

Screening, triage en diagnostiek bij 0-5 jarigen voor leden van de DAIMH
Een leidraad voor meer eenduidigheid in het gebruik van instrumenten gebaseerd op consensus tussen experts vanuit de DAIMH

Auteurs: Hedwig van Bakel, Guy Couturier, Monique van Kuijk, Maren van Niel, Marja Rexwinkel, Janne Visser, Mijke Lambregtse-van den Berg (voorzitter)

Efficiënte interventies in de IMH (Infant Mental Health) zijn gebaseerd op (1) zorgvuldige analyse van de problemen waarvoor ouders met hun zeer jong kind hulp zoeken en op (2) een genuanceerd in kaart brengen van de protectieve factoren en veerkracht waarop ingespeeld kan worden. Diagnostiek, begrepen als het in kaart brengen van risicofactoren en beschermende factoren, vormt dan ook een speerpunt in het beleid van de DAIMH. Onderdeel daarvan is het inventariseren en implementeren van daartoe geschikte vragenlijsten en instrumenten.

De huidige ontwikkelingen binnen de jeugdzorg en jeugd-GGZ (zoals de bredere aandacht voor het zeer jonge kind, transitie van de zorg naar de gemeenten en bezuinigingen) leiden tot meer en eerdere betrokkenheid van professionals bij de screening en diagnostiek. Momenteel is er een grote verscheidenheid aan gevolgde procedures en gebruik aan instrumenten. Er bestaat daarom behoefte aan uniformiteit en handvatten. Ook wordt een grote hang naar meetbaarheid vastgesteld (bv. vanuit de financiers), terwijl vanuit de klinische praktijk juist de uniciteit van iedere kind-in-gezinssituatie zo sterk merkbaar is. Bij zeer jonge kinderen speelt alles, ook de lichamelijke en hersenontwikkeling, zich af binnen de relatie van het kind met zijn ouders (en/of andere verzorgers). Processen die zich altijd afspelen binnen een context van contact, relatie en emoties, laten zich minder gemakkelijk in harde getallen beoordelen.

Meer in het bijzonder moet de toeleiding naar de Infant Mental Health zodanig worden ingericht dat daar waar zeer jonge kinderen en hun ouders speciale aandacht nodig hebben, de nodige zorg ook daadwerkelijk geïndiceerd wordt. Specifiek aandachtspunt hierbij is zorgen dat in situaties met lichte problematiek, tijdige bijsturing plaats kan vinden om erger te voorkomen. Zorg en preventie lopen dikwijls door elkaar heen in deze leeftijdsfase die gekenmerkt wordt door uiterst snelle ontwikkelingen. Niet alleen klinici maar ook gezondheidseconomen hebben overtuigend aangetoond dat vroege onderkenning en zorg lonen. Anderzijds dient uiteraard voorkomen te worden dat zorg wordt ingezet waar het niet nodig en niet wenselijk is. Ook dan is het belangrijk inzichtelijk te maken waarom deze keuze gemaakt wordt.

Vanuit deze overwegingen wil de DAIMH een leidraad bieden bij screening en handvatten bieden bij diagnostiek. Deze leidraad kan stimuleren tot meer eenduidigheid in het gebruik van instrumenten. Dat kan immers bijdragen tot de kwaliteit van de IMH. Deze leidraad is echter niet bedoeld als dwingend protocol, noch als een statisch document. IMH-professionals verrichten immers diagnostiek in zeer verschillende omstandigheden en het vak is ook nog volop in ontwikkeling. Deze handreiking is niet meer en niet minder bedoeld dan als een handvat voor DAIMH-leden en voor professionals met wie ze samenwerken. Het is een handvat gebaseerd op zorgvuldige afweging ten aanzien van wat over verschillende instrumenten bekend is op basis van psychometrisch onderzoek en op expert-consensus.

De wetenschapscommissie van de DAIMH is van mening dat er voor het implementeren van vragenlijsten/instrumenten drie opeenvolgende stadia van belang zijn

1. screenen;
2. triage;
3. hulpdiagnostiek.

Deze stadia worden hierna kort uitgewerkt.

Daarnaast wordt er kort stilgestaan bij screening, triage en diagnostiek tijdens de zwangerschap en het gebruik van ROM bij jonge kinderen.

1) screenen

Setting: consultatiebureau, verloskundige praktijk, kinderdagverblijven, voorscholen

Hulpverlener: jeugdverpleegkundige, jeugdarts, verloskundigen, kraamverzorgenden, medewerkers volwassenen GGZ, medewerkers LVB, medewerkers KDV, PSZ en voorscholen.

Uitgangspunten: kort en simpel, “rode vlaggen” dienen aanleiding te zijn voor verdere inventarisatie

Algemeen uitgangspunt

Maakt de ouder zich blijvend veel zorgen (ondanks eerdere pogingen tot geruststelling)?

