedragsproblemen die misbruik maken van stoffen (het bevat een speciaal instrument voor dit probleem). Het is de bedoeling om met de jongere een therapeutische verbintenis aan te gaan en daarbij in te werken op de risico- en beschermingsfactoren op verschillende niveaus om het hem mogelijk te maken een normaal ontwikkelingstraject te hernemen. Deze therapie werd onlangs in België uitgetest (*International Need for Cannabis Treatment – Multidimensionnal Family Therapy-project - INCANT – MDFT*).

Het *Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC)* is een interessant alternatief voor plaatsing in een instelling van jongeren die niet in hun eigen gezin kunnen blijven. Dit is immers duur en brengt het risico mee van uitbreiding van het arsenaal aan gedragingen van de jongeren die men samenbrengt en de resultaten ervan veralgemenen zich vervolgens niet altijd in de natuurlijke omgeving.

Dit programma biedt een opleiding aan het natuurlijke en opvanggezin aan om diens gedrag te veranderen en de integratie van de jongeren op school te verbeteren en hun contacten met niet-deviante *peers* te ontwikkelen. De resultaten zijn veelbelovend.

Als de ouders niet beschikbaar zijn of niet bereid om verder in de opvoeding te investeren, moet men aan alternatieven durven denken waarmee men een minimale positieve houding tegenover de jongere kan behouden. Werken met peetouders kan in dit geval een oplossing bieden.

De interventies gericht op het kind met gedragsstoornissen strekken er op hun beurt toe om sociale vaardigheden te verwerven en om de problemen te leren oplossen (zoals de *problem solving training*).

Nochtans zijn de effecten van de individuele behandelingen minder belangrijk dan die van de gezinsbehandelingen; de combinatie van beide levert de beste resultaten op (maar is ook duurder).

6.4 Interventies op school

Om het absentisme op school te bestrijden, dat in zijn ernstige vormen als een gedragsstoornis ("statutair misdrijf") beschouwd wordt, werden er verschillende doelgerichte interventies uitgewerkt.

De Vlaamse Gemeenschap heeft een geïntegreerde aanpak van het absentisme op school uitgewerkt ter voorkoming van dit gedrag door alle actoren uit de schoolcontext via 12 actiepunten te betrekken, waaronder informatiecampagne, sensibilisering van de artsen, werken aan een positief schoolklimaat, betere samenwerking tussen de school en de ouders, specifiek doelgroepenbeleid, zo nodig intensieve aanpak, spijbelregistratie en opsporing van de eerste tekens ter zake.

De Franse gemeenschap moedigt de instellingshoofden eveneens aan om plannen op te zetten ter bevordering van de schoolre-integratie, alsmede procedures voor het vermelden en opvolgen van onverantwoorde afwezigheden in samenwerking met de verschillende partners (PMS-centrum, schoolbemiddeling, diensten voor schoolre-integratie, mobiele teams, enz.).

De *Schoolwide Positive Behavior Support-methode* (positieve gedragsondersteuning door de hele school) is een systemische preventie- en interventieaanpak van uitdagend gedrag in de scholen, waarvan de doeltreffendheid empirisch beoordeeld wordt. Die bestaat uit een functionele analyse van de contextuele elementen die het verschijnen van de gedragingen beïnvloeden en vervolgens uit het aanleren aan de leerlingen van positieve gedragingen ter vervanging van het problematisch gedrag i.p.v. bestraffende procedures.

Die aanpak bestaat uit drie actieniveaus (universele, secundaire en tertiaire/geïndividualiseerde preventie) en omvat acties zoals het onderricht van sociale vaardigheden, ondersteuning op school, positieve versterking, klasactiviteiten of positieve geïndividualiseerde interventies (op het 3^e niveau).

Er kunnen op school ook welzijnshops ontwikkeld worden om de kinderen en jongeren te helpen bij het verwerven van psychosociale basisvaardigheden.

In Brussel worden er proefprojecten ontwikkeld om leerkrachten eerst op vrijwillige basis op te leiden in de kennis en de praktijk om jongeren te helpen essentiële dimensies van hun psychologische en relationele ontwikkeling te verwerven (bijvoorbeeld zelfwaarde, stressbeheer, conflictenbeheer, empathie, solidariteit enz.) en vervolgens om die leerkrachten te ondersteunen om in die zin bij leerlingen korte interventies te ontwikkelen.

