



**Hoge
Gezondheidsraad**



De geestelijke gezondheid van jonge kinderen (0 - 5 jaar)

**November 2025
Nr. 9742**



Copyright

Hoge Gezondheidsraad

Galileelaan, 5 bus 2
B-1210 Brussel

Tel.: 02/524 97 97

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

Auteursrechten voorbehouden.

U kunt als volgt verwijzen naar deze publicatie:

Hoge Gezondheidsraad. De geestelijke gezondheid van jonge kinderen (0 - 5 jaar). Brussel: HGR; 2025. Advies n° 9742.

De integrale versie van dit advies kan gedownload worden van de website: www.hogegezondheidsraad.be

Met de steun van :

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Deze publicatie mag niet worden verkocht.



ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD nr. 9742

De geestelijke gezondheid van jonge kinderen (0 - 5 jaar)

In this scientific advisory report, which offers guidance to public health policy-makers, the Superior Health Council of Belgium provides recommendations on the promotion of early childhood mental health through integrated, preventive, and developmental interventions for children from the prenatal period to five years of age.

This report aims to provide health professionals, decision-makers, early childhood care providers, and community actors with specific recommendations on the development and implementation of a coherent national strategy to support mental health from the earliest stages of life.

Versie gevalideerd op het College van
01 oktober 2025¹

Samenvatting

De vroege kindertijd is een zeer gevoelige periode, waarin de basis wordt gelegd voor de cognitieve, emotionele, fysieke en sociale ontwikkeling. Recent onderzoek heeft aangetoond dat de eerste levensjaren een beslissende invloed hebben op de lichamelijke en geestelijke gezondheid, het behalen van goede schoolresultaten, sociale integratie en toekomstige productiviteit. Die gegevens pleiten voor meer investeringen in prenatale, perinatale en postnatale zorg, zowel vanuit ethisch als economisch en maatschappelijk perspectief. De specifieke behoeften van deze leeftijdsgroep worden echter zelden geuit, en de geestelijke gezondheid van kinderen krijgt veel te weinig aandacht en middelen van de overheid, terwijl zij een cruciale uitdaging vormt voor de volksgezondheid.

Met dat in het achterhoofd besloot de Hoge Gezondheidsraad (HGR) op eigen initiatief een advies op te stellen over de geestelijke gezondheid van jonge kinderen, met als doel wetenschappelijke onderbouwde aanbevelingen te formuleren.

Dit advies heeft betrekking op de periode vanaf de conceptie tot het vijfde levensjaar, vanuit een niet-deterministische benadering. De grote plasticiteit van de hersenen tijdens die periode maakt ze bijzonder gevoelig voor positieve en negatieve omgevingsinvloeden, ook tijdens de zwangerschap. Maar de geestelijke gezondheid van jonge kinderen kan niet worden losgekoppeld van een bredere visie op welbevinden in elke levensfase. Het kind zich ontwikkelt bovendien binnen een sociaal systeem. De omgeving van het jonge kind beïnvloedt zijn gezondheid en welbevinden en is ook het best geplaatst om de behoefte aan begeleiding te zien ontstaan. De bevordering van de geestelijke gezondheid van kinderen kan daarom niet los worden gezien van steun voor de omgeving waarin zij opgroeien. De aanbevelingen hebben dan ook betrekking op andere sectoren dan enkel de gezondheid.

De specifieke of technische oplossingen die worden voorgesteld (het gebruik van tests bijvoorbeeld) zullen alleen nuttig zijn als ook structurele veranderingen worden doorgevoerd

¹ De Raad behoudt zich het recht voor om in dit document op elk moment kleine typografische verbeteringen aan te brengen. Verbeteringen die de betekenis wijzigen, worden echter automatisch in een erratum opgenomen. In dergelijk geval wordt een nieuwe versie van het advies uitgebracht.

die erop gericht zijn **de levensomstandigheden van gezinnen** te verbeteren. In dit advies worden de sociale, biologische, affectieve en gedragsgerelateerde gezondheidsdeterminanten gespecificeerd waarmee rekening moet worden gehouden. Er moet ook gezorgd worden voor **voldoende toegang** tot de nodige ondersteuning, met de uitbouw van een **continuüm van interventies** die de geestelijke gezondheid van jonge kinderen bevorderen.

Dit continuüm, zoals beschreven in dit advies, omvat preventie (ook op maatschappelijk niveau), opsporing, gerichte screening en vroegtijdige interventies.

Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat elke euro die wordt geïnvesteerd in de ondersteuning van gezinnen tijdens deze vroege kinderjaren een aanzienlijk hogere opbrengst genereert dan de uitgaven die later worden besteed aan ondersteunings- en behandelingsmaatregelen. De HGR beveelt dus in de eerste plaats een **volksgezondheidsbenadering** aan om de geestelijke gezondheid vanaf de vroegste kinderjaren te bevorderen met universele interventies waarvan is aangetoond dat ze effectief zijn op de lange termijn: zorgen voor een gezonde omgeving en een sociaal-economisch niveau dat toegang biedt tot gezonde voeding, kwaliteitsonderwijs, spel- en vrijetijdsactiviteiten, positieve sociale interacties en leefomstandigheden die het welbevinden van ouders en kinderen bevorderen, met bijzondere aandacht voor kwetsbare groepen.

Het is ook belangrijk om **de hele bevolking bewust te maken** (via verschillende middelen, waaronder informatiecampagnes) van de uitdagingen van het ouderschap, de ontwikkeling van kinderen en de positieve factoren die bijdragen tot een goede geestelijke gezondheid vanaf de vroegste kinderjaren. Tot slot moeten we de behoefte aan vanaf de conceptie onderlijnen, de toegang tot professionals vergemakkelijken en voldoende ondersteuning bieden aan (toekomstige) ouders (prenatale gesprekken en opvoedingsondersteuning).

Maar zelfs in een gunstige context zullen sommige kinderen specifieke ondersteuning nodig hebben. Daarom moet het opsporen van **vroegtijdige tekenen** van kwetsbaarheid, of dat nu van de moeder, de meeouder het kind of van de relatie tussen hen is, een integraal onderdeel uitmaken van de praktijken van alle professionals die in contact komen met gezinnen. Die observaties moeten zich baseren op een passende en voldoende **opleiding** voor **professionals** op elk niveau, toegang tot erkende screeningsinstrumenten en een nauwe samenwerking tussen alle betrokkenen. Bepaalde alarmsignalen vereisen onmiddellijke actie. Wanneer bij de opsporing een aanhoudende kwetsbaarheid wordt vastgesteld, moet een test met gestandaardiseerde instrumenten plaatsvinden, afhankelijk van het zorgniveau, de context en de betrokken professional.

Gezien de snelle evolutie en de grote impact van de ontwikkelingsdynamieken in deze levensfase, moet onmiddellijk een **zorgpad** worden uitgestippeld. Dat kan een fase van begeleiding en ondersteuning door eerstelijnsprofessionals inhouden, zelfs nog vóór de diagnose. De interventies kunnen gericht zijn op het kind, de ouders (of de relatie tussen hen) en de omgeving. Indien nodig volgen een evaluatie door een specialist en een therapeutische behandeling.

Die acties moeten worden beschouwd vanuit een **geïntegreerd perspectief** en transdisciplinair, sectoroverschrijdend en continu zijn. De klassieke grenzen tussen de zorg voor de (aanstaande) moeder, het kind en het gezin als geheel moeten worden heroverwogen. Om dat te bereiken beveelt de HGR aan om **perinatale netwerken** op te zetten die gebaseerd zijn op bestaande netwerken en ingeplant zijn op fysieke locaties zo dicht mogelijk bij de gezinnen. Die netwerken moeten erop gericht zijn de hulpvraag te ontdoen van zijn stigma, de toegang tot zorg te vergemakkelijken, de continuïteit van de opvolging te waarborgen en de interprofessionele samenwerking te versterken, met name voor gezinnen in kwetsbare situaties.

De HGR benadrukt ook de noodzaak om de huidige versnippering van interventies te overstijgen door te zorgen voor structurele en politieke coördinatie tussen alle betrokken machtsniveaus en gebieden. Deze aanbevelingen zullen alleen dan volledig effect sorteren wanneer ze **algemeen**, consistent en transversaal worden **toegepast**. Het creëren van gunstige omstandigheden voor de ontwikkeling van het kind is in werkelijkheid een **collectieve**

verantwoordelijkheid, die niet alleen de zorgverleners, maar ook de beleidsmakers, de ouders en de samenleving als geheel aanspreekt. Kwetsbare groepen moeten ook betrokken worden bij het ontwerpen en uitvoeren van toekomstig beleidsmaatregelen.

Het advies brengt eveneens de ethische en juridische vraagstukken aan het licht die door sommige van deze aanbevelingen worden opgeroepen (bijvoorbeeld met betrekking tot het beroepsgeheim of de bescherming van de foetus).

Tot slot is de HGR van oordeel dat investeren in de geestelijke gezondheid van jonge kinderen een ethische, economische en maatschappelijke keuze is. De voordelen voor de ontwikkeling van individuen en voor de samenleving als geheel zijn talrijk: een betere lichamelijke en geestelijke gezondheid, minder ongelijkheid, een sterkere collectieve veerkracht en lagere toekomstige maatschappelijke kosten (gezondheidszorgkosten, werkloosheid, criminaliteit).

Sleutelwoorden en MeSH *descriptor terms*²

MeSH terms*	Keywords	Sleutelwoorden	Mots clés	Schlüsselwörter
<i>Infant Mental Health</i>	<i>Infant Mental Health</i>	<i>Geestelijke gezondheid van zuigelingen</i>	Santé mentale infantile	<i>Psychische Gesundheit von Säuglingen</i>
<i>Perinatal Mental Health</i>	<i>Perinatal Mental Health</i>	<i>Perinatale geestelijke gezondheid</i>	Santé mentale périnatale	<i>Perinatale psychische Gesundheit</i>
<i>Neurodevelopmental disorders</i>	<i>Neurodevelopmental disorders</i>	<i>Ontwikkelingsstoornissen</i>	Trouble du neurodéveloppement	<i>Entwicklungsstörungen</i>
<i>Early Intervention</i>	<i>Early Intervention</i>	<i>Vroege interventies</i>	Interventions précoces	<i>Frühintervention</i>
<i>Early diagnosis</i>	<i>Early detection</i>	<i>Vroege opsporing</i>	Détection précoce	<i>Frühzeitige Erkennung</i>
<i>Ethics</i>	<i>Ethics</i>	<i>Ethiek</i>	Ethique	<i>Ethik</i>
<i>Public Health</i>	<i>Public Health</i>	<i>Volksgezondheid</i>	Santé publique	<i>Öffentliche Gesundheit</i>
<i>Prevention</i>	<i>Prevention</i>	<i>Preventie</i>	Prévention	<i>Prävention</i>

MeSH (Medical Subject Headings) is de thesaurus van de NLM (National Library of Medicine) met gecontroleerde trefwoorden die worden gebruikt voor het indexeren van artikelen voor PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.

² De Raad wenst te verduidelijken dat de MeSH-termen en sleutelwoorden worden gebruikt voor referentiedoeleinden en een snelle definitie van de scope van het advies. Voor nadere inlichtingen kunt u het hoofdstuk 'methodologie' raadplegen.

INHOUD

Inhoud	4
I Inleiding en vraag	8
1 Probleemstelling	8
2 Voorafgaande beschouwingen.....	9
II Methodologie.....	12
III Uitwerking en argumentatie	13
1 Volksgezondheidsbenadering: definitie en concepten.....	13
1.1 De populatiegerichte benadering	13
1.2 Preventie	14
1.3 Netwerking.....	15
1.3.1 Perinatale periode: noden en uitdagingen van netwerking	15
1.3.2 Netwerkmodellen	16
1.3.3 Conclusies	19
2 De geestelijke gezondheid van jonge kinderen	20
2.1 De geestelijke gezondheid van jonge kinderen	20
2.2 Het belang van preventie en vroegtijdig ingrijpen.....	21
3 Gezondheidsdeterminanten	22
3.1 Sociale determinanten	22
3.2 Omgevingsdeterminanten	23
3.3 Biologische determinanten.....	23
3.3.1 Genetische factoren.....	23
3.3.2 Obstetrische factoren.....	24
3.4 Ervaringen in de vroege kindertijd.....	24
3.5 Gedragsdeterminanten	25
4 Primaire preventie: maatschappelijke aspecten	26
4.1 Respect voor de kinderrechten: gezonde omgeving en sociaaleconomisch niveau	26
4.2 Welbevinden van de ouders	27
4.3 Informatie en bewustmaking	27
4.4 Beschikbaarheid en opleiding van professionals.....	28
5 Prenatale periode en bevalling.....	29
5.1 Geestelijke gezondheid van de (toekomstige) ouders	29
5.2 Primaire preventie.....	30
5.3 Secundaire preventie.....	31
5.3.1 Opsporing.....	31
5.3.2 Screening	33

5.3.3	Gerichte screening en diagnose	33
5.4	Tertiaire preventie	34
6	Postnatale periode (het jonge kind).....	35
6.1	Ouder-kind relatie	35
6.1.1	Kwetsbaarheden van het kind.....	36
6.1.2	Psychische stoornissen bij de ouders	36
6.2	Primaire preventie.....	38
6.3	Secundaire preventie	39
6.3.1	Ouders.....	39
6.3.2	Kinderen	39
6.4	Toezicht op de ontwikkeling en opsporing	40
6.4.1	Natuurlijke waarnemingen	41
6.4.2	Toezicht op niveau van de hele bevolking: gezondheidsboekjes	42
6.4.3	Toezicht door de eerste lijn: observatieschema's van de ontwikkeling	43
6.5	Screening	43
6.5.1	De instrumenten van de eerste lijn.....	44
6.5.2	Instrumenten van de tweede lijn	45
6.6	Tertiaire preventie - Vroegtijdige interventie.....	47
6.6.1	Interventies bij de ouders.....	47
6.6.2	Interventies bij het kind	49
6.6.3	Interventies in de omgeving van het kind	50
7	De situatie in België	51
7.1	Het Belgische model en de versnippering van bevoegdheden	51
7.2	Zwangerschap en geboorte	51
7.3	Vroege kindertijd: gezondheidsbevordering en primaire en secundaire preventie	53
7.3.1	Franse Gemeenschap: Office de la Naissance et de l'Enfance.....	53
7.3.2	Vlaanderen: Opgroeien.....	54
7.3.3	Rol van de gezondheidswerkers	56
7.4	Tertiaire preventie (vroegtijdige interventies)	56
7.4.1	Federale initiatieven.....	57
7.4.2	Initiatieven van de gewesten.....	58
7.5	Onderwijs	59
IV	Conclusie en aanbevelingen	61
1	Volksgezondheidsbenadering en geïntegreerde nationale strategie.	61
2	Vroegtijdige en passende ondersteuning	62
2.1	Geïntegreerde organisatie en continuïteit van de zorg	62
2.2	Vroege interventies.....	64

2.2.1	Prenatale periode	64
2.2.2	Bevalling en perinatale periode.....	65
2.2.3	Vroege kindertijd.....	65
V	Aanbevelingen voor onderzoek	68
1	Wetenschappelijk onderzoek	68
2	Ethische vragen	68
VI	Referenties.....	70
VII	Samenstelling van de werkgroep	84
VIII	Bijlagen	86
1	Bijlage 1: Cartografie gebaseerd op de aanbevelingen	86
2	Bijlage 2: Aanbeveling van het COMGGKJ	90
3	Bijlage 3: Aanbevelingen uit het rapport 'Morcellement des politiques publiques et santé mentale de l'enfant dans les 30 premiers mois'	92
4	Bijlage 4: HAS ontwikkelingsschema	93
5	Bijlage 5: Ontwikkelingsobservatieschema 18 maanden - 6 jaar gebruikt door ONE	96
6	Bijlage 6: Schema van het Van Wiechen ontwikkelingsonderzoek	97
7	Bijlage 7: Voorbeelden van tests voor eerstelijnsprofessionals	99
8.	Bijlage 8: Voorbeelden van tests voor tweedelijnsprofessionals.....	100
9.	Bijlage 9: Diagnostische instrumenten	103
10.	Bijlage 10: Deel gewijd aan het leren over de normale (neurologische/psychologische) ontwikkeling en stoornissen in de (neurologische/psychologische) ontwikkeling bij jonge kinderen in verschillende opleidingen in de Franstalige Gemeenschap van België:	108

Lijst van afkortingen

ACE	<i>Adverse Childhood Experiences</i>
ADBB	<i>Alarme Détresse Bébé</i>
ADHD	<i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i>
ADT	<i>Autism Discriminative Tool</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
ASQ	<i>Age and Stage Questionnaire</i>
ASS	Autismespectrumstoornissen
CLB	Centrum voor Leerlingenbegeleiding
COMGGKJ	Comité voor het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren
DC:0-5	<i>Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, Zero to Five</i>
DSM-5-TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision</i>
HGR	Hoge Gezondheidsraad
EPDS	<i>Edinburgh Post-natal Depression Scale</i>
GAD	<i>Generalised Anxiety Disorder Scale</i>
HAS	<i>Haute Autorité de Santé</i>
ICD-11	<i>International Classification of Diseases, 11th Revision</i>
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
MBU	Moeder-baby unit
M-CHAT	<i>Modified Checklist for Autism in Toddlers</i>
NBAS	<i>Neonatal behavioral Assessment Scale</i>
NOS	Neurologische ontwikkelingsstoornis
ONE	<i>Office de la Naissance et de l'Enfance</i>
PEP's	<i>Partenaire Enfant-Parent</i>
PHQ	<i>Patient Health Questionnaire</i>
PPA	Persoonlijk prenataal advies
PTSS	Posttraumatische stressstoornis
RCA	Referentiecentrum autisme
SAP	<i>Services d'Accompagnement Périnatal</i>
SCQ	<i>Social Communication Questionnaire</i>
SRS	<i>Social Reciprocity Scale</i>
VWVJ	Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg
WAIMH	<i>World Association for Infant Mental Health</i>
WGO	Wereld Gezondheidsorganisatie

I INLEIDING EN VRAAG

1 Probleemstelling

De geestelijke gezondheid van de allerjongsten, hoewel cruciaal voor de toekomstige ontwikkeling van individuen, krijgt vaak onvoldoende aandacht en middelen van het overheidsbeleid. Onder de leeftijd van 5 jaar worden noden met betrekking tot de geestelijke gezondheid veelal niet uitgedrukt door het kind en worden ze vaak niet onderkend, onderschat en daarom gediscrimineerd. Het gaat hier per definitie om een kwetsbare bevolkingsgroep. Als gevolg hiervan is een specifieke benadering van die leeftijdsgroep nodig bij het invoeren van maatregelen op het gebied van de volksgezondheid. In 2021 publiceerden de [Academies voor Geneeskunde](#)³ een advies waarin het belang van preventie in de perinatale zorg (prenataal en postnataal) en van de kinderpsychiatrie werd benadrukt, als een factor die de leefomstandigheden van een hele samenleving kan verbeteren. De eerste drie levensjaren zijn bepalend in iemands leven. Volgens dat advies moeten investeringen in de vroege kinderjaren zowel vanuit ethisch als economisch oogpunt worden ondersteund.

Naar aanleiding van een oproep van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) om thema's voor te stellen voor zijn werkprogramma op het gebied van geestelijke gezondheid hebben drie organisaties (het *Office de la Naissance et de l'Enfance* (ONE), het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (VIVEL) en de vzw Aire Libre (een zelfstandig centrum voor therapeutische hulp) elk een projectvoorstel ingediend met betrekking tot de preventie en vroegtijdige opsporing van geestelijke gezondheidsproblemen bij kinderen tussen de periode in utero en de leeftijd van 5 jaar. Ze vertrokken vanuit de gemeenschappelijke inspiratie dat preventie, vroegtijdige opsporing, opvolging en behandeling van problemen een gunstig effect hebben op de latere geestelijke en lichamelijke gezondheid van het individu en zijn omgeving. Die voorstellen werden door de permanente groep 'geestelijke gezondheid' van de HGR als prioriteit geselecteerd.

In dit advies wil de HGR daarom veelbelovende praktijken en leemtes in het geestelijk gezondheidsbeleid voor jonge kinderen identificeren en *evidence-based* adviezen formuleren om die leemtes op te vullen.

Hiervoor moesten we eerst de scope van het advies verduidelijken.

Wat de **leeftijdscategorie** betreft, werd besloten om te focussen op de periode vanaf de conceptie tot het vijfde levensjaar van het kind. Deze tekst verwijst naar die groep als 'jonge kinderen', hoewel de HGR zich ervan bewust is dat die term de periode van conceptie en zwangerschap niet volledig dekt. De hersenen ondergaan nog talrijke ontwikkelingen tot de leeftijd van vijf jaar, en zijn bijzonder kwetsbaar voor contextuele invloeden. Sommige kenmerken en symptomen van psychische stoornissen bevinden zich nog *in statu nascendi* en zijn niet altijd herkenbaar en uitgekristalliseerd zoals bij oudere kinderen. De '*Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Zero to Five*' (DC: 0-5, 2021), een multi-axiaal classificatiesysteem voor geestelijke gezondheidsproblemen en ontwikkelingsstoornissen bij zuigelingen en kinderen van 0 tot 5 jaar, benadrukt dat ontwikkelingsstoornissen in die leeftijdsgroep verschillende kenmerken kunnen hebben, afhankelijk van het kind en zijn leefomgeving.

Wat het **soort interventies** van volksgezondheid betreft en de problemen waarop die zich vooral zouden richten, besloot de HGR zich te concentreren op de vroegtijdige detectie, screening en interventie, maar ook aandacht te schenken aan de volksgezondheidsbenadering van de preventie van psychische stoornissen en de bevordering van het welbevinden van het kind en zijn omgeving. De ondersteuning van de geestelijke

³ https://www.armb.be/fileadmin/sites/armb/uploads/Document-site/pdf/Avis/2021/AVIS_DES_ACADEMIES_SUR_L_ORGANISATION_DES_SOINS_EN_SANTE_MENTALE_DES_ENFANTS_ET_DES_ADOLESCENTS.pdf

gezondheid van kinderen moet immers uitgaan van een visie dat het kind zich ontwikkelt binnen een systeem. Jonge kinderen ontwikkelen zich in relatie tot hun ouder(s) of andere verzorgers en hun omgeving. Deze context moet hen maximale ontplooiingskansen bieden. De bevordering van de geestelijke gezondheid van kinderen kan dus niet los worden gezien van de ondersteuning van de omgeving waarin kinderen opgroeien, een omgeving die zowel de gezondheid als het welbevinden van het jonge kind beïnvloedt en van waaruit behoefte aan steun kan opduiken.

Wat het **soort aandoening** betreft, heeft de werkgroep besloten zich te concentreren op de soorten aandoeningen die worden beschreven in het document DC: 0-5 en, in de mate van het mogelijke, de multidimensionale benadering van dat classificatie-instrument te volgen. Voor zover wij weten, is er geen specifiek classificatie-instrument voor de prenatale periode. Wat betreft de stoornissen waaraan zwangere vrouwen en co-ouders tijdens deze periode kunnen lijden, worden de classificaties van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision* (DSM-5-TR, American Psychiatric Association – APA, 2022) of de *International Classification of Diseases, 11th Revision* (ICD-11, World Health Organization – WHO, 2018) toegepast.

De vragen hebben bijgevolg onder meer betrekking op de preventieve acties die op maatschappelijk niveau nodig zijn om de geestelijke gezondheid en geestelijke ontwikkeling van jonge kinderen te bevorderen, op de methoden en instrumenten die moeten worden aanbevolen voor de doelgroep om een vroege screening mogelijk te maken en op de vroegtijdige interventies die beschikbaar moeten worden gesteld voor herstel of rehabilitatie van de doelgroep wanneer geestelijke gezondheids- of neurologische ontwikkelingsstoornissen werden vastgesteld. Zijn er voordelen verbonden aan een discipline-overschrijdende aanpak van screening, vroegtijdige opsporing, diagnose en interventie en, zo ja, hoe moet die worden ondersteund?

Tot slot was het vanaf het begin van de besprekingen duidelijk dat de HGR zich ook zou moeten buigen over de **medisch-juridische en ethische vragen** die de aanbevelingen oproepen. De zorg voor zwangere vrouwen, jonge moeders en jonge kinderen is immers vaak gescheiden, terwijl de werkgroep dit meer als een continuüm ziet. Het opheffen van die grenzen kan vragen oproepen over het beroepsgeheim van de zorgverleners en kan in strijd zijn met het recht op privacy van individuen en gezinnen. Er kunnen ook ethische vragen worden gesteld met betrekking tot bijvoorbeeld de mate van toepasbaarheid van deelname aan screeningsprogramma's, de verdedigbaarheid van screenings- en vroegtijdige opsporingsprogramma's wanneer er lange wachttijden zijn voor hulpverlening en de verantwoordelijkheid van een samenleving om gepaste geestelijke gezondheidszorg te bieden na dergelijke screeningsprogramma's.

2 Voorafgaande beschouwingen

Een uitgangspunt voor dit advies is dat ethische reflectie niet zou moeten plaatsvinden achteraf, als een 'reflectie over' bepaalde wetenschappelijke kwesties, maar dat de conceptuele en ethische reflectie gepaard gaat met een wetenschappelijke reflectie over de voorgestelde aanpak op het vlak van geestelijke gezondheid van kinderen. Hoewel een aantal punten die tijdens het opstellen van het advies naar voren kwamen, op het moment van schrijven nog niet in praktijk konden worden gebracht, moet er bij de verdere ontwikkeling rekening mee worden gehouden.

Meer specifiek benadrukt het advies vier pijlers waarop een ethische benadering van de preventie van geestelijke gezondheidsproblemen bij jonge kinderen gebaseerd moet zijn.

1) Initiatieven moeten meer zijn dan een pleister op een houten been

In het kader van preventieve geneeskunde is er in de media veel aandacht voor genetica en, meer recent, voor precisiegeneeskunde en gepersonaliseerde geneeskunde. Het is bijgevolg verleidelijk om de preventie van geestelijke gezondheidsproblemen bij kinderen te zien in termen van tests. Echter, de belangrijkste determinanten voor geestelijke gezondheid blijven de mogelijkheid om op te groeien in een ondersteunende omgeving, toegang tot gezond voedsel en toegang tot gezondheidszorg. Het kan natuurlijk zinvol zijn om meer te investeren in specifieke tests, maar dat zal een pleister op een houten been blijven als er niet ook en vooral in die basisaspecten wordt geïnvesteerd. Het kan bijvoorbeeld nuttig zijn om bepaalde ontwikkelingsproblemen in een vroeg stadium te diagnosticeren, maar alleen als dat ook leidt tot een gepersonaliseerde therapeutische aanpak. Dat betekent ook dat de huidige situatie, met lange wachtlijsten voor een diagnose, die vaak de toegangspoort is naar therapeutische opvolging maar in werkelijkheid een bottleneck blijkt te zijn, moet worden rechtgezet⁴.

2) Een benadering gebaseerd op collectieve verantwoordelijkheid en zorg

De zorgethiek, zoals beschreven door Tronto (2020), benadrukt het belang van *care* als een collectieve, relationele en ethisch-politieke verantwoordelijkheid. Die benadering is gebaseerd op de menselijke kwetsbaarheid en onderlinge afhankelijkheid en pleit voor partnerschap en tweerichtingscommunicatie (De La Bellacasa, 2017; Kittay, 2019). In de context van de preventie van geestelijke gezondheidsproblemen bij kinderen verlegt de zorgethiek het accent van individuele verantwoordelijkheid naar collectieve verantwoordelijkheid, waarbij hulpverleners, overheden, ouders⁵ en gemeenschappen samenwerken om een veilige en gunstige omgeving te creëren. De collectieve verantwoordelijkheid houdt in dat rekening wordt gehouden met de diversiteit en de noden van kinderen, dat hen de juiste ondersteuning wordt geboden en dat een microgemeenschap wordt gevormd waarin kinderen zich psychologisch veilig en gewaardeerd voelen. Door zorgethiek te integreren in het beleid en in de praktijken met betrekking tot geestelijke gezondheidszorg voor jonge kinderen, kan de zorg worden omgevormd tot een krachtig, collectief en duurzaam hulpmiddel voor vroegtijdige preventie van geestelijke gezondheidsproblemen (voor de hele bevolking, van kinderen tot volwassenen). Die collectieve verantwoordelijkheid in preventieprogramma's en -beleid zorgt ervoor dat elk kind kan opgroeien in een gunstige omgeving, zonder dat ouders of kinderen worden gestigmatiseerd of zich slecht moeten voelen. Door zorg en collectieve verantwoordelijkheid samen te voegen, verdwijnt voor een deel het onderscheid tussen een 'volksgezondheidsbenadering' en een geïndividualiseerde benadering.

3) Het belang van het betrekken van kwetsbare groepen⁶

Epistemische onrechtvaardigheid is het onrecht dat iemand wordt aangedaan door die persoon niet als volwaardige bezitter van kennis te erkennen. Als bijvoorbeeld wordt gesproken over problematische opvoedingssituaties, moet rekening worden gehouden met de ervaringen en meningen van de personen die in dergelijke situaties opgroeien of kinderen grootbrengen. Dat niet doen is aan de ene kant onrechtvaardig. Aan de andere kant is het ook een gemiste kans. Ervaringsdeskundigen beschikken immers over een specifiek soort kennis die alleen zij kunnen hebben. Een kennistoepassing die deze specifieke vorm van kennis niet erkent of niet integreert in besluitvormingsprocessen is per definitie onvolledig.

⁴ Zie bijvoorbeeld <https://www.vrt.be/vrtmax/a-z/pano/2024/pano-s2024a7/>

⁵ In dit advies moet 'ouders' worden opgevat als een generieke term die alle mogelijke ouderlijke configuraties omvat

⁶ Zoals vermeld in de inleiding zijn baby's, jonge kinderen en zwangere vrouwen per definitie kwetsbare bevolkingsgroepen omdat het gaat om personen die bijzonder kwetsbaar zijn op lichamelijk en/of geestelijk en/of sociaal vlak. Wanneer in dit advies wordt verwezen naar kwetsbare groepen, worden hiermee mensen bedoeld met een bijkomende kwetsbaarheid (die acuut of chronisch kan zijn, van sociaaleconomische of psychologische aard enz.)

Om inclusieve steun te bieden aan ouders en kinderen in kwetsbare situaties, is het dus belangrijk om die groepen actief te betrekken bij de beleidsvorming. In sommige gevallen is het echter erg moeilijk om de belanghebbenden te mobiliseren, bijvoorbeeld omdat bepaalde groepen moeilijk te bereiken zijn of omdat ze geneigd zijn geestelijke gezondheidszorg af te wijzen. Nochtans is het voor een doeltreffende en duurzame preventie noodzakelijk dat die groepen worden betrokken bij de uitwerking van de maatregelen: participatie van de betrokkenen is essentieel om inzicht te krijgen in hun concrete situaties en om rekening te houden met ervaringskennis zowel als met andere kennisvormen.

4) Een ontwikkelingsperspectief

Het is nu wetenschappelijk vastgesteld dat de ontwikkeling van kinderen tijdens bepaalde perioden in het leven (zwangerschap, de eerste drie jaar) bijzonder gevoelig is voor meervoudige omgevingsinvloeden, zowel positieve als negatieve (zie hoofdstukken 2 en 3 van dit advies). Een benadering die voornamelijk op die perioden is gebaseerd, is daarom gerechtvaardigd. Tegelijkertijd is het belangrijk om te benadrukken dat de 'ontwikkeling' van kinderen niet stopt na die gevoelige periodes. In een discours dat op al te deterministische wijze de impact van die gevoelige periodes benadrukt, bestaat het gevaar dat het belang van de positieve invloeden wordt verdoezeld, positieve invloeden die moeten worden gezien als beschermende of intermedierende factoren in elke levensfase. In het ideale geval maakt een aanpak die zich voornamelijk op de eerste levensjaren richt integraal deel uit van een bredere visie op gezondheidszorg die zich richt op mentaal welbevinden gedurende het hele leven.

II METHODOLOGIE

Na analyse van de vraag hebben het College en de voorzitter van de werkgroep bepaald welke expertises nodig waren. Op basis daarvan werd een ad-hoc-werkgroep opgericht, waarin deskundigen op het gebied van ethiek, kinderneurologie, orthopedagogie, pediatrie, kinderpsychiatrie, psychiatrie, psychomotoriek, psychologie, verloskunde en volksgezondheid vertegenwoordigd waren.

De Belgische staatsstructuur met federale en regionale entiteiten leidt tot verschillen tussen de gewesten voor wat de sterkte punten, zwakke punten en leemten betreft in de preventie, opsporing en behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. Daarom werd de werkgroep samengesteld uit deskundigen uit Wallonië, Vlaanderen en Brussel. Met de situatie en mogelijke leemten in de Duitstalige Gemeenschap werd niet apart rekening gehouden.

De experts van de werkgroep hebben een algemene en een ad-hoc-belangenverklaring ingevuld en de Commissie voor Deontologie heeft het mogelijke risico op belangenconflicten beoordeeld.

Het advies is gebaseerd op een overzicht van de wetenschappelijke literatuur, gepubliceerd in wetenschappelijke tijdschriften (*peer-reviewed*) en rapporten van nationale en internationale organisaties met bevoegdheid op dit gebied, evenals op de mening van deskundigen. Het bleek onmogelijk om het grote aantal vragen volledig te beantwoorden op basis van alleen de primaire wetenschappelijke literatuur. We hebben daarom ook overzichtsartikelen en bestaande nationale richtlijnen uit Europese en Noord-Amerikaanse landen geraadpleegd, evenals richtlijnen van organisaties zoals de *World Association for Infant Mental Health (WAIMH)*. Bestaande opsporingsschema's van instellingen zoals ONE en Opgroeien werden ook opgenomen. Om input te krijgen van organisaties die betrokken zijn bij de geestelijke gezondheid van de doelgroep en om het advies aan te passen aan die organisaties en aan het domein van de geestelijke gezondheid in de verschillende Belgische gewesten, namen we contact op met diverse actoren in de sector, waarvan sommigen van bij het begin werden betrokken: ONE, Opgroeien, VIVEL, het Comité voor het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren (COMGGKJ), de wetenschappelijke verenigingen WAIMH Vlaanderen en WAIMH Belgo-Luxembourgeoise. De werkgroep van de Koning Boudewijnstichting over de preventie van ongewenste voorvallen bij kinderen werd ook gecontacteerd.

Gezien de omvang van het werk werd de werkgroep opgesplitst in verschillende subgroepen, elk met een welomschreven opdracht:

1. Probleemstelling en methode
2. Volksgezondheidsbenadering
3. Wetenschappelijke informatie en aanbevelingen voor de pre- en perinatale periode
4. Wetenschappelijke informatie en advies voor kinderen van 0-5 jaar
5. In kaart brengen van de adviezen, in de verschillende ontwikkelingsstadia, van preventie tot vroegtijdige interventie en per type zorgverlener
6. Integratie in bestaande zorgnetwerken en communicatiekwesties
7. Ethische en medisch-juridische overwegingen

Elke subgroep verzamelde zijn eigen wetenschappelijke informatie en formuleerde wetenschappelijk verantwoord advies voor zijn specifieke domein. Deze gegevens werden vervolgens gepresenteerd, besproken en goedgekeurd binnen de volledige groep.

Na goedkeuring van het advies door de werkgroep werd het advies tenslotte gevalideerd door het College.

III UITWERKING EN ARGUMENTATIE

1 Volksgezondheidsbenadering: definitie en concepten

De zorg voor de geestelijke gezondheid van jonge kinderen is een gedeelde en maatschappelijke verantwoordelijkheid. Die zorg moet worden geboden tijdens de verschillende fasen van het ontwikkelingstraject van die jonge kinderen. De beslissing om voor een volksgezondheidsbenadering te kiezen werd daarom met kennis van zaken genomen.

De volksgezondheidsbenadering richt zich op wat een individu nodig heeft om zich (mentaal) gezond te voelen, maar ook op wat nodig is om een hele bevolking of bepaalde groepen (mentaal) gezond te houden dankzij door de samenleving georganiseerde inspanningen (Dykhooft et al., 2022). Er is dus een focus op het voorkomen van problemen of moeilijkheden, op het anticiperen op mogelijke risicofactoren (cf. het Latijnse *praevenire*: voorkomen, anticiperen) en ook op de aanwezige beschermende factoren, en dat voor elk individu binnen de bevolking.

De organisatie van preventieve, anticiperende en curatieve zorg voor de geestelijke gezondheid van jonge kinderen is gebaseerd op proportioneel universalisme, dat een universele aanpak combineert met een gerichte aanpak om alle groepen te bereiken, ook die met de grootste behoeften (Carey et al., 2015).

1.1 De populatiegerichte benadering

De populatiegerichte benadering is een specifieke volksgezondheidsstrategie die tot doel heeft "de gezondheid en het welzijn van de populatie van een bepaald gebied te behouden en te verbeteren door toegang te bieden tot een reeks relevante en gecoördineerde sociale en gezondheidsdiensten die beantwoorden aan de uitgesproken en niet-uitgesproken noden van de populatie en door tegelijkertijd proactief in te grijpen op de gezondheidsdeterminanten dankzij samenwerking van de verschillende actoren in het gebied" (Pradier, 2017).

Dat soort benadering richt zich dus op de hele populatie van een gebied en niet alleen op de individuen die gebruik maken van de diensten, wat betekent dat ook diegenen worden bereikt van wie de noden weinig tot uiting komen, zoals (aanstaande) ouders en jonge kinderen. De hoofdlijnen van die benadering zijn actie ondernemen voordat de problemen ontstaan om de druk op gezondheidsdiensten te verminderen en veranderingen bewerkstelligen in de manier waarop gezondheidsdiensten op lokaal niveau worden gepland en verstrekt.

Concreet werkt een populatiegerichte benadering als volgt:

- er wordt een afgebakende populatie bepaald (gebieden als een eerstelijnszone, gemeente, provincie of stad) die onderwerp zal zijn van observaties en acties om de inspanningen te concentreren;
- de noden van de populatie in die gebieden worden geëvalueerd door gebruik te maken van verschillende gegevensbronnen (administratieve gegevens, steekproef-/enquêtegegevens, gegevens uit wetenschappelijk onderzoek, mening van verschillende deskundigen, mening van gezondheidswerkers, mening van de populatie of haar vertegenwoordigers enz.) om inzicht te krijgen in de belangrijkste gezondheidsdeterminanten (ongeacht of die fysiek, biologisch, sociaal, cultureel of economisch van aard zijn);
- ontwikkeling van geïntegreerde gezondheidszorgmodellen; plaatsen waar de verschillende interventies op het gebied van individuele gezondheid, volksgezondheid, sociale zaken en milieu op elkaar aansluiten en elkaar aanvullen ten gunste van de populatie. Dat is waar partnerschappen met spelers in de gezondheidszorg, sociale diensten, andere spelers in de gemeenschap en uiteraard de populatie een plaats krijgen (Boisvert et al., 2020).

In het geval van jonge kinderen streeft de populatiegerichte benadering er enerzijds naar een antwoord te bieden op de behoeften aan medische en sociale **zorg** (verzorging/genezing) van kinderen om hen te behandelen en complicaties te voorkomen; maar anderzijds ook naar de **preventie** van psychopathologie en geestelijke gezondheidsproblemen bij mensen die risico lopen en bij de populatie als geheel (100 %) en naar de **bevordering** van een goede geestelijke gezondheid om de risico's te verkleinen. De gezondheidsdiensten, die in hoofdzaak gericht zijn op diagnose en behandeling, moeten daarom zo worden georganiseerd dat een interventiecontinuüm ontstaat, gaande van bevordering van een goede geestelijke gezondheid en preventie tot rehabilitatie. Dat moet gebeuren door de gezondheidswerkers, de medisch-psycho sociale hulpverleners en de verschillende actoren in het gebied op intersectorale wijze te mobiliseren en door ook de bevolking zelf in te schakelen. De verschillende niveaus van het gezondheidscontinuüm maken het mogelijk om in te grijpen bij psychische stoornissen bij jonge kinderen.

1.2 Preventie

Aan het begin van het interventiecontinuüm staat '**preventie**', een zeer breed concept dat op veel verschillende manieren kan worden geïnterpreteerd. Preventie heeft tot doel dat kinderen en jongeren in een betere gezondheid opgroeien, onder veiligere omstandigheden en met meer kansen op een optimale ontwikkeling.

Volgens de WHO is preventie "een reeks maatregelen gericht op het voorkomen of verminderen van het aantal of de ernst van ziekten of ongevallen".

Arango et al. (2018) definiëren verschillende soorten preventie:

Gezondheidsbevordering focust op het risico: ze berust op het vermogen van individuen en groepen om iets te doen aan hun leefomstandigheden en streeft naar het creëren van een culturele omgeving die bevorderlijk is voor de gezondheid, in overeenstemming met de verstrekte gezondheidsvoorlichting (bijvoorbeeld schoolprogramma's die gezonde voeding of de ontwikkeling van positieve copingvaardigheden aanmoedigen).

Primaire preventie bestaat uit een vermindering van de incidentie van een ziekte, met name het verminderen van het aantal nieuwe gevallen.

In termen van primaire preventie maken de auteurs onderscheid tussen

- universele preventie, gericht op de hele bevolking, zonder onderscheid op basis van individueel risiconiveau (bijvoorbeeld schoolprogramma's om pesten op school tegen te gaan);
- selectieve preventie, die zich richt op specifieke subgroepen van de bevolking met bepaalde risicofactoren (zoals interventies gericht op kinderen van ouders met geestelijke gezondheidsproblemen);
- geïndiceerde preventie, gericht op personen van wie is vastgesteld dat ze vroege tekenen of milde symptomen hebben die wijzen op de mogelijke ontwikkeling van een stoornis (bijvoorbeeld interventies bij mensen met een hoog klinisch risico op psychose, met lichte symptomen en een recente achteruitgang in functioneren).

Secundaire preventie bestaat uit alle acties die bedoeld zijn om de prevalentie van de ziekte en dus de duur ervan te verminderen (screening, diagnostische tests, gezondheidsonderzoeken, vroegtijdige behandeling). Screening bestaat uit het uitvoeren van een systematische, gestandaardiseerde test op een populatie of individu zonder symptomen, om te bepalen of er een hoge waarschijnlijkheid is dat iemand drager is van een ziekte (onder meer interventies om depressie op te sporen en de toegang tot diensten te verbeteren zodat de depressie sneller kan worden behandeld, maar ook de monitoring van ernstige premature baby's of een gehoortest bij een zuigeling uit een familie waar erfelijke doofheid voorkomt).

Tertiaire preventie bestaat dan weer uit interventies die erop gericht zijn complicaties, ziekteverergering en herval te voorkomen en de levenskwaliteit van de patiënt te verbeteren

(bijvoorbeeld vroegtijdige en gestructureerde therapeutische interventies bij jonge kinderen met autisme of een ontwikkelingsachterstand, gericht op het voorkomen van bijkomende gedragsproblemen en het bevorderen van optimale ontwikkeling en participatie.). Secundaire en tertiaire preventie overlappen voor een deel met de vroegtijdige interventie in de behandeling.

1.3 Netwerking

1.3.1 *Perinatale periode: noden en uitdagingen van netwerking*

Tijdens de perinatale periode hebben de (aanstaande) ouders behoefte aan wat Stern (1995) een '**ondersteuningsmatrix**' en Françoise Molénat een 'veilige geborgen omhulling' (Gaugue et al., 2024; Sellenet & Portier-Le Cocq, 2013; Serhier et al., 2017; Azimi et al., 2018; Stapleton et al., 2012; Molenat, 2019) noemt, om tegemoet te komen aan hun behoefte aan informatie, psychologische steun, het delen van ervaringen en praktische en materiële steun (Slomian, 2018). Die matrix is belangrijk voor het welbevinden van de verschillende gezinsleden, om de ouders gerust te stellen zodat hun onzekerheid geen nadelige invloed heeft op het ongeborn kind. Omringd zijn en steun hebben is in die periode van het leven absoluut noodzakelijk.

Tijdens een zwangerschap en bevalling is het essentieel dat de natuurlijke sociale en/of professionele omgeving een dergelijke ondersteuningsmatrix vormt. Dat geldt voor de algemene bevolking maar nog meer in situaties met medische, psychologische en sociale kwetsbaarheden.

Voor een dergelijke veilige omhulling is **coördinatie** en **continuïteit van de zorg** noodzakelijk. Gedurende de perinatale periode zullen gezinnen immers in contact komen met diverse hulpverleners en tal van spelers en institutionele diensten, van de meest brede (gezondheidszorg, sociaal beleid gericht op gezinnen enz.) tot de meest specifieke (individuele gezondheidswerkers zoals vroedkundigen of artsen). Samenhang en continuïteit van de interventies zijn essentieel, vooral voor gezinnen die zich in een kwetsbare situatie bevinden.

De doelstellingen van het opzetten van **perinatale netwerken**, voor kinderen en (toekomstige) ouders van de conceptie tot vijf jaar, zijn meervoudig (Grégoire, 2016). Deze netwerken moeten erop gericht zijn de verschillende hiaten en scheidslijnen binnen het zorgsysteem te overbruggen:

- De hardnekkige kloof tussen de **geestelijke gezondheid van kinderen en volwassenen** overbruggen en rekening houden met de specifieke kenmerken van het functioneren van volwassenen in die levensfase, evenals met de ontwikkeling van 'jonge kinderen van 0 tot 5 jaar. De komst van een baby brengt immers nieuwe spelers en diensten met zich mee, die nu ook rekening moeten houden met de behoeften van het kind, waar de focus voorheen op de volwassenen lag. Dat kan leiden tot een dualiteit in opdrachten en interventies, die met elkaar kunnen gaan concurreren.
- Bij de organisatie van interventies op perinataal gebied moet ook rekening worden gehouden met de **wisselwerking** tussen de baby, de moeder en de meeouder en hun omgeving, zodat de interventies kunnen worden aangepast aan de mogelijkheden van elke speler. De zorg moet dus gericht zijn op elk van de betrokkenen en de wisselwerking tussen hen (Dayan et al. 2014).
- De kloof tussen **prenatale en postnatale zorg** overbruggen, gezien de impact die de zwangerschap heeft op de ouders en op de baby na de geboorte. Het doel is om continuïteit te garanderen vanaf de prenatale (en zelfs preconceptionele) periode over de periode rond de geboorte tot de postpartumperiode op de lange termijn, en dat op relationeel, informatief en organisatorisch niveau en door alle spelers te betrekken (Molenat, 2012; Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020).
- De **sectoroverschrijdende samenwerking** stimuleren en zowel de medische als psychosociale professionals betrekken. Ook samenwerking tussen de verschillende

professionals die betrokken zijn bij de ontwikkeling van het kind (kinderverzorgers, opvoeders, logopedisten, psychomotorische therapeuten, leerkrachten enz.) moet worden bevorderd.

