

# VROEG INVESTEREN LOONT!

## *Kansen en risico's voor Infant Mental Health-zorg bij de transitie van de jeugdhulp naar de gemeente.*

Prof. Dr. H.J.A. van Bakel,  
bijzonder hoogleraar Infant Mental Health, Universiteit van Tilburg, GZ-psycholoog, IMH-specialist, hoofd van het Specialistisch Centrum Infant Mental Health bij Dimence Geestelijke Gezondheidszorg.

A.M.M.B. Cabus,  
infant-, kinder- en jeugdpsychiater, psychotherapeut, IMH-specialist, voorzitter DAIMH

M.J. Rexwinkel,  
klinisch psycholoog, psychotherapeut, IMH-specialist, hoofdopleider van de tweejarige opleiding tot IMH-specialist en mede-oprichter van het Nederlands Vlaams kenniscentrum Infant Mental Health

P.J.W. Wullems,  
klinisch psycholoog, psychotherapeut, IMH-specialist, secretaris DAIMH

06-10-2013



## VROEG INVESTEREN LOONT!

*Kansen en risico's voor Infant Mental Health-zorg bij de transitie van de jeugdhulp naar de gemeente.*

### Inhoudsopgave

<b>INLEIDING</b> .....	<b>4</b>
<b>HOOFDSTUK 1: WAT IS INFANT MENTAL HEALTH?</b> .....	<b>6</b>
1.1 Definitie.....	6
1.2 IMH-visie .....	6
1.3 Prevalentiecijfers.....	8
<b>HOOFDSTUK 2: WETENSCHAPPELIJKE ONDERBOUWING VAN HET BELANG VAN VROEGE INTERVENTIES.</b> .....	<b>11</b>
2.1 Inleiding.....	11
2.2 Het begint in de zwangerschap .....	11
2.3 Als de baby er is.....	12
<b>HOOFDSTUK 3: HUIDIGE STAND VAN ZAKEN BETREFFENDE DIAGNOSTIEK EN INTERVENTIES, EFFECTONDERZOEK EN ROUTINE OUTCOME MONITORING.</b> .....	<b>14</b>
3.1 Inleiding.....	14
3.2 Wat is er aan (preventieve) interventies aanwezig in Nederland? .....	14
3.3 Routine Outcome Monitoring .....	15
3.4 Diagnostic Classification: 0-3 Revised (DC: 0-3R).....	16
3.5 Beschrijving algemene en specialistische diagnostiekmodules .....	17
3.6 Beschrijving behandeling .....	18
3.6.1 Behandeling/begeleiding kort .....	18
3.6.2 Behandeling specialistisch .....	18
3.6.3 Behandeling specialistisch, multidisciplinair .....	19
<b>HOOFDSTUK 4: BENODIGDE KENNIS EN DESKUNDIGHEID.</b> .....	<b>20</b>
4.1 Vereniging DAIMH .....	20
4.2 IMH-specialist DAIMH.....	20
4.3 Beschrijving kennis en vaardigheden van de IMH-specialist DAIMH .....	21



<b>4.4</b>	<b>Opleidingsvereisten en herregistratieregeling geregistreerde IMH-specialisten DAIMH .....</b>	<b>22</b>
<b>HOOFDSTUK 5: MODELLEN VOOR DE ORGANISATIE VAN ADEQUATE INFANT MENTAL HEALTH-ZORG. ....</b>		
<b>23</b>		
<b>5.1</b>	<b>Contextuele achtergrond van IMH-zorgprogramma's. ....</b>	<b>23</b>
<b>5.2</b>	<b>Infant Mental Health als belangrijk onderdeel van transformatie en innovatie in het nieuwe jeugdstelsel. ....</b>	<b>24</b>
<b>5.3</b>	<b>Een model voor implementatie van Infant Mental Health-zorg in het nieuwe jeugdstelsel .....</b>	<b>25</b>



## Inleiding

Vanaf 2015 wordt het nieuwe jeugdstelsel van kracht waarbij de gemeente de verantwoordelijkheid krijgt voor alle vormen van jeugdhulp, inclusief de jeugd ggz en het onderdeel preventie van de jeugdgezondheidszorg. Hierdoor zullen ingrijpende wijzigingen plaatsvinden, zowel in organisatie als bekostiging.

Zowel bij zorgverzekeraars, beleidsmakers, lokale overheden als in alle sectoren van de gezondheidszorg (en bij het brede publiek) is nog onvoldoende bekend over het vórstrekkende belang van vroege interventies op het gebied van de geestelijke gezondheid van (zeer) jonge kinderen en hun ouders. Dit is het werkveld van de Infant Mental Health. Hoewel er op dit gebied, zowel nationaal als internationaal, al zeer veel kennis en ervaring voorhanden zijn, blijken deze nog lang geen gemeengoed.

De Dutch Association for Infant Mental Health (DAIMH) biedt een onderkomen aan iedere professional die betrokken is bij de geestelijke gezondheidszorg van nog ongebooren kinderen, baby's, peuters, kleuters en hun ouders.

Als vereniging willen wij met dit document bijdragen aan de verspreiding van kennis en ervaring op dit gebied. We willen achtergrondinformatie en handvatten geven aan beleidsmakers op zowel landelijk als lokaal niveau om tot beslissingen te komen die daadwerkelijk bijdragen aan verbetering van de volksgezondheid en aan kostenbesparing. De uitgangspunten voor verbetering van het jeugdstelsel, zoals geformuleerd door de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Veiligheid en Justitie en door de Vereniging van Nederlandse Gemeenten luiden als volgt:

een omslag (transformatie) naar meer preventie en eerdere ondersteuning;

uitgaan van de eigen kracht van de jeugd en hun ouders;

minder snel medicaliseren van problemen;

integrale aanpak met betere samenwerking rond gezinnen en (jeugd)hulp op maat.

Wij zijn van mening dat deze uitgangspunten aansluiten bij de Infant Mental Health visie en zullen dat in dit document onderbouwen.

Door het behandelen van complexe problematiek die zich tijdens de zwangerschap en de eerste levensjaren manifesteert, worden intergenerationele cirkels van trauma en verwaarlozing doorbroken, wordt bijgedragen aan het voorkómen van toename van problematiek later in het leven en wordt de eventuele, in aanleg aanwezige kwetsbaarheid voor somatische en psychiatrische problemen positief beïnvloed. Op de lange termijn levert dit een betekenisvolle kostenbesparing op, zowel op het gebied van de somatische als geestelijke gezondheidszorg.

In dit document zal eerst een beeld geschetst worden van wat Infant Mental Health inhoudt. Vervolgens wordt een overzicht gegeven van de huidige stand van wetenschappelijke bevindingen betreffende de lange termijneffecten van problemen in de zwangerschap en de eerste levensjaren. Mogelijke interventies, de stand van zaken betreffende effectiviteitsonderzoek en Routine Outcome Monitoring worden beschreven. Er wordt stil gestaan bij wat beroepsbeoefenaars, werkzaam op dit gebied, aan kennis en deskundigheid in huis hebben. Tenslotte wordt een beeld geschetst van hoe ideale vroeghulp op het gebied van de Infant Mental Health er uit zou moeten zien, waarbij de visie van de stelselwijziging als uitgangspunt wordt genomen.



Investeren tijdens zwangerschap en eerste levensjaren in psychische gezondheid levert op lange termijn kostenbesparing op zowel op het gebied van somatische als geestelijke gezondheidszorg.

Behandelen van emotionele en psychische problemen tijdens zwangerschap en eerste levensjaren zorgt voor doorbreken van intergenerationele cirkels van trauma en verwaarlozing.

Uitgangspunten van stelselwijziging jeugd sluiten aan bij Infant Mental Health-visie.



# Hoofdstuk 1: Wat is Infant Mental Health?

## 1.1 Definitie

Infant Mental Health is een snel groeiend, multidisciplinair, internationaal werkveld van klinici, wetenschappers en beleidsmakers met als doel het sociaal- emotioneel welbevinden van (zeer) jonge kinderen te bevorderen.

Infant Mental Health wordt als volgt gedefinieerd:

*The young child's capacity to experience, regulate, and express emotions, form close and secure relationships, and explore the environment and learn. All of these capacities will be best accomplished within the context of the caregiving environment that includes family, community and cultural expectations for young children. Developing these capacities is synonymous with healthy social and emotional development. (Zero to Three, 2001)*

## 1.2 IMH-visie

Ieder mens ontwikkelt zich binnen een affectieve relatie. Deze relatie begint al in de baarmoeder. Jonge kinderen zijn volledig afhankelijk van hun ouders (verzorgers) en de systemen waarin zij opgroeien en leven.

De aard van vroege interacties tussen het (zeer) jonge kind en de ouder, zo blijkt uit tal van onderzoeken, bepaalt in hoge mate de wijze waarop genetische en constitutionele factoren in de ontwikkeling en het gedrag tot uiting komen. Eerdere nature-nurture discussies hebben plaats gemaakt voor dynamische en transactionele visies op de ontwikkeling van kinderen.

Hoe beter de kwaliteit van de relatie met de ouders (verzorgers), hoe beter het kind beschermd is tegen moeilijkheden in het leven en tegen mogelijke psychopathologie.

Kennis over de wijze waarop het jonge brein zich ontwikkelt, onder invloed van ervaring en interactie met de omgeving, biedt perspectieven voor diagnostiek en interventies.