6.5 Interventie in de wijk

Naast deze doelgerichte interventies bestaan er ook andere mogelijkheden van algemene prosociale interventies die kinderen en jongeren in moeilijkheden helpen. Die worden met name voorgesteld door de begeleidingscentra, de "Acties in een open omgeving", de OCMW's, enz. Ze zijn echter niet altijd goed gekend en ze beschikken niet altijd over voldoende middelen om hun functie tot een goed einde te brengen. Hun acties worden ook maar zelden beoordeeld.

De politie heeft uiteraard ook haar taak bij de preventie en interventie van gewelddaden door jongeren. Die zet daarvoor verschillende initiatieven op (peterschap, rollenspelen, rondetafels met de leerkrachten, enz.).

6.6 Residentiële interventies

Soms maken de relationele moeilijkheden en/of de ondoeltreffendheid van ambulante hulp de plaatsing van kind en jongere in een instelling noodzakelijk. Wanneer dit nodig is, is het doeltreffender dat die vroeg begint en aangepast is aan de speciale behoeften van de jongere (wat niet altijd mogelijk is gelet op het chronisch gebrek aan beschikbare plaatsen).

Wel mogen we niet uit het oog verliezen dat het in groep samenbrengen van gedragsgestoorde kinderen en jongeren het risico meebrengt van uitbreiding van het arsenaal aan afwijkend en agressief gedrag. De groepsbegeleider moet dus de interactieve processen voldoende kunnen structureren en er daarbij over waken dat hij de groep de vrijheid laat om zelf zijn verantwoordelijkheid op te nemen.

Een residentiële interventie moet opvangmodulen bevatten die gericht zijn op de diagnose, risicobeoordeling en het onderzoek van de misdrijven en andere op de motivatie. Ze moet uit kleine leefgroepen (4 tot 6 jongeren) bestaan. Het behandelprogramma moet intensief en gestructureerd zijn en een cognitieve gedragstherapie (opleiding in sociale vaardigheden, empathie, individuele ondersteuning) koppelen aan gezinsinterventies (gezinstherapie, opleiding in ouderlijke vaardigheden). De begeleiding in het zoeken naar werk en de interventies gericht op de schoolprestaties kunnen eveneens tot het welslagen bijdragen. Na de residentiële fase moet er een therapeutische opvolging komen en moet de jongere in zijn activiteiten van het dagelijkse leven gevolgd worden. Dit moet gedurende het verblijf in de instelling voorbereid worden.

Een residentiële omgeving moet ook multidisciplinair zijn, het personeel moet voldoende opgeleid en begeleid worden, de programmastructuur en de procedures moeten duidelijk zijn, en de verschillende opvangmodulen moeten op deugdelijke theorieën gebaseerd zijn.

De residentiële hulp voor de jeugd wordt in België door de Gemeenschappen georganiseerd en is betrekkelijk verscheiden. Er bestaat algemene hulp (Kinderzorgcentra en gezinsondersteuning, *l'Accueil* door *l'Office de la naissance et de l'enfance* (ONE), enz.) alsook gespecialiseerde residentiële hulp. Die omvat de hulpinstellingen voor gehandicapten en een hele reeks instellingen voor bijzondere jeugdzorg, waaronder verschillende privé-instellingen (opvangcentra, dagcentra, gezinshuizen, diensten voor pleegzorg, observatiecentra, enz.). Gespecialiseerde openbare hulpinstellingen voor jongeren kunnen minderjarigen opvangen die een als misdrijf gekwalificeerd feit gepleegd hebben.

De gemeenschapsinstellingen van de Vlaamse Gemeenschap die elk hun eigen school bezitten, bieden opvang en geïndividualiseerde orthopedagogische begeleiding door een pluridisciplinair team en ze betrekken de ouders hierbij in ruime mate. De openbare instellingen voor jeugdbescherming van de Franse Gemeenschap ontwikkelen eveneens geïndividualiseerde pedagogische acties met het oog op resocialisatie.