- Continuïteit moet ook gegarandeerd zijn tussen de verschillende **preventieniveaus**: van primaire preventie (voldoende kwalitatieve levensomstandigheden voor de hele bevolking) tot gespecialiseerde interventies afhankelijk van de problemen die zich voordoen.

Hulpverleners (psychiaters, psychologen, huisartsen, maatschappelijk werkers enz.) die in contact komen met een al kwetsbare populatie, moeten bijzonder alert zijn en op de hoogte van de noodzaak om een perinataal netwerk op te zetten voor hun patiënten, met bijvoorbeeld een vroedkundige (Cesbron & Dugnat, 2012).

Aangezien alle zwangerschappen eindigen in een bevalling, die meestal in het ziekenhuis plaatsvindt (99,25 % van de bevallingen in 2021; Leroy & Van Leeuw, 2022), is de geboortezorg (geboorte en direct postpartum) een van de belangrijkste plaatsen en momenten waarop die situaties van kwetsbaarheid worden vastgesteld. Voor situaties van decompensatie die zich later in de postpartumperiode voordoen (na het verlaten van de kraamkliniek), zal de opsporing en ondersteuning gebaseerd zijn op het persoonlijke netwerk van de patiënte en het bestaande professionele netwerk (vroedkundige, gynaecoloog en/of huisarts, ONE, Kind en Gezin enz.).

1.3.2 *Netwerkmodellen*

Coördinatie tussen spelers, inclusief de leden van het gezin, ouders en het kind, kan op verschillende niveaus worden georganiseerd. Die verschillende soorten netwerken vullen elkaar aan.

Netwerken kunnen bijvoorbeeld worden georganiseerd per **interventielijn**, afhankelijk van het interventieniveau van elke speler:

- Eerste lijn (en nulde lijn): zijn gericht op lichte en voorbijgaande veranderingen in de geestelijke gezondheid en zijn actief op de plek waar de persoon woont, leeft en omgaat met anderen.
Hulpverleners: alle burgers, inclusief de persoon waarop de interventie betrekking heeft, familie-vrienden, werknemers-collega's, familie- en huishoudhulpverleners, opvoeders, monitoren, sociaal-culturele actoren, huisartsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, logopedisten, apothekers, hulpdiensten, geestelijke gezondheidszorgdiensten, eerstelijnspsychologen enz. Interventies: ondersteuning bij zelfzorg, herstel van primaire behoeften, programma om sociale banden te herstellen, programma voor gedragsactivering, programma voor zelfbewustzijn, workshops en groepen, gezondheidsbevordering
- Tweede lijn: gericht op matige geestelijke gezondheidsproblemen die op weg zijn om chronisch te worden.
Hulpverleners: ambulante psychologen en psychiaters, huisartsen, mobiele crisisteams, crisisopvang, diensten voor geestelijk herstel, lotgenotengroepen. Interventies en procedures: farmacotherapie, psychotherapie, terugvalpreventieprogramma's, psycho-educatie, informatieverstrekking door peers.
- Derde lijn: gericht op ernstige veranderingen in de geestelijke gezondheid (veranderd beoordelingsvermogen, bedreiging voor de persoonlijke en interpersoonlijke veiligheid) die een tijdelijke terugtrekking uit het maatschappelijk leven vereisen.
Hulpverleners: multidisciplinaire teams in psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische zorgafdelingen in algemene ziekenhuizen, gespecialiseerde residentiële diensten.

Fastrès (2009) identificeert dan weer een andere netwerktypologie, gebaseerd op drie zwaartepunten:

- de begunstigden (geïndividualiseerde zorg, met twee ondersteuningsniveaus: licht tot matig ernstige situaties en complexe of ernstige situaties);

- de reflectie op de praktijken of problemen (netwerken van professionals die samenkomen om structurele oplossingen te vinden voor terugkerende problemen. Die netwerken kunnen coördinatie inhouden tussen heterogene diensten in eenzelfde gebied of synergie tussen diensten van hetzelfde type in verschillende gebieden);
- of projecten of acties waarvoor moet worden samengezeten.

De geïntegreerde zorgorganisatie⁷, gericht op de patiënt, streeft dan weer naar een betere coördinatie van diensten doorheen het hele zorgcontinuüm in complexe gezondheidszorgsystemen. De coördinatie van de zorg en hulpverlening is interorganisatorisch en houdt rekening met de specifieke behoeften van kinderen (en hun gezinnen) tijdens hun hele zorg- en hulpverleningstraject (Grégoire, 2016; Cochrane Collaboration, 2013). Het kind staat centraal.

Het schema hieronder geeft een voorbeeld van de integratie van sociale en gezondheidsdiensten (Timmins & Ham, 2013).

⁷ In de geïntegreerde benadering van zorg speelt de kwestie van integratie op verschillende niveaus: het micro-, meso- en macroniveau van een gezondheidszorgsysteem.

- Op microniveau ligt de nadruk op interprofessionele of interdisciplinaire samenwerking en op de participatie van patiënten en mantelzorgers tijdens het hele traject van een persoon.
- Op mesoniveau ligt de nadruk op hoe de collectieve actie en verantwoordelijkheid van organisaties kan worden ingezet om te voldoen aan de behoeften van een populatie over het hele zorgcontinuüm en om passende en toegankelijke diensten op te zetten.
- Op macroniveau is de vraag hoe verschillende beleidsterreinen de activiteiten kunnen integreren (Kodner et al., 2002; Valentijn et al., 2013). Integratie van de zorg kan worden bereikt door een samenwerkingsnetwerk (Auschra, 2018; Provan & Lemaire, 2012) dat de organisatorische en disciplinaire grenzen overschrijdt (Lambert et al., 2020).

Schema 1: Geïntegreerde sociale en gezondheidsdiensten (Timmins & Ham, 2013).



Internationale modellen, zoals het Denver-model (Lomonaco-Haycraft et al., 2018, de NICE-aanbevelingen (2020) en die van de HAS (2024) stellen effectieve integratiestrategieën voor.

De logica van **stapsgewijze zorg** is een specifieke benadering van de integratie van gezondheidsdiensten (Lambert et al., 2020; O'Donohue & Draper, 2011; Kodner et al., 2002), die begint met de meest effectieve maar minst intensieve behandeling en pas overgaat naar intensieve/gespecialiseerde diensten als dat nodig is en afhankelijk van de behoeften van de patiënt. Het doel is om eerder en beter toegang te krijgen tot gezondheidszorgsystemen (O'Donohue & Draper, 2011).

De patiëntgerichte benadering impliceert dan weer dat er geen 'lineariteit' is in het gebruik van verschillende specialisatieniveaus (O'Donohue & Draper, 2011; Webb et al., 2014). In verschillende stadia of vanwege bepaalde gebeurtenissen in het traject kunnen voor de diagnostische beoordelingen en interventies verschillende specialisatieniveaus nodig zijn, die door verschillende soorten organisaties worden geleverd: het meest effectieve zorgniveau moet worden gekozen (Lambert et al., 2020; Jacques & Abel, 2020). De organisatie van werkprocessen volgens die principes vereist samenwerking en integratie van dienstverleners binnen en tussen sectoren of domeinen om de continuïteit van de zorg te verbeteren (Allen et al., 2020).

1.3.3 Conclusies

Om een gepast antwoord te bieden op de uiteenlopende - en soms complexe - ondersteuningsbehoeften van jonge kinderen is samenwerking tussen alle professionals in de zorg- en sociale sector essentieel. De ondersteuning van de geestelijke gezondheid van jonge kinderen vereist een geïntegreerde samenwerking tussen gezondheidszorg en maatschappelijk werk, gericht op de individuele behoeften van het kind en zijn gezin. Dat vereist dat de zorg en hulpverlening geïntegreerd georganiseerd moeten zijn, in overeenstemming met de specifieke behoeften van het jonge kind; in plaats van dat gezinnen zelf hun weg moeten zien te vinden in een versnipperde zorg en een gefragmenteerde maatschappelijke hulpverlening. In een geïntegreerde aanpak vormen zorg en welzijn één geheel, via een sterke interactie tussen de betrokken spelers, de professionals van de zorg- en sociale sector, het jonge kind en zijn omgeving.

Als het gaat om de geestelijke gezondheid van jonge kinderen, is het bijgevolg noodzakelijk om de **zorg geïntegreerd te organiseren**, de sectoren en interventielijnen te overstijgen en de organisatie van de zorg aan te passen aan de behoeften van het kind, zijn gezin en de ruimere context.

Het netwerk moet de continuïteit van de zorg garanderen. Het **intersectorale netwerksysteem** moet niet alleen verschillende sectoren rond de tafel brengen, maar ook voor een bepaald gebied de algemene strategie uitdenken op het vlak van preventie, zorg en hulpverlening.

De continuïteit tussen de nulde en derde lijn moet worden gegarandeerd door de integratie van de diensten zichtbaar te maken. De lijnen moeten elkaar kunnen kruisen en naadloos overgaan in de vorige en de volgende. De lijnen moeten overigens gekoppeld zijn aan de frequentie van een pathologie, eerder dan aan de ernst ervan. Zo kan hooggespecialiseerde zorg die minder vaak wordt gebruikt op een hoger niveau worden georganiseerd, maar moet ze altijd toegankelijk worden gemaakt dicht bij het kind/het gezin. Er moet altijd voorrang worden gegeven aan de minst intensieve vorm van zorg.

Als er **al relevante netwerken zijn opgezet** in de regio, is het aan te raden om zoveel gebruik te maken van die netwerken en geen apart nieuw netwerk te ontwikkelen. Aansluiten bij bestaande netwerken biedt het voordeel van meer expertise, sterkere partnerschappen, meer eenvoud voor de gezinnen en minder investeringen in termen van coördinatie en vergadertijd.

Daarnaast moet die specifieke geestelijke gezondheidszorg voor jonge kinderen gemakkelijk toegankelijk zijn en dicht bij de gezinnen worden georganiseerd, om barrières voor de toegankelijkheid zoveel mogelijk weg te nemen door te zorgen voor **fysieke locaties**.

2 De geestelijke gezondheid van jonge kinderen

2.1 De geestelijke gezondheid van jonge kinderen

Volgens de WGO (WHO, 2001) is geestelijke gezondheid "een toestand van welbevinden waarin het individu zich bewust is van zijn of haar eigen mogelijkheden, kan omgaan met de normale spanningen van het leven, productief en lonend kan werken en in staat is een bijdrage te leveren aan zijn of haar gemeenschap". Het gaat bijgevolg om een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden, wat meer is dan alleen de afwezigheid van ziekte. Geestelijke gezondheid is daarom een concept dat in brede zin mag worden opgevat, wat betekent dat we ons niet louter richten op de aan- of afwezigheid van symptomen, problemen of pathologieën, noch op het bestaan van risicofactoren. De definitie van de WGO omvat ook de integratie in de gemeenschap van mensen met een atypische ontwikkeling, die mogelijk speciale aanpassingen nodig hebben.

Er is steeds meer aandacht en wetenschappelijk bewijs voor een benadering van geestelijke gezondheid die gebaseerd is op twee continua (Keyes, 2005), die twee verschillende dimensies vertegenwoordigen (zie bijvoorbeeld Freeman, 2022): het continuüm van de 'positieve geestelijke gezondheid', dat de mate van mentaal welbevinden vertegenwoordigt (van je minimaal tot optimaal 'goed in je vel voelen') staat in wisselwerking met het continuüm dat de mate van aanwezigheid van psychische problemen weergeeft. Werken aan mentaal welbevinden kan daarom zowel de positieve geestelijke gezondheid versterken als een positief effect hebben op psychopathologische symptomen.

De prevalentie van mentale stoornissen wordt geschat op 16 à 18 % bij kinderen van 1 tot 5 jaar (Von Klitzing et al., 2015). In België werd de prevalentie van mentale stoornissen bij kinderen en adolescenten in 2021 geschat op 16 % (UNICEF, 2022). Voor meer dan 25 % van die problemen is gespecialiseerde hulp nodig. De stoornissen beschreven in DC:0-5 omvatten angststoornissen, stemmingsstoornissen, slaap-, eet- en huilstoornissen, trauma, stress en deprivatiestoornissen, zintuiglijke verwerkingsstoornissen, obsessief-compulsieve stoornissen en gerelateerde stoornissen.

Neurologische ontwikkelingsstoornissen (NOS), die niet rechtstreeks verband houden met geestelijke gezondheid, worden in dit advies ook in aanmerking genomen omdat ze voor het kind obstakels vormen die een impact kunnen hebben op de 2 assen van het continuüm, vanwege hun invaliderende kenmerken en de daaruit voortvloeiende gevolgen (bijv. herhaald falen, doorverwijzing naar speciaal onderwijs, zich uitgesloten voelen enz.)

Volgens de *International Classification of Diseases* van de WGO (ICD-11), die de NOS officieel heeft gemaakt (2022), worden die stoornissen gedefinieerd als alle gedrags- en cognitieve stoornissen die optreden tijdens de ontwikkelingsperiode (vaak voordat het kind naar de basisschool gaat) en die gepaard gaan met aanzienlijke problemen bij het verwerven en uitvoeren van specifieke intellectuele, motorische of sociale functies (...), waarvan de ontwikkeling sterk samenhangt met biologische rijping. Alleen stoornissen waarvan de basissymptomen neurologisch zijn, mogen in deze groep worden opgenomen.

Neurologische ontwikkelingsstoornissen variëren van zeer specifieke leerstoornissen of problemen met uitvoerende functies tot algemeen verminderde sociale vaardigheden of een zwakkere intelligentie. De DC:0-5 onderscheidt verschillende categorieën neurologische ontwikkelingsstoornissen: autismespectrumstoornis (ASS), vroege atypische ASS, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD), hyperactiviteit van de peuterleeftijd, globale

ontwikkelingsachterstand, taalontwikkelingsstoornis, coördinatieontwikkelingsstoornis, andere ontwikkelingsstoornissen in de baby- en vroege kindertijd.

Het concept van **neurodiversiteit** (Singer, 1999, Armstrong, 2010) biedt een alternatieve visie op neurologische ontwikkelingsstoornissen zoals autisme, ADHD en dyslexie. In plaats van ze alleen te zien als pathologie die moet worden gecorrigeerd, beschouwt neurodiversiteit ze als de natuurlijke variatie in de manier waarop het menselijk brein werkt. Die benadering benadrukt de waarde van cognitieve diversiteit en verdedigt het recht op inclusie, aanpassing en erkenning van specifieke behoeften. In tegenstelling tot een strikt medische benadering, die vaak probeert te 'normaliseren', legt neurodiversiteit de nadruk op respect voor verschillen en de ontwikkeling van individueel potentieel. Ze nodigt uit om na te denken over de school-, werk- en sociale omgeving om ze toegankelijker te maken. In die context worden neurologische ontwikkelingstests niet langer alleen gebruikt om een tekort te diagnosticeren, maar ook om het unieke cognitieve profiel van een individu beter te begrijpen en de ondersteuning hierop af te stemmen.

2.2 Het belang van preventie en vroegtijdig ingrijpen

Een aantal onderzoeken in Canada, het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk en België (COMGGKJ – zie in bijlage 2) hebben het belang benadrukt van zo vroeg mogelijk ingrijpen op verschillende gebieden (opvoedkundig, psychosociaal-medisch en omgeving), rekening houdend met iedereen die het kind omringt in een persoonlijke of professionele context. Preventie is veel effectiever dan remediëring en de impact is groter naarmate het eerder plaatsvindt (Knudsen et al., 2006).

Onder meer volgens Coté (2022⁸) is het belangrijk om zo vroeg mogelijk te handelen, zowel om neurologische als om economische redenen.

De eerste levensjaren van een kind zijn een periode van snelle ontwikkeling en aanzienlijke **hersenplasticiteit**. Dat aanpassingsvermogen van het jonge brein maakt het bijzonder ontvankelijk voor de ervaringen in die periode, of ze nu positief of negatief zijn. Die ervaringen hebben een blijvende invloed op de ontwikkeling van het kind. Uitgebreid onderzoek (Rousseau et al., 2016; Pinto-Martin et al., 2005; Heckman, 2006) heeft aangetoond dat inspanningen om het welzijn van jonge kinderen te ondersteunen en te bevorderen en om hun *caregivers* te ondersteunen en voor hen te zorgen, blijvende en belangrijke gevolgen hebben op lange termijn. Die interventies hebben een gunstige invloed op het ontwikkelingstraject van het kind (significante verbeteringen in cognitieve, emotionele en sociale vaardigheden) en bevorderen ook zijn welbevinden op de lange termijn en dat van de samenleving als geheel. Preventie en zorg vanaf de zwangerschap, gericht op het bevorderen van de geestelijke gezondheid van ouders en jonge kinderen van 0-5 jaar, leiden tot een vermindering van de prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen op iedere latere leeftijd binnen dezelfde generatie en over meerdere generaties (Rousseau et al., 2016; Zelkowitz, 2017).

Investeren in preventie vermindert ook de alsmaar stijgende kosten van (zwaardere) zorg en investeren in de vroege kinderjaren heeft dus **economische voordelen** voor de hele samenleving.

Onderzoek, met name door Prof. Heckman, winnaar van de Nobelprijs voor Economie in 2000 en grondlegger van de Heckman-vergelijking⁹, heeft aangetoond dat kinderen die zich tijdens hun eerste levensjaren kunnen ontwikkelen in een stimulerende en ondersteunende omgeving meer kans hebben om het goed te doen op school, betere sociale vaardigheden hebben en als volwassene betere vooruitzichten op werk hebben (Heckman, 2006; UNICEF, 2019). Volgens deze onderzoeken verbetert het ondersteunen van een kwaliteitsvolle ontwikkeling bij

⁸ Professor Sylvana COTE, Canadees hoogleraar psychologie, lezing tijdens het Eerste symposium van Hare Majesteit de Koningin met als titel: 'Prevention in Early Childhood to Promote Lifelong Mental Health' in juni 2022 in Brussel.

⁹ <https://heckmanequation.org>

kinderen uit kwetsbare gezinnen in de periode van 0 tot 5 jaar, door middel van educatieve interventies, de gezondheid, versterkt het de productiviteit en vermindert het de sociale en gezondheidsuitgaven¹⁰. Kinderen die in hun eerste levensjaren kwalitatieve ondersteuning en onderwijs ontvangen, vertonen minder vaak delinquent gedrag en zijn minder geneigd tot betrokkenheid bij criminele activiteiten op volwassen leeftijd (Heckman & Masterov, 2007; WHO, 2015). Dit leidt tot een reductie van maatschappelijke kosten, zoals uitgaven voor gezondheidszorg, sociale uitkeringen en kosten gerelateerd aan criminaliteit. **Volgens Prof. Heckman voorkomt elke geïnvesteerde euro dat er op volwassen leeftijd minstens drie euro moet worden besteed**, en zelfs meer wanneer men rekening houdt met de volledige sociale en economische baten.

Pinto-Martin et al. (2005) en Rousseau et al. (2016) hebben eveneens aangetoond dat elke euro die wordt geïnvesteerd in perinatale zorg en vroege kinderjaren, met name in kwetsbare omgevingen, op lange termijn een aanzienlijk rendement oplevert, met betere emotionele, mentale, professionele en sociale uitkomsten

Een onderzoek (Bauer et al., 2014) schatte de jaarlijkse kosten van perinatale geestelijke gezondheidsproblemen in het Verenigd Koninkrijk op 1,2 miljard euro (waarvan 69 % voor baby's en 31 % voor moeders), waarbij die kosten voornamelijk voor rekening komen van de samenleving als geheel (door productiviteitsverlies). Die uitgaven zouden kunnen worden omgezet in een budget voor zorg voor zwangere vrouwen en hun baby's.

Kortom, investeren in perinatale zorg en de vroege kinderjaren is essentieel voor de optimale ontwikkeling van individuen en de samenleving als geheel. De voordelen van die investering zijn talrijk, gaande van een verminderd beroep op de psychiatrie en minder verblijf in de gevangenis tot betere schoolresultaten en beter werk. De bewijzen uit het onderzoek ondersteunen het idee dat de eerste levensjaren van een kind cruciaal zijn voor zijn toekomstige ontwikkeling.

3 Gezondheidsdeterminanten

Gezondheidsdeterminanten zijn factoren die de gezondheid van individuen en populaties beïnvloeden. Inzicht in hoe die verschillende determinanten de geestelijke gezondheid van jonge kinderen kunnen beïnvloeden, betekent dat meer effectieve volksgezondheidsstrategieën kunnen worden ontwikkeld. De determinanten kunnen worden onderverdeeld in verschillende categorieën.

3.1 Sociale determinanten

De **sociaaleconomische factoren** van het gezin (werk, arbeidsomstandigheden, inkomen en sociale status) hebben een impact op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van het kind en houden transgenerationale sociale ongelijkheden in stand. Het feit dat een kind geboren wordt in een hoog sociaaleconomisch milieu geeft hem meer kans op een goede lichamelijke en geestelijke gezondheid dan een kind dat geboren wordt in een laag sociaaleconomisch milieu (Corvelyn & Maes, 2002 ; NHS, 2024).

Dat proces wordt van generatie op generatie doorgegeven.

Het is met name gebleken dat kwetsbare gezinnen zorg uitstellen of minder vaak hulp zoeken, met het risico op een hogere (co)morbiditeit.

Het opleidingsniveau beïnvloedt ook de gezondheidskeuzes, het vermogen om gezondheidsinformatie te begrijpen (gezondheidsgeletterdheid) en de mate waarin de ouders betrokken zijn bij de gezondheidszorg van hun kind.

Voedingstekorten bij kwetsbare bevolkingsgroepen bedreigen ook de gezondheid.

¹⁰ Zie ook "Le coût des problèmes de santé mentale périnatale" gepubliceerd door Annette Bauer, Michael Parsonage, Marin Knapp, Valentina Lenmi en Adelaja Bayo (*Alliance francophone de la santé mentale périnatale*), wat een Franse vertaling is van de originele Engelse versie, gepubliceerd door het *Care Policy and Evaluation Centre* van de *London School of Economics*.

Een solide netwerk voor **sociale ondersteuning** kan mensen helpen om beter om te gaan met stress en gezondere gedragspatronen aan te nemen voor zichzelf en hun kinderen. Isolatie (eenoudergezinnen, vluchtelingen of migranten enz.) kan dan weer de sociale en psychologische kwetsbaarheid verergeren (HGR 9744, 2024).

Ook stereotypering en sociale uitsluiting kunnen een negatieve invloed hebben op de geestelijke en lichamelijke gezondheid van mensen (HGR 9744, 2024).

Tot slot is het systeem van **sociale bescherming** (toegang tot preventieve en curatieve gezondheidszorg, inclusief psychologische zorg, kwaliteit van de zorg en toegang tot sociale diensten) een andere belangrijke gezondheidsdeterminant (WGO, 2014). Bepaalde maatschappelijke hervormingen kunnen een positieve of negatieve invloed hebben op de gezondheid, vooral op het gebied van geestelijke gezondheid en welbevinden.

3.2 Omgevingsdeterminanten

De kwaliteit van lucht, water, infrastructuur en huisvesting kan van invloed zijn op de gezondheid, vooral wat betreft het risico op infecties, vervuiling en geestelijke gezondheidsproblemen.

Lucht- en watervervuiling en problemen met de bodemkwaliteit kunnen leiden tot ademhalings-, cardiovasculaire en andere gezondheidsproblemen. De WGO (2018) stelt dat "prenatale en postnatale blootstelling aan **luchtvervuiling** de neurologische ontwikkeling negatief kan beïnvloeden, kan leiden tot lagere scores op cognitieve tests en gedragsstoornissen in de hand kan werken (autismespectrumstoornis, aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis enz.). Er zijn sterke aanwijzingen dat blootstelling aan luchtverontreiniging de motorische en mentale ontwikkeling van kinderen kan schaden."

Een ongezonde (vocht, schimmel) of overbewoning **woning** kan een risicofactor zijn voor de gezondheid, vooral voor kinderen en ouderen. Ongezonde omstandigheden kunnen allergieën en/of recidiverende infecties uitlokken, maar ook jonge kinderen blootstellen aan chronische vergiftiging door zware metalen in oude verf (lood), wat kan leiden tot bloedarmoede, pica en een neurologische stoornis. Aan de andere kant moeten mensen die in een onbewoonbaar verklaarde woning wonen (zie <https://www.belgium.be/nl/huisvesting/huisvestingsproblemen/onbewoonbaarheid>) die woning verlaten en komen ze soms met hun kinderen op straat te staan (Kristjansson et al., 2015).

Ruimtelijke ordening speelt ook een rol: de aanwezigheid van groene ruimten en speelpleinen buiten draagt bij aan de motorische, emotionele en sociale ontwikkeling van jonge kinderen (HGR, 2022).

3.3 Biologische determinanten

3.3.1 *Genetische factoren*

Sommige geestelijke gezondheidsproblemen bij kinderen houden verband met een lichamelijke of verstandelijke beperking die een genetische oorzaak kan hebben.

De meest voorkomende oorzaak van genetische verstandelijke beperking is trisomie 21 (beter bekend als downsyndroom), die momenteel kan worden vastgesteld via een bloedonderzoek in het eerste trimester van de zwangerschap.

Neurologische ontwikkelingsstoornissen worden ook grotendeels beïnvloed door genetische factoren (Sandin et al., 2014; Tick et al., 2016; Colvert et al., 2015; Uchida et al., 2023). Die genetische causaliteit is echter polygenetisch en complex. In veel specifieke gevallen is de etiologie onbekend en daarom mogelijk gekoppeld aan de interactie van genetisch materiaal met een specifieke omgeving.

Bijgevolg kunnen slechts bepaalde syndromen prenataal worden opgespoord: chromosomale syndromen bij vrouwen met een verhoogd risico (leeftijd) en monogenetische syndromen met dominante of X-gebonden overdracht die al aanwezig zijn bij een van de ouders.

3.3.2 Obstetrische factoren

Voedingstekorten bij de moeder kunnen de ontwikkeling van de foetus verstoren (bijv. tekort aan foliumzuur, ijzer, jodium of zink, te veel suikers of vetten). Een tekort aan jodium, ijzer en zink kan onder meer leiden tot een vertraging in de cognitieve ontwikkeling en uiteindelijk de geestelijke gezondheid van het jonge kind beïnvloeden (zie advies 9285 van de HGR, 2016 - voedingsaanbevelingen voor België).

Blootstelling aan een **teratogeen agens** kan zeer uiteenlopende afwijkingen bij het zich ontwikkelende organisme veroorzaken (met name hormoonverstoorders, **alcohol**, **tabak**, giftige stoffen, bepaalde medicijnen, andere psychoactieve stoffen). De effecten zijn het ernstigst wanneer ze de foetus bereiken tijdens de organogenese, in het eerste trimester van de zwangerschap, maar doen zich ook, in mindere mate, voor tijdens de borstvoeding. Zo kan het gebruik van psychoactieve stoffen tijdens de zwangerschap leiden tot vroeggeboorte, morfologische, functionele of psychosociale afwijkingen die neurosensorische, neurologische en neurogedragsveranderingen kunnen inhouden na de geboorte, tijdens de kindertijd, adolescentie en zelfs volwassenheid (Chan et al., 2024; Belsky & de Haan, 2011). Volgens de HGR (HGR 8462, 2009; HGR 9782, 2025) is er geen grens waaronder alcoholgebruik door de moeder tijdens de zwangerschap veilig zou zijn voor het ongeboren kind, en de HGR raadt daarom vrouwen die zwanger zijn of zwanger willen worden en vrouwen die borstvoeding geven af om alcohol te drinken.

Bovendien kan het plots stopzetten van de blootstelling na de geboorte een neonataal abstinentiesyndroom veroorzaken (met name bij het gebruik van opiaten, alcohol of benzodiazepinen), waarvan de ernst afhangt van het type en de duur van de blootstelling, en dat een aangepaste aanpak vereist om de gevolgen voor de ontwikkeling te beperken.

Tot slot kunnen er tijdens de zwangerschap **complicaties** optreden, zoals een zwangerschapsaandoening (hoge bloeddruk, trombo-embolie), congenitale infectie (toxoplasmose, rodehond, cytomegalovirus, listeria, HIV enz.), intra-uteriene groeivertraging en te kleine omvang van de schedel (microcefalie).

Complicaties bij de bevalling, zoals vroeggeboorte (minder dan 32 weken zwangerschap), foetale nood of neonatale reanimatie of een traumatische obstetrische gebeurtenis bij de moeder, zoals eclampsie, een cerebrovasculair accident (CVA) of een bloeding (diffuse intravasale stolling - DIS), kunnen een impact hebben op de ontwikkeling van het kind.

Neonatale aandoeningen (ernstige geelzucht, meningitis) zijn ook risicofactoren voor NOS (HAS, 2020).

3.4 Ervaringen in de vroege kindertijd

Vroegkinderlijke ervaringen, in het bijzonder stress en trauma, kunnen op lange termijn invloed hebben op de geestelijke en lichamelijke gezondheid. De gevolgen voor de ontwikkeling van 'Adverse Childhood Experiences' (ACE, of negatieve ervaringen in de kindertijd, Felitti et al., 1998) zijn goed gedocumenteerd (De Venter et al., 2013). Het gaat om alle traumatische gebeurtenissen die kinderen en adolescenten meemaken, met inbegrip van vormen van (lichamelijke, emotionele, seksuele) mishandeling, verwaarlozing, maar ook verschillende vormen van disfunctioneren van het gezin, zoals problemen van drugsgebruik, psychische aandoeningen bij de ouders, huiselijk geweld, scheiding of echtscheiding en gevangenschap van een ouder.

Die gebeurtenissen kunnen diepgaande en langdurige gevolgen hebben voor de gezondheid en ontwikkeling van baby's en kinderen en hun sociale, emotionele, neurobiologische,

psychologische en gedragsreacties beïnvloeden evenals de verschillende biologische, immuun-, cardiovasculaire, neuro-endocriene en metabolische systemen (National Scientific Council on the Developing Child, 2020). Ontwikkelingstrauma's hypothekeren de levenskwaliteit en de gezondheid, zelfs op oudere leeftijd, en kunnen van generatie op generatie worden doorgegeven. Kinderen die aan die ervaringen worden blootgesteld, kunnen agressief gedrag ontwikkelen of buitensporig veel aandacht vragen. Op de lange termijn kunnen die gedragingen ook leiden tot geestelijke en lichamelijke gezondheidsproblemen op volwassen leeftijd (Kuiper et al., 2010), zoals later overmatig heftig reageren op kleine stressfactoren, een risico op depressie, op angst, maar ook een verhoogd risico op hart- en vaatziekten (Moureau & Delvenne, 2016; Webster, 2022). Een recent onderzoek (Grummitt et al., 2024) geeft bijvoorbeeld aan dat 40 % van de volwassen psychopathologie het gevolg is van kindermishandeling.

3.5 Gedragsdeterminanten

De zwangerschap en perinatale periode zijn periodes met een verhoogd risico op **geweld tegen vrouwen** (Alhusen et al., 2021).

Geweld tegen de zwangere vrouw kan (direct of indirect) een trauma bij de foetus en de zuigeling veroorzaken. Huiselijk geweld heeft ook invloed op de ontwikkeling van het kind, vanaf de prenatale periode, vanwege de stress die de moeder ervaart.

Jonge kinderen die worden blootgesteld aan geweld tegen hun moeder lopen ook het risico op een depressieve angststoornis (die zich uit in verschillende symptomen zoals agressie, in zichzelf gekeerd zijn, buitensporige verlegenheid enz.) als gevolg van de neurobiologische (gewijzigde cortisolniveaus bij het kind) en psychorelationele impact (Schechter et al., 2023). Studies (Tournier, 2023; Bekaert et al., 2012; Boudabous et al., 2023) tonen aan dat in gevallen van huiselijk geweld het kind, zelfs als het niet direct was blootgesteld aan het geweld tegen zijn moeder, indirect wordt beïnvloed door een verstoring in de band die tussen hen is ontstaan, wat zal leiden tot onregelde interactiepatronen en uiteindelijk zal resulteren in de overdracht van de problematiek bij het kind (met name angst, ADHD, depressie) (Moser et al., 2023).

De vroege kindertijd is ook een risicoperiode voor **mishandeling**. In Vlaanderen bijvoorbeeld was 14,2 % van de kinderen die in 2018 werden gemeld bij een Vertrouwenscentrum Kindermishandeling jonger dan 3 jaar (Unicef, 2019).

Geweld in de opvoeding, gangbare disciplinaire praktijken die onterecht als 'normaal' worden beschouwd bij de opvoeding van kinderen (zoals. lijfstraffen, vernedering, bedreigingen enz.), kunnen ook schadelijk zijn voor hun psychologische en emotionele ontwikkeling (Gershoff, 2002).

Andere gedragsfactoren kunnen een impact hebben op de ontwikkeling van jonge kinderen. In het bijzonder 'technoferentie', dat is het **schermgebruik** door de ouders dat de dagelijkse interacties verstoort die essentieel zijn voor de ontwikkeling van jonge kinderen (bijvoorbeeld reeds tijdens de borstvoeding of het voeden), is een probleem dat momenteel in de literatuur wordt benadrukt (Devouche et al., 2023).

In het algemeen is het gebruik van nieuwe technologieën, in het bijzonder van schermen, dat geleidelijk ons dagelijks leven is binnengedrongen en waaraan peuters en kleuters al veel worden blootgesteld, ook een reden tot bezorgdheid (zie meer informatie over dit onderwerp in het advies 9877 van de HGR, in voorbereiding).

Er is meer onderzoek nodig om de effecten van schermgebruik op kinderen beter te kunnen beoordelen. Toch moeten ouders uit voorzorg bewust worden gemaakt van de gevaren van overmatig gebruik. Er zijn aanbevelingen en gebruiksregels voor de blootstelling van jonge kinderen aan schermen. De WGO beveelt bijvoorbeeld aan om kinderen jonger dan 2 jaar niet bloot te stellen aan schermen en bij kinderen tussen 3 en 5 jaar de schermtijd zoveel mogelijk te beperken (WHO, 2019). Het doel van die aanbevelingen is ouders bewust te maken van de risico's en voordelen van schermen en een verantwoord en evenwichtig gebruik te bevorderen.

4 Primaire preventie: maatschappelijke aspecten

4.1 Respect voor de kinderrechten: gezonde omgeving en sociaaleconomisch niveau

In een weinig afgebakend domein, zal preventie gericht op de behoeften van het kind en het gezin (bijv. middelen van bestaan) het meest efficiënt zijn (Guralnick, 2011). Kinderen voldoende ontplooiingsmogelijkheden bieden, kan alleen als jonge kinderen en hun gezin, in hun levenssituatie, volledig gebruik kunnen maken van de middelen en rechten op verschillende gebieden van het leven, zoals onderwijs, werk, vrije tijd, huisvesting en gezondheid. Deelname aan het sociale leven en toegang tot zorg en ondersteuning zijn cruciaal en hebben een blijvende en positieve impact op de sociale, emotionele en lichamelijke ontwikkeling van kinderen.

Universele primaire preventie moet daarom in de eerste plaats zorgen voor een gezonde omgeving voor elk kind en een sociaaleconomisch gezinsniveau dat toegang biedt tot opvoeding, onderwijs, cultuur en medische en psychologische zorg voor iedereen.

In feite gaat het erom te voldoen aan de Verklaring van de **Rechten van het Kind**. Die rechten, die universeel, ondeelbaar, onderling afhankelijk en nauw met elkaar verbonden zijn, garanderen kinderen het recht op een toereikende levensstandaard, op onderwijs, op spelen, op privacy, op gezondheid, op gezondheidszorg en op bescherming tegen misbruik, verwaarlozing en geweld.

Om de gezondheidsdeterminanten positief te beïnvloeden, moet elk kind:

- in een **gezonde omgeving** kunnen leven: essentiële voorwaarden voor lichamelijke en geestelijke gezondheid zijn onder meer niet-vervuilde binnen- en buitenlucht, gezonde, stabiele en veilige huisvesting en de aanwezigheid van groene ruimten en buitenspeelplaatsen;
- toegang hebben tot voldoende en **gezond voedsel**;
- **op jonge leeftijd cognitief gestimuleerd worden**, via een gelijke toegang tot opvangdiensten, de mogelijkheid voor interactie met beschikbare volwassenen, het verkennen van rijke omgevingen, het manipuleren van voorwerpen, het horen van verhalen, spelen en toegang tot cultuur ...

Die omstandigheden kunnen niet worden gegarandeerd zonder effectieve **sociale bescherming**:

- universele toegang tot preventieve en curatieve gezondheidszorg, inclusief psychologische zorg;
- gezinsondersteunend beleid om te voorzien in materiële basisbehoeften (inkomen, huisvesting, kinderopvang).

Die verschillende aspecten bepalen in grote mate of elk kind gelijke kansen heeft op ontwikkeling en welbevinden. De impact is des te groter voor kinderen uit kwetsbare gezinnen. Primaire preventie is gericht op iedereen, maar moet worden afgestemd op de **kwetsbare bevolkingsgroepen**. Volgens de Franse longitudinale studie Elfe zijn sociale ongelijkheden in gezondheid al zeer duidelijk op de leeftijd van 4 jaar (Bois, 2022). Gezien de ongelijkheden op gezondheidsgebied in de samenleving zijn extra inspanningen en methoden voor gezondheidsbevordering, inclusief preventie, nodig. De algemene sociale en preventieve beleidsmaatregelen (kinderopvang, ouderschapsverlof enz.) zullen immers doorgaans meer ondersteunend zijn voor bevolkingsgroepen die al geïntegreerd en gestructureerd zijn. Volgens de gegevens van Opgroeien¹¹ verschilt het gebruik van formele kinderopvang bijvoorbeeld sterk naargelang de herkomst van de moeder en de armoedestatus van het huishouden: amper 33,2 % van de kinderen in kansarmoede met een moeder van niet-

¹¹ <https://www.opgroeien.be/kennis/cijfers-en-onderzoek/kinderopvang-babys-en-peuters#toc-gebruik-van-de-opvang>

Belgische origine ging naar de formele kinderopvang, tegenover 78,1 % van de kinderen niet in kansarmoede met een moeder van Belgische origine. Sinds 2021 is dat verschil steeds groter geworden.

4.2 Welbevinden van de ouders

Aan de andere kant is het alleen door aan de behoeften en verwachtingen van de ouder te voldoen, dat die op zijn beurt in staat zal zijn om aan de (geestelijke) behoeften van het jonge kind te voldoen. Ouderschap is meer dan opvoeden alleen. Het ouderschap wordt opgebouwd vanuit de partnerrelatie, het functioneren van het gezin, de (geestelijke) gezondheid van de ouder, de organisatie van zorg, werk, vrijetijdsbesteding, het onderhouden van sociale relaties en financieel beheer.

Universele primaire preventie heeft daarom ook betrekking op het welbevinden van de ouders tijdens de zwangerschap, de bevalling en na de geboorte, met noodzakelijke maatregelen zoals borstvoedingsverlof, moederschaps-/vaderschapsverlof, kinderbijslag, huisvestingsbeleid, organisatie van voldoende kinderopvang en algemeen preventiebeleid.

Er is met name aangetoond dat een **verlengd ouderschapsrust** verschillende voordelen heeft voor de kinderen. De verlenging van het ouderschapsrust zou een betere hechting (Belsky en de Haan, 2011), langere borstvoeding (WHO, 2018) en uiteindelijk betere studieresultaten bevorderen (Baker & Milligan, 2015). De Europese Unie beveelt overigens een langer ouderschapsrust aan om het welbevinden van kinderen te bevorderen, waarbij ze zich beroept op studies die een verband leggen tussen dergelijk verlof en betere ontwikkelingsindicatoren (Europees Instituut voor gendergelijkheid, 2019). De *Ligue des Familles* pleit ook voor 15 weken vaderschapsverlof/meeouderschapsverlof (dienst *Etudes et Action Politique* van de LdF, 2022). In België is het ouderschapsverlof inderdaad erg kort in vergelijking met andere landen zoals Zweden en Spanje.

4.3 Informatie en bewustmaking

Preventie omvat ook het aanbieden van hulpmiddelen ter voorbereiding op zwangerschap en bevalling en **informatiecampagnes en -materiaal**. Volgens de principes van gezondheidsgeletterdheid (Gerolimich & Vecchiato, 2019) moet informatie voor het grote publiek mensen in staat stellen om toegang te krijgen tot informatie, de boodschap te begrijpen, die te evalueren met betrekking tot hun eigen gezondheid en beslissingen te nemen. Om dat te bereiken is een echte gemeenschappelijke communicatiestrategie nodig die wordt gedeeld door alle overheidsniveaus en alle sectoren.

Vanaf de adolescentie (en met bijzondere aandacht voor kwetsbare gezinnen, gemarginaliseerde groepen en analfabeten) moet worden gesensibiliseerd voor de uitdagingen van het ouderschap (de eerste 1000 dagen, de impact van huiselijk geweld, het belang van prenatale geestelijke gezondheid, schermgebruik ...), via diverse middelen en brede campagnes (niet alleen in het medisch milieu maar ook in het secundair onderwijs, locaties voor maatschappelijke hulpverlening, ontmoetingsplekken of via de media en sociale media ...).

Tijdens de zwangerschap moeten toekomstige ouders voldoende worden geïnformeerd over risicofactoren, zowel op gezondheidsgebied (bevordering van een gezonde levensstijl, voeding, risico's in verband met toxische stoffen) als op het gebied van psychologie en ontwikkeling van de toekomstige baby, zodat ze voorzorgen nemen om hun lichamelijk en geestelijk welzijn en de totstandkoming van de eerste band tussen ouder en kind te bevorderen (Bernard & Eymard, 2014).

Wanneer het kind geboren is, moeten ouders vertrouwen krijgen in hun vermogen om hun baby te begrijpen en hem de antwoorden te geven die voor hem het meest bevredigend zijn.

Ook moet **de behoefte om zich gesteund te voelen** tijdens die perinatale periode worden **gelegitimeerd**, zodat mensen gemakkelijker professionele hulp zoeken. De behoefte om te bellen bij een twijfel of vraag in de preconceptionele periode en tijdens de zwangerschap moet worden genormaliseerd, met name door iets te veranderen aan de beeldvorming die de perinatale periode overdreven idealiseert (in reclamespots bijvoorbeeld).

In de provincie Alberta, Canada, bijvoorbeeld, heeft het *Alberta Family Wellness Initiative* een communicatiestrategie ontwikkeld die gericht is op de ontwikkeling van het kind en op de positieve factoren die het mogelijk maken om te handelen en een goede geestelijke gezondheid te ontwikkelen vanaf de vroege kinderjaren. Grootschalige sensibiliserings- en informatiecampagnes via mediakanalen enz. brachten eenvoudige boodschappen die begrijpelijk waren voor een breed publiek, gebaseerd op wetenschappelijk bewijs, toegankelijk waren, een *all policies* impact hadden en gericht tot de hele bevolking. Ze werden op een aangepaste manier verspreid, afgestemd op de risicogroepen en kwetsbare bevolkingsgroepen.

4.4 Beschikbaarheid en opleiding van professionals

Preventiemaatregelen in die levensfase moeten gericht zijn op het creëren van de ondersteuningsmatrix (zie punt 1.3.1). De naasten, ouders, andere familieleden, vrienden en burens spelen hierbij een belangrijke rol. Het is echter even belangrijk dat zwangere vrouwen en vrouwen die recent bevallen zijn een **contactpersoon kunnen identificeren** die beschikbaar is om vragen te bespreken met betrekking tot de zwangerschap, de bevalling, de borstvoeding of de flesvoeding, evenals de komst van de baby en de implicaties daarvan voor het individuele, partner- en gezinsleven (bijvoorbeeld via de oprichting van '**perinatale huizen**' zoals beschreven in de aanbevelingen).

De huisarts, die vaak de eerste is die in contact komt met de zwangere vrouw (en het hele gezin opvolgt), speelt hierbij eveneens een belangrijke rol, net als de vroedkundigen. Het expertisegebied van de vroedkundige strekt zich uit van de preconceptionele periode tot het eerste levensjaar van de baby. Die begeleiding biedt een soort vangnet dat de kwaliteit van de moeder-meeouder-baby relatie beschermt en daarmee de ontwikkeling van de baby (Panagiotou, 2019). Het KCE (Benahmed et al., 2014) vermeldt ook het werk van kraamhulpverleners, die logistieke steun bieden aan gezinnen tijdens de perinatale periode.

Naast initiatieven die gericht zijn op het grote publiek, is er nood aan versterking van **de opleiding voor professionals** die in contact kunnen komen met volwassenen (en tieners) in de vruchtbare leeftijd of toekomstige ouders: gynaecologen, verpleegkundigen, vroedvrouwen, huisartsen, psychiaters enz., zodat ze toegang hebben tot recente wetenschappelijke gegevens over de ouder-babyrelatie en onderzoek naar perinatale psychologie en psychiatrie, waarvan een deel in dit document wordt beschreven. Er moeten opleidingen en informatiemateriaal worden ontwikkeld voor die professionals die al met volwassenen werken. Ze moeten immers consequent worden geïnformeerd over de uitdagingen en mogelijke gevolgen voor de ontwikkeling van de ongeboren baby, en over het mentale leed van de ouder, vooral als die in isolement leeft.

Daarnaast heeft een versterking van de reflecterende capaciteiten van iedereen die beroepsmatig actief is in de perinatale context een overtuigend effect op de praktijken van de hulpverleners. Zo bracht een studie na workshops over reflectieve praktijken met die professionals aan het licht dat "de reflectieve opleiding voor gezondheidswerkers de ontwikkeling van participatieve hulppraktijken mogelijk maakt. Praktijken die de handelingsbevoegdheid van ouders ondersteunen zijn toegenomen, terwijl paternalistische praktijken zijn afgenomen. Overtuigingen over de opvoedingsvaardigheden namen toe, terwijl die over sturende adviezen afnamen. De kennis van de ontwikkelingsbehoeften van kinderen, vooral met betrekking tot huilen, steeg ook van 43 % naar 88 %." (Barbe Coulon & Lacharité, 2021).

5 Prenatale periode en bevalling

5.1 Geestelijke gezondheid van de (toekomstige) ouders

De overgang naar ouderschap wordt door elk individu of koppel anders ervaren. Dat belangrijke moment in het leven gaat gepaard met lichamelijke, hormonale, emotionele, psychologische en sociale veranderingen (Ajuriaguerra, 1974; Moro, 2010; Sameroff, 2013; Mazet & Stoléru, 2003). Het houdt meer bepaald een nieuwe identiteit in (moeder, vader enz.) en grote veranderingen voor het koppel, het gezin en de levensstijl.