Zo ja, extra aandacht voor:

- a) gezonde intuïtie van ouder (mogelijke kind gebonden pathologie: zie onder kind kenmerken)
- b) ouderlijke uitputting/psychopathologie ouders
- c) (licht) verstandelijke beperking van ouder
- d) Risico op enige vorm van verwaarlozing/veiligheid kind?

Anamnestiche vragen

Onderstaande lijst is op basis van ‘expert opinion’ samengesteld en dient als richtlijn om risicofactoren te inventariseren die aanleiding kunnen zijn voor verdere triage. Afhankelijk van de aard en ernst, kan vooral ook het vóórkomen van meerdere risicofactoren aanleiding zijn voor consultatie.

Kind kenmerken

- dysmatuur/prematuur
- lichamelijke afwijkingen/lichamelijke ingrepen ondergaan
- ontwikkelingsproblemen
- langdurige/hartnekkige slaapproblemen
- overmatig huilen/ snel ontregeld
- langdurige/hartnekkige voedingsproblemen
- heel druk en zeer moeilijk te kalmeren
- erg passief/lusteloos
- overmatig vaak boos, opstandig en/of agressief
- stil en niet geïnteresseerd in het contact
- moeilijk alleen gelaten kunnen worden

Ouder kenmerken

- onzekerheid over ouderschap
- niet kunnen genieten van ouderschap (verschillende oorzaken)
- zeer jong moederschap/ouderschap
- (onverwerkt) traumatisch verlies
- alleenstaand ouderschap/onvoldoende (ervaren) steun
- psychische en/of lichamelijke problemen die het ouderschap belemmeren
- vraag om verbetering van de ouder-kind relatie

Omgevingsstressoren navragen: financieel, werkloosheid, huisvesting, sociaal isolement, migratiegeschiedenis (conform DC: 0-3R)

Aanbevolen vragenlijst voor screening (zie tabel)

- Mental Health Screening Tool: 0-5 (MHST: 0-5)

2) triage

Setting: "dicht bij het probleem", sociale wijkteams, ouder-kindteam, basis GGZ, ziekenhuis, stichting MEE, paramedische setting.

Hulpverlener: medewerker wijkteam/ouder-kindteam, ouder-kind adviseur/regisseur, jonge kind specialist, huisarts, kinderarts, medewerkers volwassenen GGZ, paramedici

Uitgangspunten: triage, onderscheid tussen basis- en specialistische GGZ zorg, valide en toetsbare zorgindicatoren

Uitgangspunt is de trias van Papoušek

(zie ook: <http://www.awmf.org/leitlinien> -> Leitlinien Sauglings und Kleinkindpsychiatrie)

- 1) Bij het kind is sprake van één of meerdere problemen op het gebied van de vroegkinderlijke gedragsregulatie (bijv. excessief huilen, niet kunnen inslapen, verstoord slaap waak ritme)
- 2) Er is sprake van een disfunctioneel interactie- en communicatiepatroon wat het probleem in stand houdt, versterkt of leidt tot een escalatie ervan
- 3) Aan de kant van de ouder is sprake van overbelasting en een uitputtingssyndroom ('severe parental distress'), dat gekenmerkt wordt door uitputting, verhoogde prikkelbaarheid, labiele stemming met depressieve grondstemming, grote onzekerheid, faalgevoelens en/of een angstig, bezorgde spanning of ontkenning

Toelichting:

- Indien er op twee van drie domeinen problemen aanwezig zijn, dan is specialistische GGZ geïndiceerd.
- Bij één domein hangt het af van de 'resources' (= veerkracht ouders/mogelijkheid om hulp te vragen/toegankelijkheid van hulp) en risicofactoren van ouders en de competenties van de hulpverlener.

Aanbevolen vragenlijsten voor triage (zie tabel)

Kind:

- Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA)
- Strengths and Difficulties Questionnaire: 3-4 (SDQ)
- Ages and Stages Questionnaire: Social Emotional (ASQ: SE)
- Ages and Stages Questionnaire 3
- Childhood Behavior Check List en Teacher Report Form 1½-5 (CBCL/TRF)
- CARE-NL

Ouder-kind relatie problematiek:

- Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ)

Opvoedstress:

- Opvoedings-belasting vragenlijst (OBVL)

Angst/depressie ouders:

- Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)
- Zelfbeoordelvragenlijst (ZBV)

3) Hulpdiagnostiek [zie ook: document 'vroeg investeren loont']

Setting: specialistische GGZ

Hulpverlener: IMH-specialist, GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsychiater, allen met specifieke deskundigheid m.b.t. diagnostiek jonge kind.

Uitgangspunten:

- Diagnostiek in de context van de relatie met primaire verzorgers en interacties met omgeving, met combinatie van (ouder)gesprekken, ouder-kind observatie, spelsessies met ouder en kind en individuele observatie kind tijdens "spel sessie" (in aanwezigheid van de primaire verzorger(s)) en gevalideerde vragenlijsten.
- Classificatie op basis van DSM-5 en DC 0-3R (beide vullen elkaar aan).
- Multidisciplinair in verhouding tot de aangemelde problematiek. Dit houdt in dat er in een team/netwerk voldoende kennis is op gebied van somatisch (incl. regulatieproblematiek), psychologisch, sociaal en relationeel functioneren in relatie tot de vroege kind ontwikkeling.