Deze visie heeft ertoe geleid dat tal van professionals elkaar wereldwijd hebben gevonden rond het thema Infant Mental Health in de World Association for Infant Mental Health

([www.waimh.org](http://www.waimh.org)). De WAIMH is een non-profit organisatie waarvan mensen over de hele wereld, die zowel wetenschappelijk als klinisch werkzaam zijn op het gebied van de geestelijke gezondheid van het (zeer) jonge kind, lid kunnen worden. De doelstelling van de WAIMH sluit dan ook aan bij bovenstaande definitie:

*WAIMH's central aim is to promote the mental wellbeing and healthy development of infants throughout the world, taking into account cultural, regional, and environmental variations, and to generate and disseminate scientific knowledge.*

DAIMH staat voor *Dutch Association for Infant Mental Health* ([www.daimh.nl](http://www.daimh.nl)) en is deel (*affiliate*) van het internationale netwerk van de WAIMH. De DAIMH beoogt een niet weg te denken gesprekspartner te zijn in relatie tot de overheid en diverse kenniscentra in Nederland. De DAIMH wil een onderkomen bieden aan iedere professional die betrokken is bij de geestelijke gezondheidszorg van nog ongebooren kinderen, baby's, peuters, kleuters en hun ouders. Hierbij gaat de aandacht uit naar zowel de normale ontwikkeling als de risicovolle ontwikkeling, waarbij zowel beschermende als risicofactoren een rol spelen. Van belang hierbij



is het perspectief vanuit verschillende culturen op deze ontwikkelingsfasen. De DAIMH wil een platform zijn voor uitwisseling van kennis en kunde. Zij bevordert en erkent opleidingen op het gebied van Infant Mental Health en volgt prominent wetenschappelijk onderzoek rondom de mentale ontwikkeling van zeer jonge kinderen. De DAIMH beheert een register van specialisten op haar werkgebied.

De opzet van de WIAMH en de DAIMH is van meet af aan multi- en transdisciplinair van aard omdat professionals langs verschillende wegen een ingang kiezen om (zeer) jonge kinderen en hun ouders te begeleiden en te behandelen.

Het is een multidisciplinair werkveld omwille van de complexe aard en verwevenheid van de menselijke ontwikkeling. Kennis en expertise uit één enkele discipline kunnen nooit volstaan bij het begrijpen en behandelen van verstoringen in die vroege ontwikkeling. IMH-zorg is dan ook een subspecialisme binnen de verschillende basisdisciplines.

Er is in toenemende mate wetenschappelijke evidentie ( Zeanah, 2010) voor lange termijneffecten van prenatale invloeden, vooral de invloed van stress waardoor de leeftijdsondergrens van het werkveld bij -9 maanden ligt. Behandelprogramma's in het werkveld kunnen zowel baby, als peuter- en kleuterfase bestrijken, zodat de leeftijdsbovengrens van het werkveld om en nabij 6 jaar ligt.

Een integratieve bio-psycho-sociale benadering is noodzakelijk omdat bij kinderen van -9 maanden tot en met vijf jaar:

- ontwikkelingslijnen (lichamelijke, emotionele, sociale, cognitieve ontwikkeling) sterk met elkaar verweven zijn. Verstoringen binnen het ene gebied hebben directe consequenties voor de andere ontwikkelingslijnen.
- de ontwikkeling erg snel verloopt, waardoor ontwikkelingsgebieden extra gevoelig zijn voor onderlinge verstoringen
- wanneer problemen ontstaan, de vanzelfsprekendheid van ontwikkeling, interactie en opvoeding ernstig wordt aangetast, wat grote angst en onzekerheid in het 'jonge' ouderschap oplevert
- de aard, mate en impact van de problematiek bepaald worden door een veelheid aan factoren
- het gedragsrepertoire van het kind beperkt is, wat impliceert dat bepaalde problemen in het gedrag kunnen verwijzen naar heel verschillende oorzaken en processen
- veel emotionele problemen op jonge leeftijd zich somatisch uiten (bv. niet eten, niet slapen, veel huilen, lichamelijke onrust...)
- problematiek implicaties heeft voor de gezins- en opvoedingssituatie (waardoor het ook moeilijk is de ouder- en de kind factoren van elkaar te onderscheiden) en alle gezinsleden bij een problematische gezinssituatie betrokken zijn (o.a. omdat er altijd sprake is van wederzijdse effecten)
- er weinig externe aanwijzingen zijn (b.v. eerder uitgevoerde diagnostiek) betreffende de aard van de problematiek . Zowel bij ouders als verwijzers is de kennis hierover gebrekkig, wat veel onzekerheid oplevert, ook over de vraag in welk zorgcircuit het kind en de ouders hulp kunnen zoeken en verwachten.
- er, in tegenstelling tot bij oudere kinderen, minder informatiebronnen zijn (bij zeer jonge kinderen alleen ouders en consultatiebureau).

Door deze bio-psycho-sociale benadering is nauwe samenwerking met andere sectoren evident. Om tot een integraal hulpaanbod te komen moeten aard en organisatie ervan intersectoraal zijn (somatische gezondheidszorg, jeugdgezondheidszorg, onderwijs, voor- en vroegschoolse educatie (VVE), early childhood education and care (ECEC), integrale vroeghulp, verstandelijk gehandicapten sector,...).

Een aantal kenmerken is onderscheidend voor het werken met deze doelgroep:



- Nog meer dan bij het werken met oudere kinderen en gezinnen wordt uitgegaan van de krachten van het kind en het jonge gezin en van de balans tussen risico- en protectieve factoren. De ouder-kindrelatie is in deze ontwikkelingsfase essentieel doch ook bijzonder kwetsbaar. Vanuit deze krachten kunnen problemen in kaart gebracht worden en kunnen ze ingezet worden om de problemen gunstig te beïnvloeden.
- De primaire ingang en focus van diagnostiek en behandeling ligt bij de ouder-kindrelatie, niet alleen omdat kinderen in deze leeftijd nog zeer afhankelijk zijn van hun primaire verzorgers, maar ook omdat hun functioneren varieert al naargelang de relationele context.
- Bij (zeer) jonge kinderen is diagnostiek altijd procesmatig en zijn diagnostiek- en behandelproces nauwelijks van elkaar te scheiden. Diagnostiek is op deze jonge leeftijd al een vorm van behandelen.
- Diagnostiek en behandeling hebben op deze jonge leeftijd ook altijd een secundair preventief effect omdat de interventies plaatsvinden tijdens een continu doorgaande ontwikkeling en veranderingen in het hier en nu, de toekomstige ontwikkeling beïnvloeden. Vroege interventie en behandeling kunnen niet gelijkgesteld worden aan primaire preventie omdat er bij interventie en behandeling wel degelijk sprake is van problematiek of stoornis. Deze interventies zijn gericht op het behandelen van problemen in het hier en nu én op het voorkómen van problemen in de toekomst. Primaire preventie is aan de orde wanneer er (nog) geen problemen zijn. Wanneer door interventies toename van de problemen voorkomen wordt, gaat het om secundaire preventie. Deze interventies met secundaire preventie als gevolg behoren tot het terrein van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen van -9 tot en met 5 jaar.

<b>Kansen</b>
Het snel inzetten van IMH-interventies, mogelijk gemaakt door ontschotting van de zorg, valt zowel onder secundaire preventie als onder specialistische zorg.
Door gezinsgericht werken in wijken kunnen meteen IMH-ouder-kind-interventies ingezet worden los van de huidige jeugd-/ volwassenen-GGZ-schotten.
<b>Risico's</b>
IMH-interventies worden verward met en ondergebracht bij preventie. Hierdoor worden problemen niet vakkundig getrieerd en behandeld. Risico-kinderen worden daardoor niet op tijd gesignaleerd en er ontstaat vertraging in het krijgen van de juiste behandeling.
Er ontstaan nieuwe schotten tussen jeugd-GGZ en volwassenen- GGZ en tussen kindergeneeskunde en jeugdzorg. Een grote zorg is het uit elkaar trekken van de behandeling van ouders met psychopathologie en hun in ontwikkeling bedreigde/gestoorde kinderen. Deze zorg zou vanwege het belang van de ouder-kind relatie en de intergenerationele overdracht van psychopathologie juist geïntegreerd aangeboden moeten worden. Hetzelfde geldt voor het uit elkaar trekken van de somatische zorg en jeugdzorg. Op jonge leeftijd zijn soma en psyche nog moeilijk te onderscheiden en kunnen emotionele problemen zich vaak uiten in somatische klachten ( huilen, eten, slapen, onrust..)

### 1.3 Prevalentiecijfers

Incidentie-en prevalentiecijfers over psychische problematiek bij (zeer) jonge kinderen zijn in Nederland niet of nauwelijks voorhanden. Voorlopig kan alleen een grove schatting gemaakt worden. Dit onderstreept de noodzaak van epidemiologisch onderzoek op dit terrein.

Een Deens rapport '*Mental health problems and psychopathology in Infancy and early Childhood*' geeft een review op grond van beschikbaar internationaal (incl. Nederlands) onderzoek ( Anne Mette Skovgaard, 2010).

De conclusies zijn:



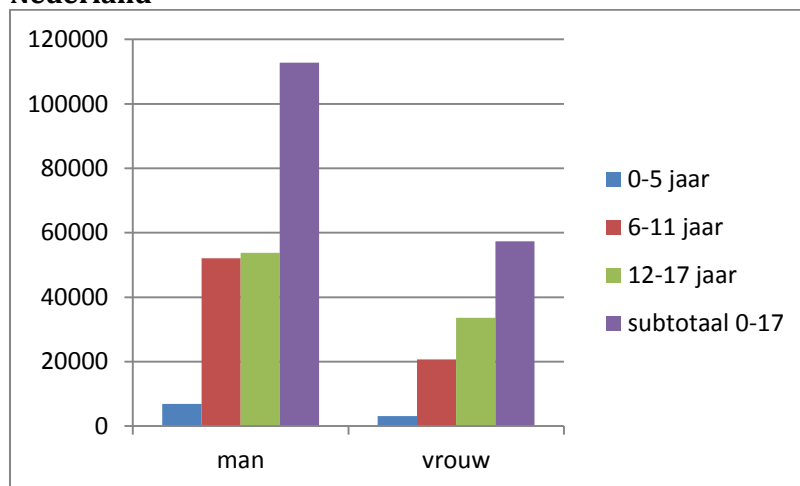


- Sociaal-emotionele problemen worden gevonden in 18% van de 1,5 jarigen. Deze percentages komen overeen met die van oudere kinderen;
- Neurobiologische problemen (retardatie, autisme, ADHD) worden geassocieerd met pre- en perinatale biologische risicofactoren;
- Psychosociale kwetsbaarheden bij ouders zijn risicofactoren voor emotionele-, gedrags- en slaapproblemen bij (zeer) jonge kinderen. Risicofactoren voor ouder-kind-relatieproblemen kunnen al vóór de geboorte van het kind geïdentificeerd worden. Reeds in de eerste 10 levensmaanden kunnen ouder-kind-relatieproblemen geïdentificeerd worden.
- Voorspellers van mentale problemen later in de ontwikkeling kunnen al geïdentificeerd worden in de eerste maanden van het leven. Risicofactoren die gevonden zijn in het onderzoek bij oudere kinderen zijn al werkzaam vanaf de geboorte.