Het proces begint lang voordat het kind wordt verwekt en psychisch leed of psychologische stoornissen kunnen al ontstaan bij de wens om zwanger te worden en kunnen zowel de moeder als de meeouder treffen. Prenatale, perinatale en neonatale stress kunnen blijvende effecten hebben op de hersenontwikkeling, het gedrag, de cognitieve functies en de relationele vaardigheden van het kind. Tijdens de zwangerschap kunnen trauma's en stress bovendien vroeggeboorte in de hand werken, wat op zijn beurt de ontwikkeling van het kind kan beïnvloeden. Tijdens de coronaperiode werd een vermindering van het aantal vroeggeboorten vastgesteld (Tessier et al., 2023; Delius et al., 2024), wat het gevolg zou kunnen zijn van een vermindering of zelfs stopzetting van beroepsactiviteiten, een vermindering van stress of een minder hectisch levenstempo.

De context waarin een kind wordt verwekt, kan al een impact hebben op zijn ontwikkeling. Vooral stressvolle levensgebeurtenissen (zoals vervreemding van familie, echtscheiding, overlijden van een naaste rond de tijd van de zwangerschap, verhuizing, moeilijke werkomstandigheden, baanverlies, problemen in verband met een adoptie, asielaanvraagprocedure, migratie, ballingschap, gebrek aan steun van familie en vrienden, huiselijk geweld enz.) zijn risicofactoren (Vanderpas et al., 2016).

Zwangerschapsgerelateerde gebeurtenissen (ongepaalde, ongewenste, vroege of late zwangerschap, zwangerschap na verkrachting binnen of buiten de familiale context, incest, zwangerschapsontkenning, meerlingzwangerschap) kunnen ook invloed hebben op hoe de overgang naar het ouderschap wordt ervaren. Zwangerschappen die worden genegeerd of ontkend, vaak gepaard gaand met psychologische aandoeningen en/of drugsverslaving, huiselijk geweld en extreme armoede vormen zo een risico op verwaarlozing en mishandeling van de baby (HAS, 2024).

Moeilijkheden tijdens de **bevalling** (onverwacht verloop) of in de eerste levensdagen (borstvoedingsproblemen, baby's met speciale medische behoeften) kunnen ook zorgen voor ontredde bij de ouders, en leiden tot een gevoel van isolement. Als tijdens de zwangerschap of bij de geboorte een gezondheidsprobleem bij het kind wordt vastgesteld, komt dat vaak als een schok voor de ouders. Of de diagnose nu snel wordt gesteld of na een reeks onderzoeken, ze beïnvloedt de toekomst en veroorzaakt stress, waardoor ouders hun middelen moeten mobiliseren om met de situatie om te gaan.

De perinatale periode is ook een risicoperiode voor **psychologische stoornissen bij de ouder**.

Perinatale stemmings- en angststoornissen zijn de meest voorkomende complicaties van de zwangerschap, met langetermijengevolgen voor moeder en kind. Een onderzoek toonde een zeer hoog percentage depressies bij de moeder, met name prenatale depressies, in de voorgeschiedenis van een cohort adolescenten die op 16-jarige leeftijd een depressie hadden (Pawlby et al., 2009). Een andere studie (Sananès et al., 2019) vond een zeer duidelijke correlatie tussen prenatale angst of depressie bij de moeder en het optreden van psychische stoornissen bij kinderen van 4 tot 13 jaar.

Uit gegevens blijkt dat één op de vijf vrouwen psychische problemen ervaart tijdens de zwangerschap en in het eerste levensjaar na de geboorte van hun kind (INSERM, 2021¹²). Met name angststoornissen zouden een prevalentie hebben van 15-20 % in de antenatale

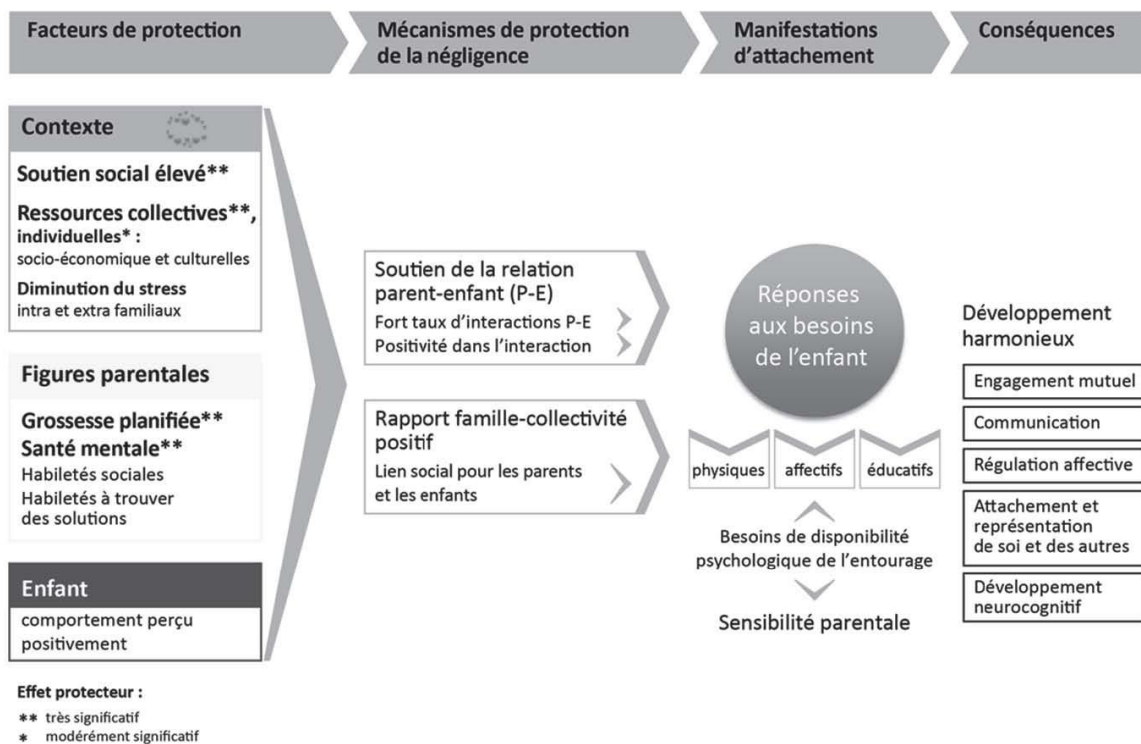
¹² <https://enp.inserm.fr/wp-content/uploads/2022/10/rapport-2022-v5.pdf>

periode (Dennis et al., 2017; Fawcett et al. 2019). Vooral angsten of zorgen uit de eigen kindertijd kunnen weer naar boven komen, wat de relatie met de baby kan beïnvloeden. Sommige ouders kunnen momenten van decompensatie ervaren, gekenmerkt door angst voor het ouderschap, de bevalling (tokofobie is een extreme angst voor de bevalling) of het opbouwen van een band met hun kind. Sommige bestaande geestelijke gezondheidsproblemen kunnen zich ook anders manifesteren tijdens de zwangerschap of verergeren als gevolg van hormonale, lichamelijke en emotionele veranderingen.

5.2 Primaire preventie

Prenatale gesprekken en voorbereiding op de geboorte zijn belangrijk in de preventie van geestelijke gezondheidsproblemen in de perinatale periode (Madigan et al., 2018).

De steun van de meemoeder tijdens de prenatale periode en interesse in de bewegingen van de foetus zijn ook geïdentificeerd als beschermende factoren (Cuijlits et al., 2019). Gedeeld plezier in moeder-baby interacties is ook een belangrijke beschermende factor die positieve psychologische ontwikkeling stimuleert en de effecten van een ouderlijke psychopathologie matigt (Mäntymaa et al., 2015).



Figuur 1. Beschermende factoren om de ontwikkeling van het kind te steunen (Barbe Coulon, 2018).

In 2019 raadde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) (Benahmed et al., 2019) aan om zwangerschappen op te volgen met behulp van een 'prenataal zorgpad' voor elke zwangere vrouw, dat is aangepast aan haar specifieke behoeften. In de loop van dat zorgpad zouden dan consultaties voor '**persoonlijk prenataal advies**' (PPA) moeten plaatsvinden (opvolging door verschillende gezondheidswerkers, afhankelijk van de behoeften). De eerste van die consultaties, in het begin van de zwangerschap, zou dienen om alle nodige informatie te geven (soorten prenatale zorg, wetenschappelijke informatie over de zwangerschap enz.) en de professionals aan te duiden die het volledige zorgpad zullen begeleiden, maar ook om eventuele psychosociale kwetsbaarheden op te sporen en het zorg-/ondersteuningsplan op te stellen. Een tweede PPA zou in het derde trimester kunnen plaatsvinden, om de laatste details in verband met de bevalling en het postpartum te bespreken.

Die aanbevelingen lagen aan de basis van het programma voor geïntegreerde zorg 'Zorg en ondersteuning voor zwangere vrouwen, kinderen en hun gezin tijdens de eerste 1000 dagen'¹³.

5.3 Secundaire preventie

Het voorkomen van geestelijke gezondheidsproblemen bij jonge kinderen moet al in de prenatale periode beginnen, in het bijzonder bij kwetsbare gezinnen en volwassenen (en adolescenten) die tekenen van psychisch leed en/of marginalisering vertonen.

Die kwetsbare gezinnen kunnen al tijdens de zwangerschap worden geïdentificeerd (en bij de bevalling, die meestal in het ziekenhuis plaatsvindt) op basis van risicofactoren, die van het volgende type kunnen zijn:

- biologisch (genetisch, obstetrisch, leeftijd van de ouders, geboorte van een meerling enz.),
- contextueel (sociaaleconomische situatie, werkomstandigheden, stressvolle levensgebeurtenissen, huwelijksituatie, gebeurtenissen in verband met de zwangerschap, de bevalling, problemen in verband met een adoptie enz.),
- en psychologisch (psychologische stoornissen, voorgeschiedenis van de ouders enz.)

Bij het in aanmerking nemen van die factoren moet altijd rekening worden gehouden met het onvoorspelbare van de perinatale periode. De risico-identificatie is niet deterministisch en bepaalde situaties kunnen volledig omslaan zonder dat ook maar iemand dit had kunnen voorzien. In die zin is vroegtijdige identificatie van alle kwetsbare situaties een illusie in het licht van de psychologische en sociale realiteit en botst het trouwens met de verderop uiteengezette ethische overwegingen. Aan de andere kant moet dat perspectief van vroegtijdige opsporing en interventie wel als leidraad dienen voor het interventiebeleid zoals dat in dit advies wordt aanbevolen.

5.3.1 Opsporing

Zwangerschappen met risico's op het gebied van gezondheid (diabetes, hoge bloeddruk), geestelijke gezondheid (angst, depressie, drugsverslaving, psychose) en echtelijke context (geweld) moeten nauwgezet worden opgevolgd om foetale pathologieën, doodgeboorte of vroeggeboorte, die gepaard kunnen gaan met ontwikkelingsstoornissen, te voorkomen. Op dit moment worden psychische problemen tijdens de zwangerschap slecht herkend en behandeld (Munk-Olsen et al., 2016). Interventies in het prille begin van de zwangerschap (of in de preconceptionele periode) concentreren zich vaak op voedingsadviezen (bijvoorbeeld vitamines). Nu worden sommige situaties met een meer of minder groot risico pas tijdens de bevalling ontdekt. Vroegtijdige identificatie van geestelijke gezondheidsproblemen helpt om de effecten ervan op de moeder en haar (ongeboren) kind tegen te gaan.

De opsporing kan gebeuren door iedereen (ouders, gezondheidswerkers zoals vroedkundigen, gynaecologen, huisartsen enz.). Het komt erop aan dat een of meer ongewone tekenen die mogelijk wijzen op een eigenaardigheid in de ontwikkeling worden opgemerkt, vastgesteld of ontdekt.

Doelgroepen: algemene bevolking (aanstaande ouders).

Betrokken professionals: Eerstelijnsprofessionals bevinden zich in een ideale positie om risicofactoren te identificeren, zoals vroedvrouwen, huisartsen, gynaecologen, psychologen, sociaal verpleegkundigen, de kind-ouderbegeleider van het ONE (*Partenaire Enfants-Parents*

¹³ [Perinataal programma: 'Zorg en ondersteuning voor zwangere vrouwen, hun kinderen en hun gezin tijdens de eerste 1000 dagen' | RIZIV](#)

– PEP's) of de consultatiebureaus van Kind & Gezin, het koppel, de omgeving, de vriendenkring enz.

Individuele interventies (in aanwezigheid van de meemouder) aan het begin van de zwangerschap of zodra een zwangerschap gepland is, in het bijzonder via vroedkundigen, zijn zeer doeltreffend, zoals blijkt uit een recente meta-analyse (Sandall et al., 2024).

De netwerking van al deze actoren, inclusief de ouders, creëert een synergetisch effect. Het begrip 'sociale controle', in de positieve en ondersteunende zin van het woord, toont de waarde aan van naasten of familieleden die zich zorgen maken en kunnen doorverwijzen naar professionele hulp zodat gezinnen er niet alleen voor staan bij mogelijk leed. Bewustmaking via acties voor gezondheidsbevordering (affiches, reclamespots, zelftests enz.) kan dat aanmoedigen.

Locaties: "perinataal huis", ziekenhuis, huisartsenpraktijk, consultatie bij een specialist, consultatie van ONE.

Hoe: om mentale problemen bij de zwangere vrouw of de meemouder vast te stellen zijn geen ingewikkelde interventies nodig. Een paar vragen voor de patiënt in gedachten hebben, lijkt een betere garantie voor detectie dan een vragenlijst die stelselmatig op één moment aan alle patiënten wordt voorgelegd. Om problemen op te sporen, moeten ouders en professionals dus bewust worden gemaakt van 'waarschuwingssignalen'.

Een onderzoek in Frankrijk (Dominjon et al., 2021) toont ook aan dat één enkele vraag ("*Hoe voelt u zich op mentaal vlak tijdens deze zwangerschap?*") in het eerste trimester van de zwangerschap al een positieve invloed heeft op het latere gebruik van gezondheidsdiensten.

NICE (2020; <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>) beveelt ook aan om bij het eerste contact met de eerstelijnszorg of vroedkundige (vóór 10 WZ)

- 2 vragen te stellen om depressie vast te stellen: Hebt u zich de afgelopen maand vaak neerslachtig, depressief of wanhopig gevoeld? Hebt u zich de afgelopen maand vaak beschaamd gevoeld over het feit dat u weinig interesse of plezier had in wat u doet? Dat is de Whooley-bevraging¹⁴ (Whooley et al., 1997), die het mogelijk maakt om een depressie uit te sluiten als het antwoord op de 2 vragen negatief is (of om direct door te gaan met een screening als een antwoord positief is);
- en de 2 vragen van de schaal van gegeneraliseerde angst (GAD-2) te gebruiken: *Hoe vaak hebt u de afgelopen twee weken last gehad van de volgende problemen? a) Zich zenuwachtig, ongemakkelijk of gespannen voelen b) Niet in staat zijn om te stoppen met piekeren of om controle te krijgen over het piekeren*

Er zijn ook verschillende documenten die worden uitgedeeld op kraamafdelingen of in wachtkamers liggen¹⁵ en zelftests, bijvoorbeeld '*bien-naitre*', een vragenlijst van de studiegroep Zwangerschap en Verslaving van Frankrijk¹⁶. Die voorbeelden zijn bestemd voor vrouwen, maar het is ook belangrijk om versies te hebben voor de meemouder. In België bijvoorbeeld heeft ONE een gids gemaakt voor professionals om vaders te ondersteunen¹⁷.

In 2022 raadde een groep Canadese experts (Lang et al., 2022) echter af om systematisch op te sporen met een instrument dat cijfergegevens levert. Die groep had aangetoond dat een risico het best wordt ingeschat op basis van het klinische gevoel en de kennis van de verzorger. De opleiding van die verzorgers is dus essentieel. Daarnaast benadrukt de groep de noodzaak om aandacht te blijven besteden aan geestelijke gezondheid tijdens de hele zwangerschap en postpartumperiode.

¹⁴ Die vragen worden systematisch gebruikt door Kind & Gezin.

¹⁵ Bijvoorbeeld in Canada: <https://www.chusj.org/CORPO/files/63/631f86b1-a9da-4fb7-9469-c4bd6613d7e3.pdf> en <https://www.chusj.org/CORPO/files/2e/2ef43c9c-1a8a-48fc-96b2-687f91c77aef.pdf>

¹⁶ <https://www.asso-gega.org/auto-questionnaire22.htm>

¹⁷ https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/Recherches/ONE_Academy/Rapport-recherche-etre-devenir-pere-UMons-Ulg.pdf

5.3.2 Screening

Op gezondheidsgebied wordt screening gedefinieerd als "de voorlopige identificatie van een niet herkende ziekte of afwijking door middel van tests, onderzoeken of andere methoden die snel kunnen worden toegepast" (WHO, 2020) of "de toepassing van een gestandaardiseerd screeningsinstrument op een grote populatie om individuen met een hoge waarschijnlijkheid op het ontwikkelen van een aandoening te identificeren" (Nachshen et al., 2008). Het screeningsproces dient dus om tekenen van specifieke aandoeningen te identificeren die nog niet gediagnosticeerd zijn of om de waarschijnlijkheid van het ontwikkelen ervan te beoordelen op basis van de aanwezigheid van specifieke risicofactoren. Ze heeft geen diagnostische waarde maar kan eventueel aan een diagnose voorafgaan.

Er zijn verschillende modellen en procedures voor screening, afhankelijk van de doelen die worden nagestreefd. De term universele screening of systematische screening wordt gebruikt als het wordt toegepast op een hele bevolking, zonder duidelijke problemen. Mensen met positieve resultaten moeten worden doorverwezen naar hun arts of een specialist voor verder onderzoek, hetzij specifieke tests of een tweede, meer gerichte screening (zie punt 5.3.3. Gerichte screening). Als de resultaten van de screening twijfelachtig zijn of grenswaarden benaderen, moet de persoon goed worden opgevolgd en moet de screening worden herhaald tot iedere twijfel is weggenomen. Als dat niet het geval is, wordt de persoon eveneens doorverwezen voor verder onderzoek.

Doelgroep: algemene bevolking (koppels die een kind verwachten)

Betrokken professionals: vroedkundigen, huisartsen, gynaecologen, psychologen, teams van Kind en Gezin en PEP's van het ONE, psychiaters (als de patiënt al psychisch kwetsbaar is).

Tijd en plaats: tijdens de consultaties voor persoonlijk prenataal advies

Hoe?

De *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*, de [DAD-P](#) en de Whooley-bevraging kunnen worden gebruikt om het risico op **postnatale depressie** te screenen, zowel tijdens de zwangerschap als postnataal.

Het gebruik van die vragenlijsten moet gepaard gaan met een opleiding in het gebruik ervan, die gericht moet zijn op de klinische betekenis.

Born in Belgium Professionals is een programma van het RIZIV dat een digitale tool aanbiedt ('*Born in Belgium Screening Tool*'¹⁸; Amuli et al., 2021), ontwikkeld door en voor professionals die werken met of voor zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie. De tool is een online, gedeeld platform dat informatie over de psychosociale situatie van de zwangere vrouw centraliseert en ter beschikking stelt van haar zorg- en welzijnsprofessionals in de (para)medische en sociale sector (en is met name geïntegreerd in het Mirage-dossier van Kind en Gezin). Tijdens de zwangerschap wordt gescreend naar **psychosociale kwetsbaarheden**, zodat de zorg- en welzijnsprofessionals vervolgens proactief en efficiënt gepersonaliseerde zorg kunnen aanbieden.

5.3.3 Gerichte screening en diagnose

Het risico kan dus worden geïdentificeerd tijdens het opvolgingsproces, doordat een naaste van de aanstaande ouders of een gezondheidswerker zich zorgen maakt. Het gezin, de moeder of de co-ouder moet dan worden doorverwezen naar een professional die een grondige evaluatie kan uitvoeren. Merk op dat een positief resultaat van een gericht screeningsinstrument niet noodzakelijkerwijs leidt tot een diagnose van stoornissen bij de

¹⁸ <https://borninbelgiumpro.be/>

ouders, maar wel het gezin en het ongeboren kind kan doorverwijzen naar zorg of de continuïteit van de zorg kan versterken en dat geldt ook voor de baby na de geboorte (Nachshen et al., 2008).

Perinatale huizen (waar psychologen, maatschappelijk werkers en psychiaters samenwerken) zouden dan bijzonder geschikt zijn om meer gerichte diagnostiek te stellen. Ook mobiele teams en psychiaters en psychologen gespecialiseerd in perinatale zorg kunnen hierbij worden betrokken.

De HAS heeft ook syntheses fiches gepubliceerd¹⁹ over zes specifieke kwetsbaarheidsfactoren: verslaving, handicap, gevangenis, minderjarigen, bestaansonzekerheid en huiselijk geweld. De fiches beschrijven de testprocedures en de organisatie van het zorgpad voor elk van die situaties. Ze verwijzen ook naar externe documentaire bronnen.

5.4 Tertiaire preventie

Eens de screening of diagnose is uitgevoerd, kan specifieke ondersteuning worden opgezet, rekening houdend met de **behoeften van het gezin** en de vastgestelde problemen. Hiervoor kan het netwerk zich baseren op een typologie van situaties:

- **Situaties waarin geen sprake is van actieve of significante kwetsbaarheid in verband met ouderschap:** indien nodig zal die populatie doorgaans in staat zijn op eigen initiatief of op verwijzing specifieke hulpverleners te raadplegen en blijf geven van voldoende therapietrouw. Vragen of zelfs problemen worden meestal overwonnen zonder dat dit bijzondere problemen voor de baby veroorzaakt.
- **Situaties die verband houden met aangeboren afwijkingen of structurele aandoeningen bij de foetus of zuigeling, somatische problemen bij de moeder, vroeggeboorte of perinataal overlijden:** afhankelijk van verschillende factoren (zie punt 3. Gezondheidsdeterminanten) zullen de ouders meer of minder goed in staat zijn om met die beproeving om te gaan en de steun die ze nodig hebben op medisch-psychosociaal gebied zal moeten worden aangepast aan elke gezinscontext. Er moet een specifiek interventienetwerk worden aangeboden aan de ouders, afhankelijk van de problematiek en hun middelen in de breedste zin van het woord: bijvoorbeeld een opvolgingsprogramma voor zeer premature baby's, een dienst voor vroegtijdige hulp voor baby's met een handicap, ondersteuning bij perinatale rouwverwerking enz. Die specifieke interventies moeten worden gecoördineerd met de eerstelijns hulpverlening zoals diensten voor zwangerschapsopvolging, teams die gespecialiseerd zijn in antenatale diagnostiek, neonatologie en pediatrie, gevolgd door kinderartsen en consultaties voor kinderen.
- **Situaties van tijdelijke decompensatie van de moeder of het gezin:** die situaties vereisen meer langdurige ondersteuning en voorbereiding op de zwangerschap en bevalling, via de diensten voor prenatale opvolging, vroedkundigen of gynaecologen die de zwangerschap begeleiden, mogelijk aangevuld met psychologische ondersteuning waarnaar de eerstelijns hulpverlening de patiëntes gemakkelijk moet kunnen doorverwijzen. Als men er snel genoeg bij is, kunnen die situaties worden overwonnen zonder dat ze een bijzondere impact hebben op de ontwikkeling van de baby en de kwaliteit van de ontwikkelingscontext die samen met de ouders wordt ervaren.
- Als die **situaties van decompensatie zich ontwikkelen in een fragielere context**, gekoppeld aan al bestaande psychologische en/of sociale kwetsbaarheden, al dan niet geïdentificeerd, is er een groter risico op een langduriger impact op de ontwikkeling van het kind. De uitdaging is dus om een geschikt netwerk op te zetten vanaf het moment dat de decompensatie zich voordoet (of wordt vastgesteld) (voor, tijdens of na de bevalling) en totdat ze is opgelost. Net als in de vorige gevallen moeten die situaties zo snel mogelijk

¹⁹ Zie https://www.has-sante.fr/jcms/p_3271226/fr/accompagnement-medico-psycho-social-des-femmes-des-parents-et-de-leur-enfant-en-situation-de-vulnerabilite-pendant-la-grossesse-et-en-postnatal

worden aangepakt om het risico op verergering te vermijden en om de moeder (ouders) een ondersteuningsmatrix te bieden, zowel tijdens de zwangerschap als na de geboorte. Dat vraagt diensten die indien nodig aan huis gaan en het opzetten van een netwerk, waarbij de ondersteuning wordt aangepast aan de behoeften van elke situatie.

- **Situaties met geïdentificeerde psychosociale kwetsbaarheden:** over het algemeen vinden in die situaties de zwangerschap en de toekomstige geboorte plaats in een context die al kwetsbaar is, soms in ernstige mate, om sociale, materiële, psychologische, individuele, echtelijke of familiale redenen. In de meeste gevallen zijn al psychosociale hulpverleners aanwezig. De uitdaging is dan om die interventies te coördineren en aan te vullen met interventies met betrekking tot zwangerschap en ouderschap, in een voldoende samenhangend geheel. Ook hier krijgt het begrip van ondersteuningsmatrix zijn volle betekenis.

Voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd met een bestaand of eerder doorgemaakt geestelijk gezondheidsprobleem, raden de NICE-richtlijnen (2020) ook aan om aspecten die specifiek zijn voor de zwangerschap met hen te bespreken (zwangerschapsplannen, mogelijke impact op het geestelijke gezondheidsprobleem, mogelijke impact van het geestelijke gezondheidsprobleem en de behandeling op de vrouw, de foetus en de baby en op het ouderschap enz.) en om tijdens de zwangerschap een geïntegreerd zorgplan te ontwikkelen met details over de zorg en behandeling, de rollen van de gezondheidsprofessionals, de coördinatie van het zorgplan, het opvolgingsschema, de interventies en de resultaten die zijn overeengekomen met de vrouw.

De therapietrouw, of het zich houden aan/meewerken met de maatregelen, kan ook variëren afhankelijk van de situatie: het zal vaak gemakkelijker zijn (hoewel niet absoluut) in situaties met minder al bestaande kwetsbaarheden en steeds moeilijker naarmate de kwetsbaarheden groter worden (hoewel er uitzonderingen zijn). Dat heeft te maken met het feit dat het leven van ouders die worstelen met meervoudige kwetsbaarheden over het algemeen doorspekt is met interventies van diverse psychosociale diensten, die niet noodzakelijk allemaal als positief werden ervaren. Bovendien hebben die meervoudige kwetsbaarheden ook een impact op het vermogen van die personen om verbinding te maken: met zichzelf, met naasten en met professionals. Dat betekent dat de interventies hieraan moeten worden aangepast, wat in de moeilijkste situaties laagdrempelige diensten vereist die bijvoorbeeld aan huis kunnen komen.

6 Postnatale periode (het jonge kind)

6.1 Ouder-kind relatie

Het jonge kind bevindt zich in een unieke staat van afhankelijkheid van zijn ouders of *caregivers*, meer dan op enig ander moment in het leven. De kwaliteit van zijn fysiologische, cognitieve en psychoaffectieve ontwikkeling wordt gegarandeerd door de interacties met die directe omgeving.

Als er goede afstemming is tussen ouder en baby, zal dat in belangrijke mate ertoe bijdragen dat het kind zijn emoties leert reguleren. Een baby kan zijn emoties niet zelf reguleren: het is dankzij de oplettende, consequente en geruststellende aanwezigheid van een volwassene dat hij geleidelijk leert zichzelf te kalmeren, zich veilig te voelen en zijn gevoelens te ordenen. Dat proces, dat bekend staat als co-regulatie van emoties, is gebaseerd op alledaagse micro-interacties - een blik, een zachte stem, een kalmerend gebaar - die de baby in staat stellen weer rustig te worden na een sterke emotie. Later zal hij dankzij die zelfregulatie kunnen omgaan met stress, zich veilig voelen in complexe situaties en helpt het hem om goed op te groeien.

Als die band afwezig of verstoord is, kan dat leiden tot relationele problemen die specifiek zijn voor de vroege kindertijd, met problematisch gedrag (verzet, terugtrekking, angst) dat het functioneren en de ontwikkeling van het kind verandert.

De hersenen zijn bijzonder gevoelig voor de impact van chronische stress (en langdurige afscheiding van cortisol) en de ervaringen en interacties waaraan een kind in deze periode wordt blootgesteld, hebben een diepgaand effect op zijn ontwikkeling.

Wanneer vertrouwensrelaties een bron van angst, stress en onzekerheid worden, komt de gezonde ontwikkeling van kinderen in gevaar als er geen preventie of tijdige hulp van buitenaf wordt geboden. Door de ouders te ondersteunen bij die co-regulatie worden in een zeer vroeg stadium toekomstige problemen voor het kind voorkomen. Ook vermindert de spanning binnen het gezin die, als er niet was ingegrepen, had kunnen leiden tot verwaarlozing of zelfs mishandeling.

De oorzaken van die hechtingsstoornissen moeten vroegtijdig worden opgespoord, zodat gericht kan worden tussengekomen. De verstoringen kunnen verband houden met kwetsbaarheden van het kind en/of de ouders.

6.1.1 Kwetsbaarheden van het kind

Bepaalde ziekten, specifieke risico's verbonden aan die periode (gevolgen van ernstige prematuriteit, zintuiglijke stoornissen, hartafwijkingen enz.) of vroege moeilijkheden bij het kind zelf (intens en langdurig huilen, slaap- of eetstoornissen, overmatige prikkelbaarheid enz.) kunnen een grote bron van stress zijn voor de ouders. Die problemen stellen ouders zwaar op de proef en kunnen hun opvoedingsvaardigheden tijdelijk verminderen. Het gedrag van het kind, dat destabiliserend en uitputtend kan zijn, kan volwassenen een gevoel van machteloosheid of tekortschieten geven en het moeilijker maken om een veilige en goede relatie op te bouwen. Wanneer de ouder niet wordt ondersteund of begeleid bij die uitdagingen, is er een verhoogd risico op een vicieuze cirkel van negatieve interacties, wat kan leiden tot een verstoorde ouder-kindrelatie.

6.1.2 Psychische stoornissen bij de ouders

Voor de meeste ouders verloopt de overgang naar het ouderschap op gepaste wijze, dankzij hun eigen hulpbronnen en ervaringen en hun natuurlijk ondersteuningsnetwerk. Een tweede groep ouders ondervindt matige aanpassingsmoeilijkheden, zonder voorafgaande waarschuwingssignalen, waarvoor een passende externe ondersteuning nuttig zou zijn om te voorkomen dat de situatie op middellange of lange termijn verslechtert. Voor een derde groep ouders zullen al bestaande moeilijkheden (al dan niet direct gerelateerd aan het ouderschap) een grotere impact hebben op hun beschikbaarheid en vermogen om hun kind een bevredigende ontwikkelingsomgeving te bieden.

Die situaties houden vooral verband met de persoonlijke of familiale voorgeschiedenis van de ouders (psychologisch of seksueel misbruik, mishandeling, veelvuldige relatiebreuken enz.), en gaan heel vaak gepaard met het verschijnsel van intergenerationele herhaling. Zo zullen ouders die zelf onvoldoende aandacht kregen in hun vroege kindertijd en jeugd ook hun eigen kind onvoldoende aandacht geven (UNICEF, 2019). Andere bio-psycho-sociale factoren, al dan niet verbonden met de zwangerschap en de geboorte van het kind, spelen eveneens een rol (zie punt 3. Gezondheidsdeterminanten), zoals weergegeven in de onderstaande tabel uit Howard et al., 2014:

	Antenatal depression	Postnatal depression
Social risk factors - Socioeconomic status - Exposure to trauma, negative life events and stress - Domestic violence - Migration status - Relationship and social support - Reproductive intention	Domestic violence (HIC, LMIC)³⁵ Life stress and major/negative life events (HIC, LMIC)^{8,20,34} Low socio-economic status (LMIC, small association in HIC)^{8,20,34} Absence of social or relationship support (HIC, LMIC)^{8,20,34} Intention to get pregnant (HIC, small to medium in LMIC)^{8,20,34}	Domestic violence, previous abuse (HIC, LMIC)^{35,37,40} Negative life events, low social support (HIC, LMIC)^{8,20,36,39,40} Low partner support, marital difficulties (LMIC, small to medium in HIC)^{8,20,36,39,40} Migration status (HIC)⁴³ Low socio-economic status (LMIC, small in HIC)^{8,20,40,41}
Psychological risk factors - Personality traits: high neuroticism - Prior psychopathology: depression, anxiety, PTSD, substance misuse	Prior history of psychopathology (HIC, LMIC)^{8,20,34} Anxiety during pregnancy (HIC, LMIC)^{8,20,34}	Depression or unhappiness in pregnancy (HIC, LMIC)^{8,20,36,39,40} Anxiety in pregnancy* (HIC)³⁶ History of depression (HIC, LMIC)^{8,20,36,39,40} Neuroticism* (HIC)^{36,39} Substance misuse* (HIC)³⁷ Family history of any psychiatric illness* (HIC)^{8,20,36,39}
Biological risk factors - Age - Genetic and hormonal susceptibility - Chronic diseases - Medical illness - Pregnancy complications	Young age (HIC, LMIC)^{8,20,34}	Increased parity (rural LMIC context)^{8,20,40} Multiple births* (HIC)³⁸ Chronic illness or medical illness (HIC, LMIC)³⁷ Preterm birth, low birth weight (HIC, LMIC)⁴² No association with use of assisted reproductive technologies* (HIC)³⁸

Key

Risk characterised as strong

Risk characterised as medium to strong

Risk characterised as medium

Risk characterised as small

if systematic evidence listed the risk factor to be strong, significant, or top ranked

if some systematic evidence listed the risk factor to be medium, while others listed strong, or top ranked

if systematic evidence listed the risk factor to be medium, moderate, or intermediately ranked

if systematic evidence listed the risk factor to be small association, inconsistently significant, low ranked, or low rated

De postnatale periode is ook een risicoperiode voor psychische stoornissen bij de ouders. Bepaalde geestelijke gezondheidsproblemen kunnen zich ook op andere manieren manifesteren tijdens de postnatale periode. Alle betrokken professionals (kinderartsen, huisartsen, vroedkundigen, verloskundigen, kinderverpleegkundigen, psychiaters, psychologen) moeten voldoende opgeleid zijn in perinatale geestelijke gezondheidsrisico's, zodat ze die tijdig kunnen opsporen:

- Zo'n 50 tot 80 % van de pas bevallen vrouwen ervaart trouwens de *babyblues* (Henshaw, 2003, Bydlowski et al., 2014). De *babyblues* duurt normaal gesproken tussen de 3 en 10 dagen en vereist geen specifieke behandeling. Indien dit langer aanhoudt, kan het gaan om een **postnatale depressie**, de meest voorkomende medische complicatie van het moederschap, die 10-20 % van de moeders treft (<https://www.opgroeien.be/kennis/themas/perinatale-mentale-gezondheid>), gemiddeld 12 % volgens Shorey et al., 2018.
- **Zelfmoord bij moeders** is de belangrijkste doodsoorzaak (13,4 %) onder vrouwen in het postpartum, vóór gynaecologische en obstetrische oorzaken (1,4 vrouwen/100.000 levendgeborenen); Santé publique France, 2024).
- **Angststoornissen** zouden dan weer een prevalentie hebben van 10 % in de postnatale periode (Poinso et al., 2001; O'Hara, 2009; Dennis et al., 2017; Fawcett et al., 2019).
- Het risico op **psychose** neemt eveneens toe in die periode (NICE, 2020). Het is aangetoond dat een psychose bij vrouwen vaker, ernstiger en sneller wordt uitgelokt na een bevalling dan op enig ander moment in het leven (Bergink et al., 2016, Wesselo et al., 2016).
- Voor **bipolaire stoornissen** is er verhoogd risico van herhal en eerste manifestatie tijdens de postnatale periode, met een risico op blijvende klachten (Viguera et al., 2000).

- Stoornissen die verband houden met het gebruik van psychoactieve **drugs** (alcohol, tabak, illegale drugs) hebben ook na de geboorte een impact op de psychosociale ontwikkeling van jonge kinderen, evenals op opvoedingsvaardigheden en de ontwikkeling van de relatie (Romanowicz et al., 2019; Cataldo et al., 2019; Maher et al., 2024). De risico's zijn overigens groter bij vrouwen met ernstige psychische aandoeningen en vrouwen met comorbiditeit of andere kwetsbaarheden zoals armoede en huiselijk geweld.

Deze ouderlijke psychopathologie bevorderen het ontstaan van ontwikkelingsstoornissen en psychische problemen bij het kind (zie bijvoorbeeld Panagiotou, 2019; Zietlow et al., 2019; Brennan et al., 2008; Feldman et al., 2009; Madigan et al., 2018; Oberlander et al., 2018). Angst, depressie en psychose bij de moeder verstoren bijvoorbeeld de opvoedingsvaardigheden (de primaire zorg, de kwaliteit van de interactie tussen moeder en kind, de veiligheid en de ontwikkeling van het kind). Postnatale depressie kan met name op lange termijn negatieve gevolgen hebben voor het kind (onveilige hechting, verzwakt sociaal-emotioneel functioneren, cognitieve tekorten, gedragsstoornissen).

De aanwezigheid van een **meeouder** die zich bewust is van die risico's kan ze verminderen en eventuele tekorten goedmaken, maar het is ook mogelijk dat de meeouder afwezig is, geen ondersteuning biedt of zelf aan depressie of angst lijdt.

Hoewel de literatuur en het wetenschappelijk onderzoek zich, net als op het algemene gebied van gynaecologie-verloskunde, voornamelijk op de moeder richten (met weinig aandacht voor de plaats en rol van de meeouder, Labalestra et al., 2020), krijgt de geestelijke gezondheid van vaders de laatste jaren toch steeds meer aandacht, met epidemiologisch bewijs dat wijst op een onbeantwoorde behoefte aan behandeling voor vaderlijke depressie en angst. De prevalentie van vaderlijke depressie wordt geschat op 10 % (Giallo et al., 2012; Paulson & Bazmore, 2010). Als de moeder aan een postnatale depressie lijdt, lijdt 24 % tot 50 % van de vaders zelf mogelijk ook aan een postnatale depressie (Paulson & Bazmore, 2010).

Er is een consistent en invloedrijk effect van psychische aandoeningen van de vader op de ontwikkeling van het kind (Scarlett et al., 2023) en een effect van postnatale depressie bij de vader (Fisher et al., 2015) of depressie en angst voor de geboorte (Mattera et al., 2023). Onderzoek (Barker et al., 2017; Sweeney & MacBeth, 2016; Ayers et al., 2019) wijst op de schadelijke effecten van onbehandelde psychische stoornissen bij de vader op de geestelijke gezondheid van de moeder en hun verband met ongunstige emotionele en gedragsmatige uitkomsten bij het kind, alsook met kindermishandeling, in het bijzonder wanneer kinderen worden blootgesteld aan een combinatie van psychische stoornissen bij de ouders, middelenmisbruik door de ouders en conflicten tussen de ouders. Instabiele affectieve relaties op het niveau van de ouder (meerdere opeenvolgende of gelijktijdige partners enz.) kunnen ook een klimaat van onveiligheid, instabiliteit van de relaties en referentiepunten creëren en soms zelfs kindermishandeling, met gevolgen op lichamelijk, geestelijk en cognitief vlak.

6.2 Primaire preventie

Interventies die het **ouderschap ondersteunen**, gericht op de hele bevolking, promoten een gezinsomgeving die bevorderlijk is voor de ontwikkeling van jonge kinderen, doordat ze de veerkracht van ouders versterken bij de alledaagse uitdagingen en hun relationele en opvoedkundige vaardigheden verbeteren. Die initiatieven waarderen opvoedingsvaardigheden, stimuleren de band tussen ouder en kind en verminderen de stressfactoren die de geestelijke gezondheid van jonge kinderen negatief kunnen beïnvloeden.

Het is met name belangrijk om te sensibiliseren voor het gangbaar opvoedkundig geweld en schermgebruik en programma's op te zetten om huiselijk geweld (inclusief partnergeweld) te voorkomen.

De Huizen van het Kind²⁰ zijn bijvoorbeeld informatiecentra waar iedereen terecht kan voor een luisterend oor, informatie en advies, maar ook om activiteiten die de uitwisseling tussen ouders en professionals die in contact komen met jonge kinderen te bevorderen. Dat soort plaatsen ondersteunt ouders in hun opvoedkundige rol, helpt isolement te doorbreken en vergemakkelijkt de toegang tot geschikte diensten.

6.3 Secundaire preventie

6.3.1 Ouders

Na de geboorte is het belangrijk om kwetsbaarheden binnen het gezin zo vroeg mogelijk te blijven opsporen.

Als de emotionele toestand van het type *babyblues* van de moeder verergert en/of langer dan 2 weken aanhoudt, is het belangrijk om haar door te verwijzen naar een gezondheidsprofessional, omdat het kan gaan om de eerste tekenen van een postnatale depressie.

NICE (2020) beveelt aan dat alle gezondheidsprofessionals die regelmatig contact hebben met een vrouw in het eerste jaar na de geboorte, de 2 vragen ter identificatie van depressie (Whooley-bevraging) en de GAD-2 (zie hierboven) zouden stellen in het kader van een algemeen gesprek over de geestelijke gezondheid en het welbevinden van de vrouw. Als een probleem wordt vastgesteld, wordt ook aanbevolen om de *Edinburgh Post-natal Depression Scale* (EPDS) of de *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9)²¹ te gebruiken bij de opvolging. De EPDS is een effectieve manier om postnatale depressie en vrouwen die risico lopen op het ontwikkelen van een postnatale depressie op te sporen (Chabrol, 2008).

Psychosociale problemen of risicofactoren in het gezin kunnen worden opgespoord met SPARK²² (Signaleren van Problemen en Analyseren van het Risico bij opvoeden en opgroeien van Kinderen). Die in Nederland ontwikkelde methode is uitgewerkt tot een longitudinaal systeem op verschillende leeftijden, passend bij de verschillende transitiemomenten: prenataal (preSPARK), 18 maanden (SPARK18) en 60 maanden (SPARK60). Een SPARK36 werd ontwikkeld in samenwerking met de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (VWVJ) en wordt nu gebruikt door vele centra voor leerlingenbegeleiding (CLB) in Vlaanderen tijdens het consult in de eerste kleuterklas.

6.3.2 Kinderen

Ook moeten kinderen met een verhoogd risico op geestelijke gezondheidsproblemen (zie punt 2 voor de definitie van geestelijke gezondheid) of neurologische ontwikkelingsstoornissen zo vroeg mogelijk worden geïdentificeerd.

Een van de eerste tekenen waarop moet worden gelet bij geestelijke gezondheid is de vroege verwerving van **zelfregulatievaardigheden**. Dat is immers een belangrijke factor om het risico op het ontwikkelen van emotionele stoornissen en gedragsstoornissen te verminderen en zo de geestelijke gezondheid op lange termijn te bevorderen (Knudsen et al., 2006). Zelfregulatie is een veelzijdig concept dat de uitvoerende functies, inspanning en zelfbeheersing omvat, evenals emotionele en gedragsregulatie (Murray et al., 2015; Blair & Raver, 2012). Prikkelbaarheid en in het bijzonder ongecontroleerde driftbuien, wordt geïdentificeerd als een belangrijke aanwijzing voor transdiagnostisch risico (Wakschlag et al., 2019²³). Hoewel niet alle prikkelbare jonge kinderen geestelijke gezondheidsproblemen ontwikkelen, verhoogt de

²⁰ [Huis van het Kind | Opgroeien](#)

²¹ https://reference.medscape.com/calculator/271/patient-health-questionnaire-9-phq-9?ecd=ppc_google_dsa_acq-traf_mscp_allpages_md_englang-fr-int&qad_source=5&gclid=EAlalQobChMI9Z-6uO75iQMVDqdoCR02TwGBEAAAYAAAEgl52vD_BwE

²² [SPARK-methode - NCJ](#)

²³ *Future Directions for Early Childhood Prevention of Mental Disorders: A Road Map to Mental Health, Earlier*

aanwezigheid van aanhoudende patronen van prikkelbaarheid op jonge leeftijd het risico dat ze hieraan lijden exponentieel.

Ongeveer een derde van de kleuters vertoont in de loop van de tijd aanzienlijke variaties in hun prikkelbaarheid, gaande van gebruikelijke tot atypische niveaus (Wakschlag et al, 2015). Het observeren van deze intra-individuele fluctuaties in de tijd maakt een betere klinische voorspelling mogelijk (Wakschlag et al, 2015; Whalen et al, 2016). Zo behoudt minder dan 30 % van de jonge kinderen met geremd gedrag dit gedurende de hele vroege kindertijd. Een dergelijke stabiliteit verhoogt de waarschijnlijkheid op de ontwikkeling van een angststoornis (Henderson et al., 2015). Het wordt daarom aanbevolen om regelmatige evaluaties uit te voeren, bijvoorbeeld tijdens routineconsultaties. Aanvullende evaluaties kunnen nuttig zijn bij belangrijke levensgebeurtenissen (bijvoorbeeld de geboorte van een broer of zus) en bij het bereiken van bepaalde ontwikkelingsmijlpalen (bijvoorbeeld het vermogen om 'nee' te zeggen) die tijdelijke verstoringen kunnen veroorzaken (Biedzio & Wakschlag, 2019).

Naast geestelijke gezondheidsproblemen vereisen vroege tekenen van **neurologische ontwikkelingsstoornissen** ook speciale aandacht van professionals die in contact komen met jonge kinderen. Universele screening op en opvolging van ontwikkelingsstoornissen wordt internationaal aanbevolen, met name door de *American Academy of Pediatrics*. Vroegtijdige identificatie van die stoornissen biedt de mogelijkheid om in te grijpen in een stadium waarin ontwikkelingsprocessen in hoge mate modificeerbaar zijn, wat de ontwikkeling en langetermijnresultaten zal optimaliseren (zie bijvoorbeeld Abercrombie et al., 2022; Law et al., 2003; Pickles et al., 2016). Het belangrijkste doel van vroegtijdige opsporing en diagnose is om complete, doeltreffende, gepersonaliseerde en gecoördineerde interventies mogelijk te maken. Een late diagnose zal daartegen een nadelige invloed hebben op het kind, zijn vooruitgang beperken en zelfs bijkomende handicap(s) veroorzaken.

Bij jonge kinderen kunnen alleen ontwikkelingsachterstanden, stoornissen in de intellectuele ontwikkeling en autismespectrumstoornissen worden opgespoord. Andere stoornissen (zoals leerstoornissen of ADHD) worden niet gediagnosticeerd voor de leeftijd van 5-6 jaar.