Als er in die openbare instellingen geen enkele plaats beschikbaar is, worden de jongeren in een gesloten federaal centrum toegelaten.

Er bestaan ten slotte ook nog door de federale overheid georganiseerde pediatrie en pedopsychiatrische diensten in de ziekenhuizen die jongeren met een geestelijke gezondheidsproblematiek kunnen opvangen.

Onlangs werden er eenheden met de naam FOR K opgericht om minderjarigen die een feit gepleegd hebben dat als een misdrijf bestempeld werd en die tegelijk een psychiatrische problematiek vertonen, op te vangen.

6.7 Farmacologische behandeling

Gelet op de verscheidenheid van de biopsychosociale factoren waarmee bij de ontwikkeling van een gedragsstoornis rekening gehouden moet worden, is opvang met geneesmiddelen nooit voldoende. Dat kan echter nuttig zijn wanneer de symptomen van die gedragsstoornissen ernstig van aard zijn of wanneer er andere ernstige comorbide stoornissen met een specifieke behandeling hun voordeel kunnen doen.

Er bestaat voor het ogenblik echter geen officiële farmacologische behandeling die voor de behandeling van gedragsstoornissen wordt voorgeschreven. Atypische antipsychotica zouden een snel en duurzaam effect hebben op agressiviteit en impulsiviteit en ze worden vrij goed verdragen. Thymoregulators zijn veeleer bij stemmingswisselingen of bij bipolaire stoornissen aangewezen. Psychostimulantia zijn dan weer geïndiceerd wanneer de gedragsstoornis met een aandachtstoornis gepaard gaat.

7. AANBEVELINGEN

De meest doeltreffende interventies bij gedragsstoornissen zijn zoals zo vaak diegene die op preventie gericht zijn. Om het opduiken van die stoornissen te voorkomen is het vooreerst fundamenteel zich reeds bij de prille kinderjaren van hun welzijn en dat van hun familie te vergewissen. Die moet nl. bij de verwerving van voldoende bestaansmiddelen geholpen en in zijn opvoedingstaak ondersteund worden.

Daartoe moet de toegankelijkheid en de opleiding van de eerstelijng gezondheidszorg-beoefenaars verhoogd worden bij wie de ouders in een eerste fase hulp kunnen zoeken en waardoor de bestaande begeleiding tot de psychosociale ontwikkeling van het kind verruimd kan worden.

De ouders moeten ook van tijd tot tijd “vervangen” worden door bv. voldoende en kwaliteitsvolle buitenschoolse opvang.

Opvang van kleuters, sport- en cultuurvoorzieningen, stedelijke ordening zijn andere domeinen waarop men kan inwerken om de ontwikkeling van kinderen en jongeren zo goed mogelijk te doen verlopen, door hen de mogelijkheden te bieden om te spelen, elkaar te ontmoeten door hen verantwoordelijkheidsbesef bij te brengen en door zich die activiteiten en infrastructures gezamenlijk eigen te maken, wat hun sociale vaardigheden ten goede komt.

De school heeft eveneens een belangrijke rol bij de identiteitsopbouw van kinderen en jongeren en hun socialisering, waardoor die bijzondere aandacht verdient.

Er kunnen op school doelgerichte initiatieven ontwikkeld worden, zoals de *Schoolwide Positive Behavior Support*, of Welzijnsshops, die de kinderen en jongeren bij het verwerven van psychosociale basisvaardigheden helpen.

De opdrachten van de begeleidingscentra kunnen ook verruimd worden tot de emotionele en relationele aspecten van de ontwikkeling van het kind en op vroegere leeftijd beginnen.

Het is ook belangrijk erop toe te zien dat alle kinderen rond de leeftijd van 2 ½ tot 3 jaar de school aanvatten om zo moeilijkheden vroeg te kunnen detecteren.

De leerkrachten moeten zelf ook bij hun werk ondersteund worden, met name bij de opvolging van de psychosociale ontwikkeling van kinderen, wat een opleiding hieromtrent in hun basiscursus impliceert.