Over de omvang van de verleende zorg aan deze groep zijn wel wat meer gegevens voorhanden. Zo blijkt uit gegevens van GGZ- Nederland uit 2010 dat in Nederland 3,5 miljoen kinderen leven tot en met 17 jaar. 170.200 (= 4,9%) van hen kwamen in 2010 in aanraking met tweedelijnsjeugd-ggz. Opvallend hierbij is dat slechts 10.000 (= 0,3%) daarvan de groep 0 tot en met vijf jaar betroffen. Er dus sprake van ondersignalering, onderdiagnostiek en onderbehandeling bij deze (zeer) jonge leeftijdsgroep. Uit wetenschappelijk onderzoek is immers bekend dat problemen die later gesignaleerd worden, reeds vroeg in de ontwikkeling aanwezig bleken te zijn. Uit epidemiologisch onderzoek is ook bekend dat problemen die zich op de kinderleeftijd voordoen de neiging hebben tot persisteren.

Overigens nemen jaarlijks de geestelijke gezondheidszorgkosten per jeugdige af. Relatief behandelt de jeugd-ggz meer kinderen voor minder kosten dan in andere sectoren. (factsheet specialistische jeugd-ggz 2010. GGZ Nederland.)

#### Actieve zorgtrajecten 0-17 jarigen uitgesplitst naar leeftijd en geslacht (2010) BRON: GGZ Nederland



Ook gegevens van het landelijk DBC-informatiesysteem kunnen inzicht geven in de omvang van de verleende hulp aan deze doelgroep:

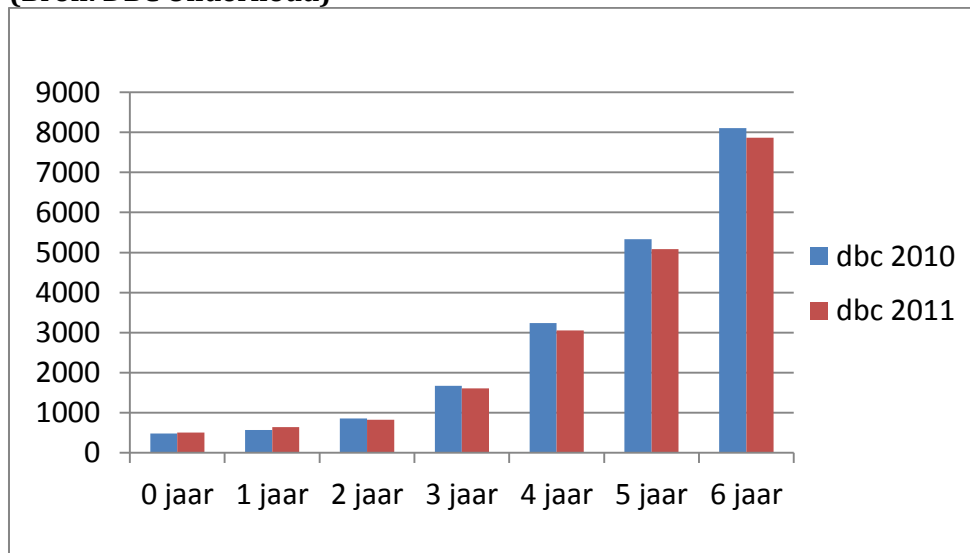
#### Percentage primaire diagnose 0-6 jarigen (Bron: DBC Onderhoud)

Top 5 DSM-IV en DC 0-3R	2010	2011
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	22%	25%

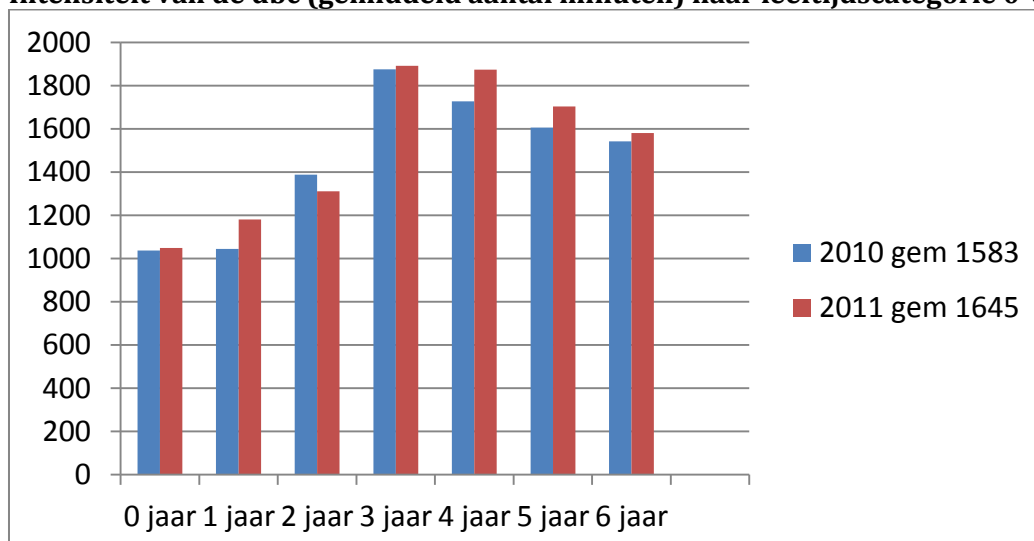


Aandachtstekortstoornis en gedragsstoornis	19%	18%
Overige stoornis in de kindertijd	16%	17%
Overige aandoeningen en bijkomende problemen die een reden van zorg kunnen zijn	15%	15%
Niet aanwezig	12%	13%
DC 0-3R as I primaire diagnose	5%	5%
DC 0-3R as II kwaliteit van de ouder-kindrelatie	1%	1%

**Aantal behandelingen (afgesloten dbc's) uitgesplitst naar kinderen tussen de 0-6 jaar (Bron: DBC Onderhoud)**



**Intensiteit van de dbc (gemiddeld aantal minuten) naar leeftijdscategorie 0-6 jaar**



**Kans**  
Betere vroegtijdige signalering en eerdere interventie kunnen incidentie en prevalentie van



geestelijke gezondheidsproblemen bij jeugdigen gunstig beïnvloeden.

## Hoofdstuk 2: Wetenschappelijke onderbouwing van het belang van vroege interventies.

### 2.1 Inleiding

De eerste weken en maanden na de geboorte groeien de hersenen nog volop. Baby's zijn in deze periode volledig afhankelijk van degenen die voor ze zorgen. De aangeboren gerichtheid op sociale interactie speelt een cruciale rol in hun verdere emotionele, sociale en cognitieve ontwikkeling. In deze vroege periode kunnen negatieve omstandigheden en ervaringen een enorme negatieve en langdurige invloed hebben op de in ontwikkeling zijnde hersenen van het (zeer) jonge kind (Cuthbert e.a., 2011). Dit geldt met name voor delen van de hersenen die betrokken zijn bij het functioneren van het geheugen, stress, aandacht, taal en planning (Teicher, 2003). Buitenlands onderzoek heeft laten zien dat op driejarige leeftijd bijna de helft van de kinderen bij wie sprake was van enige vorm van mishandeling of (emotionele) verwaarlozing in het eerste halve levensjaar, ontwikkelingsproblemen of gedragsproblemen liet zien (Ward, 2010).

Maar ook over de langetermijneffecten is inmiddels al veel bekend. Kinderen die mishandeld of verwaarloosd zijn hebben een grotere kans op het ontwikkelen van psychische problemen, zoals forse gedragsproblematiek en slechte schoolprestaties (Meltzer, 2003). Tussen de 33% en 90% van de kinderen die het criminele pad op gaan, hebben enige vorm van verwaarlozing of mishandeling gekend in hun vroege kindertijd.

Naast ouder- en omgevingsfactoren kunnen ook kindfactoren de ouder-kindrelatie ernstig verstoren, zoals een moeilijk temperament, medische problemen, een verstandelijke of lichamelijke beperking. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat een hoge reactiviteit van het kind (dat wil zeggen een kind dat snel en sterk op frustratie reageert), gecombineerd met een controlerende ouder, grotere risico's op later antisociaal gedrag met zich meebrengt. Dit geldt ook voor de combinatie van een lage regulatie van het kind met lage niveaus van moederlijke controle (Degnan et al., 2008).

Vaak gaat het bij emotionele problemen en stoornissen in de vroege kindertijd dan ook over een combinatie van ouder- kind- en omgevingsfactoren. In de IMH-visie is de kwaliteit van de ouder-kindrelatie focus van diagnostiek en behandeling en wordt gekeken hoe kind- ouder- en omgevingsfactoren van invloed zijn op de ouder-kindrelatie.

Er is inmiddels overtuigend wetenschappelijk onderzoek vanuit verschillende onderzoeksdisciplines (o.a. ontwikkelingspsychopathologie en neurowetenschappen) dat het grote belang heeft aangetoond van preventieve programma's, interventies bij zwangere vrouwen en interventies bij baby's, peuters en kleuters, binnen hun sociale en maatschappelijke context, voor de verdere groei en ontwikkeling van kinderen.