6.4 Toezicht op de ontwikkeling en opsporing

Toezicht op de ontwikkeling is de sleutel tot elke preventieve actie op het gebied van geestelijke gezondheid. Elk kind moet hiervan kunnen genieten, ongeacht zijn leefomgeving of de middelen van het gezin. Regelmatige consultaties zijn immers de enige manier om er zeker van te zijn dat het kind zich harmonieus ontwikkelt of net tekenen van ongemak of zelfs leed vertoont. Die opvolging hangt af van de eerste lijn (huisartsen, kinderartsen of gratis consultaties van Kind en Gezin en *ONE*, afhankelijk van de keuze van de ouders) en wordt gedefinieerd als een continu proces op middellange of lange termijn.

Opsporing komt overeen met het moment waarop de clinicus een vertraging in de ontwikkeling van het kind vaststelt of aan het licht brengt, op basis van afwezigheid van verwacht gedrag of aanwezigheid van gedrag dat afwijkt van een normatief ontwikkelingstraject (DSM-5, APA, 2014).

Vroegtijdige opsporing voor alle kinderen, ook voor degenen in een sociaal-economisch kwetsbare situatie, is mogelijk als alle beschikbare middelen worden gemobiliseerd, ook buiten de geestelijke gezondheidszorg. Het is daarom van cruciaal belang dat de meest recente informatie over de belangrijkste vroege signalen van lijden of ontwikkelingsproblemen toegankelijk is voor alle personen die in hun professionele hoedanigheid met jonge kinderen in contact komen:

- in de gemeenschap (bv. voorzieningen voor vroegtijdige opvang, Huizen van het Kind, crèches, sociale diensten...): onthaalmedewerkers, kinderverzorg(st)ers, vroedkundigen, maatschappelijk werkers, crècheverantwoordelijken, actoren binnen het onderwijsveld (leerkrachten – CLB/PMS-professionals), opvoeders... ;
- in de routinematige primaire zorg en preventieve gezondheidszorg voor jongeren, die het vroegste en meest frequente contactpunt met gezondheidsprofessionals vormen.

De overgrote meerderheid van jonge kinderen wordt immers in de eerste vijf jaar van hun leven regelmatig gezien door een gezondheids- of welzijnsprofessional (arts, kinderarts, consultaties van Kind en Gezin of ONE). En omdat de nadruk ligt op preventieve en continue zorg, biedt die primaire zorg een niet gestigmatiseerde medische praktijk waarin ouders vertrouwen hebben;

- bij alle andere professionals die in contact staan met jonge kinderen: psychologisch assistenten, ergotherapeuten, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, psychomotorisch therapeuten, logopedisten, orthopedagogen, psychologen, eerstelijnspsychologen, neuropediateren, kinder- en jeugdpsychiaters, enz.

Het is al net zo belangrijk dat die signalen nauwkeurig worden geobserveerd, bij elke consultatie of op vooraf bepaalde leeftijden, en dat rekening wordt gehouden met de bezorgdheid van de ouders vanwege hun relevantie. Een achterstand in vaardigheden of atypische tekenen kunnen bij toeval worden ontdekt tijdens reguliere consultaties. Detectie kan ook plaatsvinden tijdens consultaties die worden georganiseerd op belangrijke momenten in de ontwikkeling van het kind (bijvoorbeeld op de leeftijd van 2, 4, 6, 9, 12, 18 of 24 maanden, die bekend staan als scharniermomenten in de ontwikkeling van het jonge kind) of zelfs op een meer flexibele manier, wanneer naast en/of professionals zich zorgen maken.

Er worden verschillende methoden en instrumenten gebruikt om de ontwikkeling te volgen en atypische tekenen of achterstanden op te sporen, waaronder klinische observaties, het bijhouden van gezondheidsboekjes, ontwikkelingsschema's en directe of indirecte vragenlijsten.

6.4.1 *Natuurlijke waarnemingen*

Door bepaalde gedragskenmerken te observeren, is het mogelijk onderscheid te maken tussen wat een normale ontwikkeling is en wat zorgwekkender, 'ongewoon' is in de vroege kindertijd (Kaat et al., 2018; Wakschlag et al., 2007):

- (a) **hoedanigheid:** de manier waarop gedrag wordt aangepast en reageert op omgevingsinteractie. Zo kunnen driftbuien, die bij de meeste jonge kinderen voorkomen, als gedereguleerd worden beschouwd als ze destructieve kenmerken vertonen en weerstand bieden tegen pogingen om ze te kalmeren. Die gedereguleerde driftbuien, die bij minder dan 10 % van de kleuters voorkomen, zijn gemakkelijk op te sporen risicomarkers voor geestelijke gezondheidsproblemen. Dit model is gevalideerd in twee onafhankelijke steekproeven met meer dan 3000 kleuters met verschillende sociaal-demografische achtergronden (Wakschlag et al., 2018).
- (b) **de verwachte en aan de context aangepaste ontwikkeling:** de mate waarin het gedrag wordt verwacht in termen van ontwikkeling en aangepast is aan de context. Zo voorspelt gedereguleerde angst in niet-bedreigende of bedreigende contexten welke kleuters angstsymptomen zullen ontwikkelen. Kleuters die geen contextueel aangepast gedrag vertonen, lopen een verhoogd risico op klinische problemen.
- (c) **het dimensionale aspect:** klinische modellen kunnen niet worden gedefinieerd door een enkele extreme drempelwaarde, maar langs een continuüm van normatieve variatie tot toenemend probabilistisch risico. In tegenstelling tot traditionele benaderingen die zich richten op het tellen van probleemgedrag, richt de dimensionale benadering zich op het karakteriseren van het geordende spectrum van gedrag, rekening houdend met de ontwikkeling van het kind.
- (d) **de regelmaat van voorkomen:** de regelmaat van het optreden van emotionele deregulering is belangrijk om in overweging te nemen. Traditionele symptoomdrempels zijn immers subjectief bepaald, wat kan leiden tot over-identificatie van probleemgedrag. Het klinische risico varieert dus naargelang het soort gedrag: normatief gedrag wordt abnormaal als het heel vaak voorkomt, terwijl gedereguleerd

gedrag, zoals destructieve driftbuien, zelfs bij minder hoge frequenties als abnormaal worden beschouwd.

Rekening houden met de frequentie en ernst van gedrag is daarom essentieel bij het beoordelen van het geestelijke gezondheidsrisico bij jonge kinderen. Rekening houden met gedragsveranderingen in de loop van de tijd zal de betrouwbaarheid van de risico-inschatting ook aanzienlijk verbeteren. Een aanpak met herhaalde metingen is essentieel om voldoende stabiele modellen voor probabilistische risicoschattingen te garanderen. Eenmaal geoptimaliseerd, zal dat soort longitudinale benadering empirische parameters opleveren (bijvoorbeeld hoeveel momenten, op welke leeftijden, schattingen van de waarschijnlijkheid dat een kind problemen van een stoornis ontwikkelt). Meerdere herhaalde beoordelingen kunnen twee soorten stabiliteit en verandering in de tijd evalueren: (a) het gemiddelde gedragsniveau en/of (b) het individuele traject, die een verschillend voorspellend nut kunnen hebben (Wakschlag et al., 2015).

Bij spontane klinische observatie zijn **vroege tekenen van somatisch en/of emotioneel leed** of afwijkingen in de ontwikkeling goed gedefinieerd (Guedeney, 2014; Roussillon et al., 2007). Dergelijke tekenen zijn onder meer:

- niet glimlachen op 3 maanden,
- weinig sociale interactie (> 2 weken),
- een kind dat 'te braaf' is, dat te veel slaapt,
- begint niet met brabbelen,
- geen angst voor vreemden op 7 maanden,
- een gebrek aan nieuwsgierigheid,
- blijft voorwerpen onderzoeken met de mond,
- imiteert niet, gebrek aan initiatief in de relatie,
- aanzienlijke en voortdurende moeilijkheden tijdens overgangen,
- heeft moeite om zichzelf te kalmeren,
- intense en herhaalde driftbuien,
- niet wijzen of tijdens het spelen niet 'doen alsof' op 18 maanden,
- maakt geen conventionele sociale gebaren (bijvoorbeeld een handgebaar om afscheid te nemen),
- elke onderbreking in de ontwikkeling van taal en communicatie,
- gaat niet op zoek naar de blik van de volwassene,
- de baby is ontroostbaar.

Die meer algemene tekenen van lijden of ontwikkelingsafwijking kunnen worden verfijnd voor een doeltreffender opsporing. In feite zijn er voor elk ontwikkelingsgebied **alarmsignalen**, heel verontrustende signalen die onmiddellijke actie vereisen. Met betrekking tot de taalontwikkeling zijn de alarmsignalen bijvoorbeeld:

- 12 maanden: niet brabbelen; niet wijzen vanaf een afstand of geen andere sociale gebaren (kiekeboe, dag zwaaien enz.).
- 18 maanden: geen eenvoudige woordjes zeggen.
- 24 maanden: geen tweewoर्डzinnen maken.

6.4.2 Toezicht op niveau van de hele bevolking: gezondheidsboekjes

Alle kinderen worden opgevolgd via een gezondheidsboekje. Dat boekje moet voldoende uitgebreid zijn (en ook informatie bevatten over problemen bij de interactie) om de continuïteit van de zorg en de communicatie tussen professionals en met ouders te vergemakkelijken. Hiervoor moeten professionals worden gesensibiliseerd en opgeleid voor het gebruik van het boekje.

6.4.3 Toezicht door de eerste lijn: observatieschema's van de ontwikkeling

Om effectief te zijn, moet de opsporing plaatsvinden door de vrije observatie aan te vullen met het kwantitatief of kwalitatief gebruik van **ontwikkelingsschema's**, waarmee de vooruitgang van het kind kan worden beoordeeld aan de hand van evaluaties die in de loop van de tijd worden herhaald. Studies hebben aangetoond dat geïsoleerde observaties door clinici leiden tot onderdetectie van kinderen met problemen (Sice et al, 2003; Delahunty, 2015). Wanneer ze echter worden aangevuld met het gebruik van gestructureerde, wetenschappelijk gevalideerde metingen, wordt de opsporing aanzienlijk verbeterd (Carlier 2021). Die schalen richten zich op alle ontwikkelingsgebieden, bijvoorbeeld motoriek, communicatie, taal, socialisatie enz. Ze maken het dus mogelijk om zowel ontwikkelingsproblemen als meer emotionele pathologieën te identificeren die een impact hebben op de ontwikkeling van het kind (bijv. op het gebied van taal). Algemene ontwikkelingsschema's zijn gemakkelijk te vinden op het internet (bijv. ontwikkelingsschema's gepubliceerd door het universitair kinderziekenhuis Sainte-Justine²⁴; HAS-ontwikkelingsschema, beschikbaar in bijlage 4).

De **Denver ontwikkelingstest** (Frankenburg et al., 1992) is een screeningsinstrument voor de algehele ontwikkeling van jonge kinderen van 0 tot 6 jaar dat de psychomotorische verwerving en ontwikkeling op vier gebieden beoordeelt: grove motoriek, fijne motoriek - aanpassing, taal en persoonlijk-sociaal gedrag.

In de Franse Gemeenschap gebruiken de PEP's van het **ONE** een observatieschema voor de ontwikkeling van kinderen van 18 maanden tot 6 jaar (zie in bijlage 5), gebaseerd op het Denver-schema en andere referentie-instrumenten van het **ONE** (Gids voor preventieve geneeskunde, medisch dossier enz.). Het beschrijft de vaardigheden die worden verwacht voor verschillende belangrijke leeftijden van het kind. De doelstellingen, frequenties en verwachtingen zijn gedetailleerd beschreven in de Gids voor preventieve geneeskunde voor zuigelingen en jonge kinderen geschreven door de **ONE** en bedoeld voor **ONE**-professionals in preventieve geneeskunde.

In Vlaanderen gebruikt Kind en Gezin het **Van Wiechenonderzoek**²⁵ (zie in bijlage 6), een instrument ontwikkeld door Dr. Touwen en verfijnd door het NCJ (Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg) waarmee de ontwikkeling van zuigelingen en jonge kinderen longitudinaal (tussen de leeftijd van 4 weken en 4 jaar), gestandaardiseerd en uniform kan worden gevolgd, steeds in nauw overleg met de ouders. Op die manier kunnen ontwikkelingsachterstanden in een vroeg stadium worden opgespoord. Het onderzoek geeft informatie over de fijne en grove motoriek van het kind, aanpassing, persoonlijkheid, communicatie en sociaal gedrag.

6.5 Screening

Het opsporen van tekenen van psychisch lijden of atypische ontwikkeling is een eenmalig proces. Hoe meer de tekenen zich opstapelen, hoe groter de noodzaak om een formele screening te organiseren. Uitgevoerd door gezondheidsprofessionals van de eerste lijn (huisartsen en kinderartsen) of tweede lijn (bijv. kinderpsychiaters, pediaters, kinderneurologen, psychologen enz.) en bedoeld om bezorgdheden die eerder aan het licht zijn gebracht (via wetenschappelijk gevalideerde instrumenten of door de ouders) te onderzoeken om te beslissen of het kind een diagnostisch onderzoek moet ondergaan. De formele screening laat bovendien toe om vroeg in te grijpen bij ontwikkelingsproblemen van het kind om zijn prognose te verbeteren. Die screening komt dus tussen in tweede instantie. Het is een gedefinieerd moment in de tijd, tussen opsporing en diagnose.

²⁴ https://www.editions-chu-sainte-justine.org/media/livre/document/253_Tableau_synthese_Dev_06ans.pdf

²⁵ [2023-06-15Van-Wiechenonderzoekschemas.pdf \(ncj.nl\)](https://www.ncj.nl/2023-06-15Van-Wiechenonderzoekschemas.pdf)

6.5.1 De instrumenten van de eerste lijn

De eerste lijn gebruikt korte methodes, waarmee snel informatie kan worden verzameld en geïnterpreteerd, en die gericht zijn op alle kinderen. De inhoud van de gebruikte instrumenten, bekend als niveau 1-instrumenten, moet breed genoeg zijn om het risico van onderdetectie tot een minimum te beperken. Dat brengt een risico op overdetectie met zich mee, vandaar dat de tweede lijn de risicometing moet verfijnen met behulp van beter aangepaste instrumenten. Als het gaat om emotioneel welbevinden en geestelijke gezondheid in het algemeen, zijn een aantal hulpmiddelen beschikbaar voor eerstelijnsprofessionals (zie in bijlage 7).

De **ADBB** (*Alarme Détresse Bébé*, Guedeney & Fermanian, 2001), gevalideerd door onderzoek, evalueert de afwezigheid van sociale interactie bij baby's van 0 tot 24 maanden aan de hand van 8 observatie-items. Deze schaal laat toe om de effecten van vroeg disfunctioneren in de ouder-babyrelatie op de algehele ontwikkeling van de baby (emotioneel, cognitief, motorisch en sociaal) op te sporen. Hierbij wordt de baby geobserveerd, waardoor psychische nood van de baby nauwkeuriger kan worden vastgesteld. De verkorte versie, de **M-ADBB**, bestaat uit 5 items en maakt een snelle detectie van baby's in psychische nood mogelijk. De twee schalen kunnen worden gebruikt door diverse professionals, zoals kinderartsen, kinderpsychiaters, psychologen, kinderverzorgers enz., en kunnen zowel worden gebruikt voor eerstelijnscreening als om interventies te evalueren en voor onderzoek.

De **M-CHAT-R/F** (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*) is veruit het bekendste en meest gebruikte ASS-screeningsinstrument ter wereld. De derde versie (Robins et al., 2014) is gericht op kinderen van 16 tot 30 maanden. Het kan in 2 fasen worden gebruikt. Het oudergesprek wordt gebruikt om een score toe te kennen aan de 23 items van de vragenlijst. De totale score wordt ingedeeld in 3 risicocategorieën. Afhankelijk van die classificatie worden vervolgens verschillende acties voorgesteld: als het risico laag is (0-2 items mislukt), gaat de opvolging van de ontwikkeling door. Een nieuwe screening wordt aangeboden aan kinderen die ten tijde van het eerste onderzoek nog geen 2 jaar oud waren. Als de score gemiddeld is (3 tot 7 items falen), wordt de screening onmiddellijk voortgezet met aanvullende vragen die in een algoritme zijn vastgelegd (*follow-up*). Die vragen, die gedetailleerder en concreter zijn, helpen om de eerste antwoorden van de ouders te verfijnen en te controleren. Aan het einde van deze tweede fase, als de scores zorgwekkend blijven (minstens 2 items niet gehaald), wordt het kind doorverwezen naar een gespecialiseerd diagnostisch team. Tot slot, als de beginscore wijst op een groot risico op ASS (minimaal 8 items gezakt), vindt het vervolggedeelte niet plaats en wordt het kind direct doorverwezen voor een diagnostisch onderzoek. Deze derde versie is effectiever. Ze vermindert het aantal valse positieven en maakt het mogelijk om bijna twee jaar eerder een diagnose te stellen dan eerdere versies (Robins et al., 2014).

De **ESAT** (*Early Screening of Autistic Traits Questionnaire*, Swinkels et al., 2006) kan ook worden gebruikt door de eerste lijn. Dit is een snelle screeningstest die gericht is op zeer jonge kinderen van 14-15 maanden. De ESAT bestaat uit 14 items (vragen) met betrekking tot sociale en communicatievaardigheden zoals blik, imitatie, gezamenlijke aandacht, het gebruik van communicatieve gebaren en sociale reacties. Deze vragen worden aan ouders gesteld tijdens de pediatrische consultatie, op dezelfde manier als de M-Chat-R/F vragen. De twee tests kunnen afzonderlijk of in combinatie met elkaar worden gebruikt om de risicometing te verfijnen.

De [Wegwijzer Ontwikkelingszorgen](#) is een online tool ontwikkeld door het Oost-Vlaams netwerk voor geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en adolescenten in het kader van het RADAR Crosslink- programma, die kan worden gebruikt zodra er zorgen zijn over de ontwikkeling van een kind jonger dan 7 jaar. Afhankelijk van de leeftijd van het kind toont het hulpmiddel een lijst met signalen die waarschijnlijk wijzen op een ontwikkelingsprobleem. Het doel van het instrument is om professionals die betrokken zijn bij de zorg voor jonge kinderen

(huisartsen, kinderartsen, eerstelijnspsychologen, Kind en Gezin, kinderopvang, kleuterscholen, PMS-centra/CLB enz.) te helpen om te weten welke actie nodig is in het geval van ontwikkelingsproblemen, variërend van ontwikkelingsstimulering tot doorverwijzing naar meer gespecialiseerde zorg. Ouders en familieleden kunnen de indicator ook gebruiken. Hij is beschikbaar in het Nederlands, maar kan worden vertaald naar het Frans via een automatische vertaalfunctie op de website. Het instrument kan ook worden gebruikt voor kinderen van wie de ontwikkelingsproblemen al zijn vastgesteld, maar voor wie nog geen specialistische hulp is geregeld (bijvoorbeeld vanwege wachtlijsten). Vervolgens geeft het gerichte, eenvoudige adviezen die professionals en ouders kunnen toepassen. Deze test houdt rekening met drie ontwikkelingsgebieden: grove en fijne motoriek, taal, communicatie en sociale vaardigheden, spel en ander zichtbaar gedrag.

De **PREAUT grid** (Olliac et al., 2017) wordt gebruikt om te screenen op vroege tekenen van autisme in de eerste negen levensmaanden. De PREAUT-grid is bedoeld om communicatiestoornissen bij baby's te valideren, op basis van signalen die aanwezig zijn vóór de cognitieve markers waar gewoonlijk naar wordt gezocht (wijzen en doen alsof) (Laznik et al., 2017). In Frankrijk wordt de PREAUT-grid door artsen gebruikt bij de controles op 4 en 9 maanden en kan het worden opgenomen in het gezondheidsboekje (alleen beschikbaar in het Frans).

6.5.2 *Instrumenten van de tweede lijn*

De taak van de tweedelijnszorg (waaronder gespecialiseerde artsen zoals kinderpsychiaters, kinderartsen, kinderneurologen of een multidisciplinair team) is de zorgen die collega's in de eerste lijn hebben geuit op te pakken, met hulpmiddelen die gericht zijn op specifieke kwesties zoals specifieke neurologische ontwikkelingsstoornissen of affectieve pathologieën. De tweedelijnszorg maakt gebruik van niveau 2-tests (zie tabel in bijlage), die inhoudelijk preciezer zijn (belang van specificiteit), gericht zijn op risicogroepen (familiale voorgeschiedenis, prematuriteit, genetisch-syndromale aandoeningen of kinderen met een atypische ontwikkeling die positief werden getest/gedetecteerd met een niveau 1-instrument) en vaak een opleiding vereisen, hoewel die niet wordt vereist voor de eerstelijnsprofessionals.

Op het gebied van emotioneel welbevinden en geestelijke gezondheid kunnen verschillende dimensies worden waargenomen en beoordeeld, zoals prikkelbaarheid, verzet, agressiviteit enz. Het beoordelen van die aspecten vereist een zorgvuldige afweging van de frequentie, de intensiteit en de context waarin het gedrag zich voordoet. Het is belangrijk om onderscheid te maken tussen voorbijgaande of bij de ontwikkeling passende verschijnselen en meer hardnekkige of ernstige verschijnselen, die onderliggende stoornissen kunnen onthullen.

Sommige benaderingen stellen ook voor om de sociaal-emotionele vaardigheden van het kind te beoordelen, zoals zelfbewustzijn, emotieregulatie, sociale vaardigheden, hechting, communicatie en besluitvorming. Analyse van die gebieden geeft een beter inzicht in het algemene functioneren van het kind en laat toe om eventuele emotionele of relationele kwetsbaarheden te identificeren. Dat type beoordeling is vooral nuttig om richting te geven aan de ondersteunende maatregelen, educatieve interventies of therapeutische behandeling.

Er zijn ook dynamische beoordelingsmethoden, die zich aanpassen aan de reacties of het niveau van functioneren van het kind, waardoor het mogelijk wordt om de analyse te verfijnen en preciezere klinische hypothesen te formuleren. Die methoden maken het mogelijk om interventies te individualiseren en beter af te stemmen op de behoeften van elk kind.

Bij het screenen op neurologische ontwikkelingsstoornissen wordt speciale aandacht besteed aan de algehele ontwikkeling van het kind, waarbij rekening wordt gehouden met de belangrijkste fasen van de motorische, taal-, cognitieve en sociale ontwikkeling. Het is essentieel om de vaardigheden op het vlak van fijne en grove motoriek, sociabiliteit (inclusief

de relatie tussen ouder en kind), communicatie (inclusief taal, receptief en expressief, verbaal en non-verbaal) en de cognitieve ontwikkeling te beoordelen.

De professionals van de tweede lijn kunnen zich baseren op bevindingen van de ouders, opvoeders of leerkrachten, waarbij ze de volwassenen rondom het kind beschouwen als bevoorrechte getuigen van zijn vaardigheden en eventuele moeilijkheden in het dagelijks leven. De beoordeling houdt rekening met het ontwikkelingstraject van het kind, eventuele afwijkingen van wat verwacht wordt voor zijn leeftijd en veranderingen in de loop van de tijd.

Een lijst met voorbeelden van instrumenten voor de tweedelijnszorg is te vinden in bijlage 8. Voorbeelden zijn onder andere:

- De **ASQ*** (*Age and stage questionnaire*, Bricker & Squires, 1999; Bonin et al., 2000) identificeert de ontwikkelingsvoortgang bij kinderen van een maand tot 5,5 jaar. Het is een screeningsinstrument voor de algehele ontwikkeling, waarmee kinderen met een risico op ontwikkelingsachterstand kunnen worden geïdentificeerd en geholpen met begeleiding (grondige beoordeling, regelmatig toezicht, stimuleringsactiviteiten enz.). Er zijn 21 verschillende vragenlijsten beschikbaar voor kinderen tussen 2 en 60 maanden. De items van de vragenlijst zijn onderverdeeld in 5 delen: communicatie, grove motoriek, fijne motoriek, probleemoplossing, individuele en sociale vaardigheden. Het vertrouwt op ouders als experts (duur: 10-15 minuten). De test is betalend.
- De **SCQ** (*Social Communication Questionnaire*, Rutter et al., 2013) is gericht op kinderen ouder dan 4 jaar met een ontwikkelingsleeftijd van meer dan 2 jaar. Het deel van de SCQ dat betrekking heeft op het huidige gedrag van het kind bestaat uit 40 gesloten vragen die aan de ouders of naasten worden gesteld. Zij kunnen de test invullen zonder de hulp van de arts, maar het is de arts die de scores zal interpreteren. Het tweede deel van de test kijkt naar de ontwikkelingsgeschiedenis vanaf de babytijd. De SCQ heeft verschillende beperkingen: (1) het kan alleen gebruikt worden bij kinderen met een mentale leeftijd van 2, wat betekent dat dit geverifieerd is maar niet mogelijk is bij alle risicokinderen en (2) de items met betrekking tot stereotiep gedrag zijn niet erg discriminerend. Met andere woorden, die items maken niet echt onderscheid tussen de waarschijnlijkheid van ASS en een andere ontwikkelingsstoornis. Tot slot (3) hebben de auteurs van de SCQ zelf gewezen op de beperkingen van hun instrument voor gebruik bij kinderen van 4-5 jaar, voor welke leeftijden het minder effectief is. Het wordt daarom aanbevolen om de test niet afzonderlijk te gebruiken, maar te combineren met een andere niveau 2-test.
- De **ADT** (*Autism Discriminative Tool*, Carlier, 2017) is gericht op kinderen die naar de kleuterschool gaan en dus 2,5 tot 5-6 jaar zijn. De test is ontworpen om observaties van leerkrachten te verzamelen en bevat 35 items in de vorm van een gedragsrepertoire. Het eerste deel gaat over sociale communicatie. Het tweede deel behandelt stereotype en rigide gedrag, evenals sensorische bijzonderheden zoals geïntroduceerd in de DSM-5. De items van de ADT weerspiegelen verschillende fenotypes van ASS om aan te sluiten bij de notie van een spectrum en de variabiliteit van de klinische beelden. Zesentwintig items worden als kritiek beschouwd en worden daarom gebruikt voor screening. Vier categorieën van scores worden voorgesteld om een hoge, matige of lage waarschijnlijkheid van de aanwezigheid van een autistisch beeld aan te geven. In de praktijk wordt de ADT momenteel weinig gebruikt door gespecialiseerde artsen. Hij kan worden gebruikt door PMS-centra/CLB in het regulier of bijzonder onderwijs.
- De **NBAS** (*Neonatal Behavioral Assessment Scale* (NBAS), ontwikkeld door T. Berry Brazelton in de jaren 1970 en verder verspreid samen met Kevin Nugent, is een klinisch en onderzoeksinstrument dat toelaat de vaardigheden en gedragsregulatie van de pasgeborene te observeren, van de geboorte tot de leeftijd van twee maanden (zowel in consultatie als aan huis). Dit instrument, dat soms als verouderd wordt beschouwd en een intensieve specifieke opleiding vereist, blijft waardevol om het potentieel van de baby, zijn manier van contact maken, zijn zelfregulatiestrategieën en zijn specifieke behoeften

zichtbaar te maken, en maakt het mogelijk om vroegtijdig een aangepast therapeutisch traject aan te bieden.

Onderzoek heeft aangetoond dat screening effectiever is wanneer de meningen van meerdere informanten worden gecombineerd (Azad & Mandell, 2016; Carlier, 2017). M-CHAT-TR-F en SCQ zijn instrumenten die beschikbaar zijn voor artsen om informatie van ouders te verzamelen, terwijl de ADT, die ook beschikbaar is voor artsen, wordt gebruikt om de meningen van kleuterleerkrachten te verzamelen. Observaties van leerkrachten op het gebied van geestelijke gezondheid hebben hun relevantie en effectiviteit aangetoond, net als die van ouders, waarvan men weet dat zij vaak als eerste gealarmeerd zijn maar naar wie zelden wordt geluisterd. Op het gebied van ASS zou het daarom gepast zijn om verschillende screeninginstrumenten te combineren om te komen tot een zo nauwkeurig mogelijk risicometing.

6.6 Tertiaire preventie - Vroegtijdige interventie

Door kinderen en gezinnen te ondersteunen, opvoedingsvaardigheden te versterken en toegang te bieden tot ondersteunende diensten, kan een gezonde en veerkrachtige ontwikkeling van kinderen worden bevorderd. Als er risico's voor de geestelijke gezondheid van het kind of ontwikkelingsproblemen worden vastgesteld, is het belangrijk om te kunnen reageren met vroegtijdige interventie. Die interventies moeten gericht zijn op het kind (gedrag, ontwikkeling), maar ook op zijn omgeving en de ouders betrekken om hun opvoedingsvaardigheden te versterken.

6.6.1 *Interventies bij de ouders*

De geestelijke gezondheidszorg voor kinderen hecht veel belang aan de psychologische gezondheid van het kind, maar ook aan die van zijn verzorgers. Psychische gezondheidsproblemen van ouders hebben immers een grote invloed op de latere ontwikkeling van het kind (zie voor meer informatie punt 5.1.2 Psychische gezondheidsproblemen van ouders). De interventie moet daarom noodzakelijkerwijs en bij voorrang de interactie tussen ouder en kind omvatten. Het kind en de persoon die voor het kind zorgt zijn zo nauw met elkaar verbonden dat de een alleen kan slagen als de ander ook in balans is.

Gezinnen met jonge kinderen die een verhoogd risico lopen op ontwikkelingsstoornissen of geestelijke gezondheidsproblemen moeten **psycho-educatie** krijgen.

Er zijn bijvoorbeeld leidraden om ouders te helpen hun kind te stimuleren.

De [ABCdaire 0-5 ans](#) bijvoorbeeld is een collaboratief kindvolgmodel gebaseerd op bewijs en consensus van experts, dat meer dan 20 jaar geleden werd ontwikkeld onder de verantwoordelijkheid van het centrum voor toegepaste pedagogie van de universiteit van Montreal en sinds 2015 wordt ondersteund door de onderwijsafdeling van het universitair ziekenhuis Sainte-Justine. Dit hulpmiddel kan door gezondheidswerkers worden gebruikt om de gezondheid van kleuters te monitoren en hun optimale ontwikkeling te bevorderen door ouders praktisch advies te geven.

De mobiele ondersteuning laat toe om heel nauw samen te werken met gezinnen in hun dagelijks leven. Door direct in de thuissituatie te interveniëren, kunnen professionals de gezinsdynamiek beter begrijpen, uitlokkende factoren identificeren en, bovenal, bestaande veerkrachthebomen mobiliseren. De mobiele ondersteuning biedt dus een geruststellend, geïndividualiseerd kader waarin ouders van kinderen met moeilijkheden hun zorgen kunnen uiten, praktisch advies kunnen krijgen en positieve opvoedingspraktijken kunnen ontwikkelen.

Als de **ouders een mentale stoornis hebben** en een risico wordt vastgesteld, is het uiteraard belangrijk om de nodige ondersteuning te bieden. Het is niet genoeg om een risico te identificeren, er moet ook worden doorverwezen voor een screening gevolgd door een eventuele psychotherapeutische behandeling.

Nieuwe technologieën kunnen worden gebruikt om innovatieve bronnen van ondersteuning te bieden (bijvoorbeeld apps die worden gebruikt in het geval van perinatale depressie). Die hulpmiddelen kunnen vooral nuttig zijn voor bepaalde kwetsbare groepen, die betrokken zouden moeten worden bij de ontwikkeling ervan (Gordon et al., 2016).

Bij de adviezen over de keuze voor borstvoeding die de jonge moeder met een voorgeschiedenis van psychische stoornissen, in het bijzonder psychose of een bipolaire stoornis, zal maken, moet de professional haar ook wijzen op het risico van een herval door factoren zoals slaapttekort of het risico dat psychotrope medicatie via de moedermelk wordt overgedragen. In andere situaties, zoals een voorgeschiedenis van seksueel misbruik, zal de professional eveneens bespreken wat de herinnering aan het misbruik en het zeer intieme lichamelijke contact tijdens de borstvoeding voor de vrouw kunnen betekenen. Het is vooral van essentieel belang te benadrukken dat borstvoeding niet noodzakelijk voor iedereen aanbevolen is en dat er alternatieven moeten worden aangeboden zonder schuldinductie

NICE (2020) doet een reeks gedetailleerde aanbevelingen voor de behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen na de bevalling (depressie, angst, eetstoornissen, middelenmisbruik, bipolaire stoornis), die gebaseerd zijn op aanbevelingen voor goede praktijken voor die stoornissen, rekening houdend met de risico's die gepaard gaan met het innemen van medicatie.

Wanneer er sprake is van bewezen psychische decompensatie zoals depressie of postpartum psychose, is opname van de moeder in een psychiatrische afdeling voor volwassenen in eerste instantie geïndiceerd zonder de baby, gezien de risico's waaraan de baby wordt blootgesteld wanneer de moeder zich in de acute fase van de ziekte bevindt.

In een tweede fase of als de psychologische toestand van de moeder haar toelaat om op een voldoende veilige manier bij haar baby te zijn, kan een residentiële moeder-baby unit (MBU) het overnemen, gevolgd door daghospitalisatie. De effectiviteit van gezamenlijke perinatale psychiatrische zorg is aangetoond, wat betekent dat de ontwikkeling ervan kan worden verdedigd. Zowel de ongevoeligheid van de moeder als de passiviteit van de zuigeling blijken af te nemen na een perinatale psychiatrische ziekenhuisopname (Kenny et al., 2013). De rol van de meemouder en zelfs het feit dat de meemouder de zorg voor de baby op zich neemt tijdens de ziekenhuisopname van de moeder, moet in overweging worden genomen en worden gebruikt. Momenteel staan meemouders grotendeels buitenspel bij dergelijke zorgregelingen.

De gids voor opvoedingsvaardigheden van **STEINHAUER** (Canada) kan worden gebruikt om situaties te identificeren die een risico vormen voor de ontwikkeling van kinderen van 0 tot 5 jaar en als leidraad bij educatieve interventies in gezinnen waar geringe opvoedingsvaardigheden kunnen leiden tot verwaarlozing of zelfs mishandeling. Door het vertrouwen van deze kinderen in anderen te ondermijnen, lopen hechtingsproblemen inderdaad het risico om ook alle hulp die hen later geboden zou kunnen worden, te belemmeren. De gids is gebaseerd op een analyse van de baby, de ouders en de ouder-kindrelatie. Hoewel het een logica volgt die gemakkelijk onder de knie te krijgen is, vereist het gebruik ervan toch een korte opleiding.

In het geval van **huiselijk geweld** is het, gezien de mogelijke impact op de gezondheid van kinderen door neurobiologische veranderingen en verstoring van de moeder-kind band, om kinderen te beschermen niet alleen nodig om te zorgen voor bescherming van de moeder, maar ook om psychologische ondersteuning te bieden, zowel op individueel niveau voor de moeder als op niveau van de relatie met haar kind (Berger et al., 2010; Blassel, 2002; Coutanceau & Smith, 2014 ; Vasselier-Novelli, 2014; Willheim & Schechter, 2024).

6.6.2 Interventies bij het kind

De interventies moeten afgestemd zijn op de specifieke problemen van het kind, geïndividualiseerd volgens zijn profiel en gericht op het verbeteren van het ontwikkelingstraject en het verlichten van de problemen.

Nadat tekenen van leed zijn geïdentificeerd, zijn een meer gedetailleerde beoordeling en een **diagnose** noodzakelijk (zie bijlage 9 voor bestaande diagnostische instrumenten, in het bijzonder de DC 0-5, een multi-axiaal classificatiesysteem voor stoornissen bij baby's en kinderen vanaf de geboorte tot 5 jaar, dat de problemen in de (familiale) context plaatst en in de cultuur waarin het kind opgroeit).

In afwachting van die diagnose zijn een aantal **interventies** voor het jonge kind mogelijk (naast de hierboven beschreven ouderbegeleiding), onder meer (psycho)motorische ondersteuning, eerstelijns thuiszorg (geestelijke gezondheidszorg, hulp voor mensen met een handicap), een eerstelijnspsycholoog, een logopedist.

Daarvoor is het belangrijk dat de professionals van de eerste lijn worden ondersteund wanneer doorverwijzing nodig is. In het ideale geval zou één centrum alle betrokken professionals samenbrengen en zelf bepalen naar wie ze doorverwijzen (zoals gebeurt in de *Centra voor Ontwikkelingsstoornissen* (COS) in Vlaanderen) om eerstelijnsprofessionals te ondersteunen wanneer doorverwijzing nodig is (één plaats om door te verwijzen, ongeacht het vastgestelde probleem). Als dat niet kan, zouden er duidelijke richtlijnen moeten zijn over naar wie moet worden doorverwezen. De volgende tabel, geïnspireerd op de HAS-tabel betreffende verwijzing naar vroegtijdige interventie tegelijk met of in afwachting van de diagnose (HAS, 2020), geeft een voorbeeld van dat type richtlijnen waarbij wordt aangegeven naar welke professionals moet worden verwezen afhankelijk van het vastgestelde probleem.

Tabel 1: Verwijzing naar vroegtijdige interventie tegelijk met of in afwachting van diagnose (geïnspireerd door HAS, 2020)

Problematiek	Type interventie
Problemen met tonus, motorische ontwikkeling of houding	Fysiotherapie , ergotherapie, psychomotorische therapie
Slik- en eetproblemen en spraakproblemen	Logopedie , fysiotherapie, psychomotorische therapie, ergotherapie
Communicatie- en taalproblemen	Logopedie, NKO
Visuele problemen	Orthoptie , oftalmologie
Problemen met sociale interactie	Psychologie
Gedragsproblemen: angst, geremdheid, agitatie, problemen met emotie- en gedragsregulatie	Psychomotorische therapie, speciaal onderwijs, psychologie of kinderpsychiatrie
Een afzonderlijke coördinatioestoornis (onhandigheid)	Ergotherapie, psychomotorische therapie
Problemen met de fijne motoriek	Ergotherapie, psychomotorische therapie afhankelijk van de leeftijd

Dyspraxie, problemen met de omgeving en nood aan begeleiding	Ergotherapie , psychomotorische therapie
Algehele ontwikkelingsachterstand (vermoeden van verstandelijke beperking - ID)	< 4 jaar: logopedie, psychomotorische therapie, > 4 jaar: logopedie, psychomotorische therapie plus neuropsychologie indien mogelijk
Problemen met aandacht en uitvoerende functies	Neuropsychologie , ergotherapie, logopedie, psychomotorische therapie
De vetgedrukte beroepen dienen prioriteit te krijgen.	

De diagnose moet vervolgens leiden tot een **specifieke behandeling** gebaseerd op wetenschappelijke evidentie, door meer gespecialiseerde professionals uit verschillende disciplines (fysiotherapie, ergotherapie, psychomotorische therapie, logopedie, psychologie, kinderpsychiatrie, neuropsychologie enz.).

Voedingsinterventies bij jonge kinderen in kwetsbare situaties kunnen ook een positief effect hebben op de cognitieve ontwikkeling en schoolprestaties. Volgens de WGO zijn de meest doeltreffende interventies die waarbij de voedingsinterventie (voedingssupplementen) wordt gecombineerd met ondersteuning bij de zorg voor het kind. Het *Institut national de santé publique* in Quebec beveelt voedingsmaatregelen aan (supplementen voor jonge kinderen in kwetsbare situaties) om de combinatie van groeiachterstand en een cognitieve stoornis te vermijden.

In de VS biedt het '*Supplemental nutrition programme for infants and children*'²⁶ voedingssupplementen, voedingseducatie, gezondheidsverwijzingen en sociale diensten aan zwangere vrouwen, moeders, baby's en kinderen jonger dan 5 jaar om morbiditeit bij kinderen te voorkomen.

6.6.3 Interventies in de omgeving van het kind

Hoe kwetsbaarder de sociale omgeving van het kind, hoe effectiever de interventies in de omgeving²⁷.

Tijdens de voorschoolse periode is de toegang tot **kinderdagverblijven** voor kinderen uit kwetsbare gezinnen niet altijd gegarandeerd, omdat het aantal plaatsen al ontoereikend is en werkende ouders voorrang krijgen. We moeten ervoor zorgen dat kinderopvang voor iedereen toegankelijk is, inclusief, en dat er voldoende expertise aanwezig is om jonge kinderen op te vangen waarvan de kwetsbaarheid, of die van hun ouders, is vastgesteld.

De school is een ideale omgeving voor vroegtijdige opsporing omdat het deel uitmaakt van het dagelijks leven van een kind. Om opsporing bij en opvolging van alle kinderen te bevorderen, moet vroeg met school worden gestart; in sommige buurlanden is de leerplicht vastgesteld op 3 of 4 jaar.

Voor de integratie van kinderen met speciale behoeften in het reguliere onderwijs zijn ook specifieke middelen en instrumenten nodig.

Tot slot hebben scholen ook een rol te spelen in het ondersteunen van het welzijn van jonge kinderen en het ontwikkelen van hun sociale en emotionele vaardigheden. De onderzochte en

²⁶ The special supplemental nutrition program for women, infants and children (WIC): Background, trends and Economic issues, 2024 EDITION- USDA ERS www.ers.usda.gov

²⁷ Professor Sylvana COTE, Canadees professor psychologie, lezing tijdens het Eerste symposium van Hare Majesteit de Koningin met als titel: 'Prevention in Early Childhood to Promote Lifelong Mental Health' in juni 2022.

hier gepresenteerde programma's suggereren dat vroegkinderlijke interventie en preventie binnen de schoolomgeving noodzakelijk zijn en doelmatig kunnen zijn in het verminderen en voorkomen van psychische problemen. Hoewel die programma's hun effectiviteit op een aantal criteria hebben aangetoond, vertonen de meeste, zo niet alle, onderzoeken matige tot ernstige methodologische beperkingen die van invloed zijn op de geldigheid van de resultaten en de generaliseerbaarheid van de effecten.

- **Preschool PATHS Program:** een versie van het PATHS-programma voor kinderen van 3 tot 6 jaar. PATHS werd oorspronkelijk ontworpen als een interventie voor dove kinderen, om de emotionele expressie te ontwikkelen en gedragsproblemen te verminderen, maar is ook nuttig ter preventie van internaliserende stoornissen en wordt algemeen gebruikt in reguliere klaslokalen (Domitrovich et al., 2007; Stanley et al., 2019).
- **Fun FRIENDS (kleuterschool):** een versie van het *FRIENDS for Life* programma (Barrett, 2004) voor kleuters. Het programma *Fun FRIENDS* is gericht op het voorkomen van angst en het bevorderen van sociale en emotionele vaardigheden en veerkracht in de vroege kinderjaren.
- **'Play Skills for Shy Children' of 'Social Skills Facilitated Play' (SST):** interventieprogramma voor extreem geremde kleuters om sociale angst te voorkomen en te verminderen. De auteurs stellen dat extreme verlegenheid of gedragsremming in de kindertijd een belangrijke risicofactor is voor latere angststoornissen en in het bijzonder sociale angststoornis (Coplan et al., 2010). Het SST-programma was gebaseerd op de aanname dat het ontwikkelen van sociale vaardigheden in de vroege kinderjaren het risico op internalisering van problemen zou verminderen.

7 De situatie in België

7.1 Het Belgische model en de versnippering van bevoegdheden

In België is de verantwoordelijkheid voor (geestelijke) gezondheid en jonge kinderen op een complexe manier verdeeld tussen de federale staat en de gefedereerde entiteiten en die complexiteit wordt nog versterkt door het aantal betrokken sectoren (onderwijs, sociale zaken, cultuur, milieu, bescherming enz.) Een recent rapport beschrijft in detail hoe de versnippering van het overheidsbeleid de mentale gezondheid van jonge kinderen in Wallonië beïnvloedt (Résibois et al., 2022). Dat onderzoek toont aan dat zowel het overheidsbeleid als privé-initiatieven die proberen tegemoet te komen aan de behoeften van de bevolking gefragmenteerd zijn, met contraproductieve gevolgen voor preventie, zorg, continuïteit van zorg en samenwerking op het gebied van geestelijke gezondheid (zie hun aanbevelingen in de bijlage 3).

Het komt erop aan te vertrekken van die realiteit op het terrein en te proberen los te komen van het hokjesdenken en de versnippering van het beleid.

7.2 Zwangerschap en geboorte

In de Franse Gemeenschap komt *ONE* tussen vanaf de prenatale periode, in het kader van zijn algemene medische en sociale ondersteuning voor het kind en zijn toekomstige ouders. Deze dienst biedt gratis prenatale consultaties (in wijkantennes en in het ziekenhuis), waarin psychologische zorg is geïntegreerd om in een vroeg stadium de geestelijke gezondheid van zwangere vrouwen te ondersteunen. *ONE* heeft ook prenatale platformen opgezet in provincies waar prenatale zorg minder beschikbaar is, om toekomstige ouders tijdens de zwangerschap te ondersteunen, psycho-medisch-sociale problemen te voorkomen en toe te zien op het welzijn van de aanstaande moeder en haar kind. De PEP biedt ondersteuning die gericht is op de leefomgeving van de aanstaande moeder en werkt nauw samen met de hulpverlener. Op het moment van de geboorte biedt het *ONE* ook diensten aan op de kraamafdeling en nemen de PEP's het over van het ziekenhuispersoneel om de terugkeer naar huis voor te bereiden.

Voor situaties waarin persoonlijke of familiale kwetsbaarheden een negatieve invloed dreigen te hebben op de ontwikkeling van het pasgeboren of ongeboort kind, streven de *Services d'Accompagnement Périnatal* (SAP) naar een preventief effect door een gespecialiseerde ondersteuning te bieden, meestal aan huis.

In sommige gevallen, als er al sprake is van mishandeling (bijvoorbeeld van andere kinderen in het gezin), kunnen de teams van *SOS-Enfants* al tijdens de zwangerschap ingrijpen.

In Vlaanderen vormt het eerste gesprek tijdens de zwangerschap meestal de eerste kennismaking met de diensten van Kind en Gezin. Dat gesprek vormt een basis van waaruit de ouders mee een dienstenaanbod op maat van hun gezin kunnen opbouwen. Maar, met uitzondering van het startgesprek dat aan iedereen wordt aangeboden en, eventueel, bijkomende huisbezoeken bij kwetsbaarheid, bestaat de prenatale dienstverlening van Kind en Gezin voornamelijk uit het verspreiden van informatie gericht op het bevorderen van de (mentale) gezondheid van aanstaande ouders via de daarvoor beschikbare (online) kanalen. Er is een samenwerking opgezet met Perinet en andere partners om ouders (en hun ondersteunende netwerk) vanaf de prenatale periode bewust te maken van het belang van geestelijke gezondheid, met name door middel van (online) campagnes en berichten.