Ten slotte moeten de psychosociale vaardigheden van de leerlingen ontwikkeld worden, met name door hen verantwoordelijk te doen voelen bij de dagelijkse werking van de school.

De school, de directie en de leerkrachten moeten streven naar een blijvende positieve houding t.o.v. elke leerling, maar ook de vroegtijdige en samenhangende toepassing van de reglementen waarborgen, waardoor escalatie vaak vermeden kan worden. De voorziene sancties moeten getrappt, proportioneel, samenhangend, veeleer herstellend dan bestraffend of uitsluitend van aard zijn.

De school moet ook met het hele sociale netwerk rond jongeren samenwerken (geestelijke gezondheid, geneeskundige en psychiatrische zorg, politie, gerecht, jeugdhulp, enz.).

Als kinderen en jongeren gedragsmoeilijkheden vertonen, moeten die vroegtijdig geïdentificeerd kunnen worden en moeten de betrokken volwassenen (ouders, leerkrachten, enz.) in eerste instantie pogen om het probleem met eigen middelen te verhelpen. De interventies moeten volgens belangrijkheid ingedeeld worden. Het is immers niet altijd nodig om gespecialiseerde hulp in te zetten, met het risico dat de sector onnodig overbelast wordt.

Er dient dus psychologische hulp van de eerste lijn ontwikkeld te worden en de beroepsbeoefenaars die het vaakst met kinderen in contact komen, moeten beter opgeleid worden.

Voor de risicogroepen moeten er geïntegreerde preventieprogramma's komen die huisbezoeken voor de ouders, een opleiding in prosociaal gedrag voor de kinderen op school en een speciale ondersteuning voor leerkrachten omvatten.

Gelet op de verscheiden risico- en beschermingsfactoren bij deze problematiek moeten multidisciplinaire teams voor die vroegtijdige interventies zorgen. De toegang ertoe moet laagdrempelig zijn voor gezinnen en kinderen van alle mogelijke sociaal-economische milieus.

De opvoedingswinkels die aan elke ouder die er behoefte aan heeft, een toegankelijke en snelle hulp bij zijn opvoedingstaak bieden, zijn een voorbeeld van een doeltreffend en preventief initiatief dat gepromoot moet worden.

Indien nodig moet er vervolgens een beroep gedaan worden op meer gespecialiseerde hulp- en zorgvoorzieningen voor advies en eventuele opvang. Deze tweedelijnsvoorzieningen (zoals de centra voor geestelijke gezondheidszorg) moeten over de nodige middelen beschikken om correct te kunnen ingaan op de hulpvraag. De hulpverleners van de tweede lijn moeten bijvoorbeeld specifiek opgeleid worden om een biologische, psychologische en sociale diagnose te kunnen stellen en om de huidige op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde programma's te kunnen hanteren.

Het verstrekken van hulp bij gedragsproblemen en opvoedingsondersteuning moet als een onderdeel van de geestelijke gezondheidszorg beschouwd worden en binnen een duidelijk kader terugbetaald wordt. Deskundigen niet-medici (psycholoog, opvoeder, maatschappelijk werker, enz.) moeten in dit systeem opgenomen worden.

De interventies moeten in ieder geval een individuele behandeling aan een contextuele aanpak koppelen. Men moet met name cognitieve, ontwikkelings- en leertherapieën gebruiken. Bij meer ernstige gezinsproblemen moet men op een functionele gezinstherapie een beroep doen. Voor een complexe problematiek is de multisystemische therapie het meeste aangewezen.

De residentiële behandelingen (plaatsing van een kind) mogen pas gebruikt worden wanneer alle andere mogelijkheden uitgeput zijn en moeten bij voorkeur in een gezinskader (pleeggezin) geschieden.

De residentiële instellingen moeten over multidisciplinaire hulp, een duidelijk kader en voldoende opgeleide interveniërende personen beschikken en regelmatig beoordeeld worden. De nazorg en mogelijke maatregelen gericht op het herstel van de veroorzaakte schade of het bij anderen teweeggebrachte lijden (herstelbemiddeling, herstelgericht groepsoverleg, gemeenschapsdienst, leerproject, enz.), moeten worden versterkt.