Onderdelen diagnostiek

Kind:

- Ouder-kind observatie
- Vrije spelobservatie bij oudere peuters en kleuters (ouders kijken bij voorkeur mee, liefst achter screen, anders in zelfde kamer)

Op indicatie:

- Thuisobservatie, observatie op KDV/School
- Newborn Behavioral Observation (NBO)
- Ontwikkeling/intelligentie (BSID-III, WIPSI-III, SON)
- Taal-/spraakonderzoek
- Sensory Profile (vragenlijst naar sensorische prikkelverwerking van kinderen)
- Sensomotorisch onderzoek naar evt. regulatieproblematiek
- Gestructureerde spelobservatie (bijvoorbeeld Symbolic Play Test, Test of Pretend Play)
- Autisme spectrum stoornissen:
 - ADOS (autism diagnostic observation scale)
 - SRS (Social Responsiveness Scale)
- Somatisch onderzoek (kinderarts)
- Genetisch onderzoek (geneticus)
- Neurologisch onderzoek (neurologie)

Ouder-kind relatie:

- Emotional Availability Scales (EAS)
- Functional Emotional Assessment Scale (FEAS)
- Ambiance (bij risicogedrag ouders/gedesorganiseerde gehechtheid)
- Chatoor feeding scales (bij eetproblemen)

NB Het verdient aanbeveling om tijdens de observatie ook een opdracht in te bouwen (bv een opruimtaak), zodat de ouder-kind relatie meer onder druk komt te staan.

Ouders (op indicatie):

- Parent Developmental Interview (PDI) maat voor mentaliseren ouders
- Psychiatrisch onderzoek (door psychiater/klinisch psycholoog)

Aanbevolen vragenlijsten ter ondersteuning van diagnostiek (zie tabel)

- Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA)
- Strengths and Difficulties Questionnaire: 3-4 (SDQ)
- Ages and Stages Questionnaire: Social Emotional (ASQ: SE)
- Ages and Stages Questionnaire 3
- Childhood Behavior Check List en Teacher Report Form 1½-5 (CBCL/TRF)

Opvoedstress:

- Opvoedings-belasting vragenlijst (OBVL)

Angst/depressie ouder:

- Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)
- Zelfbeoordelingsvragenlijst (ZBV)

Zwangerschap

In toenemende mate wordt ook het ongeboren kind gerekend tot de Infant Mental Health. Dit is belangrijk omdat maternale factoren tijdens de zwangerschap zoals stress, angst, middelengebruik en psychiatrische medicatie en onverwerkt trauma een ongunstige invloed kunnen hebben op de emotionele, gedragsmatige en cognitieve ontwikkeling van het (ongeboren) kind.

Het verdient daarom aanbeveling iedere zwangere vrouw te screenen op psychische klachten, psychosociale problematiek en middelengebruik.

Screening

Positief antwoord op één van de volgende vragen (validatieonderzoek M2C, C. Quispel et al) voorspelt psychopathologie van de moeder:

- 1) Heeft u op dit moment psychische problemen?
- 2) Is er ooit een periode geweest waarin u zich bijna iedere dag down of depressief voelde, of dat u niet meer kon genieten van de dingen waarvan u normaal wel geniet?
- 3) Heeft u ooit een paniekaanval gehad?
- 4) Heeft u ooit een traumatische ervaring meegemaakt, zoals een levensbedreigende gebeurtenis of een aanranding of verkrachting?

Triage

Bij vermoeden angst/depressie ouder:

- Edinburgh (Postnatal) Depression Scale (E(P)DS)
- Zelfbeoordelingsvragenlijst (ZBV)

Diagnostiek

Bij vermoeden psychopathologie ouder:

- Consult klinisch psycholoog/psychiater
- Parent Developmental Interview (PDI) maat voor naar evt. regulatieproblematiek mentaliseren ouders
- Psychiatrisch onderzoek (consult klinisch psycholoog/psychiater)

Bij vermoeden verstoorde ouder-kind relatie:

- Working Model of the Child Interview (WMCi)
- Parent Development Interview (PDI)

ROM

Het gebruik van ROM bij jonge kinderen in de klinische praktijk is wetenschappelijk niet onderbouwd. Voor jonge kinderen geldt dat er grote variatie is in de normale ontwikkeling en dat er weinig eenheid is tussen de leeftijden. Dit maakt dat de hiervoor besproken lijsten niet zonder meer geschikt zijn voor alle kinderen in de leeftijd tot 5 jaar.

Hieronder volgt een voorstel gebaseerd op de expertise van de commissieleden.

Aanbevolen instrumenten ROM

- Tot 1,5 jaar OBVL
- Vanaf 1 jaar BITSEA
- Vanaf 1,5 jaar CBCL
- Vanaf 3 jaar CBCL of SDQ