Anderzijds is de huisarts, die door zijn regelmatige contacten met de zwangere vrouw en met het gehele gezin (soms over meerdere generaties heen) ingebed is in de levensgeschiedenis van de families, eveneens centraal in de opvolging, en speelt hij een belangrijke rol bij de preventie, de vroegtijdige opsporing en de begeleiding van kwetsbare gezinnen. De zwangerschap (en de jonge ouders in de postpartumperiode tot het kind één jaar oud is) wordt ook de laatste jaren in het hele land steeds vaker opgevolgd door een vroedkundige, alleen of in een groepspraktijk. De postpartumzorg door de vroedkundige wordt terugbetaald door het RIZIV. Na de bevalling hebben vrouwen recht op 7 tot 10 thuisconsultaties door de vroedkundige. Kwetsbare gezinnen maken echter slechts zelden gebruik van die dienst (behoefte wordt niet uitgedrukt).

Na de geboorte krijgen de baby en ouders te maken met nog andere professionals die op een coherente manier moeten samenwerken: neonatologen, kinderartsen, kinderverzorgers, psychomotorische therapeuten, logopedisten, psychologen en (kinder-)psychiaters. Het partnerschap met de natuurlijke zorgverleners in de thuissituatie versterkt eveneens de rol van de occasionele actoren. De versterkte samenwerking tussen deze verschillende actoren creëert een synergie en een daadwerkelijke ondersteuning van de gezinnen.

Maar het **verblijf op de kraamafdeling** wordt steeds korter²⁸, waardoor de interne professionals (van de kraamafdeling, de afdeling kindergeneeskunde en de afdeling psychiatrie, evenals de psychologen die in het ziekenhuis beschikbaar zijn) niet genoeg tijd hebben om een kader voor ondersteuning en zorg op te zetten.

Ook zorgkundigen met een opleiding in perinataliteit kunnen tussenkomen, onder meer in het project '*Aide Post-Natale à Domicile*' dat een tijdje liep in Luik, of via kraamzorg, een dienst in Vlaanderen die aanstaande en kersverse moeders en hun baby ondersteuning biedt tot de baby 3 maanden is.

In de Franse Gemeenschap hebben een aantal professionals met verschillende achtergronden, beroepen en instellingen de handen in elkaar geslagen om het '[Réseau Périnatal](#)'²⁹ op te richten, een netwerk voor perinatale zorg dat openstaat voor iedereen, in alle

²⁸ Het OESO-gemiddelde bedraagt 3 dagen. In Europa was het kortste verblijf 1,6 dagen in het Verenigd Koninkrijk en het langste 5,2 dagen, in Hongarije. Sinds 2015 zijn ziekenhuizen verplicht om het verblijf op de kraamafdeling korter te maken om de kosten van de ziekenhuisopnames te verlagen: 3 dagen voor een vaginale bevalling en 5 dagen voor een keizersnede. Uit een studie van de Christelijke Mutualiteit blijkt dat tussen 2015 en 2019 het aantal heropnames binnen 30 dagen na de geboorte is gestegen voor de moeders (van 1,1% naar 1,3%) en nog meer voor de kinderen (van 4,8% naar 5,9%).

²⁹ www.perinatal.be

regio's, met als doel een samenwerking tot stand te brengen tussen professionals in de perinatale zorg.

In het geval van psychisch leed zijn er in België maar weinig gespecialiseerde diensten die zwangere vrouwen specifiek voor dit probleem in een ziekenhuis opnemen en opvolgen. Ze worden vaak samen met andere volwassenen opgenomen, zonder rekening te houden met hun specifieke situatie, die leidt tot een uniek psychologisch functioneren in vergelijking met andere periodes in het leven van een volwassene. Er zijn een aantal **moeder-baby eenheden** en ouder-baby eenheden, die niet gelijkmatig over het land verdeeld zijn. Er zijn ook onvoldoende veldteams ten opzichte van de werkelijke behoeften en die teams beschikken niet noodzakelijk over een (kinder)psychiater of voldoende professionals uit verschillende vakgebieden om te functioneren als gespecialiseerde teams voor perinatalogie en het jonge kind. Bestaande teams kunnen ook samenwerken met mobiele psychiatrische teams voor volwassenen om thuiszorg te bieden aan moeders of meeouders met geestelijke gezondheidsproblemen.

7.3 Vroege kindertijd: gezondheidsbevordering en primaire en secundaire preventie

Voor jonge kinderen zijn het *ONE* (in de Franse Gemeenschap) en Opgroeien (in Vlaanderen) de referentie-instanties voor preventie en gezondheidsbevordering bij kinderen; zij staan onder meer in voor het welbevinden en de goede ontwikkeling van het jonge kind. Die instanties hebben geen curatieve rol. Ze zijn gericht op de hele bevolking, volgens het principe dat ze universele toegang bieden en gratis zijn.

7.3.1 *Franse Gemeenschap: Office de la Naissance et de l'Enfance*

Het *ONE* is de referentie-instantie in de Franse Gemeenschap voor alles wat te maken heeft met beleidsmaatregelen voor kinderen, de bescherming van het kind en zijn (toekomstige) ouders, de medische en sociale begeleiding van het kind en zijn (toekomstige) ouders vanaf de perinatale periode, de opvang van het kind buiten zijn gezinsomgeving en de opvoedingsondersteuning. Via het programma '*Naître et grandir*' ondersteunt *ONE* ouders vanaf het begin van de zwangerschap totdat hun kind 6 jaar oud is, door middel van prenatale consultaties en consultaties voor het kind. Er worden verschillende initiatieven georganiseerd, waaronder preventieve medische consultaties, gesprekken met een PEP's, oogtests, groepsactiviteiten, workshops en conferenties.

Het *ONE* is ook betrokken bij de samenwerking rond geestelijke gezondheid, in partnerschap met de gefedereerde entiteiten en de FOD Volksgezondheid, via de ondertekening van de kaderovereenkomst van 16 juni 2022.

Door zijn rol in de preventieve actie op het gebied van geestelijke gezondheid helpt het *ONE* problemen in een vroeg stadium te identificeren en op te sporen, zonder te streven naar een systematische diagnose of screening, maar altijd om een algemene ondersteuning te bieden. De diversiteit van de actieterreinen van het *ONE* (prenatale consultaties en platformen, kinderopvang, consultaties voor kinderen, gezondheidsbevordering op scholen, buitenschoolse opvang) is bevorderlijk voor een globale benadering van de ontwikkeling van het kind en zijn gezin.

Het *ONE* richt zich op het observeren van problemen en het opbouwen van een vertrouwensrelatie met gezinnen. De PEP's van *ONE* gebruiken een observatielijst voor de ontwikkeling van het kind van 18 maanden tot 6 jaar (zie bijlage 5). De Handleiding voor preventieve kindergeneeskunde beschrijft op haar beurt de doelstellingen, frequenties en verwachte resultaten.

Het kindboekje van *ONE* vermeldt daarnaast op elk ontwikkelingsmoment vragen en/of uitleg, afgestemd op wat van het kind wordt verwacht volgens zijn of haar leeftijd.

In de meeste gevallen neemt die ondersteuning niet de vorm aan van een snelle interventie, behalve wanneer dat noodzakelijk is omdat een risico of gevaar voor het kind werd ontdekt of gemeld.

Binnen de verschillende afdelingen en actieterreinen van het *ONE* zijn er diverse acties (zie document '*La santé mentale à l'ONE: référentiel de la prévention et de promotion de la santé mentale de l'enfant et de la famille*'), in het bijzonder met betrekking tot kinderen en gezinnen:

- gratis consultaties voor kinderen;
- activiteiten op het gebied van gezondheidseducatie (bewustmaking/opleidingen voor mensen die beroepsmatig in contact komen met jonge kinderen);
- activiteiten voor opvoedingsondersteuning;
- huisbezoeken door de PEP's;
- diensten aan huis of ambulante diensten binnen de SAP, een nieuwe sector die door *ONE* is goedgekeurd;
- preventie van kindermishandeling (teams van *SOS Enfants* en verwijzers);
- *ONE Adoption*.

Na de geboorte werken teams van *SOS Enfants* ook samen met de PEP's van het *ONE* om een interventie op te starten bij gezinnen waarvan is vastgesteld dat ze een risico lopen. Ze werken ook op de kraamafdeling, de afdeling neonatologie en de kinderafdeling van bepaalde Brusselse ziekenhuizen (UMC Sint-Pieter, Erasmus, Brugmann/HUDERF). Die teams komen ook tussenbeide op verzoek van andere professionals, zoals gynaecologen, vroedkundigen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen en kinderartsen.

Een vroegtijdige identificatie gevolgd door een grondige evaluatie in de postnatale periode³⁰ kan ook wijzen op een gevaar voor de baby, waardoor soms een beslissing van een jeugdrechter/de jeugdrechtbank noodzakelijk is. Soms is een melding bij het parket nodig om in te grijpen bij gezinnen die ondersteuning weigeren omdat de risico's worden genegeerd, gebagatelliseerd of ontkend. Die evaluatie is de opdracht van een team van *SOS Enfants*.

7.3.2 Vlaanderen: Opgroeien

Het Agentschap Opgroeien biedt een continuüm van zorg, hulp en ondersteuning. Hiertoe bundelt het in Vlaanderen en Brussel de krachten van Kind en Gezin, Jeugdhulp en een deel van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. Een van de partners van het Agentschap Opgroeien is het Departement Zorg, in het bijzonder de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg. Hieronder vallen onder meer poliklinische revalidatiecentra, centra voor geestelijke gezondheidszorg, referentiecentra voor autisme die eveneens partners zijn in de ondersteuningsnetwerken.

Opgroeien heeft zijn eigen (boven)lokale dienst- en hulpverleningsteams. De ondersteuning varieert van preventieve gezinsondersteuning tot kinderopvang, inclusief het Groeipakket, pleegzorg, adoptie, jeugdhulp en zorg voor jongeren die strafbare feiten hebben gepleegd.

Jeugdhulp ondersteunt kinderen, jongeren en gezinnen in moeilijke situaties die hulp of ondersteuning nodig hebben (ook bij een zorgwekkende zwangerschap). Ouders of jongeren kunnen zelf met jeugdhulp in contact komen of via doorverwijzing.

³⁰ Tijdens de zwangerschap is een melding aan de SAJ (*Service de l'Aide à la Jeunesse* - jeugdhulp) in geval van gevaar of aan de openbare aanklager in geval van ernstig gevaar niet bij wet voorzien (zie '*Vulnérabilités prénatales, enjeux éthiques de la prévention: enquête de pratiques*' door Mariang Ainaudi, Olivier Bernard, Sophie Tardieu in *Santé Publique* 2019/3 (Vol. 31) p. 347 tot 355).

Het **Groeipakket** is een basispijler van het geïntegreerde beleid en een belangrijk instrument in de strijd tegen kinderarmoede. Opgroeien zorgt ervoor dat elk kind dat in Vlaanderen woont het Groeipakket krijgt waar het recht op heeft (inclusief zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte). Opgroeien is verantwoordelijk voor het ontwikkelen van beleid, het aanpassen en toepassen van het *Groeipakket* en voor het ontwikkelen en beheren van een Vlaams gegevensuitwisselingsplatform dat als basis dient voor het berekenen en opvolgen van de toeslagen.

Na de geboorte worden kinderen tot 3 jaar op regelmatige tijdstippen gezien door **Kind en Gezin** tijdens fysieke afspraken. Die dienst bereikt ongeveer 180 000 gezinnen per jaar. Huisbezoeken kort na de geboorte worden gevolgd door contactmomenten in het consultatiebureau. Voor kwetsbare gezinnen wordt het universele aanbod proportioneel versterkt met bijkomende ondersteuning op maat voor de kinderen, ouders en gezinnen die dit nodig hebben. Het proportioneel universeel aanbod zet in op medische preventie, strijd tegen kinderarmoede, de preventie van kindermishandeling en ouderschap-, opvoedings- en ontwikkelingsondersteuning (waaronder ondersteuning voor de geestelijke gezondheid van ouders en kinderen door middel van onder andere Whooley-bevraging, Van Wiechen-ontwikkelingsonderzoek en ondersteuning bij de regulering van het kind).

Na de geboorte is er een huisbezoek wanneer de baby 2 weken oud is en daarna nog een op 6 weken. Tijdens het huisbezoek op 6 weken wordt het welbevinden van de ouders en het kind besproken en worden de **Whooley-vragen** gesteld om een postnatale depressie uit te sluiten. Bij een positief resultaat wordt de moeder doorverwezen naar haar huisarts en wordt het gezin van nabij gevolgd door het multidisciplinaire team van Kind en Gezin. Als er voor de moeder drempels zijn om op de verwijzing in te gaan, wordt de situatie besproken door het interprofessionele team en kan een extra huisbezoek worden gepland om die obstakels aan te pakken. In dat geval kan de psychopedagoog tussenkomen, als lid van het team en/of rechtstreeks bij het gezin om ervoor te zorgen dat de doorverwijzing gebeurt. De psychopedagoog kan ook ondersteunen bij specifieke vragen (over huilen, slapen enz.). De *Whooley-vragen* worden opnieuw gesteld bij de consultaties op 3 en 6 maanden.

Elk kind heeft recht op ten minste 10 consultaties met een arts en/of verpleegkundige tussen de leeftijd van 4 weken en 30 maanden. Die consultaties, gebaseerd op een wetenschappelijk programma, laten toe om de groei en ontwikkeling te volgen, klinische onderzoeken uit te voeren en de basisvaccins toe te dienen. De consultaties zijn ook een gelegenheid om te antwoorden op alle vragen die ouders hebben over de gezondheid, opvoeding, veiligheid en voeding van hun kind.

Systematisch wordt bij alle baby's en peuters³¹ het **Van Wiechenonderzoek** (zie in bijlage 6) afgenomen om de ontwikkeling van het kind te volgen op een gestandaardiseerde, uniforme manier en met de ouders te bespreken. Dat onderzoek geeft informatie over de fijne en grove motoriek van het kind, aanpassing, persoonlijkheid, communicatie en sociaal gedrag. Het draagt bij aan de vroegtijdige opsporing van ontwikkelingsproblemen of -stoornissen en kan de noodzaak van verdere onderzoek rechtvaardigen.

Opgroeien probeert bij een onveilige situatie zoveel mogelijk een ingrijpende uithuisplaatsing van kinderen en jongeren te vermijden en ervoor te zorgen dat het kind zich veilig kan ontwikkelen in zijn eigen omgeving.

Dankzij het project 'Veilig en omringd opgroeien van in de buik' kunnen professionals al van tijdens de zwangerschap een partnerschap aangaan met Opgroeien (Kind en Gezin en ondersteuningscentra jeugdzorg). Zo kunnen het gezin en zijn netwerk worden begeleid, met

³¹ Op de volgende leeftijden: 4 weken, 8 weken, 12 weken, 16 weken, 6 maanden, 9 maanden, 12 maanden, 15 maanden, 24 maanden en 30 maanden (zie schema in bijlage).

het doel dat de baby zich veilig kan ontwikkelen en omringd kan opgroeien in zijn eigen omgeving.

Het project 'Veilig en omringd opgroeien van in de buik' focust eerst op de regio Limburg. Het is de bedoeling om op termijn het project uit te breiden naar andere regio's in Vlaanderen.

Opgroeien erkent en financiert ook de '*Huizen van het Kind*', die gezinnen en kinderen zo dicht mogelijk bij hun leefwereld ondersteunen, via een samenwerking tussen organisaties die helpen met kinderopvang, gezondheidszorg, vrijetijdsaanbod, hulp voor ouders, workshops enz. (Aanstaande) ouders van kinderen en jongeren tot 25 jaar en kinderen tot 12 jaar kunnen er terecht voor alles rond opvoeden en opgroeien.

De "[Jeugdgezondheidszorg](#)" (JGZ) is een deel van de gezondheidszorg dat zich toespitst op kinderen en jongeren van -9 maanden (conceptie) tot 25 jaar. JGZ richt zich op het bewaken, beschermen en bevorderen van de individuele en collectieve gezondheid, groei en ontwikkeling van kinderen en jongeren, op lichamelijk, cognitief en sociaal-emotioneel vlak. Het is een gratis, maatschappelijk gegarandeerde en publieke dienstverlening die focust op preventie en op het functioneren en maatschappelijk participeren van kinderen en jongeren (niet op curatie).

7.3.3 *Rol van de gezondheidswerkers*

Zorgprofessionals die betrokken zijn bij de ondersteuning van jonge kinderen (artsen, psychologen, logopedisten, verpleegkundigen, opvoeders, fysiotherapeuten, psychomotorische therapeuten enz.) zouden allemaal in staat moeten zijn om ontwikkelingsproblemen in een vroeg stadium te herkennen, op basis van bestaande richtlijnen op dit gebied (zie de waarschuwingssignalen hierboven), referentieroosters en gevalideerde instrumenten. Deze zouden dus bekend moeten zijn bij alle medische, paramedische en opvoedkundige beroepen.

Een overzicht van de cursussen met betrekking tot de geestelijke gezondheid van jonge kinderen in de opleiding van die verschillende professionals, binnen bepaalde universiteiten en hogescholen in de Franse Gemeenschap (zie details in bijlage 10) heeft aangetoond dat het onderricht dat wordt gegeven in die verschillende opleidingen en dat toelaat om kinderen jonger dan 5 met een NOS op te sporen, zeer heterogeen is en ontoereikend lijkt. Als gevolg hiervan hebben artsen de neiging om bij bijvoorbeeld een vertraagde taalontwikkeling hun patiënten gerust te stellen door te zeggen dat ze nog wat kunnen afwachten en zien hoe de dingen evolueren, terwijl ingrijpen noodzakelijk is als een tweejarige niet praat.

In Vlaanderen moedigt het project Kindreflex³² professionals aan om met hun volwassen cliënten/patiënten een gesprek te voeren over het thema ouderschap. Kindreflex helpt professionals verontrustende gezinssituaties te detecteren en de veiligheid zo snel mogelijk te herstellen. Concreet is het doel om hulpverleners met volwassen patiënten (psychiatrische zorgverleners, maar ook andere curatieve zorgverleners zoals huisartsen) de 'reflex' bij te brengen om na te gaan of er kinderen in het gezin zijn en wat het mogelijke effect is van de pathologie van de ouder op de (mentale) veiligheid van het kind.

7.4 Tertiaire preventie (vroegtijdige interventies)

In het geval van de identificatie (risico of vermoeden) van een complexe neurologische ontwikkelingsstoornis of een ernstige behoefte aan psychologische zorg bij jonge kinderen, moet het mogelijk zijn om onverwijld een beroep te doen op geestelijke gezondheidsdiensten die gespecialiseerd zijn in de diagnose en behandeling van deze stoornissen (inclusief secundaire preventie).

³² <https://kindreflex.be/>

Over het algemeen zijn de middelen die worden uitgetrokken voor jonge kinderen echter duidelijk ontoereikend in verhouding tot de behoeften.

7.4.1 Federale initiatieven

Sinds de federale hervorming die in 2014 van start ging, is de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren (GGKJ) georganiseerd in sector-overschrijdende netwerken voor hulpverlening en geestelijke gezondheidszorg. In 2015 werden elf **GGKJ-netwerken** opgezet in de 11 provinciale territoria van het land. Die inspanning heeft geleid tot een betere organisatie en meer samenwerking tussen de spelers op het terrein, onder meer door het opzetten van coördinatiegroepen, liaisonteams en mobiele teams. Dat heeft een impuls gegeven aan de organisatie van hulp voor mensen die lijden en al als kwetsbaar zijn aangemerkt. Sommige van die netwerken hebben ook subassen of werkgroepen die zich bezighouden met perinatale zorg.

De **kringen** zijn overleg- en coördinatiestructuren die vaak op provinciaal niveau worden opgezet om bepaalde specifieke zorgtrajecten te organiseren, met name op het gebied van geestelijke gezondheid en handicaps. Ze zorgen voor een efficiëntere verdeling van de beschikbare middelen, een beter inzicht in het dienstenaanbod in elk gebied en de oprichting van partnerschappen tussen actoren. Die kringen vergemakkelijken ook de koppeling tussen lokale, provinciale en regionale niveaus van zorgplanning.

Op federaal niveau vergemakkelijkt de overeenkomst **eerstelijns psychologische zorg**³³ ook de toegang tot eerstelijns psychologische zorg. In de nieuwe overeenkomst wordt bijzondere aandacht besteed aan kwetsbare gezinnen, met name door middel van *outreaching* werk. De financiering wordt verdeeld volgens de realiteit op het terrein en de zorg wordt georganiseerd volgens twee leeftijdscategorieën (kinderen en jongeren enerzijds en volwassenen anderzijds), op basis van drie werkingen: gemeenschapsgerichte interventie, psychologische ondersteuning en psychologische behandeling.

Op dit moment is echter te veel zorg en ondersteuning voor kinderen met speciale behoeften en hun families onvoldoende toegankelijk³⁴ of is het aanbod versnipperd, waardoor het moeilijk is om de continuïteit van de zorg te garanderen. De organisatie van **geïntegreerde zorg**, waarbij het kind centraal staat, kan een antwoord bieden op dit probleem³⁵. De FOD Volksgezondheid definieert geïntegreerde zorg als de zorg waarbij gezondheidsdiensten zo georganiseerd zijn dat de patiënt een continuïteit ervaart doorheen de hele zorg, zowel op het vlak van gezondheidspromotie, preventie, diagnosestelling, behandeling, ziektemanagement, herstel en palliatieve dienstverlening. Die benadering gaat veel verder dan gezondheidszorg, omdat zorgverleners, verzorgers en de omgeving van de persoon erbij betrokken zijn. De persoon wordt betrokken als partner in het zorgproces. De zorgen moeten in fase zijn met zijn biopsychosociale behoeften. Eind 2023 werd een interfederaal plan voor geïntegreerde zorg gelanceerd door de verschillende ministers die verantwoordelijk zijn voor de gezondheidszorg in België. Het programma 'Zorg en ondersteuning voor zwangere vrouwen, kinderen en hun gezin tijdens de eerste 1 000 dagen' is het eerste van 3 interfederale programma's en vloeit voort uit het interfederaal plan voor geïntegreerde zorg. Het doel is ervoor te zorgen dat kwetsbare zwangere vrouwen daadwerkelijk toegang hebben tot zorg en ondersteuning gedurende de eerste 1 000 dagen. De zorg zal geïntegreerd en continu zijn en aangepast aan de behoeften (volgens het principe van proportioneel universalisme) van de zwangere vrouw, de kinderen en het gezin. In eerste instantie zal het programma zich richten op zwangere vrouwen met psychosociale kwetsbaarheden. Het langetermijndoel is om de doelgroep uit te breiden naar alle zwangere vrouwen of moeders, hun kinderen en alle gezinnen gedurende de eerste 1 000 dagen, om holistische zorg en ondersteuning op maat te bieden.

³³ [Eerstelijns psychologische zorg verlenen via netwerken voor geestelijke gezondheid | RIZIV \(fgov.be\)](https://www.eerstelijnspsychologischezorg.be/)

³⁴ https://www.statengeneraalggz.be/wp-content/uploads/2022/10/Short-Report-omgaan-met-wachttijden_Def.pdf

³⁵ WHO, https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care#tab=tab_1

7.4.2 Initiatieven van de gewesten

In het Waalse Gewest is er het initiatief **Proxisanté** van het *Agence pour une Vie de Qualité* (agentschap voor een kwalitatief leven) om een eerste lijn van ondersteuning en zorg te creëren op territoriale basis. Het initiatief **Proxisanté** heeft geleid tot een ontwerpdecreet over de organisatie van de eerste lijn van ondersteuning en zorg, dat op 24 april 2024 door de plenaire vergadering van het Waalse parlement werd goedgekeurd³⁶. In die context zullen **organisations locorégionales de santé** (OLS - locoregionale gezondheidsorganisaties) worden gedefinieerd en hulp- en zorgverleners van de eerste lijn omvatten. Het doel van dit model is om de actoren in de gezondheidszorg, de maatschappelijke dienstverlening en de medisch-sociale sector samen te brengen in samenhangende gebieden om de continuïteit van de zorgpaden en een betere coördinatie tussen de interventieniveaus te bevorderen. De OLS zouden multidisciplinaire bestuursorganen moeten zijn die verantwoordelijk zijn voor het organiseren van de respons op de behoeften van de bevolking op territoriale basis, in samenwerking met de overheid.

In Vlaanderen wordt het gezondheidszorgbeleid gecoördineerd door het Departement Zorg, en meer bepaald door de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg. Die afdeling richt zich op de ondersteuning van eerstelijns gezondheidszorgberoepen en de reorganisatie van de eerstelijnszorg en is ook verantwoordelijk voor de uitvoering van het beleid voor specialistische geestelijke gezondheidszorg.

Het doel van de eerstelijnszorg in Vlaanderen is toegankelijke, doeltreffende, kwaliteitsvolle en persoonsgerichte gezondheids- en welzijnszorg aan te bieden. Om tegemoet te komen aan complexe behoeften wordt geïntegreerde samenwerking aangemoedigd tussen alle betrokken spelers, inclusief gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

Die benadering is territoriaal georganiseerd op twee complementaire niveaus:

- de **eerstelijnszones** (ELZ) zijn werkingsgebieden die eerstelijnszorgaanbieders (huisartsen, verpleegkundigen, sociale diensten enz.) samenbrengen en de basiseenheid vormen voor lokale zorgplanning en -coördinatie. Het Vlaamse Gewest heeft ongeveer 60 ELZ. Elke ELZ wordt beheerd door een zorgraad, waarin vertegenwoordigers van zorgaanbieders, lokale overheden, de sociale sector en gebruikers zitting hebben. De zorgraad is verantwoordelijk voor lokaal bestuur, sectoroverschrijdend overleg en de coördinatie van initiatieven op het gebied van gezondheid en welzijn in de zone.
- de **zorgregio's** zijn grotere zorgregio's die meerdere eerstelijnszones omvatten. Ze bieden een kader voor de strategische planning en organisatie van tweedelijnszorg, vooral in ziekenhuizen. Met de zorgregio's kan gespecialiseerd zorgbeleid beter worden afgestemd op lokale eerstelijnsinitiatieven.

VIVEL (Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn) speelt een sleutelrol als kenniscentrum en ondersteuningsorganisatie voor de zorgraden en zorgaanbieders. Het helpt hen om efficiënt en doelgericht de noden van kwetsbare mensen en hun omgeving te lenigen. De initiatieven worden ook ondersteund door digitale hulpmiddelen zoals Alivia die het overleg en het delen van informatie vergemakkelijken.

Daarnaast zet het Departement Zorg zich in om de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg te erkennen en de instellingen binnen die netwerken te laten samenwerken om de continuïteit van de zorg te waarborgen en het welzijn van de zorgvrager centraal te stellen.

Het decreet voor een geïntegreerd jeugd- en gezinsbeleid ('Decreet Vroeg en nabij'³⁷ genoemd) wil ook de zorg en ondersteuning van kinderen, jongeren en gezinnen stroomlijnen

³⁶ [1673_3.pdf \(parlement-wallon.be\)](#)

³⁷ [Kaderdecreet | Vroeg en nabij](#)

en meer geïntegreerd, efficiënter, doelgericht en beter te maken, onder meer via de pilootprojecten 'Zorg en Ondersteuning' en 'Vroegdiagnostiek', ontwikkeld door het agentschap Opgroeien, het departement 'Zorg' en zijn afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg en het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, in samenwerking met tal van partners.

In Brussel wil het Geïntegreerd welzijns- en gezondheidsplan de actoren in het veld de organisatorische en wettelijke middelen bieden om effectiever te coördineren rond en met de zorgvrager om zo een hoogwaardige, alomvattende en continue ondersteuning te garanderen die rekening houdt met zijn of haar behoeften gedurende het hele leven.

In elk gewest hebben een aantal **diensten voor geestelijke gezondheidszorg** een specifiek aanbod voor kinderen van 0-5 jaar, maar dat aanbod varieert sterk afhankelijk van het gebied, met verschillen in geografische toegankelijkheid en beschikbaar personeel.

De 8 **referentiecentra voor autisme (RCA)**, die sinds 2005 door het RIZIV werden gesubsidieerd, vallen nu onder de verantwoordelijkheid van de deelstaten. Het is hun taak om enerzijds een grondige diagnose te stellen en anderzijds een coördinatieprogramma op te stellen voor kinderen, adolescenten en volwassenen bij wie een pervasieve ontwikkelingsstoornis is vastgesteld.

De RCA's maken het mogelijk om een diagnose te stellen wanneer er een vermoeden is van een pervasieve ontwikkelingsstoornis: om die centra niet onnodig te overbelasten, is het daarom belangrijk dat er vooraf een test heeft plaatsgevonden met voldoende specifieke instrumenten. De centra kampen momenteel met lange wachttijden, wat betekent dat er veel tijd verloren gaat voordat er hulp kan worden gegeven aan de kinderen (die een diagnose door een RCA nodig hebben om toegang tot een bepaald type zorg te krijgen). Om dat probleem aan te pakken, zouden we ons kunnen laten inspireren door Frankrijk, waar diensten en artsen van de tweede lijn de diagnose van ASS stellen. De RCA's zien alleen kinderen met een complex klinisch beeld, over wie de tweedelijns artsen zich niet konden uitspreken, of om differentiële diagnoses van ASS te stellen.

In Vlaanderen spelen de **Centra voor Ontwikkelingsstoornissen (COS)** ook een sleutelrol in het opsporen, diagnosticeren en doorverwijzen van kinderen met ontwikkelingsstoornissen. Die centra, verspreid over heel Vlaanderen, werken samen met gezinnen en diensten van de eerste en tweede lijn om een vroege multidisciplinaire beoordeling op te stellen en een geschikt interventieplan voor te stellen. Het doel is om vertragingen in de diagnose te voorkomen en kinderen sneller door te verwijzen naar de juiste diensten, waaronder de RCA in de meest complexe gevallen.

Op vraag van de Vlaamse overheid en met de hulp van professionele en informele actoren in Vlaanderen en Brussel, heeft de Koning Boudewijnstichting een driejarig project ([OverHoop](#)) opgezet rond sensibilisering, preventie en interventie bij ouders die negatieve vroegkinderlijke ervaringen hebben gehad. Dat project is gericht op het versterken van de preventie en aanpak van ontwikkelingstrauma's en de ingrijpende gebeurtenissen die daaraan voorafgaan. OverHoop wil eerstelijnsactoren houvast bieden om zelf via gerichte samenwerking en met werkzame methodes en interventies aan de slag te gaan rond ontwikkelingstrauma.

7.5 Onderwijs

In de Franse Gemeenschap organiseert de *Promotion de la Santé à l'école* (PSE - gezondheidspromotie op school) verplichte gezondheidscontroles in de eerste en derde kleuterklas en een controle van de neuro-motorische ontwikkeling voor alle kinderen in de derde kleuterklas, aangevuld met een specifieke, verplichte consultatie bij het PMS-centrum van de school. Die onderzoeken door schoolartsen zijn een gelegenheid om kwetsbaarheden op te sporen, in aanvulling op de visie van de kleuterleidsters, en om indien nodig door te

verwijzen naar PMS-diensten. Ze zijn opgenomen in het Besluit van de regering van de Franse Gemeenschap van 2002 (dat momenteel wordt bijgewerkt in het kader van het nieuwe PSE-decreet van 2019).

In Vlaanderen wordt na de laatste consultatie bij Kind en Gezin, op de leeftijd van 30 maanden, het kindrapport op Vitalink beschikbaar voor het CLB ([Kindrapport | Kind en Gezin](#)).

De consultatie van het kind in de kleuterklas dat het CLB organiseert voor de driejarigen is zo gepland dat ouders zoveel mogelijk aanwezig kunnen zijn. Dat geeft alle ouders de kans om hun kennis, vragen of zorgen over de gezondheid, ontwikkeling en opvoeding van hun jonge kind te delen met de professional van het CLB.

De benchmarks voor die consultatie zijn enerzijds de richtlijnen van de VVVJ om het gehoor, het gezichtsvermogen, de groei, de mondgezondheid en de vaccinatiestatus te beoordelen. Daarnaast biedt het instrument **SPARK36** een gestructureerde leidraad voor het gesprek met de ouders, om hun ondersteuningsbehoeften op het gebied van de opvoeding en ontwikkeling van hun kleuter te achterhalen.

Er is geen klinisch onderzoek door de arts van het CLB in de kleuterklas.

Een deel van de kinderen dat nog niet leerplichtig is en problemen heeft, blijft echter vermoedelijk thuis in plaats van naar de kleuterschool te gaan (omdat de ouders niet de middelen hebben om hen naar school te brengen of omdat ze al uitgesloten zijn van het systeem). Schoolplicht op 3 jaar (zoals in Frankrijk) zou niet alleen toegang bieden tot de voordelen van kleuteronderwijs en socialisatie, maar zou het ook mogelijk maken om die kinderen te identificeren waar het niet goed mee gaat of die een ontwikkelingsachterstand vertonen.

In sommige regio's zijn er overigens projecten die het welbevinden van de kinderen willen bevorderen (bijv. Krachtboom, Geluk in de klas ook zijn er de campagnes ter bevordering van de geestelijke gezondheid van de CLB's in Vlaanderen en het project 'Be cool@school' in de provincie Luik, met de tools Tip Top start en Tip Top Kids voor PMS-centra, leerkrachten en ouders³⁸) en worden interpersoonlijke vaardigheden aangeleerd (bijvoorbeeld de *Clinique de Consultations et de Formations* (CPLU) aan de universiteit van Luik, die aan primaire preventie doet rond stress en angst (informatie, ontspanning, tentoonstellingen, tafelspellen)). SITU Action ontwikkelt ook primaire preventie-instrumenten voor de AMO (*services d'aide en milieu ouvert* - hulpverlening in open milieu) en voor toekomstige professionals, over genderkwesties en pesten op school.

Scholen voor buitengewoon onderwijs hebben dan weer meer hulpmiddelen tot hun beschikking, maar niet voldoende specifieke therapeutische middelen voor kinderen met NOS, ASS of die blootgesteld zijn aan ACE. Waar mogelijk en afhankelijk van het geval werken ze samen met kinderdagziekenhuizen, waarvoor lange wachtlijsten bestaan.

³⁸ <https://www.provinciedeliege.be/fr/becool>: aanbod op kleuterniveau, gebaseerd op een aantal belangrijke thema's: emoties herkennen en uiten, respect voor jezelf en anderen, geweldloze communicatie en conflicthantering, empathie, zelfvertrouwen, samenwerking, gezond eten en bewegen.

IV CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat elke investering in de vroege kinderjaren niet alleen ten goede komt aan de ontwikkeling van het kind, maar ook aan de samenleving als geheel (lagere kosten in verband met (geestelijke) gezondheidsproblemen, professionele inactiviteit of criminaliteit). Investeren in de geestelijke gezondheid van jonge kinderen is een ethische, pragmatische en maatschappelijke keuze. Om ervoor te zorgen dat elk kind kan opgroeien in een stabiele, ondersteunende en inclusieve omgeving die bevorderlijk is voor zijn ontwikkeling, doet de HGR een reeks aanbevelingen³⁹ die gebaseerd zijn op een populatiegerichte benadering die gezondheidsgeletterdheid, proportioneel universalisme en de levensloop omvat en tegelijk de nadruk leggen op de collectieve verantwoordelijkheid die we dragen voor moeders, meedouders en kinderen.

Een van de grootste uitdagingen is om los te komen van de versnippering van de interventies, een problematiek in België. Bijgevolg zullen deze aanbevelingen alleen hun volle effect kunnen bereiken wanneer ze in hun geheel worden aangenomen en gecoördineerd tussen de verschillende spelers en beleidsniveaus. Hiervoor geeft bijlage 1 een beknopt overzicht van deze aanbevelingen, in een samenvattende tabel van de verschillende interventies, per periode, betrokken actor en doelgroep waarvoor ze bedoeld zijn.

1 Volksgezondheidsbenadering en geïntegreerde nationale strategie.

De acties die de grootste impact zullen hebben en het meeste geld zullen besparen, zijn **preventieve acties**, die de behoefte aan hulp en ondersteuning verminderen. En aangezien de ontwikkeling en het welbevinden van het kind nauw verbonden zijn met zijn omgeving, kunnen inspanningen voor de geestelijke gezondheid van kinderen niet los worden gezien **van steun voor de omgeving** waarin ze opgroeien.

Om de uitdagingen van de vroege kinderjaren aan te gaan, moeten dus allereerst alle machtsniveaus en alle verantwoordelijkheidsgebieden betrokken zijn bij de uitvoering van een geïntegreerde nationale strategie gericht op:

- het bieden van een universele toegang tot een **gezonde omgeving** en een **voldoende sociaaleconomisch niveau** om kwaliteitsonderwijs, passende cognitieve en emotionele stimulatie, toegang tot groene ruimten en gezonde voeding, toegang tot spel, recreatie, cultuur, sportactiviteiten en mogelijkheden voor interactie met leeftijdsgenoten mogelijk te maken;
- **het verminderen van ongelijkheid** door prioriteit te geven aan investeringen in achtergestelde gebieden en de versterking van middelen voor kwetsbare bevolkingsgroepen en ondersteuningsmechanismen voor gezinnen met complexe psychosociale problemen, met prioritaire toegang tot ondersteunende diensten;
- het creëren van een **veilige samenleving** (ook binnen de gezinnen) om het risico op negatieve ervaringen in de kindertijd te verkleinen;
- **sensibilisering** van de bevolking voor de uitdagingen van het ouderschap (via verschillende kanalen: de media, sociale netwerken, dokterspraktijken, ontmoetingsplaatsen, onderwijs enz.) en zorgen voor gelijke toegang tot informatie tijdens de zwangerschap en na de geboorte (informatie over het belang van de eerste 1000 dagen, de impact van huiselijk geweld, schermgebruik enz.);
- **harmonisatie van de bevoegdheden** en vergemakkelijking van de samenwerking tussen de federale, gewestelijke en gemeenschapsniveaus en tussen sectoren (sociale sector, gezondheidssector) om dubbel werk te verminderen en de continuïteit van de zorg te garanderen;
- **participatie van gebruikers** (ouders en kinderen) in het ontwerp, de uitvoering en de evaluatie van het beleid;

³⁹ Deze aanbevelingen streven naar een ideale situatie die in het hele land beschikbaar zou moeten zijn. Aangezien sommige bevoegdheden op gemeenschaps- of gewestelijk niveau worden uitgeoefend, is het mogelijk dat een aantal aanbevelingen al (deels) worden toegepast in bepaalde delen van het land.

- **versterking van de bestaande structuren** en verhoging van de budgetten voor de geestelijke gezondheid in de perinatale periode en van kinderen om een gepast territoriaal netwerk te garanderen;
- **versterking van de basis- en voortgezette opleiding** op het gebied van perinatale zorg en jonge kinderen **voor alle betrokken professionals** (gynaecologen, vroedkundigen, psychologen, artsen, kinderverzorgers enz.), met eventueel een accreditatiesysteem. Het is immers van essentieel belang dat alle professionals die in contact komen met zwangere vrouwen en jonge kinderen gemakkelijk toegang hebben tot de meest recente informatie, met name over de **waarschuwingssignalen** van geestelijk lijden of afwijkingen in de ontwikkeling, en over hoe hierover op de juiste manier te communiceren;
- het werk van de professionals in de vroegkinderlijke zorg en ontwikkeling **valoriseren**, zodat deze beroepen aantrekkelijker worden en meer zorgverleners en begeleiders ervoor kiezen zich hierin te engageren;
- **oprichting van een nationale barometer** om de evolutie van de geestelijke gezondheidsindicatoren van jonge kinderen te volgen.

2 Vroegtijdige en passende ondersteuning

Preventieve en curatieve interventies zullen ook nodig zijn, in een sociale context die (nog) niet geoptimaliseerd is. Bovendien zal een beperkt aantal kinderen en gezinnen geestelijke gezondheidsinterventies nodig hebben ongeacht de toestand van de maatschappelijke context, bijvoorbeeld bij grote biologische kwetsbaarheid, vroege ziekte, ontwikkelingsstoornissen enz.

Waar nodig moet vroegtijdige en passende ondersteuning worden geboden aan die kinderen en gezinnen in moeilijkheden, een ondersteuning die:

- **continu** is, vanaf de conceptie tot de leeftijd van 5 jaar (dus zonder onderbreking ten gevolge van een verandering van professionals of wachtlijsten), met ondersteuning bij belangrijke overgangen in de ontwikkeling van kinderen om tegemoet te komen aan hun specifieke behoeften;
- zo **vroeg** mogelijk en zo **snel** mogelijk plaatsvindt, om de gevolgen op lange termijn tot een minimum te beperken.

2.1 Geïntegreerde organisatie en continuïteit van de zorg

Continuïteit van de zorg zal worden bevorderd door een **geïntegreerde organisatie van de zorg**, aangepast aan de behoeften van het kind, zijn familie en de bredere context, niet alleen over de interventielijnen heen, maar ook over sectoren heen.

Dat kan worden bereikt door het opzetten van **getrapte zorgnetwerken**, gebaseerd op bestaande netwerken⁴⁰ en het verstrekken van specifieke middelen voor de perinatale en vroegkinderlijke doelgroepen, gebaseerd op het principe van proportioneel universalisme. Ze zullen zich richten op:

1. Het tegengaan van stigmatisering en de ondersteuning van het ouderschap:
 - gemeenschappelijke acties om het stigma dat rust op het vragen om hulp weg te nemen en de behoefte aan ondersteuning te rechtvaardigen;
 - het ouderschap ondersteunen door informatie te verstrekken en ervoor te zorgen dat mensen ergens terecht kunnen met hun vragen (inloopcentra bemand door professionals zoals vroedkundigen, maatschappelijk werkers, kinderverzorgers, psychologen enz.)

⁴⁰ Zoals de ELZ en zorgregio's in Vlaanderen, het OLS-project in Wallonië, de zorgcircuits, overlegplatforms en geestelijke gezondheidsnetwerken of geïnspireerd op het model van het nieuwe geïntegreerde zorgprogramma 'Zorg en ondersteuning voor zwangere vrouwen, kinderen en hun gezin tijdens de eerste 1000 dagen'⁴⁰, dat een geïntegreerde, continue zorg op maat van zwangere vrouwen beoogt.

2. Toegang tot en continuïteit van zorg vergemakkelijken:

- **Eenvoudige toegangspunten** voor gezinnen, bijvoorbeeld door in bestaande lokale structuren (bibliotheek, consultaties van Kind en Gezin/ONE, Huizen van het Kind enz.) een ondersteunings- en zorgaanbod te integreren;
- **Continuïteit aanmoedigen bij de professionals** die met de gezinnen werken, evenals een vlotte samenwerking, ook met de natuurlijke zorgverleners in de thuissituatie (verwijzers of 'tussenpersonen', zoals de professionals die de zwangerschap hebben opgevolgd en die de gezinnen begeleiden na de geboorte, om een link te leggen met de andere professionals - waarbij de huisarts eveneens deze rol kan opnemen als spilfiguur in de longitudinale opvolging en zou over de nodige middelen en opleiding moeten beschikken om deze taak uit te voeren);
- **Verwijzing** vergemakkelijken wanneer de nulde of eerste lijn problemen vaststelt of opspoot: via multidisciplinaire zorgcentra (gebaseerd op het voorbeeld van de COS in Vlaanderen) of, bij gebrek daaraan, door duidelijke verwijzingsrichtlijnen op te stellen afhankelijk van het geïdentificeerde probleem;
- Op structurele wijze voorzien in **noodprocedures om** een kind te beschermen zodra er gevaar wordt gesignaleerd (bijvoorbeeld: één telefoonnummer om snel te kunnen reageren op crisissituaties⁴¹).

3. Samenwerking tussen professionals aanmoedigen:

- **Samenwerkingsinitiatieven** versterken, bijvoorbeeld tussen eerstelijnspsychologen en de consultaties van Kind en Gezin/ONE;
- Netwerking financieel lonend maken (**financiering** van de tijd die wordt besteed aan overleg en wanneer professionals van zorglijn of sector veranderen: bijv. consultaties van kinderpsychiatrie op school of thuis, consultatie van broers en zussen);
- Geschikte **communicatiemiddelen** ter beschikking stellen, net als ethische en medisch-juridische regels (bijv. een interprofessionele uitbreiding van het beroepsgeheim, gedeeld medisch dossier).

4. Versterking van expertise en reactie op complexe situaties:

- **Perinatale expertise** op structurele wijze integreren in diensten (bijvoorbeeld geestelijke gezondheidszorgdiensten);
- Voldoende toegankelijke ondersteuning bieden aan gezinnen waarvan is vastgesteld dat ze een hoog risico lopen, bijvoorbeeld **mobiele teams** voor perinatale psychiatrie, die bepaalde barrières voor de toegang tot zorg helpen wegnemen en de continuïteit bevorderen wat betreft de zorgverleners die ondersteuning bieden (multidisciplinaire teams die snel ingrijpen bij kwetsbare gezinnen of gezinnen in crisis, met een gepersonaliseerde opvolging, door bezoeken aan huis te bieden, maar ook ondersteuning tijdens ziekenhuisbezoeken, bijvoorbeeld door in duo's te werken);
- In het hele land **specifieke diensten** ontwikkelen om gezinnen te ondersteunen die met grote uitdagingen worden geconfronteerd (neurologische ontwikkelingsstoornissen, psychiatrische stoornissen bij de ouder enz.), en in het bijzonder een minimum aantal bedden garanderen in ouder-baby eenheden in de psychiatrie, met de aanwezigheid van psychologen voor de baby's (voldoende financiering om beide op te nemen)⁴² en rekening houden met de rol van de meeouder.

⁴¹ Zoals de bestaande meldpunten in Vlaanderen: [Crisismeldpunten | Opgroeien](#)

⁴² Volgens het gecoördineerd, getrapt, geïntegreerd perinataal psychosociaal zorgpad dat wordt voorgesteld door Alan Grégoire, zouden er 2 tot 3 bedden nodig zijn voor elke 10.000 geboorten als de lagere niveaus van het pad voltooid en beschikbaar zouden zijn.

Om die missies operationeel te maken, zou het ideaal zijn om **fysieke locaties te ontwikkelen die gratis toegankelijk zijn** (bijv. naar het voorbeeld van de Huizen van het Kind in bepaalde gemeenten in Vlaanderen) en als territoriale ankerpunten voor de netwerken zouden dienen. Die 'centra voor perinatale zorg'⁴³ zouden ervoor zorgen dat (toekomstige) ouders gemakkelijk informatie en hulp kunnen vinden, wat hun behoeften ook zijn, door de verschillende zorglijnen te integreren (van nulde tot derde lijn), wat ook ontmoetingen en samenwerking tussen professionals zou aanmoedigen en de continuïteit en coördinatie van de zorg zou garanderen. Deze plaatsen moeten specifiek ontworpen zijn voor perinatale zorg, maar er moet voor worden gezorgd dat er continuïteit is met de voorzieningen voor oudere kinderen. Gebruikers moeten worden betrokken bij het bestuur en de evaluatie van de diensten.