De hulp- en zorgbehoeften van kinderen en jongeren in moeilijkheden met gedragsstoornissen vergen dus mettertijd opeenvolgende interventies van programma's met inzet van verscheiden disciplines en instellingen. Die moeten correct gecoördineerd worden, in het bijzonder door de overheidsinstanties die deze verschillende domeinen (gezondheid, opvoeding, justitie, enz.) onder hun bevoegdheid hebben. Op deze manier ontstaan samenhangende en aaneensluitende hulpverleningstrajecten.

Gelijktijdig moet de media nadenken over de manier waarop het afwijkend of delinquent gedrag bij jongeren (agressie, geweld, doodslag, verkrachtingen, enz.) wordt voorgesteld.

Ten slotte moet men ook meer het gevoerde beleid ter zake beoordelen en (retrospectieve en prospectieve) studies aanmoedigen die indicatoren omvatten, niet beperkt tot de gedragsstoornissen maar verruimd tot de algemene leefomstandigheden van de jongeren en hun familie, hun welzijn of hun onbehagen en zich meer op de leeftrajecten dan op de kenmerken van een bepaald ogenblik toespitsen.

Samenvatting

Gedragsstoornissen van jongeren houden verband met de neurobiologische bijzonderheden alsmede met de stijlvormen van psychologisch functioneren en ook – en vooral – met de leefomstandigheden. Vooral in het gezins- en schoolmilieu komen stoornissen tot uiting.

Het een en het andere moet – in synergie met elkaar – ook hulp en ondersteuning ter voorkoming van die moeilijkheden genieten, alsook bijstand en zo nodig zorg.

Hiertoe is het noodzakelijk dat:

1. de families over voldoende bestaansmogelijkheden beschikken;
2. de jongeren in aanvulling op de school over ontspanningsruimten beschikken waar ze elkaar kunnen ontmoeten, zich ontspannen, vriendschapsbanden aanknopen en zich openstellen voor andere waarden dan die ze oorspronkelijk aankleefden;
3. als er gedragsstoornissen opduiken, deze laatste het voorwerp uitmaken van vroegtijdige aandacht bij de familie en de school en dat de toegang tot eerstelijnsraadgevers laagdrempelig is (opvoedingswinkels, huisarts, pedagogen van medisch-psychologische centra, enz.);
4. de ontwikkeling bij jongeren van psychosociale en relationele vaardigheden deel uitmaakt van onderrichts- en educatieve programma's tijdens de schoolcursussen en dat de ouders ook er hun voordeel mee kunnen doen (*positive parenting program – Triple P*, Welzijnsshops, leergangen ouderlijke vaardigheden, enz.);
5. de beroepsbeoefenaars gespecialiseerd in bijstand, gesensibiliseerd worden voor de bijzondere aspecten van de gedragsstoornissen via het multidisciplinair karakter van de functies (geneeskundige maar ook andere zoals sociaal werk, animatie, pedagogie, enz.);
6. de overheidsinstanties bevoegd voor verschillende opdrachten (gezondheid, opvoeding, justitie) overleg plegen en hun acties coördineren;
7. bij gebrek aan andere oplossingen en indien plaatsing van een jongere onontbeerlijk is, dit bij voorkeur in een pleeggezin gebeurt;
8. indien het om een instelling gaat die de jongere herbergt, de programma's bij voorkeur gericht zijn op het pedagogische, dat de schade veroorzaakt door geweld het voorwerp uitmaakt van herstelactiviteiten en niet van uitsluiting en dat de sociale banden behouden blijven;
9. in elk bijzonder geval bij de interventies bij jongeren mensen uit de omgeving (familie, school, justitie indien nodig, enz.) betrokken worden;
10. ten slotte de verschillende preventie- en opvangprogramma's in hun geheel en in elk bijzonder geval opnieuw beoordeeld en, indien nodig, opnieuw georiënteerd worden.

8. SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP

Al de deskundigen hebben **op persoonlijke titel** aan de werkgroep deelgenomen. De namen van de deskundigen van de HGR worden met een asterisk * aangeduid.