### 2.2 Het begint in de zwangerschap

Uit onderzoek wordt steeds duidelijker dat baby's van ouders met psychische/ psychiatrische, verslavingsproblemen, een verleden van misbruik of verwaarlozing en/ of een (onverwerkte) traumatische voorgeschiedenis een sterk verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van allerlei problematiek, zoals gehechtheids- en ontwikkelingsproblematiek (o.a. Goodman & Gotlib, 2002).



Deze problemen zijn vaak terug te voeren op moeilijkheden in de dagelijkse interacties en in de afstemming tussen de ouders en hun kind. De problemen beginnen vaak al in de zwangerschap of tijdens en direct na de geboorte. Een gecompliceerde zwangerschap of bevalling, eerdere miskramen, abortus of een overleden kindje kan onverwerkt trauma triggeren.

Tussen de 10 en 20% van de zwangere vrouwen is bijvoorbeeld depressief of heeft een angststoornis of traumagerelateerde problematiek tijdens de zwangerschap. Inmiddels is veel onderzoek gedaan naar de mogelijke gevolgen van dergelijke stoornissen op de ontwikkeling van het kind. Het blijkt dat na de geboorte baby's van deze vrouwen prikkelbaarder zijn, vaker huilen en vaker ziek en hyperactief zijn. Op de lagere schoolleeftijd blijken ze vaker gedrags- en sociaal-emotionele problemen te laten zien, een lagere intelligentie te hebben en een slechtere taalontwikkeling. Ook aandachtstekortstoornissen (ADHD), agressief gedrag en angsten komen vaker voor. Vanaf de adolescentie is er vaker sprake van psychopathologie (stemmings- en angststoornissen of verslavingsproblematiek) (Schmeets, 2011; Van den Bergh, 2011).

Toename van stresshormonen bij de moeder tijdens de zwangerschap, (via de placenta bereiken die ook de foetus), beïnvloedt en verstoort de ontwikkeling van de hersenen van de foetus.

Aangetoond is dat bepaalde delen van de hersenen achterblijven in groei en dat met name de ontwikkeling van neuronale circuits achterblijft, die noodzakelijk zijn voor een goede regulering van de onderling van elkaar afhankelijke hersensystemen. Een verstoorde emotieregulatie van het opgroeiende kind maar ook verstoringen in het immuunsysteem van de baby kunnen dan het gevolg zijn. Deze kinderen zijn dan ook kwetsbaarder voor psychische én lichamelijke problemen op latere leeftijd. Oorzaken van stress kunnen ook deels buiten de moeder liggen. Depressieve klachten van de vader in de zwangerschap (Huizink, 2004; Van den Berg, 2006; Ramchandani, 2005), relatie- en huisvestingsproblemen of middelengebruik van de partner zijn allemaal zaken die bij de moeder tot stress kunnen leiden. Het is van groot belang dat angsten, trauma's en stressfactoren bij beide ouders goed worden geïnventariseerd aan het begin van de zwangerschap.

De IMH-visie gaat uit van een accumulatiemodel van stressoren. Hierbij is het eerder de optelsom van risicofactoren die ongunstige kind-uitkomsten voorspelt, in plaats van de voorspellende waarde van bepaalde individuele risicofactoren. Daarom is het juist zo van belang dat de IMH specialist de hele context overziet en behandelt.

### **2.3 Als de baby er is**

Na de geboorte blijkt dat goed afgestemde vroege interacties bepalend zijn voor de ontwikkeling van die hersenstructuren die zorgen voor latere gedrags- en emotieregulatie (Schore, 2001). De vroege regulatie van affecten, waarin de ouders de 'bio-psychologische' regulator zijn van hun kind, is de voorloper van de latere hechting. Een veilige gehechtheid heeft positieve gevolgen voor sociale relaties, voor de stemming, het gevoel geaccepteerd te worden en voor de zelfstandigheid van het jonge kind en het basisschoolkind. Daarbij geeft veilige gehechtheid een positieve zelfwaardering, zowel voor kinderen als voor jongeren. Ook bij jongeren is een verband geconstateerd tussen veilige gehechtheid en sociale relaties: vriendschappen en de ontwikkeling naar intieme relaties. Veilig gehechte kinderen onderzoeken hun omgeving meer dan onveilig gehechte kinderen. Hierdoor worden ook andere ontwikkelingsgebieden gestimuleerd. Het kind doet, door te onderzoeken en te bewegen, steeds meer kennis op - wat ook weer gunstig is voor de cognitieve ontwikkeling. Een onveilige hechting geeft een verhoogd risico op latere problemen. Dit hangt af van de wisselwerking tussen risico- en protectieve factoren. Een gedesorganiseerde hechting geeft een grote kans op de ontwikkeling van latere pathologie. (Fonagy e.a., 2002)

Onderzoek heeft aangetoond dat problemen op basisschool- en latere leeftijd hun voorlopers hebben in de eerste kinderjaren. Het niet goed kunnen reguleren van agressie en het gebrek aan adequate regulatie op jonge leeftijd leiden vervolgens tot grote problemen op allerlei gebieden op latere leeftijd (Moffit e.a., 2002). Chronisch antisociaal gedrag op latere leeftijd is



bijvoorbeeld vaak terug te voeren tot een patroon dat al heel vroeg in het leven is begonnen (Nagin & Tremblay, 1999).

Binnen de kindergeneeskunde is bekend dat voor de meeste problemen waarmee (zeer) jonge kinderen verwezen worden, geen somatische oorzaak wordt gevonden maar dat de problemen vaak terug te voeren zijn op een minder optimale of verstoorde ouder-kind relatie. De ernst van de symptomen waarmee (zeer) jonge kinderen vaak worden verwezen zoals overmatig huilen, voedings- en eetproblemen, slaapproblemen, gedragsproblemen en somatische problemen, die niet toe te schrijven zijn aan een lichamelijke oorzaak, is namelijk afhankelijk van en wordt in stand gehouden door de kwaliteit van de ouder-kindrelatie.

Het is dus van groot belang om problemen vroeg te signaleren, op een juiste wijze te adresseren, zodat snel de juiste hulp geboden kan worden.

<b>Kans</b>
Door het organiseren van hulp op wijkniveau, kunnen risico-zwangeren sneller gesignaleerd worden en sneller IMH-behandeling krijgen.
<b>Risico</b>
Door nieuwe schotten tussen jeugdhulp enerzijds en somatische gezondheidszorg en volwassenen GGZ anderzijds, wordt onvoldoende IMH-behandeling tijdens de zwangerschap ingezet.



## **Hoofdstuk 3: Huidige stand van zaken betreffende diagnostiek en interventies, effectonderzoek en Routine Outcome Monitoring.**

### ***3.1 Inleiding***

Zoals in hoofdstuk 1 reeds vermeld, is er binnen de zorg voor zwangeren en (zeer) jonge kinderen nog steeds sprake van een zorgelijke situatie van ondersignalering en onderbehandeling. (Zeer) jonge kinderen en hun ouders krijgen nog steeds vaak alleen preventieprogramma's aangeboden. Voor veel kinderen is dat voldoende maar voor een grote groep kinderen is dat absoluut onvoldoende. Het feit dat (zeer) jonge kinderen en hun ouders ernstige problemen kunnen hebben, blijkt in de maatschappij en onder professionals nog steeds een taboe.

IMH-interventies omvatten een continuüm, variërend van het bieden van concrete en praktische hulp, via emotionele steun, opvoedings- en ontwikkelingsondersteuning, diagnostiek van de vroege ouder-kindrelatie, tot gedragstherapeutische interventies en ouder-kindpsychotherapie (Maldonado, 2002). Uitgangspunt in al deze methoden is dat alle betrokken disciplines een gemeenschappelijke IMH-visie hebben en dat alle professionals, naast hun basisdiscipline, opgeleid zijn in de IMH-hulpverlening. Er zijn inmiddels veel interventies voorhanden om de ontwikkeling van een gezonde ouder-kindrelatie en een gezonde sociaal-emotionele ontwikkeling van het (zeer) jonge kind te bewerkstelligen. Het veld ontwikkelt zich en zowel kortdurende als langdurende interventies laten positieve uitkomsten zien.

Egeland & Bosquet (2001) kwamen op grond van hun onderzoek tot de volgende conclusie: Interventies bij risicogezinnen zijn meer succesvol wanneer naast de ouder-kindrelatie ook andere problemen van ouders aangepakt worden, zoals sociaal isolement, armoede, werkloosheid, huisvestingsproblemen of problemen met hulpverleningsinstellingen. De relatie met andere belangrijke gezinsleden dient ook in de behandeling betrokken te worden, voor zover deze de ouder-kindrelatie beïnvloedt.

Interventies moeten zo vroeg mogelijk beginnen (het liefst gedurende de zwangerschap); de ouder kan dan al vertrouwen krijgen in een relatie met een hulpverlener voordat hij of zij het eigen kind moet gaan ondersteunen. Vroege interventies moeten zo kort als mogelijk maar voldoende lang en intensief als nodig zijn, en er moet een vaste therapeutische relatie opgebouwd worden, zonder wisselingen. Shonkoff & Phillips (2000) benadrukken dat een effectieve behandeling zich vooral moet richten op de alledaagse ervaringen van het kind, de ouder en het gezin.

### ***3.2 Wat is er aan (preventieve) interventies aanwezig in Nederland?***

Het IMH-vak is een relatief jong vakgebied. Nederlandse effectstudies naar interventies voor (zeer) jonge kinderen zijn beperkt. De huidige standaard binnen het veld van de Infant Mental Health voor evidence-based werken is daarom voornamelijk gebaseerd op buitenlands effectonderzoek.