In het bijzonder zouden ze gemeenschapsacties kunnen voorstellen om de toegang te ontdoen van zijn stigma en te vergemakkelijken, maar ook consultaties van vroedkundigen om al tijdens de zwangerschap contact te leggen met toekomstige ouders, gratis consultaties voor zuigelingen (Kind en Gezin/*ONE*) om de toegang via dat bekende aanbod te vergemakkelijken, coördinatie van het werk als er moeilijkheden worden vastgesteld en ondersteuning door mobiele teams.

Alle leden van het team moeten een specifieke opleiding hebben gehad in perinatologie en vroege kinderjaren, zodat ze een ouderlijke depressie en/of decompensatie, verstoring van de ouder-kind relatie of een ontwikkelingsachterstand bij het jonge kind kunnen diagnosticeren.

2.2 Vroege interventies

Om zo vroeg mogelijk actie te kunnen ondernemen, moeten we de gezinnen bereiken vóór de conceptie en vervolgens vroege interventies aanbieden tijdens de hele zwangerschap en na de geboorte.

2.2.1 *Prenatale periode*

Al vanaf de zwangerschap beïnvloedt de geestelijke en lichamelijke gezondheid van de ouders de ontwikkeling van het kind. Systematische ondersteuning voor alle (toekomstige) ouders is bijgevolg essentieel. Vroegtijdige opsporing van risicosituaties vereist dat zoveel mogelijk zwangere vrouwen en gezinnen door professionals van lijn 0 of de eerstelijnszorg worden gezien, dat de betrokken professionals (maatschappelijk werker, huisarts, vroedkundige, gynaecoloog enz.) opgeleid zijn om zorgwekkende tekenen te herkennen en in staat zijn om op de juiste manier in te grijpen (dichter opvolgen, persoonlijk advies, doorverwijzing naar andere professionals in het netwerk enz.). Ze moeten niet alleen de nodige vaardigheden hebben, maar ook een duidelijk mandaat en erkende verantwoordelijkheid om die ondersteuning te bieden.

De HGR beveelt daarom aan dat alle zwangere vrouwen zouden genieten van een prenatale opvolging door een professional (gynaecoloog, vroedkundige), in aanwezigheid van de meemoeder, en dat eventuele psychische problemen tijdens die vroege prenatale gesprekken kunnen worden vastgesteld, zowel bij de moeder als bij de meemoeder. Hiervoor moet in het volgende zijn voorzien:

- Consultaties voor '**persoonlijk prenataal advies**': twee belangrijke consultaties invoeren, in het begin van de zwangerschap en in het derde trimester, om psychosociale, materiële en nutritionele kwetsbaarheden van het gezin op te sporen en een geschikt ondersteuningsplan op te stellen. Tijdens die gesprekken moeten de ouders actief worden betrokken bij de opstelling van opvolgingsplannen en moeten de specifieke psychosociale risico's aan bod komen.

⁴³ Voor die centra moet een naam worden gekozen die gemakkelijk te begrijpen en te onthouden is, bijvoorbeeld: "centrum voor de allerkleinsten en hun ouders".

- **Inclusieve ondersteuning van de meeouders:** prenatale interventies aanbieden die zijn aangepast aan de psychologische behoeften van de meeouders en hen betrekken bij de prenatale consultaties.
- **Stelselmatig testen op prenatale depressie:** gestandaardiseerde instrumenten gebruiken om psychologische risico's te identificeren en preventieve interventies te organiseren⁴⁴.

2.2.2 Bevalling en perinatale periode

Op dezelfde wijze moeten net voor en tijdens de bevalling en bij de opvolging door de verloskundige na de bevalling ongewone signalen kunnen worden herkend en moet er aandacht aan worden besteed. De zwangerschap en het perinatale advies brengen doorgaans meerdere professionals met zich mee (inclusief de huisarts, die de familiegeschiedenis kent), die in netwerkverband zouden moeten samenwerken rond de zwangere vrouw, het kind en het gezin

De HGR beveelt hiervoor aan:

- **een verlenging van het verblijf op de kraamafdeling** wanneer dat nodig is om de interacties tussen ouder en kind te beoordelen, door een systematische observatie van de gezinsrelaties te integreren;
- **steun voor borstvoeding:** geschikte educatieve middelen en faciliteiten bieden om moeders te begeleiden bij hun keuze om al dan niet borstvoeding te geven;
- **versterkte postnatale ondersteuning:** aanbieden van postnatale huisbezoeken in de eerste weken na de bevalling, inclusief een evaluatie van psychosociale behoeften. Alle ouders moeten kunnen beschikken over professionele huisbezoeken in de week na de terugkeer na de bevalling. In het bijzonder beveelt de HGR aan om de postnatale opvolging uit te breiden naar bepaalde situaties die daar momenteel geen baat bij hebben, zoals prematuriteit van meer dan 32 weken, spoedkeizersneden of traumatische bevallingen, verlengde verblijven op de kraamafdeling, pasgeborenen die in de neonatologie zijn opgenomen, en pasgeborenen met een handicap. Het zou gaan om het aanbieden van minstens twee consultaties tussen 0 en 3 maanden (pediater + paramedici), met inbegrip van een gedragsbeoordeling van de zuigeling en een ouderlijke screening ;
- **opsporing van psychische risico's, zoals postnatale depressie:**
 - integreren van gevalideerde vragen in de postnatale opvolging om psychische problemen bij moeders vroegtijdig te detecteren en behandelen;
 - en ervoor zorgen dat alle gezondheidsprofessionals die in het jaar na de geboorte van een kind contact hebben met een moeder of meeouder in staat zijn situaties van psychologisch leed te herkennen.
- **ondersteuning bij risicovolle geboorten:** de netwerken moeten ook een gespecialiseerde ondersteuning omvatten voor ouders die geconfronteerd worden met vroeggeboorte, invaliditeit of perinataal overlijden.

2.2.3 Vroege kindertijd

Na de geboorte is het belangrijk om **de ouders te ondersteunen** om de relatie tussen ouder en kind te bevorderen en stressfactoren te verminderen:

- de toegang tot kinderopvang garanderen (continuïteit tussen het einde van het ouderschapsverlof en het begin van de kinderopvang, kosten die in verhouding staan tot het gezinsinkomen, inclusieve kinderdagverblijven met voldoende personeel);

⁴⁴ Bijvoorbeeld aan de hand van de 2 vragen van de Whooley-bevraging: *Hebt u zich de afgelopen maand vaak neerslachtig, depressief, of wanhopig gevoeld? Hebt u zich de afgelopen maand vaak beschaamd gevoeld over het feit dat u weinig interesse of plezier had in wat u doet?*, en de 2 items van de GAD-2-schaal zoals aanbevolen door NICE.

- meer opvangvoorzieningen voor ouders en kinderen aanbieden die socialisatie en interactie in een veilige en inclusieve omgeving mogelijk maken⁴⁵ ;
- opvoedingsondersteuningsprogramma's aanbieden die ontworpen zijn om interpersoonlijke en educatieve vaardigheden te verbeteren;
- de toegang tot informatie garanderen (met name over het gezondheidszorgsysteem en het ouderschap).

Het is ook belangrijk dat **opsporing** wordt gegarandeerd (opmerken van het ontbreken van verwacht gedrag op bepaalde ontwikkelingsmijlpalen of van gedrag dat afwijkt van een normatief ontwikkelingstraject, vaststellen van gedragsproblemen of regressie), door de opsporing zoveel mogelijk te integreren in de gemeenschap en de routinematige eerstelijnszorg, met bijzondere aandacht voor gezinnen in kwetsbare situaties. Hiervoor zou het nodig zijn:

- de leerplicht vanaf 3 jaar voorzien om zowel de ontwikkeling als de opsporing en opvolging van alle kinderen te bevorderen,
- ervoor zorgen dat iedereen die beroepsmatig in contact komt met jonge kinderen wordt opgeleid, van de nulde lijn (Centrum Algemeen Welzijnswerk, consultaties van Kind en Gezin/ONE, Huizen van het kind, kinderdagverblijven, scholen) tot de eerste lijn (huisartsen, kinderartsen);
- hulpmiddelen aanbieden om vrije waarnemingen te ondersteunen:
 - Voor de algemene ontwikkeling: **schema's voor opsporing** beschikbaar stellen, door zich bijvoorbeeld te laten inspireren door het schema van HAS, de site Wegwijzer ontwikkelingszorgen of het Van Wiechenonderzoek.
 - Voor het welzijn: het **ADBB** opnemen in pediatrische consultaties om tekenen van nood bij zuigelingen in een vroeg stadium op te sporen en snel in te grijpen. De relationele context waarin het kind en de verzorger leven moet ook centraal staan.
 - Voor de eerste opsporing van ASS: het gebruik van de **M-CHAT-TR/F** systematiseren bij huisartsen en kinderartsen. Dit instrument is gratis beschikbaar en kan bijvoorbeeld worden vermeld op de websites van beroepsverenigingen (kinderartsen, huisartsen...) of worden opgenomen in het kindboekje, waarbij met name items over sociaal-communicatieve vaardigheden kunnen worden toegevoegd;
- de tijd erkennen en financieel belonen die tijdens de consultatie wordt besteed aan de opsporing en de ondersteuning wanneer een kwetsbaarheid werd vastgesteld (advies op belangrijke momenten en tussendoor: aanvullende informatie, doorverwijzing enz.)

Als het verhoogde risico niet verdwijnt, moet worden overgegaan tot een **screening** met erkende instrumenten (bijv. om ASS op te sporen: ASQ-3, ADT, SCQ).

Die instrumenten zijn aangepast aan het niveau en het type zorg (bijv. vroedkundige, huisarts, kinderarts, eerstelijnspsycholoog, crèche, kleuterschool), aangezien elk zijn eigen doelstellingen heeft. De opsporingsfase vereist ook een vlotte samenwerking tussen de betrokken professionals en in het bijzonder tussen degenen die de ouders begeleiden en degenen die het kind begeleiden. Ook bij opsporing is de dyade of triade als geheel kwetsbaar, nooit alleen het kind en de ouder(s).

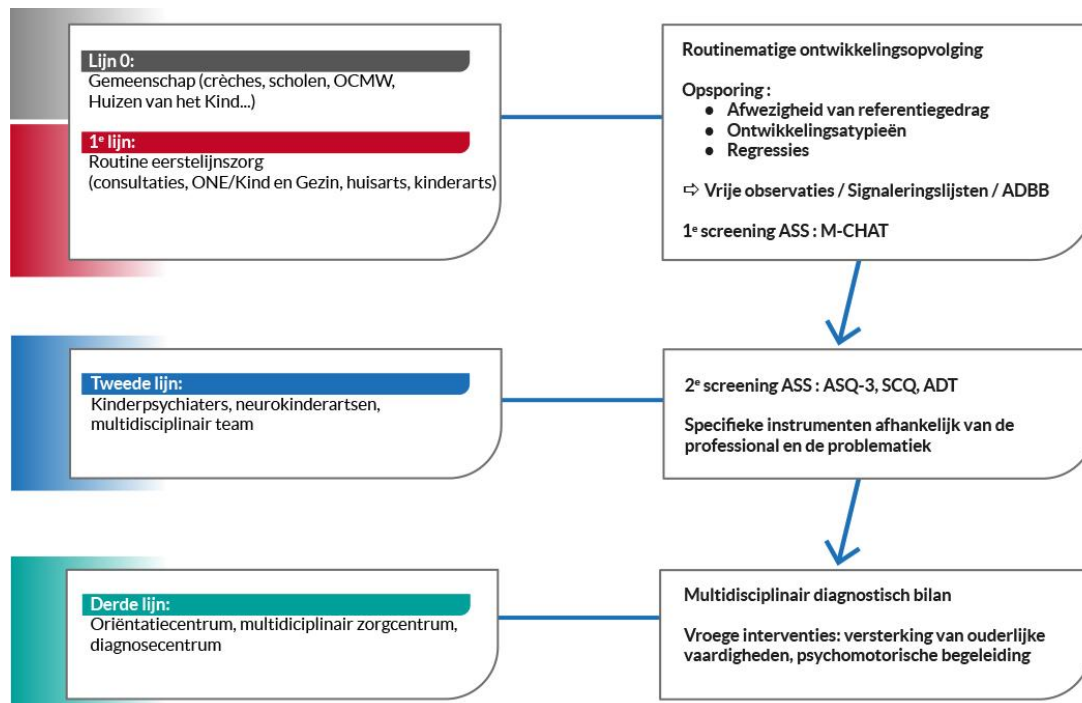
Als de test leidt tot een substantieel vermoeden van psychisch lijden bij de ouder en/of het kind of van ontwikkelingsstoornissen bij het kind, wordt een **zorgpad** opgezet:

- Verschillende interventies kunnen direct worden ingezet om bestaande moeilijkheden aan te pakken, zonder definitieve diagnose:

⁴⁵ Zoals al bestaat, ondersteund door de ONE (<https://www.one.be/public/1-3-ans/vie-de-famille-environnement/lieux-de-rencontre-enfants-parents/>) of door Opgroeien (<https://www.opgroeien.be/kennis/databank-kwaliteitsvolle-praktijken/spel-en-ontmoeting>).

- o op het niveau van de ouders: versterking van de ouderlijke vaardigheden, ondersteuning van de ouders zodat zij een stabiele, veilige en voedende omgeving voor hun kinderen kunnen bieden,
 - o en/of het kind: interventies door eerstelijns thuiszorg (geestelijke gezondheidszorg, hulp voor mensen met een handicap), eerstelijnspsycholoog, logopedist, fysiotherapeut, ergotherapeut. Verwijzingen naar die professionals moeten worden vergemakkelijkt, bijvoorbeeld door de oprichting van multidisciplinaire zorgcentra zoals de COS. Mits een adequate opleiding kunnen psychomotorisch therapeuten eveneens kinderen ondersteunen bij specifieke moeilijkheden, en hun interventies zouden in dat geval op gelijke wijze in het hele land toegankelijk moeten worden gemaakt.
- De ondersteuning zal ook leiden tot een diagnose die leidt tot therapie of rehabilitatie: doorverwijzing naar tweedelijns en multidisciplinaire zorgcentra (COS, RCA, GGZ, Centrum voor Ambulante Revalidatie, mobiele teams, ouder-baby units enz.) (screening, diagnose met geschikte tests, behandeling).

De opvolging van jonge kinderen moet dus gebeuren volgens het volgende algemene schema:



V AANBEVELINGEN VOOR ONDERZOEK

1 Wetenschappelijk onderzoek

Het is belangrijk om wetenschappelijk onderzoek naar de geestelijke gezondheid van (jonge) kinderen te bevorderen:

- epidemiologisch onderzoek om de geestelijke gezondheidsbehoeften van kinderen beter te begrijpen, met onder meer een onderscheid tussen de specifieke kwetsbaarheden en behoeften in de grote steden en in de landelijke gebieden,
- longitudinaal onderzoek om de impact van interventies en beleid te meten,
- onderzoek naar de effectiviteit van geïntegreerde zorgnetwerken en *best practices* in interorganisatorische samenwerking,
- onderzoek naar gezinsvriendelijk beleid.

Tegelijkertijd zou het ook nuttig zijn om, naar het voorbeeld van de aanbevelingen die de HAS online heeft gezet of het voorgestelde opsporingsschema, aanbevelingen voor goede praktijken aan te bieden op een manier die toegankelijk is voor alle professionals die werken op het gebied van jonge kinderen.

De kwestie van de erkenning (functiebepaling, opleidingsprofiel, effectiviteit van de interventies) en de terugbetaling van psychomotorisch therapeuten zou eveneens het voorwerp moeten uitmaken van een afzonderlijk advies.

Ten slotte stopt het niet op de leeftijd van 3/5 jaar: de ontwikkeling gaat nog een aantal jaren door. Andere aanbevelingen van dit type zouden ook beschikbaar moeten zijn voor risico's die in een later stadium moeten worden gecontroleerd, bij andere leeftijdsgroepen: vroegtijdige opsporing en interventie in de adolescentie bijvoorbeeld (we denken hierbij met name aan schoolfobie) of bij jongvolwassenen, enz.

2 Ethische vragen

De perinatale periode is een cruciale periode waarin verschillende kwesties en soms tegenstrijdige rechten elkaar kruisen, wat een aantal vragen oproept die vanuit ethisch en juridisch oogpunt nog moeten worden beantwoord. Deze kwesties zullen het voorwerp moeten uitmaken van een onafhankelijk advies, met de deelname van juridische specialisten en in overleg met de betrokken groepen.

1. Vroegtijdige opsporing van zwangerschappen

Voor wat de opvolging van zwangerschappen betreft, kan het moeilijk zijn om de beginnende zwangerschappen te identificeren (tests worden gratis en anoniem verkocht in apotheken). Maar zwangerschappen die niet worden opgevolgd, vormen van bij het begin risicovolle situaties die speciale waakzaamheid vereisen, ook na de bevalling.

Hoe kunnen we respect voor de privacy en vertrouwelijkheid verenigen met het bieden van vroegtijdige ondersteuning aan zwangere vrouwen, ook aan vrouwen die niet uit zichzelf raad zullen vragen? In hoeverre kunnen positieve zwangerschapstesten van meet af aan preventie en verloskundige zorg teweegbrengen?

Een antwoord zou kunnen zijn om zwangerschapstesten gratis te maken, met een telefoonnummer in de bijsluiter dat kan worden gebeld om vragen te beantwoorden, informatie te geven en door te verwijzen naar een centrum voor gezinsplanning of een professional.

2. Bescherming van de foetus (na de abortustermijn)

Hoe kunnen we de foetus beschermen en tegelijkertijd de individuele rechten van zwangere vrouwen behouden (bijvoorbeeld in het geval van een middelenverslaving)? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat een zwangere vrouw, na de uiterste zwangerschapstermijn voor abortus, de toekomst van haar foetus beschermt als ze de zwangerschap voortzet, door een gezonde

levensstijl en haar lichamelijke en geestelijke gezondheid te behouden, in het belang van het ongeboren kind?

Zou het wenselijk zijn om aan de foetus een wettelijke status toe te kennen, zodat bindende maatregelen kunnen worden genomen wanneer de aanstaande moeder niet (voldoende) meewerkt met de psycho-medisch-sociale sector?⁴⁶

3. Interventies zonder hulpvraag

In alle sociale milieus kan er een gebrek zijn aan informatie over opvoeding, voeding, gezondheid en in het bijzonder de optimale ontwikkeling van geestelijk (emotioneel, relationeel, cognitief) en lichamelijk welbevinden. Mogen professionals ingrijpen zonder overleg met de ouders, of zelfs tegen de wil van de ouders in? Hoe ervoor zorgen dat de (toekomstige) ouders de hulpvraag stellen?⁴⁷

4. Opsporing zonder dat behandeling beschikbaar is

Wat als er problemen worden ontdekt maar er geen gerichte behandeling beschikbaar is? Kunnen we in de context van gezondheidszorg prioritaire groepen definiëren, bijvoorbeeld zeer jonge kinderen (en hun gezin)? Hoe een eerlijke toegang tot behandeling garanderen?

5. Gegevens delen

Wat kan er gedaan worden zonder ouderlijke toestemming om gegevens te delen tussen de betrokken professionals? Voor interventies aan huis bij moeders of meeouders met geestelijke gezondheidsproblemen kunnen de bestaande teams samenwerken met de mobiele psychiatrische teams voor volwassenen. Er moet zorgvuldige coördinatie zijn tussen de verschillende teams en dit impliceert het doorbreken van het medisch beroepsgeheim, wat nodig is om inzicht te krijgen in de behoeften van het jonge kind en het risico dat het kind loopt (kunnen we de moeder-kind eenheid beschouwen als een administratieve eenheid om de uitwisseling van informatie te vergemakkelijken?).

De mogelijke integratie van het gezondheidsboekje in het medisch dossier werpt ook ethische en juridische vragen op: hoewel een dergelijke integratie de continuïteit van de zorg kan verbeteren, kan het ook problemen opleveren wat betreft de toegang tot bepaalde niet-medische gegevens.

⁴⁶ Zie over dit onderwerp bijvoorbeeld het advies van de NCRK (Nationale Commissie voor de Rechten van het Kind) over wetsvoorstel 55-1029/001 tot wijziging van het Burgerlijk Wetboek met het oog op prenatale rechtsbescherming.

⁴⁷ Omdat het belang van het kind voorop staat, kan in risicovolle situaties een melding aan de jeugdrechtbank een manier zijn om de belangen van het kind te beschermen, rekening houdend met het feit dat de beschermende reactie niet altijd onmiddellijk volgt. Om bescherming te kunnen krijgen, moet het gevaar voor het kind, de stoornis en de indicatie voor zorg worden bewezen voor de rechter of jeugdbescherming met behulp van begrijpelijke hulpmiddelen die hun waarde hebben bewezen.

VI REFERENTIES

- Abercrombie J, Wiggins L, Green KK. CDC's "Learn the Signs. Act Early." Developmental Milestone Resources to Improve Early Identification of Children with Developmental Delays, Disorders, and Disabilities. *Zero Three* 2022;43(1):5-12.
- Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry. 1991.
- Ajuriaguerra J. Manuel de psychiatrie de l'enfant. Paris: Masson; 1974.
- Alhusen JL, Ray E, Sharps P, Bullock L. Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *J Womens Health (Larchmt)* 2015;24:100-6.
- Allen D, Gillen E, Rixson L. The Effectiveness of Integrated Care Pathways for Adults and Children in Health Care Settings: A Systematic Review. *JBIM Libr Syst Rev* 2009;7(3):80–129.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition DSM-5™). *Diagnostic Stat Man Ment Disord* 2013.
- Amuli K, Decabooter K, Talrich F, Renders A, Beeckman K. Born in Brussels screening tool: the development of a screening tool measuring antenatal psychosocial vulnerability. *BMC Public Health* 2021;21:1522.
- Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, Rapoport J, Sommer IE, Vorstman JA, McDaid D et al. Preventive strategies for mental health. *Lancet Psychiatry* 2018;5(7):591-604.
- Armstrong T. Neurodiversity: Discovering the extraordinary gifts of autism, ADHD, dyslexia, and other brain differences. Cambridge (MA): Da Capo Lifelong Books; 2010.
- Auschra C. Barriers to the Integration of Care in Inter-Organisational Settings: A Literature Review. *Int J Integr Care* 2018;18:5.
- Avit P, Fillols M, Toubin RM, Baghdadli A. La pratique de l'entretien prénatal précoce et son impact sur le parcours de soins psychiatrique : étude monocentrique observationnelle descriptive et rétrospective. *Périnatalité* 2022;4(14):165-73
- Ayano G, Yohannes K, Abraha M. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Ann Gen Psychiatry* 2020;19:21.
- Ayers S, Bond R, Webb R, Miller P, Bateson K. Perinatal mental health and risk of child maltreatment: a systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl* 2019;98:104172.
- Azad G, Mandell DS. Concerns of parents and teachers of children with autism in elementary schools. *Autism* 2016;20(4):435-41
- Azimi M, Fahami F, Mohamadirizi S. The Relationship between Perceived Social Support in the First Pregnancy and Fear of Childbirth. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2018;23(3):235–9.
- Baker M, Milligan K. Maternity leave and children's cognitive and behavioral development. *Journal of Population Economics* 2015;28:373-91.
- Barbe Coulon D, Lacharité C. Des ateliers réflexifs pour renforcer le pouvoir d'agir des familles et soutenir les besoins développementaux des enfants en contexte périnatal. Dans: Zaouche-Gaudron C, Dupuy A, Menesson C et Kelly-Irving M. *Espaces de socialisation extrafamiliale dans la petite enfance*. Érès 2021; p. 261-272
- Barbe Coulon D. Co-construire des pratiques écosystémiques préventives soutenant le pouvoir d'agir des parents dans le contexte des pleurs. Université du Québec à Trois-Rivières; 2018. Internet: <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/8538/1/032107379.pdf>
- Barker B, Iles JE, Ramchandani PG. Fathers, fathering and child psychopathology. *Curr Opin Psychol* 2017;15:87-92.

Barrett PM. FRIENDS for Life! For Children. Participant Workbook and Leaders Manual. Child and Adolescent Mental Health 2004;12:58-65.

Bauer A, Parsonage M, Knapp M, Lemmi V, Adelaja B. The costs of perinatal mental health problems. London: Centre for Mental Health and London School of Economics 2014;44.

Bayley N, Aylward GP. Bayley scales of infant and toddler development fourth edition (Bayley-4). Bloomington, MN: NCS Pearson. 2019.

Bekaert J, Caron R, Masclet G. Le vécu subjectif des enfants exposés à la violence conjugale: l'anxiété et l'apport de variables protectrices. La psychiatrie de l'enfant 2012;55(1):247-68.

Belsky J, de Haan M. Annual Research Review: Parenting and children's brain development: the end of the beginning. J Child Psychol Psychiatry 2011;52:409-28

Benahmed N, Devos C, San Miguel L, Vinck I, Vankelst L, Lauwerier E et al. L'organisation des soins après l'accouchement. Health Services Research (HSR). KCE - Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. Bruxelles; 2014:KCE Reports 232BS.

Benahmed N, Lefèvre M, Christiaens W, Devos C, Stordeur S. Towards integrated antenatal care for low-risk pregnancy. KCE - Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. Brussels; 2019. Internet: <https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/vers-un-parcours-prenatal-integre-pour-les-grossesses-a-bas-risque>

Berger M, Bonneville-Baruchel E. Théorie de l'attachement et protection de l'enfance au Québec. Dialogue 2007;175(1):49-62.

Berger M, Castellani C, Ninoreille K, Basset T, Frere Meusnier D, Rigaud C. Stress dus aux traumatismes relationnels précoces: conséquences cérébrales de la perturbation de la sécrétion du cortisol sanguin chez les nourrissons. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 2010;58(5):282-92

Bergink V, Rasgon N, Wisner KL. Postpartum Psychosis : Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood. Am J Psychiatry 2016 Dec 1;173(12):1179-1188.

Bernard M-R, Eymard C. L'éducation Pour la Santé En Périnatalité: Enquête Auprès des Sages-Femmes Françaises. Santé Publique 2014;26(5):591-602.

Biedzio D, & Wakschlag LS. Developmental emergence of disruptive behaviors beginning in infancy: Delineating normal/abnormal boundaries to enhance early identification. 2019. In Zeanah CH (Ed.), Handbook of infant mental health (4th ed.). New York, NY: Guilford Press

Blair C, Raver CC. Individual development and evolution: experiential canalization of self-regulation. Dev Psychol 2012;48(3):647-57.

Blassel JM. Y a-t-il des pathologies spécifiques au couple ? Dialogue 2002/1. Paris: Eres; 2002;155:41-8. Internet : <https://shs.cairn.info/revue-dialogue-2002-1-page-41?lang=fr>

Boere Boonekamp MM, Dusseldorp E, Verkerk PH. Onderbouwing van de validiteit van het ontwikkelingsonderzoek bij kinderen van 0 tot en met 4 jaar: het Van Wiechenonderzoek. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven; 2009. Internet: [Onderbouwing van de validiteit van het ontwikkelingsonderzoek bij kinderen van 0 tot en met 4 jaar: het Van Wiechenonderzoek \(tno.nl\)](https://www.tno.nl/nl/onderzoek/onderbouwing-van-de-validiteit-van-het-ontwikkelingsonderzoek-bij-kinderen-van-0-tot-en-met-4-jaar-het-van-wiechenonderzoek)

Bois C. Comment l'épidémiologie peut-elle éclairer nos pratiques et nous aider dans une démarche d'universalisme proportionné ? Quelle prévention universelle et ajustée à la vulnérabilité 2022;113-28

Boisvert D. Approche populationnelle. Québec; 2020. Internet: <https://www.cneis.ca/wp-content/uploads/Approche-populationnelle300122.pdf>

Bonin M, Robaey P, Vandaele S, Bastin GL, Lacroix V. Questionnaires sur les étapes du développement : évaluation de l'enfant par les parents. Baltimore, MA: Paul H Brookes Publishing Co; 2000.

Boudabous J, Ayadi H, Moalla Y. Exposition des enfants à la violence conjugale: troubles mentaux et facteurs de résilience. Étude transversale tunisienne. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2023;71(5):240-8.

Bracha Z, Gerardin P, Perez-Diaz F, Perriot Y, de La Rocque F, Flament M et al. Évaluation du développement socioémotionnel de l'enfant d'un à trois ans: validation de la version française de l'Infant-Toddler Social and Emotional Assessment. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2007;55(4):194-203.

Brazelton TB. The Brazelton Neonatal Behavior Assessment Scale: introduction. *Monogr Soc Res Child Dev* 1978;43(5-6):1-13.

Brennan PA, Pargas R, Walker EF, Green P, Newport DJ, Stowe Z. Maternal depression and infant cortisol: influences of timing, comorbidity and treatment. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49(10):1099-107.

Bydlowski S, Vaivre-Douret L, Lalanne C, Apter G, Golse B. Le Blues Post-Natal : Un Marqueur du Lien Intersubjectif. *La psychiatrie de l'enfant* 2014;57(1):5-62.

Cameron EE, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: an updated meta-analysis. *J Affect Disord* 2016;206:189-203.

Carey G, Crammond B, De Leeuw E. Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. *Int J Equity Health* 2015;14.

Carlier S, Kurzeja N, Ducenne L, Pauwen N, Leys C, Delvenne V. (2017). Differential profile of four groups of children referred to an autism diagnostic service in Belgium: Autism-specific hallmarks. *J intellect Dis* 2017;22(4):340-6.

Cataldo I, Azhari A, Coppola A, Bornstein MH, Esposito G. The Influences of Drug Abuse on Mother-Infant Interaction Through the Lens of the Biopsychosocial Model of Health and Illness: A Review. *Front Public Health* 2019;7:45.

Cesbron P, Dugnat M. Les réseaux de périnatalité. *Spirale* N° 61; 2012

Chabrol H, Callahan S, Séjourné N. Prévention et traitement de la dépression du post-partum. *Devenir* 2008;3(20):211-48.

Chan S, Ngoh ZM, Ong ZY, Teh AL, Kee MZL, Zhou JH, Fortier MV et al. The influence of early-life adversity on the coupling of structural and functional brain connectivity across childhood. *Nat Mental Health* 2024;2:52-2.

Cloet E. The organisation of multidisciplinary diagnostic evaluations of children with a neurodevelopmental disorder in Flanders, Belgium. *Brussel: Vrije Universiteit Brussel*; 2024.

Colvert E, Tick B, McEwen F, Stewart C, Curran SR, Woodhouse E et al. Heritability of Autism Spectrum Disorder in a UK Population-Based Twin Sample. *JAMA Psychiatry* 2015;72(5):415-23.

Constantino JN, Gruber CP. SRS-2 : Echelle de réciprocité sociale - 2e édition. Adaptation française des formes scolaires et préscolaire de la Social Responsiveness Scale - 2nd Edition (SRS-2). 2022. Paris [France] : Hogrefe

Coplan RJ, Schneider BH, Matheson A, Graham A. 'Play skills' for shy children: Development of a social skills facilitated play early intervention program for extremely inhibited preschoolers. *Infant and Child Development* 2010;19(3):223-37.

Corveleyn J, Maes C. Pauvreté et risques pour la santé mentale. *Revue Quart Monde* 184; | 2002.

Coutanceau R, Smith J. Violences aux personnes: comprendre pour prévenir. Paris: Dunod; 2014.

COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet* 2021;398(10312):1700-12

Cuijlt I, van de Wetering AP, Endendijk JJ, van Baar AL, Potharst ES, Pop VJM. Risk and protective factors for pre- and postnatal bonding. *Infant Ment Health J* 2019;40(6):768–85

De Venter M, Demyttenaere K, Bruffaerts R. Het verband tussen traumatische gebeurtenissen in de kindertijd en angst, depressie en middelenmisbruik in de volwassenheid; een systematisch literatuuroverzicht. *Tijdschr Psychiatr* 2013;55(4):259-68.

Delahunty C. Developmental delay in autism: Screening and surveillance. *Cleve Clin J Med* 2015;82(1):29-32

Delius M, Kolben T, Nußbaum C, Bogner-Flatz V, Delius A, Hahn L, Buechel J et al. Changes in the rate of preterm infants during the COVID-19 pandemic Lockdown Period-data from a large tertiary German University Center. *Arch Gynecol Obstet* 2024;309(5):1925-33.

Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2017;210(5):315-23.

Devouche E, Morange-Majoux F, Lebouc M. Écran et technoférence chez le bébé de 6 à 12 mois. *Contraste* 2023;57:261-85.

Dominjon L, Skendi M, Ibanez G, Chastang J. Adapter le parcours de soins prénatal par le repérage précoce d'un mal-être psychologique. *Santé Publique* 2021;33(2):233-43.

Domitrovich CE, Cortes RC, Greenberg MT. Improving young children's social and emotional competence: a randomized trial of the preschool "PATHS" curriculum. *J Prim Prev* 2007 Mar;28(2):67-91.

Dugnat M. Réseaux en périnatalité: les outils pratiques d'une prévention universelle prévenante? *Spirale* 2012;61(1):139-62.

Duyme M, Capron C, Zorman M. L'Inventaire du Développement de l'Enfant (IDE): manuel d'utilisation. *Devenir* 2010;22(1):27-50.

Dykxhoorn J, Fischer L, Bayliss B, Brayne C, Crosby L, Galvin B, Geijer-Simpson E et al. Conceptualising public mental health: development of a conceptual framework for public mental health. *BMC Public Health* 2022;22:1407.

European Institute for Gender Equality. Parental-leave policies. In *Gender Equality Index 2019 – Work-life balance*; 2019.

Fastrès J. Pour une typologie du travail en réseau. *Intermag*; 2009. Internet: https://www.intermag.be/images/stories/pdf/reseau1_typologie.pdf

Fawcett EJ, Fairbrother N, Cox ML, White IR, Fawcett JM. The Prevalence of Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period: A Multivariate Bayesian Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry* 2019;80(4):18r12527.

Feldman R, Granat A, Pariente C, Kanety H, Kuint J, Gilboa-Schechtman E. Maternal Depression and Anxiety Across the Postpartum Year and Infant Social Engagement, Fear Regulation, and Stress Reactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48(9):919-27.

Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP et al. Relation entre la maltraitance infantile et le dysfonctionnement du ménage et bon nombre des principales causes de décès chez les adultes. L'étude sur les expériences indésirables de l'enfance (ACE). *Suis J Précédent Med* 1998;14(4):245-58

Fisher SD, Brock RL, O'Hara MW, Kopelman R, Stuart S. Longitudinal Contribution of Maternal and Paternal Depression to Toddler Behaviors: Interparental Conflict and Later Depression as Mediators. *Couple and Family Psychology: Research and Practice* 2015;4(2):61–73.

Francés L, Quintero J, Fernández A, Ruiz A, Caules J, Fillon G et al. Current state of knowledge on the prevalence of neurodevelopmental disorders in childhood according to the DSM-5: a systematic review in accordance with the PRISMA criteria. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2022;16:27.

Frankenburg WK, Dodds JB, Archer P, Shapiro H, Bresnic B. *Denver II Technical Manual* (2nd ed.). Denver, CO: Denver Developmental Materials; 1992.

Freeman M. The World Mental Health Report: transforming mental health for all. *World Psychiatry* 2022;21(3):391-2.

Gaugue J, Mottie C, Mauroy A. Grossesse à l'adolescence : quand les réseaux sociaux numériques viennent supporter le devenir mère. *Soins Pédiatriques Puéric* 2024;45(340):29-34.

Gerolimich S, Vecchiato S. Littératie en santé : comment l'envisager selon une approche linguistique. *Éla. Études de linguistique appliquée* 2019;195(3):277-83

Gershoff ET. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review. *Psychol Bull* 2002;128(4):539-79.

Giallo R, D'Esposito F, Christensen D, Mensah F, Cooklin A, Wade C, Lucas N, et al. Father mental health during the early parenting period: results of an Australian population based longitudinal study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47(12): 1907-16.

Gibbons RD, Weiss DJ, Kupfer DJ, Frank E, Fagiolini A, Grochocinski VJ et al. Using computerized adaptive testing to reduce the burden of mental health assessment. *Psychiatr Serv* 2008;59:361-8.

Gordon M, Henderson R, Holmes JH, Wolters MK, Bennett IM; SPIRIT (Stress in Pregnancy: Improving Results with Interactive Technology) Group. Participatory design of ehealth solutions for women from vulnerable populations with perinatal depression. *J Am Med Inform Assoc* 2016;23(1):105-9.

Grégoire A. Développer encore les soins de santé mentale périnatale au Royaume-Uni. In -9 +9 Coopérer en anté et postnatal. *Spirale - La grande aventure de bébé* 2016;78(2):84-90.

Grummitt L, Baldwin JR, Lafoa'i J, Keyes KM, Barrett EL. Burden of Mental Disorders and Suicide Attributable to Childhood Maltreatment. *JAMA psychiatry* 2024;(8):782-8.

Guedeney A, Fermanian J. A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy The Alarm Distress Baby Scale (ADBB). *Infant Mental Health Journal* 2001;22(5):559-75.

Guedeney A. *Petite enfance et psychopathologie*. Paris: Elsevier Masson; 2014.

Guenneq S, Wendland J. Évaluation des effets de l'accompagnement haptonomique sur les symptômes dépressifs et anxieux maternels au cours de la grossesse. *Périnatalité* 2023;15(1):10-8.

Guralnick MJ. Why Early Intervention Works: A Systems Perspective. *Infant Young Child* 2011; 24(1):6-28

HAS – Haute Autorité de Santé, France. *Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal*. 2024.

HAS – Haute Autorité de Santé. Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement. Détecter les signes d'un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans. 2020. Internet: https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_reperage_tnd_2020.janv.pdf

HAS – Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). 2005. Internet: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf

Haute Autorité de santé. Recommandations de bonnes pratiques : Troubles du neurodéveloppement – Repérage et orientation des enfants à risque. Synthèse. HAS ; février 2020. Internet : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-03/fs_tnd_synthese_v2.pdf

Heckman JJ, Masterov DV. The productivity argument for investing in young children. Review of Agricultural Economics 2007;29(3):446-93

Heckman JJ. Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. Science 2006;312(5782):1900-2.

Henderson HA, Pine DS, Fox NA. Behavioral inhibition and developmental risk: a dual-processing perspective. Neuropsychopharmacology 2015;40(1):207-24

Henshaw C. Mood disturbance in the early puerperium: a review. Arch Womens Ment Health 2003;6 Suppl 2:S33–42.

HGR - Hoge Gezondheidsraad. Studie-Dag - Algemene Vergadering: “Na de pandemie, op weg naar inclusief geestelijke gezondheidszorg, iedereen aan boord”. Vikram P. *Scaling up psychosociale interventies: lessen uit het mondiale zuiden*. Brussel, 2022.

HGR – Hoge Gezondheidsraad. Studiedag “Meer blauw en groen in onze steden”. Bouckaert N. *Een kritische blik: van rapport naar praktijk voor een gezondere openbare ruimte?* Brussel, 2022.

HGR - Hoge Gezondheidsraad. *Risico's van alcoholgebruik vóór en tijdens de zwangerschap en tijdens de borstvoeding*. Brussel: 2009. Advies nr. 8462

Hoge Gezondheidsraad. *Risico's verbonden aan alcoholgebruik*. Brussel: 2018. Advies nr. 9438.

HGR – Hoge Gezondheidsraad. Geestelijke gezondheid bij verzoekers van internationale bescherming. Brussel:2024. Advies nr. 9744.

Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. World Psychiatry 2020;19(3):313-27.

Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. Lancet 2014;384(9956):1775-88.

Im GW, Jiar YK, Talib RB. Development of Preschool Social Emotional Inventory for Preschoolers: A Preliminary Study. International Journal of Evaluation and Research in Education 2019.

INSERM – Institut national de la santé et de la recherche médicale / Santé publique France. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016-2018. Saint-Maurice: Santé publique France; 2024. Internet : https://cress-umr1153.fr/wp-content/uploads/2024/04/2024-04_Les-morts-maternelles-en-France_EPOPE.pdf

Institut National de Santé Publique du Québec. Exercer la responsabilité populationnelle. 2015. Internet: <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle>

Issac A, Halemani K, Shetty A, Thimmappa L, Vijay VR, Koni K et al. The global prevalence of autism spectrum disorder in children: a systematic review and meta-analysis. *Osong Public Health Res Perspect* 2025;16:3–27

Jacques JG, Abel NR. Using the Stepped Care Model to Empower University Students With Learning Disabilities. *J Coll Couns* 2020;23(1):85–96.

Jerak-Zuiderent S. María Puig de la Bellacasa (2017) *Matters of Care: Speculative Ethics in More Than Human Worlds*. *Science & Technology Studies* 2018;31(2):55-8.

Kaat AJ, Blackwell CK, Estabrook R, Burns JL, Petitclerc A, Briggs-Gowan MJ. Linking the Child Behavior Checklist (CBCL) with the Multidimensional Assessment Profile of Disruptive Behavior (MAP-DB): Advancing a dimensional spectrum approach to disruptive behavior. *J Child Fam Stud*;28(2):343-53.

Kenny M, Conroy S, Pariante CM, Seneviratne G, Pawlby S. Mother-infant interaction in mother and baby unit patients: Before and after treatment. *J Psychiatr Res* 2013;47(9):1192-8.

Keyes CL. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol*;73(3):539-48.

Kittay EF. *Learning from my daughter: The value and care of disabled minds*. Oxford University Press; 2019.

Knudsen EI, Heckman JJ, Cameron JL, Shonkoff JP. Economic, neurobiological, and behavioral perspectives on building America's future workforce. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2006;103(27):10155-62

Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *Int J Integr Care* 2002;2:e12.

Kristjansson E, Francis DK, Liberato S, Benkhalti Jandu M, Welch V, Batal M et al. Food supplementation for improving the physical and psychosocial health of socio-economically disadvantaged children aged three months to five years. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2015(3):CD009924.

Kuiper RM, Dusseldorp E, Vogels AGC. A first hypothetical estimate of the Dutch burden of disease in relation to negative experiences during childhood. TNO, Leiden; 2010. Internet: <https://publications.tno.nl/publication/102711/GoN2dt/kuiper-2010-first.pdf>

Labalestra M, Culot S, Gague J. Impliquer, informer et soutenir les pères durant la période périnatale. *Périnatalité* 2021;13:46-53

Lambert M, Karow A, Gallinat J, Lüdecke D, Kraft V, Rohenkohl A, Schröter R et al. Study protocol for a randomised controlled trial evaluating an evidence-based, stepped and coordinated care service model for mental disorders (RECOVER). *BMJ Open* 2020;10(5):e036021.

Lang E, Colquhoun H, LeBlanc JC, Riva JJ, Moore A, Traversy G et al. Recommendation on instrument-based screening for depression during pregnancy and the postpartum period. *CMAJ* 2022;194(28):E981-E989.

Law J, Garrett Z, Nye C. Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;2003(3):CD004110.

Leroy C, Van Leeuw V. *Santé périnatale en Wallonie – Année 2021*. Bruxelles : Centre d'Épidémiologie Périnatale asbl CEpiP; 2022.

- Li H, Ke X, Huang D, Xu X, Tian H, Gao J et al. The prevalence of developmental coordination disorder in children: a systematic review and meta-analysis. *Front Pediatr* 2024;12:1387406
- Lomonaco-Haycraft KC, Hyer J, Tibbits B, Grote J, Stainback-Tracy K, Ulrickson C, Lieberman A et al. Integrated perinatal mental health care: a national model of perinatal primary care in vulnerable populations. *Prim Health Care Res Dev* 2018;20:e77.
- Lv B, Zhou H, Guo X, Liu C, Liu Z, Luo L. The relationship between academic achievement and the emotional well-being of elementary school children in China: The moderating role of parent-school communication. *Front Psychol* 2016;7:948.
- Madigan S, Oatley H, Racine N, Fearon RMP, Schumacher L, Akbari E et al. A Meta-Analysis of Maternal Prenatal Depression and Anxiety on Child Socioemotional Development. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2018;57(9):645-57.e8.
- Madigan S, Oatley H, Racine N, Fearon RMP, Schumacher L, Akbari E et al. A meta-analysis of maternal prenatal depression and anxiety on child socioemotional development. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2018;57:645–57. Cité par Guennec S, Wendland J. Évaluation des effets de l'accompagnement haptonomique sur les symptômes dépressifs et anxieux maternels au cours de la grossesse. *Périnatalité* 2023;15(1):10-18.
- Maher BS, Bitsko RH, Claussen AH, O'Masta B, Cerles A, Holbrook JR et al. Systematic Review and Meta-analysis of the Relationship Between Exposure to Parental Substance Use and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children. *Prev Sci* 2024;25(Suppl 2):291-315.
- Mäntymaa M, Puura K, Luoma I, Latva R, Salmelin RK, Tamminen T. (2015). Shared pleasure in early mother–infant interaction: Predicting lower levels of emotional and behavioral problems in the child and protecting against the influence of parental psychopathology. *Infant Ment Health J* 2015;36(2):223–37.
- Mattera JA, Campagna AX, Goodman SH, Gartstein MA, Hancock GR, Stowe ZN, Newport DJ et al. Associations between mothers' and fathers' depression and anxiety prior to birth and infant temperament trajectories over the first year of life: Evidence from diagnoses and symptom severity. *J Affect Disord* 2023;343:31-41.
- Mazet P, Stoléru S. Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant: développement et interactions précoces. Paris: Elsevier Masson; 2003.
- Mellier D, Belot RA, Candilis-Huisman D, Cuynet P, Eiguer A, Houzel D et al. Le bébé et sa famille. Place, identité et transformation. Paris: Dunod; 2015.
- Ministère Des Solidarités et de la Santé. Les 1000 premiers jours, là où tout commence. Rapport de la commission des 1000 premiers jours. 2020. Internet: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
- Molénat F, Morard-Dubey A, Roegiers L. Le sentiment de continuité en périnatalité. Concepts et outils: une élaboration progressive. *Périnatalité* 2019;11(4):149-60.
- Mommerency G, Van den Heede K, Verhaeghe N, Swartenbroekx N, Annemans L, Schoentjes E et al. Organisation des soins de santé mentale pour enfants et adolescents: étude de la littérature et description. KCE - Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. Bruxelles; 2011.
- Moro MR. Manuel de psychopathologie du bébé et de sa famille. La Pensée sauvage; 2010.
- Moser DA, Graf S, Glaus J, Urben S, Jouabli S, Pointet Perrizolo V, Suardi F et al. On the complex and dimensional relationship of maternal posttraumatic stress disorder during early childhood and child outcomes at school-age. *Eur Psychiatry* 2023;66(1):e20.
- Moureau A, Delvenne V. Traces cérébrales des traumatismes infantiles et devenir psychopathologique. *La psychiatrie de l'enfant* 2016;59:333-55.