De volgende deskundigen hebben hun medewerking verleend bij het opstellen van het advies :

BIJTETBIER Patricia	(Psychologie, KULeuven)
CELESTIN-WESTREICH Smadar*	(Psychologie, VUB)
DANCCKAERTS Marina*	(Kinder-en jeugdpsychiatrie, KULeuven)
DEBOUITE Dirk*	(Kinder-en jeugdpsychiatrie, UA)
DECOENE Stef	(Psychologie, KULeuven)
DE GUCHT Véronique*	(Sociale wetenschappen, Universiteit Leiden)
DEPREEUW Eric	(Psychologie, KUB)
DEVYVER Jean-Claude	(Psychologie – criminologie)
FRANÇOIS Anne	(Kinder-en jeugdpsychiatrie, HUDERF – ULB)
GALAND Benoît	(Psychologie, UCL)
GAUTHIER Jean-Marie	(Kinder-en jeugdpsychiatrie, ULg)
GLAZEMAKERS Inge	(Psychologie, UA)
GRIETENS Hans	(Psychologie, KUL)
LAFOSSE Christophe	(Neuropsychologie, UA)
MACQUET Claude	(Sociologie, ULg)
MAGEROTTE Ghislain*	(Psychologie, UMH)
PELC Isidore*	(Psychiatrie, ULB)
ROSKAM Isabelle	(Psychologie, UCL)
ROY Emmanuel	(Psychologie, UCL)
SMOLDERS Christiaan	(Psychologie, KUL)
SPAPEN Patrick*	(Psychologie, Brugmann – ULB)
STIEVENAERT Marie	(Psychologie, UCL)
VAN BROECK Nady	(Psychologie, UCL)
VIENNE Philippe	(Sociologie, ULB)

De volgende personen werden gehoord:

De Vos Bernard	(Délégué Général aux Droits de l'Enfant)
De Rycke Lieven	(Kinderrechtencommissariaat)
Haerden Hilde	(Opvoedingswinkel Gent)
Mauroy Marie Christine	(ONE)
Remue Jean Claude	(Federaal politie)

Het voorzitterschap werd verzekerd door **Isidore PELC** en het wetenschappelijk secretariaat door **Sylvie GERARD, Sandrine MARTIN, Anne-Madeleine PIRONNET.**

Over de **Hoge Gezondheidsraad** (HGR)

De Hoge Gezondheidsraad is een federale dienst die deel uitmaakt van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Hij werd opgericht in 1849 en geeft wetenschappelijke adviezen i.v.m. de volksgezondheid aan de ministers van volksgezondheid en van leefmilieu, aan hun administraties en aan enkele agentschappen. Hij doet dit op vraag of op eigen initiatief. De HGR neemt geen beleidsbeslissingen, noch voert hij ze uit, maar hij probeert het beleid inzake volksgezondheid de weg te wijzen op basis van de recentste wetenschappelijk kennis.