Programma's die in Nederland bewezen effectief zijn gebleken (VIPP, Incredible Years, de ouder-baby interventie van Karin van Doesum) zijn voor specifieke doelgroepen geschikt, maar lang niet altijd toereikend als er forse ouder-kindrelatie problemen zijn, er andere emotionele of psychische problemen bij het (zeer) jonge kind zijn en ouders eigen problematiek hebben. Zolang wetenschappelijk onderzoek ontbreekt en onvoldoende beschikbaar is, wordt geadviseerd uit te gaan van in het buitenland wetenschappelijk effectief bewezen interventies en landelijke richtlijnen te volgen die momenteel in ontwikkeling zijn. Ook kan gebruik worden gemaakt van werkwijzen die in het buitenland worden uitgevoerd. Elementen die effectief blijken te zijn worden geïntegreerd tot 'best practice' behandeltrajecten.

Verder worden leden verzocht nieuwe of uit het buitenland gehaalde interventies, waarmee positieve ervaringen zijn opgedaan te melden bij de DAIMH. De DAIMH spant zich in om behandelprogramma's voor (zeer) jonge kinderen aan te melden bij de databank 'effectieve interventies' van het Nederlands Jeugdinstituut.

Onderzoek naar behandelprogramma's voor deze doelgroep is zeer belangrijk. In samenwerking met het in oprichting zijnde *Kenniscentrum Infant Mental Health*, met de infantpsychiatrie en met de hoogleraar Infant Mental Health, worden het opzetten en deelnemen aan multi-site en multi-centered studies gestimuleerd teneinde voldoende groepsgrootte en onderzoekskwaliteit te kunnen waarborgen. Op deze wijze kan bijgedragen worden aan degelijke wetenschappelijke evidentie voor het klinisch werken met (zeer) jonge kinderen.

#### Kans

Interventies bij risicogezinnen zijn meer succesvol wanneer naast de ouder-kindrelatie ook andere problemen van ouders aangepakt worden, zoals sociaal isolement, armoede, werkloosheid, huisvestingsproblemen of problemen met hulpverleningsinstellingen. De relatie met andere belangrijke gezinsleden dient ook in de behandeling betrokken te worden, voor zover deze de ouder-kindrelatie beïnvloedt.

#### Risico

Binnen de zorg voor zwangeren en jonge kinderen is nog steeds sprake van een zorgelijke situatie van ondersignalering en onderbehandeling. (Zeer) jonge kinderen en hun ouders krijgen nog steeds vaak alleen preventieprogramma's aangeboden. Voor veel kinderen is dat voldoende maar voor een grote groep kinderen is dat absoluut onvoldoende. Het feit dat jonge kinderen en hun ouders ernstige problemen kunnen hebben blijkt in de maatschappij en onder professionals nog steeds een taboe.

### 3.3 Routine Outcome Monitoring

Uit onderstaand schema van GGZ Nederland 2011 blijkt dat er nog niet veel ROM-instrumenten in gebruik zijn voor de leeftijdsgroep 0-6 jaar.

	Vragenlijst	Versie	Informant	Leeftijd
Ernst problematiek	ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment)	CBCL/1.5-5	ouder	1.5-5
		C-TRF	leerkracht/verzorgende	1.5-5
		CBCL/6-18	ouder	6-18
		TRF	leerkracht	6-18
		YSR	jongere	11-18
	SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire)	P3/4	ouder	3-4
		T3/4	leerkracht	3-4
		P4-16	ouder	4-16
Dagelijks functioneren	HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents)	T4-16	leerkracht	4-16
		S11-17	jongere	11-17
Kwaliteit van leven	Kidscreen	Kidscreen-27 (52)	jongere	8-18
		Kidscreen-27 (52)	ouder	8-18



Vanuit de DAIMH wordt geadviseerd binnen de zorg voor 0-6 jarigen op eenzelfde manier de uitkomsten van behandelingen en interventies te monitoren.

Advies is om voor de volgende leeftijdscategorieën onderstaande instrumenten te gebruiken:

- 0-18 maanden: ASQ-SE (Ages and Stages Questionnaire: Social Emotional), VG&O (Vragenlijsten Gezin en Opvoeding), RQ (Relationship Questionnaire)
- 12-35 maanden: (B)ITSEA
- 18-48 maanden: CBCL (Childhood Behavior Check List), ASQ-SE, VG&O, RQ
- 48-60 maanden: CBCL, ASQ-SE, VG&O, RQ.

De wetenschapscommissie van de DAIMH is druk bezig om tot nadere ROM-adviezen te komen.

### **3.4 Diagnostic Classification: 0-3 Revised (DC: 0-3R)**

De DSM-IV is niet geëigend om stoornissen bij baby's en peuters te classificeren, daarom is er voor deze doelgroep in 1994 (ZERO TO THREE) een apart classificatiesysteem ontwikkeld, de 'Diagnostische Classificatie van Psychische en Ontwikkelingsstoornissen op Zuigelingenleeftijd en Vroege Kinderleeftijd (DC: 0-3)'. In 2005 is het systeem gereviseerd op basis van klinisch werk en voortschrijdend wetenschappelijk onderzoek. Deze revisie werd, evenals de voorgaande versie, in het Nederlands vertaald (Visser, 2009). Dit classificatiesysteem kent een breed internationaal en multidisciplinair draagvlak.

In Nederland is het systeem erkend binnen de huidige DBC-financieringsstructuur van de 2<sup>e</sup> lijns GGZ. In juli jl. heeft het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) in haar definitieve advies aan de minister van VWS, over de begrenzing en het gepast gebruik van de Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, genoemd dat stoornissen die vallen onder het classificatiesysteem DC: 0-3, ook binnen de nieuwe structuur van de GGZ vallen en onder de verzekerde zorg.

De DC: 0-3R is een belangrijk hulpmiddel in de klinische praktijk en ook van belang voor wetenschappelijk onderzoek. De DC:0-3R wordt gekenmerkt door het gebruik van een multi-axiaal classificatiesysteem. Dit helpt klinici om breed te kijken en de juiste interventiestrategie in te zetten. De assen zijn als volgt gedefinieerd (Visser, 2009):

AS I: Klinische stoornissen

AS II: Relatie classificatie

AS III: Medische aandoeningen en specifieke ontwikkelingsstoornissen

AS IV: Psychosociale stressfactoren

AS V: Emotioneel en sociaal functioneren

Op AS I worden de volgende hoofdcategorieën onderscheiden:

100: Posttraumatische stressstoornissen

200: Affectieve stoornissen

300: Aanpassingstoornis

400: Regulatiestoornissen in sensorische verwerking

500: Stoornis in slaapgedrag

600: Stoornis in voedingsgedrag

700: Stoornissen in de relatievorming en communicatie

800: Overige stoornissen (DSM IV-TR of ICD 10)

Gezien de relationele visie in de Infant Mental Health is AS II een zeer belangrijk onderdeel van het classificatiesysteem. Op AS II wordt namelijk aangegeven of er sprake is van een stoornis in





de relatie tussen ouder en kind. Twee instrumenten zijn daarbij van dienst: de Parent-Infant Global Assessment Scale (PIR-GAS) en de Relationship Problems Checklist (RPCL).

Op AS III worden medische aandoeningen of specifieke ontwikkelingsstoornissen geïdentificeerd.

Op AS IV worden psychosociale stressoren genoemd. De DC:0-3R voorziet in een checklist voor deze specifieke stressoren.

Op AS V is ruimte om het emotionele en sociale functioneren te beoordelen.

### 3.5 Beschrijving algemene en specialistische diagnostiekmodules

Onderstaande tabel is een weergave van veel gebruikte diagnostische methodes. De tabel pretendeert echter niet volledig en uitputtend te zijn.

Deze modules kunnen afhankelijk van de vraag en de doelgroep aangeboden worden aan de wijkteams of de eerste fase zijn van een behandeling.

Focus	Naam instrument	Doelgroep	Soort instrument	Certificaat	algemene of specialistische diagnostiek (ad of sd)
Kwaliteit van de ouder-kindrelatie op 5 schalen	Emotional Availability Scales (EAS)	Ouder en kind	Observatieschalen interactie	ja	ad/ sd
Risicogedrag van ouders/gedesorganiseerde gehechtheid	Ambiance	Ouder en kind	Observatieschalen interactie	ja	ad/ sd
Alertheidsregulatie van pasgeboren baby's	Newborn Behavioral Observation (NBO)	Kind	Opdrachtjes en observatie	ja	ad/ sd
Kwaliteit van de gehechtheidsrelatie van ouder(s)	Parent Developmental Interview (PDI)	Ouder	Gestandaardiseerd interview	Voor klinisch gebruik	sd
Kwaliteit van de prenatale gehechtheidsrelatie bij zwangeren	Working Model of the Child Interview (WMCI)	Ouder	Gestandaardiseerd interview	Voor klinisch gebruik	sd
Sociaal-emotionele ontwikkeling	Functional Emotional Assessment Scale (FEAS)	Kind	Observatieschalen Meerdere observatoren	ja	ad/ sd
Sensorische prikkelverwerking van kinderen	Sensory Profile	Kind	Gestandaardiseerde vragenlijst	ja	ad/ sd
Voedingsproblemen en -stoornissen	Chatoor feeding scales	Kind en ouder	Observatie schalen voedingsrelatie	ja	ad/ sd
Aan autisme verwante stoornissen	ADOS (autism diagnostic observation scale)	kind	semigestructureerde observatie	ja	ad/ sd
PAPA (Preschool Age Psychiatric Assessment; Egger, 2006)	meest gebruikte instrument om infant-/kinderpsychiatrische aandoeningen op de leeftijd 0-6 jaar vast te stellen				sd
Medische diagnostiek als onderdeel ouder-kind behandeling	kindergeneeskundig onderzoek	kind	Conform geldende richtlijnen	kinderarts- IMH specialist	ad/ sd
Psychiatrisch diagnostiek als onderdeel van ouder-kindbehandeling	infantpsychiatrisch onderzoek volwassenen psychiatrisch onderzoek	Kind: Infant-psychiater) Zwangere: (volwassenen psychiater gespecialiseerd in zwangerschap)	Conform geldende richtlijnen	infant-psychiater volwassenen psychiater	ad/ sd



		Ouder(s):(volwassenen psychiater)			
Psychologische diagnostiek als onderdeel van de ouder-kind behandeling Spelobservatie	Vrije spelobservatie	Kind	Conform geldende richtlijnen	Klinisch Psycholoog GZ-psycholoog K&J psycholoog Orthopedagoog- generalist	ad/ sd
Observaties op locatie	Thuisobservatie Observatie op KDV/School	Kind in directe omgeving	Conform geldende richtlijnen	Klinisch Psycholoog GZ-psycholoog K&J psycholoog Orthopedagoog- generalist infantpsychiater	ad/sd
Functieonderzoek als onderdeel van de ouder-kindbehandeling	Logopedisch onderzoek  Sensomotorisch onderzoek	Kind  Kind	Conform geldende richtlijnen	Logopedist  Fysiotherapeut / Sensomotorisch therapeut	ad/ sd

### 3.6 Beschrijving behandeling

Onderstaande tabellen zijn een weergave van veel gebruikte behandelmethodes. Ook deze tabellen pretenderen niet volledig en uitputtend te zijn en moeten beschouwd worden als de huidige stand van meest gangbare evidence and practice based behandelmethodes. Bij een volgende versie van deze notitie hopen wij dat wij de status van de evidence (bijv. theoretisch goed onderbouwd versus bewezen effectief) verder te kunnen aangeven.