Munk-Olsen T, Maegbaek ML, Johannsen BM, Liu X, Howard LM, di Florio A, Bergink V et al. Perinatal psychiatric episodes: a population-based study on treatment incidence and prevalence. *Transl Psychiatry* 2016;6(10):e919.

Murray DW, Rosanbalm KD, Christopoulos C, Hamoudi A. Self-regulation and toxic stress: Foundations for understanding self-regulation from an applied developmental perspective. Washington, DC : Office of Planning, Research and Evaluation, Administration of Children and Families, US Department of Health and Human Services; 2015.

Mutualité Chrétienne. Santé Mentale : zone à haut risque. Santé et Société; 2022. Internet: <https://cm-mc.bynder.com/m/2e8a565a5ab2ac6d/original/Sante-Societe-n-3-edito.pdf>

Nachshen J, Garcin N, Moxness K, Tremblay Y, Hutchinson P, Lachance A et al. Dépistage, évaluation et diagnostic des troubles du spectre de l'autisme chez les enfants en bas âge. Guide des pratiques exemplaires canadiennes. Montreal, Quebec: Miriam Foundation 2008.

National Scientific Council on the Developing Child. A Decade of Science Informing Policy - The Story of the National Scientific Council on the Developing Child. Cambridge; 2014. Internet: <https://harvardcenter.wpenginepowered.com/wp-content/uploads/2015/09/A-Decade-of-Science-Informing-Policy.pdf>

National Scientific Council on the Developing Child. Connecting the brain to the rest of the body: Early childhood development and lifelong health are deeply intertwined. Working Paper No. 15. Center on the Developing Child, Harvard University; 2020.

NICE – National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Clinical guideline 2020.

Nichols SR, Briggs-Gowan MJ, Estabrook R, Burns JL, Kestler J, Berman G et al. Punishment insensitivity in early childhood: A developmental, dimensional approach. *J Abnorm Child Psychol* 2014;43(6):1011–23.

O'Donohue WT, Draper C. Stepped Care and e-Health. Practical Applications to Behavioral Disorders. New York LLC: Springer 2011

Oberlander TF, Weinberg J, Papsdorf M, Grunau R, Misri S, Devlin AM. Prenatal exposure to maternal depression, neonatal methylation of human glucocorticoid receptor gene (NR3C1) and infant cortisol stress responses. *Epigenetics* 2008;3(2):97-106.

O'Hara MW. Postpartum depression: what we know. *J Clin Psychol* 2009;65(12):1258-69.

Pickles A, Le Couteur A, Leadbitter K, Salomone E, Cole-Fletcher R, Tobin H et al. Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT): long-term follow-up of a randomised controlled trial. *Lancet* 2016;388(10059):2501-9.

Olliac B, Crespín G, Laznik MC, Cherif Idrissi El Ganouni O, Sarradet JL, Bauby C et al. Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with the PREAUT grid. *Plos One* 2017;12(12):e0188831.

Olusanya BO, Smythe T, Ogbo FA, Nair MKC, Scher M, Davis AC. Global prevalence of developmental disabilities in children and adolescents: A systematic umbrella review. *Front Public Health* 2023;11:1122009.

ONE - Office de la Naissance et de l'Enfance, Opgroeien, UNICEF belgique. Symposium sur la prévention des problèmes de santé mentale chez les jeunes enfants (0-12 ans). Bruxelles, 2023.

Panagiotou D, Wendland J, Mellier D. L'accompagnement personnalisé en réseau coordonné : le pilier des 1 000 premiers jours pour les bébés des femmes avec troubles anxiodépressifs. *Périnatalité* 2021;13:83–9

Panagiotou D. Évaluation de l'impact de l'Accompagnement Personnalisé en Réseau Coordonné (APRC) des femmes enceintes souffrant de troubles anxiodépressifs et bipolaires et leurs bébés. 2019.

Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *JAMA* 2010;303(19):1961-9.

Pawlby S, Hay DF, Sharp D, Waters CS, O'Keane V. Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: prospective longitudinal community-based study. *J Affect Disord* 2009;113(3):236-43.

Pinto-Martin JA, Dunkle M, Earls M, Fliedner D, Landes C. Developmental stages of developmental screening: steps to implementation of a successful program. *Am J Public Health* 2005;95(11):1928-32.

Poinso F, Samuëlian JC, Delzenne V, Huiart L, Sparrow J, Rufo M. Dépressions du post-partum: délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité, évaluation prospective et relation mère-bébé. *La psychiatrie de l'enfant* 2001;44(2):379-413

Popit S, Serod K, Locatelli I, Stuhec M. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2024;67(1):e68.

Pradier C. Présentation « Comprendre l'approche populationnelle en Santé Publique ». 2017.

Provan KG, Lemaire R. Core Concepts and Key Ideas for Understanding Public Sector Organizational Networks: Using Research to Inform Scholarship and Practice. *Public Adm Rev* 2012;72(5):638–48.

Résibois M, Rasson A-C, Jacquet N, Lambert, M. Morcellement des politiques publiques et santé mentale de l'enfant dans les 30 premiers mois: Plaidoyer pour une prise en charge ambitieuse, globale, universelle et inconditionnelle des familles. Bruxelles: Office de la Naissance et de l'Enfance/ONE Academy; 2022. Internet: https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/Recherches/ONE_Academy/rapport-de-recherche-morcellement-politiques-publiques-2020-2022.pdf

Robins DL, Casagrande K, Barton M, Chen CM, Dumont-Mathieu T, Fein D. Validation of the modified checklist for Autism in toddlers, revised with follow-up (M-CHAT-R/F). *Pediatrics*. 2014 Jan;133(1):37-45. doi: 10.1542/peds.2013-1813. Epub 2013 Dec 23. PMID: 24366990; PMCID: PMC3876182.

Robins DL, Fein D, Barton ML et Green JA. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord* 2001;31(2):131-44.

Romanowicz M, Vande Voort JL, Shekunov J, Oesterle TS, Thusius NJ, Rummans TA et al. The effects of parental opioid use on the parent-child relationship and children's developmental and behavioral outcomes: a systematic review of published reports. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2019;13:5.

Rousseau D, Riquin É, Rozé M, Duverger P, Saulnier P. Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance. *Revue française des affaires sociales* 2016;(1):343-74.

Roussillon R, Chabert C, Ciccone A, Ferrant A, Georgieff N, Roman P. Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale. Section 2: Psychopathologie du bébé, de l'enfant et de l'adolescent. 2007;277-312.

Rutter M, Bailey A, Lord C. Un 1er questionnaire des troubles du spectre autistique. Questionnaire de Communication Sociale. USA: WPS - Western Psychological Services; 2013

Salari N, Rasoulpoor S, Rasoulpoor S, Shohaimi S, Jafarpour S, Abdoli N et al. The global prevalence of autism spectrum disorder: a comprehensive systematic review and meta-

analysis. Ital J Pediatr 2022;48(1):112.

Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, Rahmani A, Shiri MH, Hashemian AH et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. Ital J Pediatr 2023;49(1):48.

Sameroff AJ. The social context of early intervention: a unified theory of development. Early intervention to promote child development and mental Health: from institutional care to family environment. Saint-Petersbourg: International Society on Early Intervention (ISEI); 2013. Internet:<http://150.140.160.25:8000/static/conference/international/2021/01/02/StPetersburgProgram.pdf>

Sananès S, Collomb N, Dugnat M, Poiso F, Grégoire A. Santé mentale périnatale outre-Manche : une inspiration possible pour la France ? Spirale 2019;92(4):117-20

Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S et al. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev 2024;4(4):CD004667

Sandin S, Lichtenstein P, Kuja-Halkola R, Larsson H, Hultman CM, Reichenberg A. The familial risk of autism. Jama 2014;311(17):1770-7.

Santé publique France. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016-2018. Saint-Maurice: Santé publique France; 2024.

Sayers J. The world health report 2001 – Mental health: new understanding, new hope. Bulletin of the World Health Organization. WHO – World Health Organization 2001;79(11):1085.

Scarlett H, Moirangthem S, van der Waerden J. The impact of paternal mental illness on child development: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. Eur Child Adolesc Psychiatry 2023.

Schechter, D.-S.-., Rusconi Serpa, S. and Frei, A. Violence-Related Post-Traumatic Stress in Mothers of Very Young Children: What Impact on the Mother-Child Relationship and Early Development? A Model of Intervention Informed by Data From a Neuroscientific Study. L'information psychiatrique, 99(1), 43-50. 2023. <https://doi.org/10.1684/ipe.2023.2537>.

Sellenet C, Portier Le Cocq F. Maternités adolescentes: le temps bousculé. Rev Int Educ Famil 2013;33(1):17-36.

Serhier Z, Mourabih M, Jallal M, et al. Soutien social perçu en fin de grossesse. Rev Epidemiol Sante Publique 2017;65(S2):S103.

Shojaei T, Wazana A, Pitrou I, Kovess V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: validation study in French school-aged children and cross-cultural comparisons. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2009;44:740-7.

Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: a systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res 2018;104:235-48.

Sice L. Developmental screening in primary care: The effectiveness of current practice and recommendations for improvement. New York: The Commonwealth Fund; 2007.

Singer J. Why can't you be normal for once in your life? From a "problem with no name" to the emergence of a new category of difference. In: Corker M, French S, editors. Disability discourse. Buckingham: Open University Press; 1999. p. 59-67.

Slomian J. Expérience maternelle en période postnatale : Exploration des besoins et tentative de réponse à l'ère du numérique. Thèse de doctorat. Liège: Université de Liège; 2018.

Smith J, Cyrulnik B, Guedeney A. Le grand livre des 1000 premiers jours de vie : Développement, trauma, approche thérapeutique. Paris : Éditions Philippe Duval ; 2021.

Squires J, Potter L, Bricker D. The ages and stages user's guide. Baltimore: Paul H Brookes Publishing Co; 1999.

Stanley L. Is the Preschool PATHS Curriculum Effective? A Review. J Evid Based Soc Work 2019;16(2):130–43.

Stapleton LR, Schetter CD, Westling E, Rini C, Glynn LM, Hobel CJ et al. Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. J Fam Psychol 2012;26(3):453–63.

Stern DN. The Motherhood Constellation. A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy. New York: Basic Books; 1995.

Sweeney S, MacBeth A. The effects of paternal depression on child and adolescent outcomes: a systematic review. J Affect Disord 2016;205:44-59.

Swinkels SH, Dietz C, van Daalen E, Kerkhof IH, van Engeland H, Buitelaar JK. Screening for autistic spectrum in children aged 14 to 15 months: The development of the Early Screening of Autistic Traits Questionnaire (ESAT). J Autism Dev Disord 2006;36(6):723-32.

Tessier B, Annesi-Maesano I, Cambonie G, Molinari N, Kalfa N. COVID-19 lockdown related to decrease in premature birth rate and increase in birth weight in metropolitan France. Front Pediatr 2023;11:1223692.

Tick B, Bolton P, Happé F, Rutter M, Rijdsdijk F. Heritability of autism spectrum disorders: a meta-analysis of twin studies. J Child Psychol Psychiatry;57(5).

Timmins N, Ham C. *The quest for integrated health and social care: a case study in Canterbury, New Zealand*. London: The King's Fund; 2013. Disponible sur: <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/reports/quest-integrated-health-and-social-care>

Tournier J-L. L'enfant exposé à la violence conjugale : comprendre, intervenir et protéger (2e éd). Louvain-la-Neuve : De Boeck supérieur; 2023.

Tronto J. Moral boundaries: A political argument for an ethic of care. Routledge; 2020.

Uchida M, DiSalvo M, Walsh D, Biederman J. The Heritability of ADHD in Children of ADHD Parents: A Post-hoc Analysis of Longitudinal Data. J Atten Disord 2023;27(3):250-7.

UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund. Early Moments Matter for Every Child. 2019. Internet: https://www.unicef.org/sites/default/files/press-releases/glo-media-UNICEF_Early_Moments_Matter_for_Every_Child_report.pdf

UNICEF Belgique. Rapport des enfants et des jeunes concernés par la santé mentale en Belgique. Bruxelles; 2022. Internet: <https://www.unicef.be/sites/default/files/2022-06/Rapport%20What%20do%20you%20think%202022%20FR%20LR.pdf>

Vachon C, Tardieu M. Denver Developmental Test. Revue du praticien 1992;42:114-5. Internet: <https://afpa.org/content/uploads/2017/08/Denver-Developpement-1.pdf>

Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. Int J Integr Care 2013;13:e010.

Vandeputte L, Van Den Bergh E, Rothmann I, Pink K, Tency I, Reyns M et al. Rapport annuel des soins par sage-femme pendant le travail et l'accouchement : Résultats 2021. VBOV - Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen. Internet: https://sage-femme.be/wp-content/uploads/2023/08/Rapport-annuel-sur-les-soins-oste%CC%81tricaux-par-sage-femme_2021-de%CC%81f.pdf

Vanderpas MB, Ceysens G, Gérard N, Leleu A, Dauvin A, Gaugue J. Le vécu des mères en situation de vulnérabilité psychosociale accompagnées par un service périnatal. Périnatalité.

Vanderpas MB, Culot S, Rousseau P, Querton E, Semet C, Gaugue J. Les services d'accompagnement périnatal de la Fédération Wallonie-Bruxelles – Belgique francophone. Une réponse aux besoins des familles précarisées centrée sur les liens affectifs enfant-parents. *Devenir* 2022;34(3):325-48.

Vasselier Novelli C, Delage M, Danel P, Heim C. Enfants victimes de violences conjugales. Paris: Fabert; 2014.

Venet M, Bigras M, Normandeau S. Les qualités psychométriques du PSA-A. *Can J Behav Sc* 2002;34:163-7.

Viguera AC, Nonacs R, Cohen LS, Tondo L, Murray A, Baldessarini RJ. Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. *Am J Psychiatry* 2000;157(2):179-84.

von Klitzing K, Döhnert M, Kroll M, Grube M. Mental Disorders in Early Childhood. *Dtsch Arztebl Int* 2015;112(21-22):375-86.

Wakschlag LS, Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Hill C, Danis B, Keenan K et al. A developmental framework for distinguishing disruptive behavior from normative misbehavior in preschool children. *J Child Psychol Psychiatry* 2007;48(10):976-87.

Wakschlag LS, Briggs-Gowan MJ, Choi SW, Nichols SR, Kestler J, Burns JL et al. Advancing a multidimensional, developmental spectrum approach to preschool disruptive behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014;53(1):82–96.e3.

Wakschlag LS, Estabrook R, Petittclerc A, Henry D, Burns JL, Perlman SB et al. Clinical Implications of a Dimensional Approach: The Normal:Abnormal Spectrum of Early Irritability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54(8):626-34.

Wakschlag LS, Perlman SB, Blair RJ, Leibenluft E, Briggs-Gowan MJ, Pine DS. The Neurodevelopmental Basis of Early Childhood Disruptive Behavior: Irritable and Callous Phenotypes as Exemplars. *Am J Psychiatry* 2018;175(2):114-30.

Walkup JT, Mathews T, Green CM. Transdiagnostic Behavioral Therapies in Pediatric Primary Care: Looking Ahead. *JAMA Psychiatry* 2017;74(6):557-8.

Webb SJ, Jones EJH, Kelly J, Dawson G. The motivation for very early intervention for infants at high risk for autism spectrum disorders. *Int J Speech Lang Pathol* 2014;16:36–42.

Webster E. The Impact of Adverse Childhood Experiences on Health and Development in Young Children. *Glob Pediatr Health* 2022;9:2333794X221078708.

WHO – World Health Organization. Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: WHO 2018. Internet: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf?sequence=1>

WHO - World Health Organization. Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. Geneva: World Health Organization; 2019. Internet : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/311664/9789241550536-eng.pdf?sequence=1>

WHO – World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information.

WHO – World Health Organization. Pollution de l'air et santé de l'enfant : prescrire un air sain. Résumé. Geneva: WHO 2018. Internet: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/275547/WHO-CED-PHE-18.01-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

WHO – World Health Organization. Preventing youth violence: An overview of the evidence. Geneva: WHO 2015

WHO – World Health Organization. Programmes de dépistage - guide succinct. Accroître l'efficacité et optimiser le rapport entre bénéfices et effets nocifs. Copenhague: WHO; 2020. Internet: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330852/9789289054799-fre.pdf?sequence=1>

WHO – World Health Organization. The world health report 2001 — Mental health: new understanding, new hope. Geneva: WHO 2001. Internet: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42390/WHO_2001.pdf?sequence=1&isAllowed=y

WHO - World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva, World Health Organization, 2014.

Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med 1997;12:439-45

Willheim, Erica & Schechter, Daniel. Therapeutic Interventions for Trauma-exposed Infants, Young Children, and Their Caregivers. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 34. 10.1016/j.chc.2024.08.005.

Yang L, Li C, Li X, Zhai M, An Q, Zhang Y et al. Prevalence of Developmental Dyslexia in Primary School Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. Brain Sci 2022;12(2):240.

Yang S, Saïd M, Peyre H, Ramus F, Taine M, Law EC et al. Associations of screen use with cognitive development in early childhood: the ELFE birth cohort. J Child Psychol Psychiatry 2024;65(5):680-93.

Zelkowitz P. Prématurité et impact sur le développement psychosocial et émotif des enfants. Canada; 2017. Internet: <https://www.enfant-encyclopedie.com/pdf/expert/prematurite/selon-experts/prematurite-et-impact-sur-le-developpement-psychosocial-et-émotif-des>

ZERO TO THREE. DC:0–5™ Manual and Training. An essential guide to infant and early childhood mental health diagnostic formulation with infants, young children, and their families, in a wide range of settings. Internet: <https://www.zerotothree.org/our-work/learn-professional-development/dc0-5-manual-and-training/>

Zietlow AL, Nonnenmacher N, Reck C, Ditzen B, Müller M. Emotional Stress During Pregnancy – Associations With Maternal Anxiety Disorders, Infant Cortisol Reactivity, and Mother–Child Interaction at Pre-school Age. Front Psychol 2019;10:2179

VII SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP

De samenstelling van het Bureau en het College alsook de lijst met de bij KB benoemde experts is beschikbaar op de website van de HGR: [wie zijn we?](#).

Al de experts hebben **op persoonlijke titel** aan de werkgroep deelgenomen. Hun algemene belangenverklaringen alsook die van de leden van het Bureau en het College kunnen worden geraadpleegd op de website van de HGR ([belangenconflicten](#)).

De volgende experts hebben hun medewerking en goedkeuring verleend bij het opstellen van het advies. Het voorzitterschap werd waargenomen door **Jean STEYAERT** en het wetenschappelijk secretariaat door Sylvie GERARD.

CARLIER Sophie	Psychologie	HUDERF
CLOET Eva	Soins de santé	UZ Brussel, VUB
COUVERT Marie	Psychologie	Centre Hospitalier Pédiatrique Clairs Vallon
CUYPERS Leen	Kinderpsychiatrie	KU Leuven
DALEM Isabelle	Kinderpsychiatrie	Groupe Santé CHC
DE COENE Anja	Pediatrie	Privépraktijk
DECHAMPS Michel	Neuropediatrie	CHRSM
DESMAREZ Christine	Kinderpsychiatrie	Privépraktijk
FOHN Bruno	Psychologie	Hôpital de la Citadelle (Liège) ; l'Asbl Seconde Peau
GAUGUE Justine	Psychologie	UMONS
GEORIS Anne Laure	Volksgesondheid	AIGS
GOBAN Vildan	Kinderpsychiatrie	Hôpital Universitaire de Bruxelles
HENS Kristien	Ethiek	UAntwerpen
LAMBERT Marie	Volksgesondheid; Geestelijke gezondheid	CRéSaM
MOTTRIE Cindy	Psychologie	ULB
SINGH Binu	Kinderpsychiatrie	KU Leuven
SOYEZ Veerle	Psychologie	VUB
STASSART Céline	Psychologie	ULiège
STEYAERT Jean	Kinderpsychiatrie	UZ Leuven
SYMANN Sophie	Kinderpsychiatrie	UCL
VANHALLE Françoise	Kinderpsychiatrie	Privépraktijk
VERHELST Françoise	Psychiatrie	GHdC Charleroi
WARNANT Caroline	Vroedkundige, psychomotorisch therapeut	Privépraktijk

De volgende verenigingen/enz. werden gehoord:

DESCHOEMAEKER Maaïke	OPGROEIEN
DODION Françoise	Aire Libre Asbl
GABRIËL Moeni	OPGROEIEN
LIEKENS Sophie	VIVEL
MILLER Elisabeth	ONE
TAYMANS Anne	UPBPF

De permanente werkgroep geestelijke gezondheid heeft het advies goedgekeurd. Het voorzitterschap van de permanente werkgroep werd waargenomen door **Frieda Matthys en Olivier LUMINET** en het wetenschappelijk secretariaat door Sylvie Gerard.

CALMEYN Marc	Psychothérapie	Privépraktijk
CATTHOOR Kirsten	Psychiatrie	UAntwerpen
JANSSENS Mileen	Psychotherapie	Privépraktijk
KIRKHOVE Patricia	Huisarts	CHJT
LAMY Dominique	Huisarts	UCLouvain
LUMINET Olivier	Psychologie	UCLouvain
MATTHYS Frieda	Psychiatrie	VUB
ORBAN Thomas	Huisarts	Privépraktijk
PEERSMAN Wim	Sociaal werk	Odisée Hogeschool

Dit advies werd door een extern vertaalbureau vertaald.

VIII BIJLAGEN

1 Bijlage 1: Cartografie gebaseerd op de aanbevelingen

Prenatale periode

	Moeder	Ouders	Professionals
Samenleving/ volksgezondheid	Sensibiliseringscampagnes: informeren: - specifieke behoeften van de conceptie tot 5 jaar - Impact van intrafamiliaal geweld - Het belang van prenatale geestelijke gezondheid Gesubsidieerde campagnes, breed toegankelijk, niet alleen in medische omgevingen⁴⁸: - Voorgesteld in de [sociale] media - Secundair onderwijs - Ontmoetingsplaatsen voor jongvolwassenen - Plaatsen voor maatschappelijke hulp (OCMW enz.) - Ontmoetingsplaatsen, gebedshuizen - Met aandacht voor kwetsbare gezinnen, gemarginaliseerde groepen, ongeletterdheid		Professionals buiten de medische /verloskundige milieus sensibiliseren: - bijv. leerkrachten, maatschappelijk werkers,
Eerste lijn (huisartsen, vroedkundigen, andere professionals)	Systematische controle en screening op prenatale depressie, door: Vroege prenatale gesprekken: - Informatie delen over zwangerschap, geestelijke gezondheid, conceptie tot 5 jaar - Kwetsbaarheid van het gezin beoordelen; huisbezoeken - Ouders actief betrekken, specifieke psychosociale risico's aanpakken Gespecialiseerd prenataal advies: - 2 belangrijke consultaties: in het begin van de zwangerschap, in het derde trimester - Een geschikt ondersteuningsplan opstellen Ook ondersteuning voor de meelouders Centra voor perinatale zorg		Opleiding van (toekomstige) professionals: - Pre- en perinatale geestelijke gezondheid, waarschuwingssignalen, gestandaardiseerde instrumenten - Rol van de meelouder - Psychologie: opleiding in specifieke aspecten van zwangerschap en bevalling (psychologie en basisverloskunde)
OPLEIDING VAN DE NETWERKEN			
Tweede lijn	Opvolging door gynaecoloog, bijvoorbeeld tijdens echografieën. De arts/dienst is opgeleid om geestelijke gezondheidsproblemen/waarschuwingssignalen te herkennen.		

⁴⁸ Voor AIDS zijn er bijvoorbeeld grote campagnes gevoerd om ziekte te voorkomen. Hier gaat het om het voorkomen van (mentale) gezondheidsrisico's bij kinderen.

	Bij waarschuwingssignalen: consultatie psycholoog/psychiater, in een netwerk met/zeer dicht bij de gynaecologische dienst Indien nodig: behandeling zonder uitstel, want wachtlijst of niet, een zwangerschap wacht niet en gaat gewoon door	

Perinatale periode



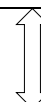
Tussenpersonen⁴⁹

	Moeder	Ouders	Kind	Professionals
Samenleving/ volksgezondheid				
Eerste lijn (huisarts, vroedkundige, Kind en Gezin/ONE, andere professionals)	Perinatale coördinatiecentra - Regionale centra voor perinatale zorg - Coördinatie van peri- en postnatale zorg - Gebruikers betrekken bij het bestuur van die centra Herkennen van geestelijke gezondheidsproblemen (monitoring) - Waarschuwingssignalen bij geestelijke gezondheidsproblemen Screening op postnatale depressie - Erkende vragenlijsten die bruikbaar zijn voor de eerste lijn, - Opgenomen in de postnatale opvolging Ondersteuning voor borstvoeding (met respect en zonder druk uit te oefenen)			Opleiding: - Pre- en perinatale geestelijke gezondheid, waarschuwingssignalen, gestandaardiseerde instrumenten - Rol van de meemouder Psys: - opleiding in de specifieke aspecten van de zwangerschap en geboorte (psychologisch en basis van de verloskunde) Gynaecologen, vroedkundigen, zorgverleners: - Waarschuwingssignalen herkennen - Waakzaam zijn voor het geestelijk welzijn van vrouwen en meemouders - Interacties tussen ouders en baby
OPLEIDING VAN DE NETWERKEN				Kinderartsen en personeel van het ONE/Kind en Gezin
Tweede lijn	Verlenging van het verblijf op de kraamafdeling, met normale terugbetaling, - Bij waarschuwingssignalen in de perinatale periode			- Waarschuwingssignalen - Interacties tussen ouders en baby
Gynaecologen, vroedkundigen, zorgverleners en verpleegkundigen, kinderartsen.				

⁴⁹ Professionals die de zwangerschap hebben opgevolgd, begeleiden het gezin naar nieuwe professionals (waarbij de huisarts eveneens deze rol kan opnemen als spilfiguur in de longitudinale opvolging).

	- Beoordeling van de ouder(s)-kind interacties - met systematische observatie van de gezinsrelaties - Pediatrische beoordeling: waarschuwingssignalen bij het kind Ondersteuning bij geboorte met hoog risico: vroeggeboorte, reeds vastgestelde handicap Mobiele teams in de perinatale psychiatrie - Multidisciplinair - Gezinnen in crisis of bijzonder kwetsbare gezinnen - Gepersonaliseerde opvolging - In een netwerk met de eerste en tweede lijn. Organisatie van netwerken op basis van bestaande netwerken	
Derde lijn	Verblijven in gespecialiseerde psychiatrische diensten voor moeder-meeouder-kind	
- Psychiatrisch personeel gespecialiseerd in moeder-meeouder-kind, kinderpsychiaters, kinderartsen		

Postnatale periode



Tussenpersonen

	Moeder	Ouders	Kind	Professionals
Samenleving/ volksgezondheid	Programma's voor opvoedingsondersteuning gericht op de verbetering van de relationele en opvoedingsvaardigheden Campagne voor gezondheidsgeletterdheid: bevordering van het gebruik van praktische instrumenten om door het gezondheidszorgsysteem te navigeren. + informatiepunten in de gemeenschap/informatiecampagnes om kwetsbare gezinnen te bereiken, rekening houdend met de digitale kloof. Opvolging van kwetsbare gezinnen			
Eerste lijn (huisarts, vroedkundige, Kind en Gezin/ONE, andere professionals)	Versterkte postnatale ondersteuning - Postnatale consultaties aan huis - Inclusief een beoordeling van psychosociale behoeften - Opsporing van waarschuwingssignalen bij de ouder (psychosociaal), bij het kind			Opleiding in de aspecten - van de geestelijke gezondheid van ouders in de postnatale periode

	(ontwikkeling), in de interactie tussen ouder(s) en kind Gegradueerde zorgnetwerken, aangepast aan ernstgraad - Vereenvoudigde toegangspunten voor gezinnen - Geen wachttijd. In die levensfase gaan psychopathologische processen te snel en hebben ze te veel impact om te wachten. Opvolging van kwetsbare gezinnen - Prioritaire toegang in de buurt Gebruik van de <i>Alarm Distress Baby Scale</i> (ADBB) bij de postnatale consultatie - Vroedkundige, huisarts - Kind en Gezin/<i>ONE</i>			- van de vroege ontwikkeling van de zuigeling - van de interactie tussen ouder(s) en kind Kennis van de waarschuwingssignalen in die domeinen Toegang tot screeninginstrumenten, indien nodig
OPLEIDING VAN DE NETWERKEN				
Tweede lijn - gynaecologen, kinderartsen, psychiaters,	Gebruik van de <i>Alarm Distress Baby Scale</i> (ADBB) bij de postnatale consultatie - Gynaecoloog, vroedkundige - Kinderarts -			
Derde lijn - Gespecialiseerde diensten voor moeder en kind	Snelle toegang. In deze fase zijn wachtlijsten onvergeeflijk; de hechting tussen ouder(s) en kind wacht niet.			

2 Bijlage 2: Aanbeveling van het COMGGKJ

Aanbevelingen Waarom INVESTEREN IN DE PERIODE VAN 0-5 JAAR in België?

In België zijn op verschillende niveaus werkgroepen, expertgroepen en groepen voor kennisuitwisseling actief om wetenschappelijk bewijsmateriaal te verzamelen ter ondersteuning van het overheidsbeleid rond het jonge kind.

Dit is het rapport van de COMGGKJ van 2021 waarin de wetenschappelijke basis voor die doelgroep en de bijbehorende fundamentele AANBEVELINGEN werden gepubliceerd.

- **De prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen wordt geschat op 16 à 18 % bij kinderen van 1 tot 5 jaar.** Dat percentage komt redelijk overeen met de door de WHO geschatte incidentie van 10 à 20 % bij 6- tot 18-jarigen.
- **Het jonge kind is nog onvolgroeid en drukt hierdoor lijden uit op specifieke manieren die verschillen van die van oudere kinderen.** Het is daarom belangrijk om aparte diagnostische handboeken te gebruiken.
- **De vroege kindertijd is een periode waarin de hersenen en het gedrag zich razendsnel ontwikkelen.** Tegelijkertijd is die periode **bijzonder gevoelig voor omgevingsinvloeden**, in positieve en negatieve zin, en dat op een **duurzame manier**. **Diagnostische en therapeutische interventies moeten daarom zo vroeg en zo snel mogelijk plaatsvinden.** Dat moet een **prioritaire uitdaging zijn** voor de hulpverleners.
- Meer dan op enig ander moment in het leven, brengt **de onvolgroeidheid van het jonge kind** hem in een unieke staat van **afhankelijkheid** van zijn ouders of *caregivers*. De kwaliteit van zijn fysiologische, cognitieve en psychoaffectieve ontwikkeling wordt gegarandeerd door de interacties met die directe omgeving. **De interventie moet daarom noodzakelijkerwijs en bij voorrang de interactie tussen ouder en kind omvatten.**
- Tijdens de eerste 1 000 dagen van het leven heeft stressregulatie door de ouder onmiddellijke gevolgen voor de ontwikkeling van de hersenen en voor de expressie van een reeks genen die betrokken zijn bij de groei van de hersenen en de regulatie van stress¹³. Volgens verschillende onderzoeken dragen die veranderingen bij aan **het ontstaan van verschillende mentale en somatische stoornissen en ziekten, met levenslange gevolgen.**
- Een kind dat opgroeit in een **traumatiserende omgeving**, en met name slachtoffer is van verwaarlozing, geweld of mishandeling, en dat niet kon genieten van kwalitatieve vroegtijdige zorg, ontwikkelt **gedragsstoornissen met psychiatrische of delinquente boventonen in de adolescentie en volwassenheid**¹⁵.
- De prevalentie van neurologische ontwikkelingsstoornissen (autisme enz.) is 10 %¹⁶. Ze worden vaak te laat gediagnosticeerd, met een aanzienlijke impact op de interactie op jonge leeftijd.
- Inherente kwetsbaarheden van kinderen (prematuriteit, handicap, vroege tekenen van autisme enz.) vereisen speciale aandacht.

Waarom INVESTEREN IN PERINATALE ZORG in België?

Dit is het rapport van het COMGGKJ van 2021 dat de huidige wetenschappelijke fundamenteën op het gebied van perinatale zorg publiceert.

De perinatale periode is een risicoperiode voor psychische stoornissen bij de ouders.

- Moederlijke depressie is de meest voorkomende medische complicatie van het moederschap. De prevalentie (20 %) is hoger dan die van andere aandoeningen - waaronder somatische aandoeningen - in deze periode³. Op dit moment wordt ze bij 50 à 75 % van de vrouwen ondergediagnosticeerd en niet behandeld. Als gevolg hiervan krijgt slechts 10 % van de vrouwen de juiste zorg.
- Een depressie bij de vader komt ook veel voor (10 %) en wordt momenteel genegeerd, ondanks de gevolgen voor de ontwikkeling en geestelijke gezondheid van het kind⁵.
- In het postpartum is een psychose bij vrouwen abrupter en ernstiger dan op enig ander moment in het leven⁶. Ook is voor bipolaire patiënten het risico op terugval dubbel zo groot dan op elk ander moment in het leven⁷.
- Zwangerschapsontkenning (2 tot 3 %) gecombineerd met frequente somatische complicaties.
- Duidelijke correlatie tussen angst of depressie bij de moeder 3 maanden na de bevalling en psychopathologische stoornissen bij de geëvalueerde kinderen van 4 tot 13 jaar.
- Een zeer hoog percentage maternale depressie, in het bijzonder in de prenatale periode, in de voorgeschiedenis van een cohort adolescenten die op 16-jarige leeftijd een depressie hadden⁹.
- Het verband tussen psychische stoornissen bij moeder en vader en het ontstaan van ontwikkelingsstoornissen en psychopathologische stoornissen bij kinderen is uitgebreid gedocumenteerd. (meer dan 200 referenties in de literatuur)

Trauma, stress, drugsgebruik en verslaving tijdens de zwangerschap leiden tot meer vroeggeboorten en verhogen het risico op ernstige neuro-zintuiglijke handicaps met 10 tot 15 % en op verschillende meervoudige cognitieve ontwikkelingsstoornissen met 30 % tot 60 %.

3 Bijlage 3: Aanbevelingen uit het rapport 'Morcellement des politiques publiques et santé mentale de l'enfant dans les 30 premiers mois'.

De geestelijke gezondheid in de eerste 30 maanden van een kind: pleidooi voor een ambitieuze, almvattende, universele en onvoorwaardelijke zorg voor gezinnen
De impact van de versnippering van het overheidsbeleid op de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen van 0-30 maanden in Wallonië en op de effectiviteit van hun grondrechten

De aanbevelingen hieronder werden geformuleerd na een onderzoek dat werd gefinancierd door ONE Academy en werd uitgevoerd door CRéSaM, UNamur en ULiège. Ze zijn gebaseerd op drie vooronderstellingen: de hulpvrager moet worden gezien als een subject en niet als een object van rechten en zorg; multisectorale coördinatie op lokaal niveau en continuïteit van zorg zijn essentieel; en er moet dringend worden geïnvesteerd in diensten die zich specifiek richten op de eerste 30 maanden van een kind. In het onderzoeksrapport zelf is meer informatie te vinden over de definities van de gebruikte termen, het regelgevingskader waarbinnen dit werk is uitgevoerd, de methodologie die is gebruikt om deze aanbevelingen op te stellen, de doelen waarop ze zijn gericht en de realiteiten die ze bestrijken.

1. EEN HOLISTISCHE, COLLECTIEVE EN MULTIDISCIPLINAIRE VISIE TE ONTWIKKELEN ALS LEIDRAAD VOOR DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG VOOR KINDEREN IN DE EERSTE 30 LEVENSMANDEN
2. EEN EINDE MAKEN AAN DE NON TAKE-UP VAN RECHTEN DOOR HET DIENSTENAANBOD VOOR KINDEREN VAN 0 TOT 30 MAANDEN TE VERSTERKEN EN OVERAL EN VOOR IEDEREEN ZICHTBAAR, TOEGANKELIJK EN AANGEPAST TE MAKEN
3. DE NAASTEN VAN HET KIND (MET INBEGRIIP VAN BROERS EN ZUSSEN) BETREKKEN BIJ HET ZORGPAD DOOR HUN EXPERTISE TE ERKENNEN EN HEN ONDERSTEUNING TE BIEDEN
4. IN DE OPDRACHTEN VAN VELDWERKERS TIJD VRIJMAKEN VOOR HOLISTISCHE ZORG VOOR KINDEREN EN HUN GEZINNEN
5. VELDWERKERS ONDERSTEUNEN DOOR ZE TIJD TE GEVEN VOOR FORMELE EN INFORMELE UITWISSELINGEN, INTERVISIE EN SUPERVISIE
6. DE SAMENWERKING TUSSEN PROFESSIONALS ONDERSTEUNEN, MET NAME DOOR INSTRUMENTEN AAN TE REIKEN VOOR REFLECTIE OP ELKAARS WAARDEN, VOORSTELLINGEN, STRATEGIEËN EN REGELGEVINGSKADERS
7. PROFESSIONALS DIE IN CONTACT STAAN MET KINDEREN EN HUN GEZINNEN OPLEIDEN EN MEER BEWUST MAKEN VAN KINDERRECHTEN EN GEESTELIJKE GEZONDHEID
8. DE SAMENLEVING BEWUSTER MAKEN VAN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSPROBLEMEN BIJ KINDEREN

4 Bijlage 4: HAS ontwikkelingsschema

In termen van algemene indicatoren kunnen bepaalde **risicofactoren** worden geïdentificeerd die een nauwere opvolging noodzakelijk maken:

- Broer of zus of eerstegraads familielid met een NOS,
- Prenatale blootstelling aan een stof die toxisch is voor de neurologische ontwikkeling (alcohol, bepaalde anti-epileptica enz.),
- Extreme prematuriteit (minder dan 32 weken amenorroe),
- Geboortegewicht onder 1500 g,
- Acute neonatale encefalopathie (inclusief convulsies),
- Cerebrale afwijkingen met onzekere prognose (ventriculomegalie, corpus callosum agenesie enz.),
- Microcefalie (hoofdomtrek < -2 standaarddeviatie, congenitaal of secundair),
- Congenitale of neonatale infecties (cytomegalovirus, toxoplasmose, rodehond, meningitis/encefalitis enz.),
- Genetische syndromen die de neurologische ontwikkeling kunnen beïnvloeden,
- Geopereerde complexe aangeboren hartafwijkingen,
- Grote operatie (hersenen, buik, borstkas),
- Ernstige neonatale geelzucht, ook bij voldragen zwangerschap (bilirubine > 400 mmol/L).

Afhankelijk van de differentiële diagnose moet ook rekening worden gehouden met bepaalde factoren in de omgeving van het kind, met name een hoge sociaaleconomische kwetsbaarheid (dakloosheid, armoedegrens, alleenstaande ouder, laag opleidingsniveau van de ouders enz.) en psychoaffectieve kwetsbaarheid (partner-/huiselijk geweld, voorgeschiedenis van negatieve ervaringen van de moeder, blootstelling van het kind aan mishandeling of ernstige verwaarlozing, huidige psychologische of psychiatrische moeilijkheden in de familiale omgeving enz.).

Daarnaast zijn er bepaalde **instinctieve, zintuiglijke en emotionele gedragingen** die in de gaten moeten worden gehouden met betrekking tot de ernst of de blijvende aard ervan, hoewel geen van die signalen op zichzelf een voorspellende waarde heeft:

Instinctieve fysiologische functies (slapen, eten):

- Langdurige, bijna dagelijkse slaapproblemen (moeite met inslapen, 's nachts wakker worden),
- Een grote kieskeurigheid voor eten die ongewoon is voor die leeftijd (wil alleen glad voedsel, weigert brokken, heeft een afkeer van voedsel met een bepaalde kleur enz.),
- Moeilijkheden met eten (de maaltijden duren heel lang, enorme kokhalsreflex).

Speciale sensorische en sensorimotorische profielen:

- Afkeer/vermijding van tactiel contact, bepaalde texturen of stoffen
- Hyper- of hypo-reactiviteit op zintuiglijke prikkels (geen reactie op hard geluid of overdreven reactie op bepaalde geluiden, vermijden van licht of erdoor worden aangetrokken)
- Vreemde manieren om 'voorwerpen' en de omgeving te verkennen/gebruiken
- Repetitieve bewegingen, stereotiepe gebaren (fladderen met de handen, de vingers voor de ogen bewegen) of lichaamsbewegingen (heen en weer schommelen, rondjes draaien, rondwalen enz.).
- Abnormaal rustig tot zelfs passief gedrag, met zeer weinig beweging (hypomobiliteit) bij kinderen jonger dan 24 maanden.

Ongebruikelijke emotieregulatie voor zijn leeftijd en ongeacht de omgeving:

- Overdreven intolerantie voor veranderingen in de omgeving (niet te kalmeren en herhaalde of doelloze disproportionele woede, verdriet, angstreacties, met geweld (auto-hetero-agressiviteit)).
- Herhaalde, ontroostbare woede-uitbarstingen
- Oncontroleerbare motorische hyperactiviteit (brengt zichzelf in gevaar)

Vervolgens zijn er een aantal specifieke waarschuwingssignalen, gegroepeerd op leeftijd en ontwikkelingsgebied. De leeftijden die HAS gebruikt om een vaardigheid te beschrijven, zijn die waarop het ontbreken van die vaardigheid ongewoon is, dat wil zeggen dat ze normaal verworven is door ten minste 90 % van de kinderen (> 90e percentiel). Het is belangrijk om te begrijpen dat 'op 6 maanden' betekent aan het einde van de zesde levensmaand. Voor prematuur geboren kinderen moet rekening worden gehouden met de gecorrigeerde leeftijd voor twee jaar (maar beschouw prematuriteit niet a priori als de enige verklaring voor de ontwikkelingsachterstand).

Tabel: Waarschuwingssignalen per leeftijd en per ontwikkelingsdomein

Verwachte vaardigheden	6 maanden	12 maanden	18 maanden	24 maanden
Grove motoriek	Houdt het hoofd stil zonder te wiebelen (verwacht op 4 maanden) Kan zitten met enige steun of door op eigen handen te steunen	Kan alleen van liggen naar zitten Zit alleen zonder steun of hulp, met rechte rug Verplaatst zich alleen op de vloer	Kan zonder hulp van de vloer opstaan (zonder hulp van zitten naar staan) Loopt zonder hulp (zet meer dan vijf stappen)	Rent met gecoördineerde armbewegingen Kan de trap oplopen met één voet per trede (alleen of met hulp) Kan een bal trappen (nadat iemand het voordeed)
Fijne motoriek	Pakt het voorwerp dat op een afstand wordt gehouden Heeft geen voorkeurshand	Zoekt het voorwerp dat net werd verstopt (verwacht bij 9 maanden) Pakt kleine voorwerpen vast tussen duim en wijsvinger (pincetgreep)	Kan twee blokjes op elkaar zetten (na voordoen) Legt een klein voorwerp in een kleine bak (verwacht op 14 maanden)	Kan een torentje bouwen van vijf blokjes (na voordoen) Kan alleen een lepel gebruiken (ook al is dat nog niet erg effectief) Kan eenvoudige geometrische vormen in de juiste gaatjes doen
Mondelinge taal	Draait het hoofd om naar de spreker te kijken Maakt eenlettergrepige klanken	Reageert op zijn of haar voornaam (verwacht op 9 maanden) Begrijpt 'nee' (een verbod) -> moet worden onderscheiden	Wijst een voorwerp of afbeelding aan op mondelinge instructies (kat, bal, auto enz.). Begrijpt eenvoudige instructies (een	Zegt spontaan meer dan tien eenvoudige woorden Maakt tweewoordzinnen (baby slapen, mama weg)

		van een reactie van stoppen en angst wanneer een volwassene schreeuwt. Herhaalt dezelfde lettergrepen (bababa, tatata, papapa enz.).	gekend voorwerp halen enz.). Zegt spontaan 5 woordjes (mama, pop, papa, auto enz.).	
Socialisatie	Glimlacht als reactie op de glimlach van de volwassene (verwacht op 3 maanden) Vraagt om de blik van de ander (bijv. huilt als er niet naar hem gekeken wordt en stopt als er wel naar hem gekeken wordt)	Kijkt naar wat de volwassene aanwijst (gezamenlijke aandacht) Maakt sociale gebaren (dag zwaaaien, bravo)	Kan een weigering uiten (zegt 'nee', schudt met het hoofd, duwt weg met de hand) Wijst aan wat hem interesseert om de aandacht van de volwassene te trekken	Doet mee aan doen-alsof-spelletjes en imitatiespelletjes (theekransje, garage). Toont interesse in andere kinderen (kinderdagverblijf, broertjes en zusjes enz.)

Op elke leeftijd moet worden doorverwezen als er 2 keer een 'nee' is op 2 verschillende gebieden. Overigens geldt voor alle domeinen en ongeacht de leeftijd dat een achteruitgang in de ontwikkeling moet worden gezien als een ernstig alarmsignaal.

De HAS heeft ook een [opsporingsboekje](#) gepubliceerd voor ouders en personen die beroepsmatig in contact komen met jonge kinderen (onthaalouders, kleuterleidsters, psychologen, kinderverzorgers, kraamhulpen enz.).