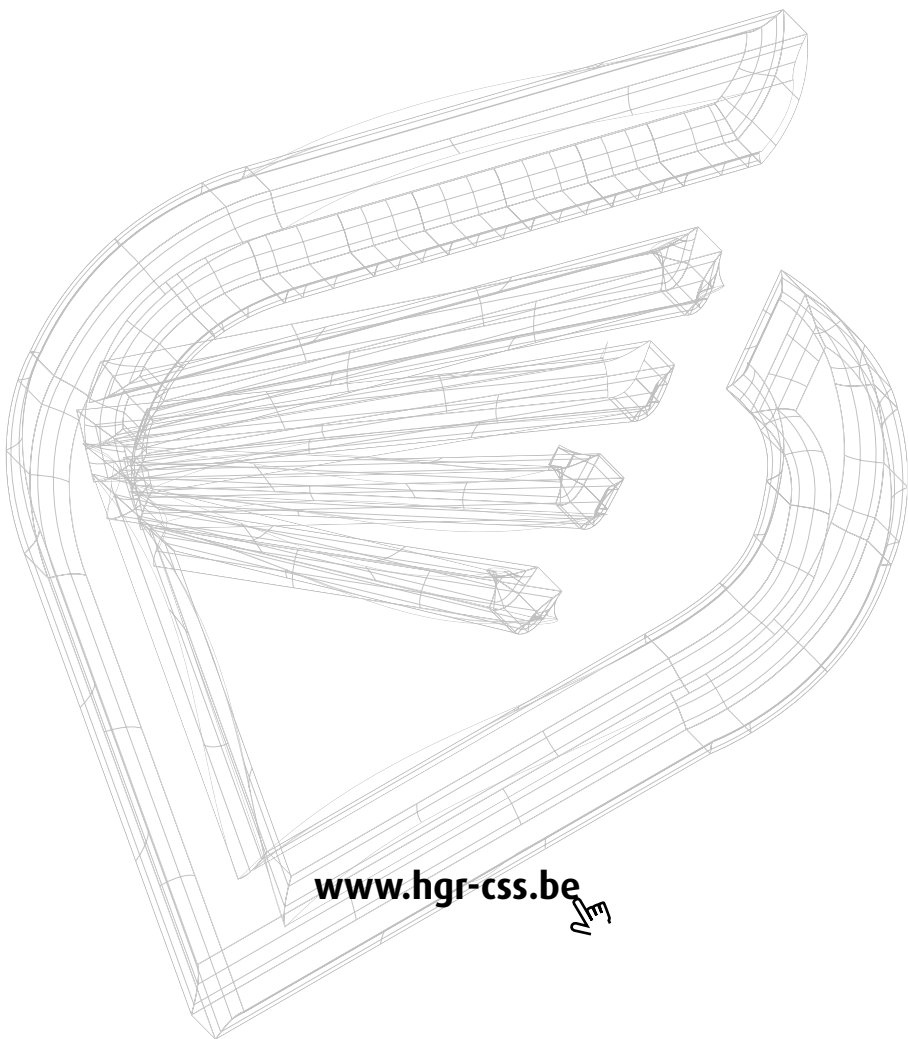
Naast een intern secretariaat van een 25-tal medewerkers, doet de Raad beroep op een uitgebreid netwerk van meer dan 500 experten (universiteitsprofessoren, medewerkers van wetenschappelijke instellingen), waarvan er 200 tot expert van de Raad zijn benoemd; de experts komen in multidisciplinaire werkgroepen samen om de adviezen uit te werken.

Als officieel orgaan vindt de Hoge Gezondheidsraad het van fundamenteel belang de neutraliteit en onpartijdigheid te garanderen van de wetenschappelijke adviezen die hij aflevert. Daartoe heeft hij zich voorzien van een structuur, regels en procedures die toelaten doeltreffend tegemoet te komen aan deze behoeften bij iedere stap van het tot stand komen van de adviezen. De sleutelmomenten hierin zijn de voorafgaande analyse van de aanvraag, de aanduiding van de deskundigen voor de werkgroepen, het instellen van een systeem van beheer van mogelijke belangenconflicten (gebaseerd op belangenverklaringen, onderzoek van mogelijke belangenconflicten, en een referentiec comité) en de uiteindelijke validatie van de adviezen door het College (eindbeslissingorgaan). Dit coherent geheel moet toelaten adviezen af te leveren die gesteund zijn op de hoogst mogelijke beschikbare wetenschappelijke expertise binnen de grootst mogelijke onpartijdigheid.

De adviezen van de werkgroepen worden voorgelegd aan het College. Na validatie worden ze overgemaakt aan de aanvrager en aan de minister van volksgezondheid en worden de openbare adviezen gepubliceerd op de website (www.hgr-css.be), behalve wat betreft vertrouwelijke adviezen. Daarnaast wordt een aantal onder hen gecommuniceerd naar de pers en naar doelgroepen onder de beroepsbeoefenaars in de gezondheidssector.

De HGR is ook een actieve partner binnen het in opbouw zijnde EuSANH netwerk (*European Science Advisory Network for Health*), dat de bedoeling heeft adviezen uit te werken op Europees niveau.

Indien U op de hoogte wil blijven van de activiteiten en publicaties van de HGR kan U zich abonneren op een mailing-list en/of een RSS-feed via volgende link: <http://www.hgr-css.be/rss>.



www.hgr-css.be 

Deze publicatie mag niet worden verkocht.



federale overheidsdienst

**VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**