#### 3.6.1 Behandeling/begeleiding kort

Soort klacht	Naam zorgprogramma	Doelgroep
<i>Opvoedproblemen</i>	Triple P variërend van niveau 1-5, afhankelijk van de ernst van de opvoedproblematiek in het gezin	Ouders, groep en individuele sessies
<i>Kindfactoren</i> zoals overmatig huilen, regulatieproblematiek, slaapproblemen, affectieve problemen, <i>Ouderfactor angst/depressie</i> en <i>ouder-kindrelatiefactoren</i> zoals niet sensitief en niet responsief.: Kortdurende behandeling of verheldering van het probleem, hierna <i>teruggeleiden</i> of indicatie voor <i>specialistische module</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>5 keer praten over je zwangerschap, baby of peuter</li> <li>DOKI</li> </ul>	Ouder(s) en kind
<i>Depressie moeder</i>	Moeder-kindinterventie methode Karin van Doesum	Moeder en kind
<i>Sensitiviteit en responsiviteit ouder</i>	Video interactiebegeleiding methode Marije Eliens	Ouder/ moeder en kind
<i>Depressieve en angstklachten moeder</i>	Preventieve programma's Groep en individueel 3 gesprekken	Preventieve projecten voor moeders

#### 3.6.2 Behandeling specialistisch

Soort klacht	Naam zorgprogramma	Doelgroep	Training/BIG registratie
Divers: overmatig huilen, regulatieproblematiek, slaapproblemen, affectieve problemen verheldering van het probleem. Hierna teruggeleiden of indicatie	5 gesprekkenmodel, meestal eerste keuze.	Ouder(s) en kind	Ja, eigen aanpassing voor Nederlandse situatie



voor andere module			
Ouder-kindrelatieproblematiek kind < drie jaar	Infant Parent psychotherapy (IPP)	Ouder(s) en kind	ja
Ouder-kindrelatieproblematiek kind > drie jaar	Child Parent psychotherapy (CPP)	Ouder(s) en kind	ja
Trauma en gedesorganiseerde hechting/ hechtingsproblemen	Modified Interaction Guidance (MIG)	Ouder(s) en kind	ja
Trauma bij peuters en kleuters >3 jaar	Trauma focused cognitive behavioural therapy	Ouder(s) en kind	ja
Huiselijk geweld	Programma <i>Don't hit my mummy</i>	Ouder(s) en kind	ja
(Vermoeden van) autisme spectrum stoornis	Pivotal response treatment		ja
Gedragsproblemen >3jaar	Parent Child Interaction Therapy	Ouder(s) en kind	ja
Gedragsproblemen vanaf 3 jaar	Incredible years	Oudertraining groep	ja
Kindfactoren (kind met special needs), vergroten sensitiviteit, responsiviteit en mentaliseren van ouder(s)	Watch Wait en Wonder Floorplay	Kind en ouder(s)	ja
Persoonlijkheidsproblematiek bij ouders	Keeping the baby in mind/mentaliseren  Mentaliseren bevorderende ouderbegeleiding	-ouder en kind (groep/ individueel) - Ouder(s)	ja
Trauma kind	EMDR voor kinderen als onderdeel van ouder-kindbehandeling	Kind	ja
Trauma ouder	EMDR als onderdeel van ouder-kindbehandeling	Ouder	ja
Vergroten sensitiviteit en responsiviteit ouder	Video interactiebegeleiding	Ouder en kind	ja

### 3.6.3 Behandeling specialistisch, multidisciplinair

<b>Best practice</b>
Module ' <i>voedingsstoornissen zeer jonge kinderen integraal</i> ' psychotherapeut/IMH specialist en kinderarts/IMH specialist, ev. in samenwerking met kinderafdeling ziekenhuis
Module ' <i>regulatiestoornissen zeer jonge kinderen integraal</i> ', IMH specialist/ psychotherapeut of GZ psycholoog met sensorische integratie therapeut of kinderarts IMH specialist
<i>Integrale behandeling van zwangerschapsproblematiek</i> , IMH specialist/psychotherapeut of GZ psycholoog en psychiater die in zwangerschap is gespecialiseerd. Indicatie ouderfactoren zoals angst, depressie, trauma, persoonlijkheidsproblematiek en kans op verstoorde prenatale hechting.
Medicamenteuze en/of psychiatrische behandeling kind en/of ouder door psychiater als onderdeel van ouder-kindbehandeling.



## Hoofdstuk 4: Benodigde kennis en deskundigheid.

### 4.1 Vereniging DAIMH

Zoals reeds in de inleiding vermeld, wil de DAIMH (Dutch Association for Infant Mental Health) een onderkomen bieden aan iedere professional die betrokken is bij de geestelijke gezondheidszorg van nog ongebornen kinderen, baby's, peuters, kleuters en hun ouders. De DAIMH wil een platform zijn voor uitwisseling van kennis en kunde. Zij bevordert en erkent opleidingen op het gebied van Infant Mental Health en volgt prominent wetenschappelijk onderzoek rondom de mentale ontwikkeling van (zeer) jonge kinderen. De DAIMH beheert een register van specialisten op haar werkgebied.

Het is een multidisciplinaire vereniging, waarbij beroepsbeoefenaren met verschillende basisberoepen in de gezondheidszorg zich kunnen specialiseren in de Infant Mental Health-zorg, te weten:

- BIG-geregistreerde artsen (waaronder psychiaters, kinderartsen en jeugdartsen),
- BIG-geregistreerde psychologen (klinisch psychologen en gezondheidszorgpsychologen),
- BIG-geregistreerde psychotherapeuten,
- Kinder- en jeugdpsychologen NIP,
- NVO-Orthopedagoog-Generalisten,
- HBO-plussers (o.a. maatschappelijk werkers, psychodiagnostisch medewerkers, fysiotherapeuten, vaktherapeuten, sociaal pedagogische werkers)

### 4.2 IMH-specialist DAIMH

Binnen de groep beroepsbeoefenaars op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg van het (zeer) jonge kind en zijn ouders is de IMH-specialist vooral werkzaam binnen de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. De kennis en deskundigheid van de IMH-specialist moeten echter ook (consultatief) inzetbaar zijn binnen het gebied van preventieve gezondheidszorg, somatische gezondheidszorg, basis-geestelijke gezondheidszorg, generalistische geestelijke gezondheidszorg en jeugdzorg.

De IMH-specialist DAIMH:

- is een zelfstandig beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg voor -9 maanden tot en met vijfjarigen, die, vanuit een multitheoretische en multimodale optiek, werkzaam is binnen een multidisciplinaire context. De IMH-specialist werkt op basis van een eigen professionele en gespecialiseerde verantwoordelijkheid op het gebied van de psychische hulpverlening en preventie bij complexe en/of acute somatische en psychische stoornissen en problemen in de gezondheidszorg voor -9 maanden tot en met vijfjarigen, en bij problematische interacties, met name waar deze belangrijke risico's voor de patiënt en/of zijn gezin en/of leefsysteem impliceren. Daarnaast is hij/ zij ook werkzaam op het gebied van de bevordering van de gezonde ontwikkeling van kinderen van -9 maanden tot en met vijf jaar, het anticiperen op mogelijke problemen en het voorkomen van deze problemen.



- heeft ook een eigen professionele verantwoordelijkheid met betrekking tot management (inclusief management van de behandelingscontext) en wetenschappelijk onderzoek;
- is gespecialiseerd in het deelgebied gezondheidszorg voor -9 maanden tot en met vijfjarigen. Er is sprake van specialistische kennis en kunde op het gebied van diagnostiek, indicatiestelling en behandeling voor zwangere vrouwen en hun partners, baby's, peuters, kleuters en hun ouders/ verzorgers.
- benadert de psychopathologie vanuit een ontwikkelingspsychopathologisch en functioneel perspectief (inclusief de belevingswereld) binnen de context, wat betekent dat biologische, psychische, relationele, gezins- en culturele aspecten in acht worden genomen.
- beschikt over het vermogen zijn domein-specialistische kennis te integreren in een totaalvisie op het kind van -9 maanden tot en met vijf jaar, zijn ouders, aanstaande ouders en hun eventuele problematiek;
- laat zich in zijn beroepsmatig handelen leiden door de regels van de beroepsethiek en de ter zake gestelde wet- en regelgeving alsmede de kwaliteitswetgeving;
- laat zich in zijn beroepsmatig handelen leiden door respect voor de uniciteit van het individu en voor diens integriteit, de rechten van het kind en het recht op zelforiëntatie voor gezinnen;
- reflecteert op zijn eigen professionele handelen en relateert zijn inzichten aan die van andere disciplines en daartoe behorende specialismen;
- beperkt zich in zijn beroepsmatig handelen tot de eigen deskundigheid;
- oefent op innoverende wijze zijn beroep uit in overeenstemming met de stand van de kennis en kunde van de professie;
- oefent zijn beroep uit met inachtneming van het bepaalde in het professioneel statuut IMH-specialist.