5 Bijlage 5: Ontwikkelingsobservatieschema 18 maanden - 6 jaar gebruikt door ONE

OBSERVATION DES ATTITUDES DE L'ENFANT/PARENT

ATTITUDES	Date et âge de l'enfant / Observations
Comportement (réticence, refus, hyperactivité, relation parents...)	
Coopération/participation	
Émotions	
Gestion de la frustration	
Objet effectif	
Contact visuel	

GRILLE D'OBSERVATION
DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT
18 MOIS – 6 ANS

NOM / Prénom :

DATE DE NAISSANCE :

ÂGE GESTATIONNEL :

LANGUE(S) PARLÉE(S) : maison :
ailleurs :

LIEUX ET DATES DES OBSERVATIONS :

Lieu	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date
VAD								
CE								
Entretien local								
Autre								

ÂGE DE LA SCOLARISATION :

ÉTABLISSEMENT(S) SCOLAIRE(S) :

SERVICE PSE :

CENTRE PMS :

Grille à usage exclusif des conseillers pour enfants de l'ONE - version 2025

Légende : A = Acquis, R = Refus, NP = Non Présent, NA = Non Acquis		Prioritaire		Optionnel		Question à poser au parent	
Attitudes	De 18 à 24 mois	De 2 à 3 ans	De 3 à 4 ans	De 4 à 5 ans	De 5 à 6 ans		
MOTRICITÉ GLOBALE	1. Commence à courir	11. Court de façon coordonnée	11. Court avec un bon équilibre	11. Rattrape le ballon après un rebond sur le sol (de 3 ans 1/2 à 5 ans 1/2)	11. Court sur la pointe des pieds		
	2. Pousse un ballon du pied (de 18 mois à 2 ans 6 mois)	12. Fait rouler un ballon sur le sol avec la main	12. Lance la petite balle avec la main penchée de l'épaule	12. Attrape le ballon au vol			
	3. Déplace les pieds du sol (eau) (de 18 à 30 mois)	13. Saute sur place les 2 pieds simultanément	13. Saute à pieds joints	13. Saute à pieds joints au-dessus d'un obstacle (corde posée sur le sol)			
	4. Monte l'escalier une marche à la fois avec aide (main ou rampe)	14. Monte l'escalier seul, 2 pieds par marche	14. Monte l'escalier 1 pied par marche et descend 2 pieds par marche	14. Descend l'escalier 1 pied par marche			
	5. Fait 2 pas à reculons et 2 pas sur le côté (à 30 mois)	15. Tient en équilibre accroupi	15. Fait 3 à 4 pas sur la pointe des pieds	15. Vise en direction des quilles	15. Tient debout en équilibre minimum 10 secondes sur chaque pied		
	6. Remplit un bocal avec des cubes	16. Marche le long d'une ligne d'au moins 1 mètre	16. Se tient sur un pied 2 secondes de chaque côté	16. Saute sur un pied puis sur l'autre	16. Saute sur un pied sur une distance de 3 mètres		
	7. Remplit un bocal avec des cubes	17. Empile 6 cubes (de 21 mois à 3 ans 6 mois)	17. Empile 6 cubes	17. Construit une pyramide de 10 cubes	17. Fait une tour de plus de 9 cubes		
	8. Commence à visser et dévisser	18. Vise et dévisse	18. Enfile 4 grosses perles	18. Tient un crayon entre le pouce et l'index	18. Enfile 4 petites perles		
	9. Met un jeton dans la fente	19. Fait la pince avec chacun des doigts sur le pouce	19. Déboulonne un gros bouton	19. Boutonne et déboulonne un gros bouton	19. Boutonne et déboulonne tout type de bouton		
	10. Oribouille dans le sable	20. Oribouille de façon circulaire dans le sable	20. Dessine un bonhomme sur une feuille	20. Dessine un bonhomme sur une feuille	20. Dessine un bonhomme et écrit son prénom sur une feuille		
MOTRICITÉ FINE	1. Copie une ligne verticale dans le sable (de 18 à 30 mois)	21. Copie un cercle dans le sable (de 2 ans et 3 mois à 3 ans)	21. Copie un pont (de 2 ans 1/2 à 3 ans 1/2)	21. Copie un carré ou un triangle (à 3 ans 3 mois à 4 ans)	21. Copie un losange		
	2. Copie une ligne horizontale dans le sable (de 18 à 30 mois)	22. Copie un cercle dans le sable (de 2 ans et 3 mois à 3 ans)	22. Copie une croix (de 3 ans à 4 ans 1/2)	22. Copie un carré ou un triangle (à 3 ans 3 mois à 4 ans)	22. Copie un losange		
	3. Copie une ligne diagonale dans le sable (de 18 à 30 mois)	23. Copie un cercle dans le sable (de 2 ans et 3 mois à 3 ans)	23. Copie une croix (de 3 ans à 4 ans 1/2)	23. Copie un carré ou un triangle (à 3 ans 3 mois à 4 ans)	23. Copie un losange		
	4. Copie une ligne horizontale dans le sable (de 18 à 30 mois)	24. Copie un cercle dans le sable (de 2 ans et 3 mois à 3 ans)	24. Copie une croix (de 3 ans à 4 ans 1/2)	24. Copie un carré ou un triangle (à 3 ans 3 mois à 4 ans)	24. Copie un losange		
	5. Copie une ligne diagonale dans le sable (de 18 à 30 mois)	25. Copie un cercle dans le sable (de 2 ans et 3 mois à 3 ans)	25. Copie une croix (de 3 ans à 4 ans 1/2)	25. Copie un carré ou un triangle (à 3 ans 3 mois à 4 ans)	25. Copie un losange		
	6. Copie une ligne horizontale dans le sable (de 18 à 30 mois)	26. Copie un cercle dans le sable (de 2 ans et 3 mois à 3 ans)	26. Copie une croix (de 3 ans à 4 ans 1/2)	26. Copie un carré ou un triangle (à 3 ans 3 mois à 4 ans)	26. Copie un losange		
	7. Copie une ligne diagonale dans le sable (de 18 à 30 mois)	27. Copie un cercle dans le sable (de 2 ans et 3 mois à 3 ans)	27. Copie une croix (de 3 ans à 4 ans 1/2)	27. Copie un carré ou un triangle (à 3 ans 3 mois à 4 ans)	27. Copie un losange		
	8. Copie une ligne horizontale dans le sable (de 18 à 30 mois)	28. Copie un cercle dans le sable (de 2 ans et 3 mois à 3 ans)	28. Copie une croix (de 3 ans à 4 ans 1/2)	28. Copie un carré ou un triangle (à 3 ans 3 mois à 4 ans)	28. Copie un losange		
	9. Copie une ligne diagonale dans le sable (de 18 à 30 mois)	29. Copie un cercle dans le sable (de 2 ans et 3 mois à 3 ans)	29. Copie une croix (de 3 ans à 4 ans 1/2)	29. Copie un carré ou un triangle (à 3 ans 3 mois à 4 ans)	29. Copie un losange		
	10. Copie une ligne horizontale dans le sable (de 18 à 30 mois)	30. Copie un cercle dans le sable (de 2 ans et 3 mois à 3 ans)	30. Copie une croix (de 3 ans à 4 ans 1/2)	30. Copie un carré ou un triangle (à 3 ans 3 mois à 4 ans)	30. Copie un losange		
LANGAGE	1. Dit « non »	1. Dit « non »	1. Dit « non »	1. Dit « non »	1. Dit « non »		
	2. Dit « oui »	2. Dit « oui »	2. Dit « oui »	2. Dit « oui »	2. Dit « oui »		
	3. Dit « ça va »	3. Dit « ça va »	3. Dit « ça va »	3. Dit « ça va »	3. Dit « ça va »		
	4. Dit « ça ne va pas »	4. Dit « ça ne va pas »	4. Dit « ça ne va pas »	4. Dit « ça ne va pas »	4. Dit « ça ne va pas »		
	5. Dit « ça va bien »	5. Dit « ça va bien »	5. Dit « ça va bien »	5. Dit « ça va bien »	5. Dit « ça va bien »		
	6. Dit « ça ne va pas bien »	6. Dit « ça ne va pas bien »	6. Dit « ça ne va pas bien »	6. Dit « ça ne va pas bien »	6. Dit « ça ne va pas bien »		
	7. Dit « ça va très bien »	7. Dit « ça va très bien »	7. Dit « ça va très bien »	7. Dit « ça va très bien »	7. Dit « ça va très bien »		
	8. Dit « ça ne va pas très bien »	8. Dit « ça ne va pas très bien »	8. Dit « ça ne va pas très bien »	8. Dit « ça ne va pas très bien »	8. Dit « ça ne va pas très bien »		
	9. Dit « ça va encore mieux »	9. Dit « ça va encore mieux »	9. Dit « ça va encore mieux »	9. Dit « ça va encore mieux »	9. Dit « ça va encore mieux »		
	10. Dit « ça ne va pas encore mieux »	10. Dit « ça ne va pas encore mieux »	10. Dit « ça ne va pas encore mieux »	10. Dit « ça ne va pas encore mieux »	10. Dit « ça ne va pas encore mieux »		
AUTONOMIE SOCIALE	1. Utilise la cuillère (de 12 à 23 mois)	1. Utilise une fourchette	1. Se lave les mains, commence à s'habiller seul	1. Se lave les mains, commence à s'habiller seul	1. Se lave les mains, commence à s'habiller seul		
	2. Utilise la cuillère (de 12 à 23 mois)	2. Utilise une fourchette	2. Se lave les mains, commence à s'habiller seul	2. Se lave les mains, commence à s'habiller seul	2. Se lave les mains, commence à s'habiller seul		
	3. Utilise la cuillère (de 12 à 23 mois)	3. Utilise une fourchette	3. Se lave les mains, commence à s'habiller seul	3. Se lave les mains, commence à s'habiller seul	3. Se lave les mains, commence à s'habiller seul		
	4. Utilise la cuillère (de 12 à 23 mois)	4. Utilise une fourchette	4. Se lave les mains, commence à s'habiller seul	4. Se lave les mains, commence à s'habiller seul	4. Se lave les mains, commence à s'habiller seul		
	5. Utilise la cuillère (de 12 à 23 mois)	5. Utilise une fourchette	5. Se lave les mains, commence à s'habiller seul	5. Se lave les mains, commence à s'habiller seul	5. Se lave les mains, commence à s'habiller seul		
	6. Utilise la cuillère (de 12 à 23 mois)	6. Utilise une fourchette	6. Se lave les mains, commence à s'habiller seul	6. Se lave les mains, commence à s'habiller seul	6. Se lave les mains, commence à s'habiller seul		
	7. Utilise la cuillère (de 12 à 23 mois)	7. Utilise une fourchette	7. Se lave les mains, commence à s'habiller seul	7. Se lave les mains, commence à s'habiller seul	7. Se lave les mains, commence à s'habiller seul		
	8. Utilise la cuillère (de 12 à 23 mois)	8. Utilise une fourchette	8. Se lave les mains, commence à s'habiller seul	8. Se lave les mains, commence à s'habiller seul	8. Se lave les mains, commence à s'habiller seul		
	9. Utilise la cuillère (de 12 à 23 mois)	9. Utilise une fourchette	9. Se lave les mains, commence à s'habiller seul	9. Se lave les mains, commence à s'habiller seul	9. Se lave les mains, commence à s'habiller seul		
	10. Utilise la cuillère (de 12 à 23 mois)	10. Utilise une fourchette	10. Se lave les mains, commence à s'habiller seul	10. Se lave les mains, commence à s'habiller seul	10. Se lave les mains, commence à s'habiller seul		

6 Bijlage 6: Schema van het Van Wiechen ontwikkelingsonderzoek

VAN WIECHEN ONTWIKKELINGSONDERZOEK 15-54 MND													
Gedragsstoestand: 0 = Kind is wakker en alert 1 = Kind maakt een vermoeide indruk 2 = Kind is huilerig 3 = Kind huult door 4 = Anders; beschrijf onder opmerkingen	Interactie: 0 = Kind is coöperatief 1 = Kind is terughoudend en moet gestimuleerd worden 2 = Kind is verlegen of terughoudend zonder actief verzet 3 = Kind verzet zich actief 4 = Anders; beschrijf onder opmerkingen	Notatiestelsel: • In de betreffende kolom altijd de kalenderleeftijd vermelden, ook bij prematuren. • Voor elk onderzoek nieuwe kolom gebruiken. • Na 1½ jaar kolommen voor extra consulten. • Resultaat noteren met + of - ; bij twijfel -. • Rechts en links, waar aangegeven, afzonderlijk noteren. • Zo veel mogelijk zelf observeren; kenmerken met (M) zo nodig op mededeling van de ouder; bij positief resultaat M noteren. * Kenmerk herhalen.	Naam: Gebortedatum: Zwangerschapsduur: weken										
Algemeen	15 mnd	1½ jr		2 jr	2½ jr	3 jr	3½ jr	4 jr	4½ jr	Opmerkingen			
Leeftijd													
Gedragsstoestand													
Interactie													
Fijne mot./Adapt./Pers. en Soc. Gedrag	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L			
11. Doet blokje in/ uit doos													
12. Speelt "geven en nemen" (M)													
13. Stapelt 2 blokjes													
14. Gaat op onderzoek uit (M)													
15. Stapelt 3 blokjes													
16. Doet anderen na (M)													
17. Stapelt 6 blokjes													
18. Plaatst ronde vorm in stoof													
19. Trekt kledingstuk uit (M)													
20. Bouwt vrachtauto na													
21. Plaatst 3 vormen in stoof													
22. Tekent verticale lijn na													
23. Bouwt brug na													
24. Plaatst 4 vormen in stoof													
25. Trekt eigen kledingstuk aan (M)													
26. Tekent cirkel na													
27. Houdt potlood met vingers vast										met (R L hand)			
28. Tekent kruis na													
Communicatie	15 mnd	1½ jr		2 jr	2½ jr	3 jr	3½ jr	4 jr	4½ jr				
37. Zegt 2 "gehelewoorden" met begrip (M)													
38. Begrijpt enkele dagelijks gebruikte zinnen (M)													
39. Zegt 3 "woorden" met begrip (M)													
40. Begrijpt fantasieopdrachten (M)													
41. Zegt "zinnen" van 2 woorden (M)													
42. Wijst 6 lichaamsdelen aan bij pop (M)													
43. Noemt zichzelf "mij" of "ik" (M)													
44. Wijst 5 plaatjes aan in boek													
45. Zegt "zinnen" van 3 of meer woorden (M)													
46. Is verstaanbaar voor bekenden (M)													
47. Praat spontaan over gebeurtenissen thuis/speelzaal (M)													
48. Stelt vragen naar "wie", "wat", "waar", "hoe" (M)													
49. Is goed verstaanbaar voor onderzoeker													
50. Stelt vragen naar "hoeveel", "wanneer", "waarom" (M)													
51. Begrijpt analogieën en tegenstellingen (M)													
Grove Motoriek	15 mnd	1½ jr		2 jr	2½ jr	3 jr	3½ jr	4 jr	4½ jr				
66. Kruipt vooruit, buik vrij van de grond (M)													
67. Loopt langs (M)													
68.* Loopt los / loopt goed los / loopt soepel										(1* keer los)			
69. Gooit bal zonder om te vallen													
70. Raapt vanuit hurken iets op													
71. Schopt bal weg													
72. Kan in zit soepel roteren													
73. Fiets (op driewieler) (M)													
74. Springt met beide voeten tegelijk													
75. Kan minimaal 5 seconden op één been staan													

© 2023-6 Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, Utrecht

VAN WIECHEN ONTWIKKELINGSONDERZOEK 0-12 (15) MND.

Gedragsstoestand: 0 = Kind is wakker en alert 1 = Kind maakt een vermoede indruk 2 = Kind is luiertig 3 = Kind huult door 4 = Anders; beschrijf onder opmerkingen		Notatiesysteem: * In de betreffende kolom altijd de kalenderleeftijd vermelden, ook bij prematuren. * Voor elk onderzoek nieuwe kolom gebruiken. Na 3 en 6 mnd kolom voor extra consulten. * Resultaat noteren met + of - ; bij twijfel -. * Rechts en links, waar aangegeven, afzonderlijk noteren. * Zo veel mogelijk zelf observeren; kenmerken met (M) zo nodig op mededeling van de ouder; bij positief resultaat M noteren. * Kenmerk herhalen		Naam: _____ Geboorte datum: _____ Zwangerschapsduur: weken				
Algemeen	4 wkn 1 mnd	8 wkn 2 mnd	13 wkn 3 mnd	26 wkn 6 mnd	39 wkn 9 mnd	52 wkn 12 mnd	65 wkn 15 mnd	Opmerkingen
Leeftijd								
Gedragsstoestand								
	R	L	R	L	R	L	R	L
	R	L	R	L	R	L	R	L
Fijne motoriek/Adaptatie/Persoonlijkheid en Sociaal Gedrag								
1. Ogen fixeren								
2. Volgt met ogen en hoofd 30° ← 0° → 30°								
3. Handen af en toe open								
4. Kijkt naar eigen handen (M)								
5. Speelt met handen middervoer								
6. Pakt in rugligging voorwerp binnen bereik								
7. Pakt blokje over								
8. Houdt blokje vast, pakt er nog een in andere hand								
9. Speelt met beide voeten (M)								
10. Pakt propje met duim en wijsvinger								
11. Doet blokje in en uit doos								
12. Speelt "geven en nemen" (M)								
Communicatie	1 mnd	2 mnd	3 mnd	6 mnd	9 mnd	12 mnd	15 mnd	
29. Reageert op toespoken (M)								
30. Lacht terug (M)								
31. Maakt geluiden terug (M)								
32. Maakt gevarieerde geluiden (M)								
33. Zegt "dada-baba of gaga" (M)								
34. Beantwoordt bij zijn spel (M)								
35. Reageert op mondeling verzoek (M)								
36. Maakt communicatieve gebaren (M)								
37. Zegt 2 "geluidwoorden" met begrip (M)								
38. Begrijpt enkele dagelijks gebruikte zinnen (M)								
Grove Motoriek	1 mnd	2 mnd	3 mnd	6 mnd	9 mnd	12 mnd	15 mnd	
52. *Beweegt armen evenveel								
53. *Beweegt benen evenveel								
54. *Blijft hangen bij optillen onder de oksels								
55. *Reacties bij optrekken tot zit								
56. Heft kin even van onderlaag								
57. Heft in buikligging hoofd tot 45°								
58. Kijkt rond met 90° geheven hoofd								
59. Benen gebogen of trappelen bij verticaal zwaaien								
60. Rollet zich om van rug naar buik en omgekeerd (M)								
61. Kan hoofd goed ophouden in zit								
62. Zit op billen met gestrekte benen								
63. Zit stabiel los								
64. Kruipt vooruit, buik over de grond (M)								
65. Trekt op tot staan (M)								
66. Kruipt vooruit, buik vrij van de grond (M)								
67. Leest langz (M)								

7 Bijlage 7: Voorbeelden van tests voor eerstelijnsprofessionals

	Beoordelingstijd	Uitgave/ Auteurs	Inhoud/Doelstelling	Validatie	Taal	Gebruik
Denver	+/- 10 minuten	C. Vachon en M. Tardieu Revue du praticien 1992; 42: 114-5.	Ontwikkelingstest voor 0- tot 6-jarigen die vaardigheden in sociaal contact, fijne motoriek, taal en motoriek beoordeelt	Geen validatie of standaarden voor de Franse versie	Engels, Frans	Prof.: toepasbaar door professional die geen arts of psycholoog is
Van Wiechen	+/- 15 tot 20 minuten	Van Wiechen H. (ontwikkeld in Nederland in de jaren 1960, regelmatig herzien)	Schema voor het volgen van de ontwikkeling van kinderen van 0 tot 4 jaar, met 75 items op het gebied van motoriek, taal, persoonlijke aanpassing en sociaal contact.	Gevalideerd in Nederland; betrouwbaarheids- en gevoeligheidsstudies. Geen Franstalige validatie tot nu toe.	Nederlands (origineel), gedeeltelijk vertaald in het Frans	Prof: toepasbaar door huisartsen, kinderartsen en opgeleide verpleegkundigen
HAS boekje	+/- 15 minuten	HAS, Interministeriële delegatie voor de nationale strategie voor autisme binnen neurologische ontwikkelingsstoornissen	Neurologische ontwikkelingsstoornissen - Identificatie en begeleiding van kinderen jonger dan 7 jaar die risico lopen.			
Wegwijzer Ontwikkelingszorgen	+/- 15 minuten	Initiatief van het netwerk voor geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren in Oost-Vlaanderen, via het RADAR Crosslink programma. De inhoud werd voorbereid door Dr. Sara Van der Paelt, onder toezicht van Prof. Dr Herbert Roeyers (UGent).	Online tool voor vroegdetectie en advies bij zorgen over de ontwikkeling van kinderen jonger dan 7 jaar. De Wegwijzer is in eerste instantie ontwikkeld voor mensen die professioneel bij de zorg voor jonge kinderen betrokken zijn, maar ook ouders kunnen hem gebruiken.			
ADBB	+/- 10 minuten	A. Guedeney, 2012.	Schaal om relationele terugtrekking te beoordelen bij baby's tussen 0 en 24 maanden, met 8 observatie-items.	Goede psychometrische kwaliteit		
M-CHAT R/F	5 minuten	Robins et al., 2009	Vragenlijst van 24 items, ingevuld door ouders om het emotionele en communicatieve gedrag te beoordelen van kinderen tussen 16 en 52 maanden oud. https://www.mchatscreen.com/mchat-rf/scoring/	Goede psychometrische kwaliteit		Ouder

8. Bijlage 8: Voorbeelden van tests voor tweedelijnsprofessionals

	Beoordelingstijd	Uitgave/ Auteurs	Inhoud/Doelstelling	Validatie	Taal	Gebruik
GED	Tussen 30 en 60 minuten	Team van onderzoekers van het Laboratoire d'étude du nourrisson (LEN) aan de Université du Québec in Montréal en de Université de Montréal	Beoordeelt de cognitieve, taalkundige, motorische en sociale ontwikkeling van kinderen van 0 tot 5 jaar.	Goede psychometrische kwaliteit (Dupuis en Martel, 2006), benchmarking (Matthieu, Dupuis, Moreau, & Latulippe, 2009)	Frans	Prof
Care Index	Video van 3 minuten om te analyseren	Patricia McKinsey Crittenden	Een methode voor het beoordelen van interacties tussen volwassene en baby tot de leeftijd van 2,5 jaar, die de gevoeligheid van de volwassene in een dyadische context met een kind evalueert (screeningsinstrument, niet diagnostisch).			
Brazelton	+/- 20 minuten	Thomas Berry Brazelton	Schaal van de geboorte tot de tweede maand die individuele emotionele en gedragskenmerken beoordeelt		Frans	Professioneel
Amiel-Tison en Gosselin	Tussen 30 en 60 minuten	Julie Gosselin en Claudine Amiel-Tison. CHU St-Justine	Neurologische beoordeling van de geboorte tot 6 jaar			Professionals
Bayley 4	Gebruik: Geautomatiseerde correctie: 10'	2022 - PhD Nancy Bayley; PhD Glen P. Aylward	Schalen voor de ontwikkeling van baby's en jonge kinderen van 16 dagen tot 42 maanden, die cognitieve, taal- en motorische vaardigheden beoordelen.		Frans	Prof
Brunet Lézine Herzien. BLR	Test: tussen 20 en 30 minuten Beoordeling: 20'	2001 - Denise Josse	Schaal van de psychomotorische ontwikkeling van 2 tot 30 maanden, die de houdingscontrole en motorische vaardigheden, oculomotorische coördinatie en adaptief gedrag met betrekking tot voorwerpen, taal en sociale relaties beoordeelt.		Frans	Prof
HINE	5-10 minuten	Hammersmith	Beoordelingsinstrument voor de motorische functies, ontworpen als een eenvoudige methode om de motorische vaardigheden van baby's van 2 maanden tot 2 jaar te beoordelen.			

Schaal voor motorische en functionele ontwikkeling DF- MOT	+/- 20 minuten	VAIVRE-DOURET L. 2004	Evaluatie van de posturale, motorische en locomotorische ontwikkeling en de oog-hand-coördinatie van 0 tot 48 maanden	Ja	Frans	
Algemene bewegingen			Gestandaardiseerde beoordeling uit te voeren tussen 2 en 4 maanden			
Sociaal-affectief profiel (SAP)	80 artikelen Er is een korte versie beschikbaar	Dumas, Lafrenière, Capuano, & Durning (1997)	Evaluatie van gedrag bij kleuters (2 ½ tot 6 jaar). Bestaat uit 8 basisschalen die 3 aspecten van sociaal gedrag beschrijven (uitdrukken van emoties, interactie met leeftijdsgenoten, interactie met de leerkracht), en 4 globale schalen (sociale vaardigheid, geïnternaliseerde problemen, geëxternaliseerde problemen, algemene aanpassing).	Goede psychometrische kwaliteit	Engels, Frans	Ouder/school
ITSEA/ESEJE Sociaal-emotionele beoordeling van jonge kinderen	166 items/ 30 minuten Beschikbaar in verkorte versie	Bracha, Gérardin et al. 2007 (voor de Franse bewerking)	Sociaal-emotioneel profiel en vaardigheden van kinderen van 12 tot 36 maanden. 3 domeinen (externalisatie, internalisatie, regulatieproblemen) en 6 vaardigheden (meegaandheid, aandacht, imitatie-spel, motivatie-controle, empathie en prosociale relaties met leeftijdsgenoten).	Goede psychometrische kwaliteiten (ook voor de verkorte versie)	Engels, Frans	Ouders
CBCL- 1,5-5 jaar	20 minuten 99 items	Fombonne et al. (1998), Bouvard en Perez (2008) voor de Franse versie.	Beoordeling van emotionele en gedragssymptomen bij kinderen van 18 maanden tot 5 jaar (angst, opgesloten zijn, agressief gedrag, destructief gedrag, slaapproblemen, somatische problemen, andere problemen).	Goede psychometrische kwaliteit	58 talen waaronder Frans	Ouders/prof.
ASQ-3	+/- 15 minuten	Squires en Bricker	Een screeningtool dat de vorderingen in de ontwikkeling bij kinderen tussen een maand en 5,5 jaar vaststelt. Baseert zich op de ouders als experts. (20 vragenlijsten)	De psychometrische gegevens voor de Franse versie zijn onvolledig. Volgens Dionne (2003) suggereert een onderzoek van een van de vragenlijsten goede resultaten in termen van interne consistentie. De psychometrische gegevens voor de Engelse versie (berekend op basis van gecombineerde gegevens van onderzoeken naar de originele versie en de herziening ervan) zijn vrij goed.	Frans, Engels en Spaans.	

9. Bijlage 9: Diagnostische instrumenten

GED: Beoordeelt de cognitieve, taalkundige, motorische en sociale ontwikkeling van kinderen van 0 tot 5 jaar

Amiel-Tisson en Gosselin: Neurologische beoordeling van de geboorte tot 6 jaar

Bayley 4: Schalen voor de ontwikkeling van baby's en jonge kinderen van 16 dagen tot 42 maanden, die cognitieve, taal- en motorische vaardigheden beoordelen.

MSEL (Mullen Scales of Early Learning): Ontwikkelingsschaal voor kinderen vanaf de geboorte tot 68 maanden. Bestaat uit 5 subschalen en beoordeelt de fijne en grove motoriek, visuele waarneming en receptieve en expressieve taal.

PEP-3: Psycho-educatief profiel van Schopler (*Schopler et al., 2010*): ontwikkelingsschaal voor kinderen van 2 tot 7 jaar. Meet de vaardigheden van kinderen op een aantal gebieden, waaronder visuele waarneming, communicatie, motoriek, imitatie, perceptie en cognitie. Een tweede schaal onderzoekt ook de atypische gedragingen die vaak worden waargenomen bij kinderen met ASS (sociaal, emotioneel en motorisch).

Brunet Lézine Herzien. BLR: Schaal van de psychomotorische ontwikkeling van 2 tot 30 maanden, die de houdingscontrole en motorische vaardigheden, oculomotorische coördinatie en adaptief gedrag met betrekking tot voorwerpen, taal en sociale relaties beoordeelt.

HINE: Beoordelingsinstrument voor de motorische functies, ontworpen als een eenvoudige methode om de motorische vaardigheden van baby's van 2 maanden tot 2 jaar te beoordelen.

Schaal van de motorisch-functionele ontwikkeling DF-MOT: Evaluatie van de posturale, motorische en locomotorische ontwikkeling en de oog-hand-coördinatie van 0 tot 48 maanden

Algemene bewegingen: Gestandaardiseerde beoordeling uit te voeren tussen 2 en 4 maanden.

DC: 0-5: De diagnostische classificatie van psychische en ontwikkelingsstoornissen in de baby- en vroege kindertijd is een hulpmiddel dat de problemen in de (gezins)context plaatst, en in de cultuur waarin het kind opgroeit (met name via As II). Het is een multi-axiaal classificatiesysteem voor stoornissen bij baby's en kinderen vanaf de geboorte tot 5 jaar, gepubliceerd in 2016 en gebaseerd op hedendaagse kennis en klinische ervaring. Het gebruik van een classificatiesysteem met meerdere 'assen' helpt professionals om een voldoende brede visie te hebben en de juiste en effectieve interventiestrategie in te zetten. Hierdoor kan alle informatie over een kind duidelijk worden geformuleerd, wat de professional verplicht om alle aspecten zorgvuldig te onderzoeken. Een grote verscheidenheid aan gegevens wordt georganiseerd en geïntegreerd tot een zinvol geheel, wat leidt tot een diagnostische formulering en een behandelplan.

De DC :0-5 bestaat uit 5 assen:

- As I: Klinische stoornissen
- As II: Relationele context (kind + ouder/omgeving)
- As III: Lichamelijke gezondheid en lichamelijke gezondheidsoverwegingen
- As IV: Psychosociale stressfactoren
- As V: Ontwikkelingsmogelijkheden, ontwikkeling van vaardigheden

De DC:0-5 is een op zichzelf staand classificatiesysteem, maar slaat tevens de brug naar de DSM-5 en ICD-10 (classificatiesystemen die wereldwijd worden gebruikt voor kinderen en volwassenen). In tegenstelling tot de DSM/ICD, waarin belangrijke categorieën en beschrijvingen voor de allerkleinsten ontbreken, is de DC:0-5 ontworpen vanuit een ontwikkelingsperspectief. De huidige versie is een vernieuwing en uitbreiding van eerdere versies van een classificatiesysteem voor stoornissen in de baby- en vroege kinderjaren: *de Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood* (DC: 0-3; ZERO TO THREE, 1994) en de *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, Revised Edition* (DC: 0-3R; ZERO TO THREE, 2005).

Dit is een globale classificatie die op zichzelf staat, in tegenstelling tot DC:0-3R. In vergelijking met de DC:0-3R zijn er nieuwe aandoeningen geregistreerd en wordt speciale aandacht besteed aan baby's jonger dan 1 jaar. Gedragsbeschrijvingen van bekende stoornissen zijn aangepast aan de leeftijd, zodat diagnostische kenmerken beter kunnen worden toegepast.

Deze methode vereist een diepgaand onderzoek, bestaande uit ten minste drie tot vijf sessies. Een beoordeling begint vaak met de assen III tot en met V, gevolgd door de assen II en I. De nadruk ligt niet op as I (psychiatrische stoornis). Dat stelt de arts in staat om zorgvuldig alle factoren af te wegen die een grotere of kleinere invloed kunnen hebben.

As III: de lichamelijke gezondheidstoestand

Medisch-somatische factoren vanaf de conceptie: naast de vastgestelde aandoeningen worden ook medische overwegingen (inclusief die van verzorgers) meegenomen.

- Lichamelijke invloeden op de geestelijke gezondheid:
 - Direct
 - Prenatale omstandigheden en blootstelling
 - Pre- en perinatale complicaties
 - Gevolgen van blootstelling aan een drug of medicijn
 - Acute medische aandoeningen (acute infectie, ongeval enz.)
 - Chronische ziekten (syndromen, aangeboren aandoeningen, epilepsie, allergie, kanker, diabetes enz.)
 - Chronische pijn
 - Groei problemen, bijv. groeiachterstand
 - Gezondheidsmarkers (bijv. vaccinaties)
 - Intellect en ontwikkeling
 - Lichamelijk letsel of blootstelling aan trauma door de omgeving van ouders of verzorgers (bijv. blauwe plekken, verwondingen veroorzaakt door mishandeling)
 - Indirect
 - Door het kind: bijv. verblijf op neonatale intensieve zorg, ziekenhuisbezoeken, traumatische medische ervaringen, beperking van normale activiteiten, scheiding van verzorger door ziekenhuisopname, functioneren van verzorger door bijvoorbeeld slaapgebrek.
 - Door de ouder of verzorger van het kind: perceptie van kwetsbaarheid, perceptie van chronische ziekte, toewijzing van verantwoordelijkheid

As IV: Psychosociale stressfactoren

As IV voor psychosociale stressfactoren toont de stressfactoren en hun ernst (intensiteit, duur en voorspelbaarheid). Naast de ernst wordt de impact van de stressfactor ook gekoppeld aan het ontwikkelingsniveau en de beschikbaarheid van volwassenen om het kind te beschermen en te helpen de stressfactor te begrijpen en ermee om te gaan. Ze hebben invloed op alle aspecten van de geestelijke gezondheid van kinderen (ontwikkeling, behandeling, preventie, symptomen). Het is belangrijk om de stressfactoren te identificeren om het kind in zijn context te begrijpen. Hoe meer stressfactoren, hoe groter de kans om chronische geestelijke gezondheidsproblemen te ontwikkelen.

De DC:0-5 bevat een checklist van stressfactoren die is onderverdeeld in verschillende gebieden.

Het volgende wordt onderzocht:

- Netwerk van ouders en voogden
- Sociale omgeving
- Opleiding/kinderopvang
- Huisvesting
- Economie en werkgelegenheid
- Gezondheid van het kind
- Juridisch

De invloed van de stressfactor hangt af van

- Ernst van de stressfactor
- Ontwikkelingsniveau van het kind
- De beschikbaarheid en vaardigheden van de ouders kunnen als een buffer fungeren en het kind helpen om de stressfactor te begrijpen en met de situatie om te gaan.

Zie tabel 4. Psychosociale en omgevingsstressoren

As V: Ontwikkeling van vaardigheden

Op as V worden gegevens over aanpassing en functioneren op de belangrijkste ontwikkelingsgebieden gegroepeerd in een profiel. Er zijn ontwikkelingstabellen opgenomen met voorbeelden van vaardigheden per leeftijdscategorie (3, 6, 9, 12, 18, 36, 48 en 60 maanden) die zijn geformuleerd in termen van concreet waarneembaar gedrag.

5 ontwikkelingsgebieden:

- Emotioneel
- Sociaal-relatieel
- Taal en sociale communicatie
- Cognitief
- Motoriek en lichamelijk

Op basis van informatie van ouders, observaties, testen ...

Zie Bijlage A - Ontwikkelingsmijlpalen

As II: Relatieve context

Op as II wordt aanpassing/adaptatie in de relationele context geplaatst, die voor elk kind moet worden beoordeeld.

AS II werd volledig herzien. De kenmerken van de verzorger en de relatie tussen hen worden onderzocht. Bijzondere aandacht wordt besteed aan de bijdrage van de ouder aan de relatie, maar ook aan de bijdrage van het kind aan de relatie. Het is duidelijk dat problemen en stoornissen bij kinderen over het algemeen worden geassocieerd met verhoogde ouderlijke stress en problematische interacties. AS II beoordeelt ook de bijdrage van de omgeving van de ouders/verzorgers, zoals de rolverdeling en onderlinge communicatie.

Dat gebeurt op basis van observaties en gesprekken waarbij elke verzorger wordt betrokken en beoordeeld als 'een sterk punt, geen punt van zorg, een duidelijk punt van zorg'. Jonge kinderen kunnen verschillende soorten relaties aangaan met verschillende verzorgers.

Zie tabel 1. Dimensies van zorg

Zie tabel 2. Bijdragen van baby's en peuters aan de relatie

Zie tabel 3. Dimensies van de zorgomgeving

As I: Klinische stoornissen

As I is een nauwgezette categorisatie van beelden en symptomen, inclusief de mate van lijden, functionele beperkingen en evolutie. De volgende aandoeningen worden beschreven:

- Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen
- Zintuiglijke verwerkingsstoornissen
- Angststoornissen
- Stemningsstoornissen
- Obsessief-compulsieve en gerelateerde stoornissen
- Slaap-, eet- en huilstoornissen
- Trauma, stress en deprivatiestoornissen
- Relatiestoornissen

Voor elke stoornis zijn de diagnostische criteria op dezelfde manier gestructureerd (inleiding, criteria, leeftijd, duur, diagnostische kenmerken, geassocieerde kenmerken die de diagnose ondersteunen, ontwikkelingskenmerken, prevalentie, beloop, risicofactoren en prognose, cultureel gerelateerde diagnostische kenmerken, geslachtsgerelateerde diagnostische kenmerken, differentiële diagnose(n), comorbiditeiten, links naar DSM-5 en ICD-10).

Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen

- Autismespectrumstoornissen
- Atypische ASS bij jonge kinderen
- ADHD
- Hyperactiviteit van de peuterleeftijd
- Globale ontwikkelingsachterstand
- Taalontwikkelingsstoornis
- Coördinatie- en ontwikkelingsstoornis
- Andere ontwikkelingsstoornissen bij jonge kinderen

Zintuiglijke verwerkingsstoornissen

- Sensorische hyperreactiviteitstoornis
- Sensorische hyporeactiviteitstoornis
- Andere zintuiglijke verwerkingsstoornissen

Angststoornissen

- Angststoornis bij scheiding
- Sociale-angststoornis (sociale fobie)
- Gegeneraliseerde angststoornis
- Selectief mutisme
- Angst voor alles wat nieuw is
- Andere ontwikkelingsstoornissen bij jonge kinderen

Stemming

- Depressieve stoornis in de vroege kinderjaren
- Vroegkinderlijke stoornis gekenmerkt door willekeurige woede-uitbarstingen en agressie
- Andere stemningsstoornissen bij jonge kinderen

Obsessief-compulsieve en gerelateerde stoornissen

- Obsessief-compulsieve stoornis
- Ziekte van Gilles de la Tourette
- Motorische of vocale ticstoornis
- Trichotillomanie (haaruittrekstoornis)
- Dermatillomanie bij het kind
- Andere obsessief-compulsieve stoornissen

Slaap-, eet- en huilstoornissen

- Slaapstoornissen
- Inslaapstoornis
- 's Nachts wakker worden
- Gedeeltelijk wakker worden
- Nachtmerries in de vroege kindertijd
- Eetstoornissen bij jonge kinderen
- Overmatige voedselinname
- Ontoereikende voedselinname
- Atypische eetstoornis
- Huilstoornissen in de vroege kindertijd
- Overmatig huilen
- Andere slaapstoornissen, eetstoornissen en overmatig huilen in de vroege kindertijd

Trauma, stress en deprivatiestoornissen

- Posttraumatische stressstoornis
- Aanpassingsstoornis
- Gecomplexeerde rouwstoornis bij jonge kinderen
- Ongeremd gedrag bij sociale contacten
- Andere trauma's, stress en deprivatiestoornissen bij jonge kinderen

Relatiestoornissen

- Relationale stoornis specifiek voor de vroege kindertijd

10. Bijlage 10: Deel gewijd aan het leren over de normale (neurologische/psychologische) ontwikkeling en stoornissen in de (neurologische/psychologische) ontwikkeling bij jonge kinderen in verschillende opleidingen in de Franstalige Gemeenschap van België:

De volgende beschrijving richt zich voornamelijk op het kerncurriculum (volledige cursus), waarbij niet altijd rekening wordt gehouden met keuzevakken of specialisatievakken. Ze is gebaseerd op de programma's die door bepaalde universiteiten en hogescholen worden aangeboden. Ze geeft een overzicht in de vorm van voorbeelden, maar is beslist niet volledig.

Sommige van deze cursussen zijn specifiek, terwijl andere algemener zijn en ook een onderdeel bevatten over problemen die zich voordoen na de leeftijd van vijf jaar.

Opleiding Geneeskunde (bachelor + master: 6 jaar):

Normale en atypische ontwikkeling van kinderen van 0 tot 5 jaar.

UCL: Cursus Kinderneurologie: ongeveer 5 uur, Kinderpsychiatrie: ongeveer 7 uur. Totaal: ongeveer 12 uur.

UCL: Cursus Kinderneurologie: 2 tot 5 uur, Kinderpsychiatrie: 2 tot 5 uur. Totaal: ongeveer tien uur.

Opleiding Psychologie (bachelor + master: 5 jaar):

ULiège:

30 uur over elementen van de normale en atypische ontwikkeling van geboorte tot adolescentie.

UCL:

30 uur over de psychopathologie van de ontwikkeling (van geboorte tot adolescentie).

Opleiding Assistent in de psychologie (bachelor + master: 3 jaar):

Hogeschool Léonard de Vinci:

36 uur Psychopathologie, kinder- en jeugdpsychopathologie.

48 uur Ontwikkelingspsychologie.

24 uur Psychomotorische beoordeling en partiële leerproblemen

Finaliteit meervoudige benadering in psychopedagogie:

12 uur Geestelijke gezondheid van het kind en preventie

24 uur Psychomotorische beoordeling en partiële leerproblemen

36 uur Beoordeling en vroege interventie.

Hogeschool provincie Luik:

60 uur Ontwikkelingspsychologie.

30 uur Psychopathologie van het kind.

30 uur Vragen in psychopedagogie.

Opleiding Opvang en opvoeding van jonge kinderen (bachelor: 3 jaar):

Hogeschool Léonard de Vinci:

30 uur Geestelijke gezondheid.

48 uur Benadering van de vroege kindertijd.

12 uur Hechtingsstoornis.

Hogeschool provincie Luik:
60 uur Ontwikkelingspsychologie.
50 uur Pathologie en speciale behoeften.

Opleiding Logopedie (bachelor: 3 jaar met de mogelijkheid van een master: 2 jaar):
Bachelor: 3 jaar:

UCL:
45 uur Ontwikkelingspsychologie.
30 uur Kinderneurologie.

Hogeschool provincie Luik:
26 uur Psychomotorische ontwikkeling
20 uur Neurologie, Kinderneurologie en pathologieën van het kind.
38 uur Neurologische ontwikkelingsstoornissen.

Master: 2 jaar:

UCL:
Optie:
120 uur Neurologische ontwikkelingsstoornissen.
Keuzevakken:
30 uur Psychologie van de gezondheid van het kind.
30 uur Psychomotoriek en ontwikkeling.
30 uur Communicatieve en psychologische ontwikkeling van kinderen met ontwikkelingsstoornissen.

Opleiding Fysiotherapie en revalidatie (bachelor + master: 4 jaar):

Hogeschool Léonard de Vinci:
24 uur Geestelijke gezondheid.

UCL:
30 uur Neurologische en kinderneurologische fysiotherapie.
30 uur Algemene psychologie.

Mogelijkheid voor een 2-jarige master in de algemene richting motorische wetenschappen
UCL:
30 uur Aanvulling neurologische en kinderneurologische fysiotherapie.

Opleiding Psychomotoriek (bachelor: 3 jaar):

Hogeschool Léonard de Vinci:
48 uur Benadering van de vroege kindertijd.
72 uur Psychomotorische benadering van ontwikkelingsstoornissen van 0 tot 18 jaar.
47 uur Psychopathologie en psychomotorische interventie bij kinderen.
49 uur Neurologische ontwikkelingsstoornissen en psychomotorische interventie.

Hogeschool Condorcet (provincie Henegouwen):
60 uur Ontwikkelingspsychologie
45 uur Psychopathologie
30 uur Kinderneurologie
90 uur Psychomotorische ontwikkeling op verschillende leeftijden en bijbehorende stoornissen.

Sectie 1 lerarenopleiding (bachelor + master: 4 jaar):

Hogeschool Léonard de Vinci:
98 uur Algemene ontwikkeling van het kind.

Opleiding tot opvoeder gespecialiseerd in sociale en sportieve activiteiten (bachelor: 3 jaar):

Hogeschool Léonard de Vinci:
124 uur Psychologie en pedagogiek, gespreid over 3 jaar.

Opleiding tot pedagoog gespecialiseerd in psycho-educatieve ondersteuning (bachelor: 3 jaar):

Hogeschool Condorcet (provincie Henegouwen):
45 uur Ontwikkelingspsychologie
90 uur Speciale vragen van de psychopedagogie.
30 uur Algemene en sociale psychologie.
90 uur Psychopathologie

Opleiding Verpleegkunde (verantwoordelijk voor algemene verzorging) (bachelor 4 jaar):

Hogeschool Léonard de Vinci/ISEI:
12 uur Ontwikkelingspsychologie van het kind.

Hogeschool provincie Namen:
12 uur Ontwikkelingspsychologie van het kind.

Hogeschool provincie Luik:
34 uur Psychologie (de psychologie van de ontwikkeling van het kind is een onderdeel van deze meer algemene cursus).

Opleiding tot verpleegkundige gespecialiseerd in kindergeneeskunde en neonatologie (specialisatie van 1 jaar):

Hogeschool Léonard de Vinci/ISEI:
29 uur Kinderpsychiatrie.
22 uur Psychologie + 8 uur Toegepaste psychologie.

Hogeschool provincie Namen:
18 uur Algemene informatie over de ontwikkeling van kinderen en adolescenten en over kindermishandeling.
22 uur Geestelijke gezondheid, kinderpsychiatrie en psychiatrie voor adolescenten

Opleiding tot verpleegkundige gespecialiseerd in geestelijke gezondheid en psychiatrie (specialisatie van 1 jaar):

Hogeschool Léonard de Vinci/ISEI:
14 uur Psychiatische pathologieën: kinderen.
12 uur Verpleegkundige zorg in de kinderpsychiatrie.

Hogeschool provincie Luik:
20 uur Psychopathologie van het kind, de adolescent, psychofarmacologie en farmacologie.
10 uur Verpleegkundige zorg in de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie voor kinderen/adolescenten.

Over de Hoge Gezondheidsraad (HGR)

De Hoge Gezondheidsraad is een federaal adviesorgaan waarvan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu het secretariaat verzekert. 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 probeert het beleid inzake volksgezondheid de weg te wijzen op basis van de recentste wetenschappelijke kennis.

Naast een intern secretariaat van een 25-tal medewerkers, doet de Raad beroep op een uitgebreid netwerk van meer dan 500 experts (universiteitsprofessoren, medewerkers van wetenschappelijke instellingen, praktijkbeoefenaars, enz.), waarvan er 300 tot expert van de Raad zijn benoemd bij KB; 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 Commissie voor Deontologie) en de uiteindelijke validatie van de adviezen door het College (eindbeslissingsorgaan van de HGR, samengesteld uit 30 leden van de *pool* van benoemde experts). Dit coherent geheel moet toelaten adviezen af te leveren die gesteund zijn op de hoogst mogelijke beschikbare wetenschappelijke expertise binnen de grootst mogelijke onpartijdigheid.

Na validatie door het College worden de adviezen overgemaakt aan de aanvrager en aan de minister van Volksgezondheid en worden ze gepubliceerd op de website (www.hgr-css.be). Daarnaast wordt een aantal onder hen gecommuniceerd naar de pers en naar bepaalde doelgroepen (beroepsbeoefenaars in de gezondheidssector, universiteiten, politiek, consumentenorganisaties, enz.).

Indien u op de hoogte wilt blijven van de activiteiten en publicaties van de HGR kunt u een mail sturen naar info.hgr-css@health.belgium.be.

Deze publicatie mag niet worden verkocht.

www.hogegezondheidsraad.be



Met administratieve steun van de FOD
Volksgezondheid
Veiligheid van de Voedselketen
Leefmilieu