De IMH-specialist DAIMH is gespecialiseerd op de volgende domeinen:

- ontwikkeling binnen de context (biologische, neuropsychologische, psychische, relationele, gezins- en culturele aspecten)
- de voorbereiding op het onderwijs (regulier en speciaal onderwijs) en de daarmee samenhangende medische en schoolpsychologische aspecten
- ontwikkelingspsychopathologie bij het kind van -9 maanden tot en met vijf jaar en zijn ouders/verzorgers
- IMH-diagnostiek en interventies in de somatische en gezondheidszorg voor -9 maanden tot en met vijfjarigen
- vroegtijdige onderkenning en preventie bij kinderen van -9 maanden tot en met vijf jaar en hun ouders/verzorgers
- de relatie tussen de hulpverlener en het gezin van de -9 maanden tot en met vijfjarigen
- de verschillende aspecten van het functioneren van kinderen van nul tot en met vijf jaar in kinderdagverblijven en op peuterspeelzalen
- de hulpverlening in specialistische voorzieningen voor -9 maanden tot en met vijfjarigen
- jeugdzorg, GGZ-J, jeugdbescherming
- somatische zorg en revalidatie
- verloskunde

Dit impliceert dat degene die zich als IMH-specialist-DAIMH wil laten registreren, aan specifieke deskundigheidsvereisten moet voldoen. Hij/ zij dient te beschikken over sterke integratieve vaardigheden, waarbij de IMH-specialist DAIMH een transactioneel model hanteert en rekening gehouden wordt met de bio-psycho-sociale aspecten van de ontwikkeling.

### **4.3 Beschrijving kennis en vaardigheden van de IMH-specialist DAIMH**



Een IMH-specialist-DAIMH beschikt over kennis van de ontwikkeling en kennis van de factoren die zorgen voor instandhouding van ernstige en complexe psychische en/of interactionele problemen bij kinderen van -9 maanden tot en met vijf jaar en hun ouders/verzorgers. Hij/ zij heeft daarbij kennis van de complexe samenhang tussen aanlegfactoren en omgevingsfactoren, waaronder biologische variabelen, temperamentsvariabelen, de kwaliteit van interacties, persoonlijkheidsvariabelen van ouders/ verzorgers, het sociale en culturele systeem.

Dit impliceert grondige kennis van de grondslagen en belangrijkste praktijk van de:

- kennis van zwangerschap en geboorte, van pre- en perinatale interfererende factoren
- ontwikkelingspsychologie van het (zeer) jonge kind
- klinische baby-, peuter- en kleuterpsychologie
- persoonlijkheidspsychologie
- psychopathologie, m.n. de ontwikkelingspsychopathologie en de wijze waarop psychopathologie bij ouders/verzorgers interfereert met de interacties met het kind en de opvoedingsrelatie
- ontwikkelingsneuropsychologie en cognitieve psychologie van het (zeer) jonge kind
- sociale psychologie (in het bijzonder met betrekking tot gezin en kinderdagverblijf/peuterspeelzaal)
- gehechtheidstheorie
- gen-omgevingsinteractie
- affectieve processen tijdens de zwangerschap en tijdens de eerste levensjaren

De IMH-specialist is in staat werkzaamheden op het gebied van diagnostiek, indicatiestelling en behandeling op een specialistisch niveau te verrichten bij kinderen van -9 maanden tot en met vijf jaar en hun ouders.

*Voor een uitvoerige beschrijving van verrichtingen, kennis en vaardigheden wordt verwezen naar de opleidingsvereisten van de IMH-specialist- DAIMH.*

#### **4.4 Opleidingsvereisten en herregistratieregeling geregistreerde IMH-specialisten DAIMH**

De DAIMH hanteert een kwaliteitsstandaard zoals vastgesteld in het Huishoudelijk Reglement en beheert het Register voor IMH-specialisten DAIMH. Alle aanvragen tot registratie worden beoordeeld door de opleidingscommissie van de Vereniging DAIMH aan de hand van de daartoe opgestelde criteria. De opleiding tot IMH-specialist DAIMH bestaat uit ten minste 1300 uren die als volgt zijn verdeeld:

- 180 uren theoretisch en praktisch onderwijs op het gebied van de gezondheidszorg voor -9 maanden tot en met vijfjarigen;
- 160 uren babyobservatie en uitwerking ervan;
- 60 uren werkbespreking van de babyobservaties in kleine groep onder supervisie;
- 180 uren literatuurstudie en praktijkopdrachten waaronder een afsluitend werkstuk;
- 720 uren praktijkervaring op het werkgebied van de gezondheidszorg voor -9 maanden tot en met vijfjarigen.

Alle IMH-specialisten DAIMH dienen zich continu te laten bijscholen om up-to-date te blijven qua kennis en kunde. Zij moeten zich elke 5 jaar herregistreren en dienen daartoe minimaal 30 uur/punten aan geaccrediteerde opleidingen, cursussen, symposia en/of workshops te hebben gevolgd.

De DAIMH organiseert een jaarlijks symposium, met nationale en internationale sprekers.



## Hoofdstuk 5: Modellen voor de organisatie van adequate Infant Mental Health-zorg.

### 5.1 Contextuele achtergrond van IMH-zorgprogramma's.

IMH kan beschreven worden in termen van verschillende factoren die de ontwikkeling van een kind beïnvloeden. Hieronder beschrijven wij verschillende groepen factoren, ondergebracht in vier verschillende contexten. Deze contexten vormen tevens de basis van waaruit IMH-zorgprogramma's ontwikkeld en geëvalueerd kunnen worden.

#### *De biologische context*

De biologische context omvat alle intrinsieke factoren die de ontwikkeling van het (zeer) jonge kind kunnen beïnvloeden, zoals genetische aspecten, temperament, constitutie en de fysieke status. Veel van de primaire gezondheidszorg, zoals consultatiebureaus, huisartsen en ouder-kind centra, richt zich op deze biologische factoren. Voorbeelden hiervan zijn: medische controles, voedingsadviezen, ontwikkelingsbegeleiding en allerlei interventies op het gebied van gezondheids- en ontwikkelingsproblemen. De biologische context is belangrijk voor de IMH-benadering, omdat soma en psyche (vooral op deze leeftijd) niet te scheiden zijn. De ontwikkeling van het brein begint binnen de eerste weken na de conceptie en loopt door tot het einde van de adolescentie. De basale architectuur wordt gevormd in de eerste twee zwangerschapstrimesters. In het derde trimester van de zwangerschap vindt vooral breinontwikkeling op het gebied van verbindingen en functie plaats. Het belangrijkste deel van de neurale programmering vindt plaats in de eerste 3 tot 5 levensjaren.

#### *De ontwikkelingscontext*

De ontwikkelingscontext is belangrijk omdat ontwikkeling de basis is voor de verdere toekomst. De omgeving en de biologische context beïnvloeden het ontwikkelingstraject van een kind significant. Hersengroei en –differentiatie zijn ervaringsafhankelijke processen. Onderzoek toont aan dat kinderen die zijn blootgesteld aan negatieve ervaringen (bijvoorbeeld geweld), een grotere kans hebben op problemen in hun ontwikkeling, zoals een afwijkend patroon in het reguleren en uiten van emoties, afwijkend gedrag, concentratie en aandachtsproblemen, fysieke problemen en achterstand in motorische en taalontwikkeling (Scheeringa & Gaensbauer, 2009). Het identificeren van positieve en negatieve invloeden op de vroege ontwikkeling is gecompliceerd omdat de verschillende stadia van ontwikkeling niet strikt zijn te onderscheiden. Ook bij kinderen in de normale range zijn er significante variaties waarbinnen zij ontwikkelingsstappen maken.

#### *De omgevingscontext*

De zorg voor het (zeer) jonge kind wordt medebepaald door gezins-, familie-, culturele en etnische invloeden. Armoede is een van de belangrijkste risicofactoren, omdat armoede geassocieerd wordt met psychosociale en omgevingsstress van de ouders. Het ondervinden van steun van de omgeving of familie is een belangrijke beschermende factor. Bij migrantengezinnen is deze steun vaak gekoppeld aan de fysieke en geografische omgeving en daarom vaak op grote



afstand. De westerse maatschappij hecht meer belang aan het individu en aan autonomie dan aan het 'wij' en de groep, zoals meer gebruikelijk in migrantengezinnen. Met het uiteenvallen van gezinsstructuren en de sterk toegenomen migratie leven veel gezinnen in de westerse maatschappij dan ook in een sociaal isolement.

Gezinnen zijn kleiner geworden en het kind dat geboren wordt, is vaak het eerste kind dat ouders in hun handen hebben. Dit in tegenstelling tot vroeger toen de gezinnen niet alleen groter waren maar er binnen de familie al meer ervaring met kinderen was via nichtjes, neefjes en andere kinderen. Het gezin en de familie hebben veel invloed op de dagelijkse ervaringen van het kind, via de verwachtingen, waarden en normen van de ouder. Rituelen in de alledaagse praktijk van het ouderschap geven structuur en steun en verbinden het kind met de sociale en culturele herkomst. Culturele en etnische factoren beïnvloeden de ouderlijke overtuigingen, verwachtingen en gedrag betreffende de zorg voor kinderen, de rol van moeder, vader en van het sociale netwerk.

### *De relationele context*

De ouder-kindrelatie is de belangrijkste context voor de ontwikkeling van het kind. De biologische, ontwikkelings-, en omgevingscontexten krijgen vorm via de ouder-kindrelatie. Het is door deze relatie dat het (zeer) jonge kind de wereld gaat begrijpen, interacties met anderen aangaat en een gevoel van competentie, eigenwaarde en 'zelf' ontwikkelt. Het is ook via deze relatie dat het kind blootgesteld wordt aan beschermde en risicofactoren. Een warm, zorgzaam, responsief en consistent patroon van interacties tussen ouder en kind leidt tot een veilige gehechtheid. Ouder-kindinteracties die deze kwaliteiten niet hebben, kunnen tot een onveilige of gedesorganiseerde gehechtheid leiden. Deze interactiepatronen ontwikkelen zich door de tijd en gaan hand in hand met andere ontwikkelingen zoals de motorische en cognitieve ontwikkeling. Het samenspel tussen beschermende en risicofactoren is van invloed op de eventuele ontwikkeling van latere psychopathologie, waarbij niet zozeer de aard maar vooral het aantal risicofactoren van groot belang is.

Het is belangrijk om de kwaliteit van de ouder-kindrelatie te onderzoeken wanneer het gaat om diagnostiek en interventie. Ook hier geldt weer dat de kwaliteit van gehechtheid ligt in de *relatie* en niet in het *individuele* kind of in de *individuele* verzorger. Het alleen behandelen van bijvoorbeeld de depressie van de moeder, zonder oog te hebben op de invloed daarvan voor haar kind (en andersom), is vanuit de IMH-visie een kunstfout. De focus op relaties is niet gelimiteerd tot de ouder-kindrelatie, maar omvat ook de werkrelatie tussen ouders, kind en behandelaren en tussen behandelaren en instellingen onderling.

IMH beschrijft het sociale en emotionele welzijn van (zeer) jonge kinderen binnen al deze contextuele factoren. Bovenstaande contexten sluiten elkaar niet uit en beïnvloeden elkaar wederzijds: relaties worden beïnvloed door omgeving en ontwikkeling wordt beïnvloed door biologie, maar ook andersom wordt omgeving beïnvloed door relaties en biologie door omgeving. De nadruk in IMH ligt in het onderzoeken hoe al deze contexten samen functioneren en wat hun effecten zijn op het welzijn van kinderen en hun gezin.

Hieronder beschrijven wij hoe IMH-zorg een plek kan krijgen in het nieuwe jeugdstelsel.

## ***5.2 Infant Mental Health als belangrijk onderdeel van transformatie en innovatie in het nieuwe jeugdstelsel.***

Eind 2016 moet een door het Rijk bepaalde efficiencykorting op het jeugdzorgbudget van 15% zijn gerealiseerd. De transitie van de jeugdzorg en de jeugd-GGZ beoogt echter niet alleen een verschuiving van geldstromen. De korting moet ook worden gerealiseerd door innovaties in de zorg. Hiermee wil men het jeugdzorgstelsel zowel inhoudelijk als procesmatig transformeren. Kortweg is de opdracht voor de gemeenten: 'het moet beter met minder geld'.





Centraal in de transitie staan de volgende uitgangspunten:

- Eigen kracht en sociale veerkracht
- Kleine problemen blijven klein
- Werken aan een sterke pedagogische omgeving
- Snel effectieve hulp in de vertrouwde omgeving dichtbij huis
- Vraaggericht werken
- Integraal en systeemgericht
- Zorg is effectief, efficiënt en betaalbaar

Een aantal van deze uitgangspunten komt overeen met de IMH-visie. Veel (zeer) jonge kinderen en hun gezinnen hebben een grote veerkracht. Problemen kunnen fasegebonden zijn en, als de ouder-kindrelatie zich stevig heeft ontwikkeld, zijn ze vaak van voorbijgaande aard. Steun vanuit de omgeving of een gericht advies van de huisarts, ouder-kind adviseur, ouder-kindcentra of Centra voor Jeugd en Gezin kunnen dan voldoende zijn.

IMH-behandeling beoogt op een vroeg moment in het leven van een kind en zijn/haar ouders zorg te bieden als de eigen mogelijkheden om het probleem aan te pakken tekort schieten waardoor verdere escalatie en ontwikkeling van emotionele problemen, indien mogelijk, voorkomen of behandeld worden. Problemen van (zeer) jonge kinderen en hun ouders kunnen zeer verschillend zijn in aard en ernst. Infant Mental Health-specialisten zijn elke keer op zoek naar de juiste 'port-of-entry' om het gezin te helpen met de vraag van ouders als uitgangspunt. Kort waar dat kan en lang wanneer dat nodig is. Er is daarbij altijd oog voor de bovengenoemde vier contexten, waarbij de relationele en systemische visie centraal staan. Een goede samenwerking tussen hulpverleners van verschillende disciplines en instanties is daarbij essentieel.

Goed geïmplementeerde IMH-zorg in gemeenten kan op termijn een forse kostenbesparing opleveren, juist omdat problemen bij de wortel kunnen worden aangepakt. De DAIMH adviseert gemeenten daarom ook te investeren in Infant Mental Health-zorg, zoals dat in allerlei andere landen, zoals b.v. Zweden, Finland en Schotland is gebeurd. Goed geïmplementeerde IMH-zorg kan als een belangrijke innovatie in het nieuwe jeugdstelsel beschouwd worden.

### ***5.3 Een model voor implementatie van Infant Mental Health-zorg in het nieuwe jeugdstelsel***

Elke gemeente staat nu voor de taak om zelf de jeugdzorg en de jeugd-GGZ in alle facetten vorm te geven. Er is veel vrijheid voor gemeenten binnen de kaders die de nieuwe jeugdwet stelt, zoals b.v. een wettelijk verankerde zorgplicht. De zorg zal veel meer op wijkniveau worden georganiseerd. Dit sluit goed aan bij het uitgangspunt om zorg laagdrempelig en dichterbij te organiseren. De centrale vraag hierbij is hoe voldoende kwaliteit van deze zorg gegarandeerd kan worden.

De DAIMH hanteert daarbij de volgende uitgangspunten:

1. **Goede triage:** bij (zeer) jonge kinderen is het van essentieel belang dat de benodigde hulp snel kan worden ingeschakeld. De ontwikkeling van (zeer) jonge kinderen verloopt stormachtig en ontwikkelingsgebieden grijpen op elkaar in. Lange wachtlijsten of lange en bureaucratische procedures zijn dan ook zeer onwenselijk, omdat problemen dan onnodig kunnen escaleren. Snel moet duidelijk zijn wat de juiste 'port-of-entry' moet zijn. Dat betekent dat aan de voordeur (in de wijkteams) specialistische kennis over



Infant Mental Health moet worden gerealiseerd. Bij alle gezinnen met (zeer) jonge kinderen is het van belang dat een IMH-specialist DAIMH betrokken wordt bij de triage en evt. indicatiestelling.

2. **Regie en Coördinatie:** goede samenwerking is essentieel om goede zorg voor (zeer) jonge kinderen te realiseren. Zeker als het gaat om complexe problematiek is de kans groot dat er meerdere professionals bij een gezin betrokken zijn. Multidisciplinaire en multisectoriële samenwerking is dan een vereiste, waarbij de coördinatie uitgevoerd moet worden door een IMH-specialist DAIMH bij gezinnen met een (zeer) jong kind.
3. **Breed en gevarieerd aanbod:** het is essentieel om een breed en gevarieerd aanbod te creëren, zowel preventief als curatief. Zowel in de basis-GGZ als in de specialistische GGZ dient voldoende zorg voorhanden te zijn voor -9 maanden tot en met vijfjarigen, die recht doet aan het hele spectrum van problemen.
4. **Flexibele inzet:** specialistische kennis moet ook kunnen worden ingezet in preventieve trajecten en in de basis-GGZ.
5. **Keuzevrijheid:** Het recht op vrije keuze is een zeer belangrijk recht dat geborgd dient te worden. Ook gezinnen met (zeer) jonge kinderen moeten de mogelijkheid hebben om zelf te kiezen bij wie ze hun zorg komen halen.
6. **Consultatieve functie en diagnostiek van IMH-specialisten DAIMH:** wijkteams, huisartsen, verloskundigen, kinderartsen, ouder-kind centra en centra voor jeugd en gezin moeten gemakkelijk toegang hebben tot specialistische kennis. IMH-specialisten-DAIMH moeten daarom beschikbaar zijn voor consultatie en diagnostiek.
7. **Beleidsontwikkeling:** Het is van essentieel belang dat bij ontwikkelingen, nieuwe projecten, innovaties in de zorg, die betrekking hebben op het (zeer) jonge kind en het gezin IMH-specialisten DAIMH betrokken worden bij het ontwikkelproces.
8. **IMe-health:** Het digitale platform kan via zelfhulpinitiatieven en lotgenotengroepen een podium bieden. Vanuit deze zorgvorm kan ook voorlichting, advies en hulp dichtbij georganiseerd worden in de virtuele wereld van het internet. Voor zwangeren en ouders van (zeer) jonge kinderen is de ontwikkeling van een aanbod voor IMe-health van belang. Deskundigheid van de IMH-specialist DAIMH moet hierbij ingezet worden.

<b>Kansen</b>
Goed geïmplementeerde IMH-zorg kan als een belangrijke innovatie in het nieuwe jeugdstelsel beschouwd worden.
Werken in de keten levert efficiëntere zorg op die beter aansluit bij het jonge kind en zijn of haar gezin.
Risico-jonge kind meteen op de juiste plek: door het inzetten van IMH kennis en specialisten binnen de wijkteams vindt geen onnodige vertraging plaats voor de juiste vorm van hulp, geïndiceerde preventie, preventieve interventie en interventie.
<b>Risico's</b>
Door onvoldoende kennis en deskundigheid over het (zeer) jonge kind bij de wijkteams is triage ontoereikend, waardoor onvoldoende passende hulp wordt ingezet.
Er is een te grote afstand tussen de wijkteams en specialistische zorg voor risico-jonge kinderen omdat er geen jonge-kind-deskundige in de wijkteams aanwezig is. De meeste POH-ers en andere deskundigen uit de JGGZ, gedetacheerd in de wijkteams, hebben nauwelijks tot geen IMH-kennis en -ervaring.



06-10-2013