



INHOUD

OVERWEGINGEN BIJ DE HERSTART PGZ DOOR CLB IN CORONATIJD

1	Het basisaanbod van systematische contacten.....	3
(1)	Zijn de systematische contacten ook in deze tijden zinvol?.....	3
	Het belang van de gezondheidsproblemen die vroegdetectie/preventie verdienen en de impact op groei en ontwikkeling.	4
	Zijn bepaalde systematische contacten noodzakelijker dan andere, getoetst aan doelstelling en aanbod? Zijn er fasen in de ontwikkeling, i.c. ontwikkelingsovergangen delicaat/crucialer dan andere?	7
	Besluit	10
(2)	Is het noodzakelijk om de systematische contacten die niet meer werden uitgevoerd in 2019-20 in te halen in schooljaar 2020-21?	10
2	Gelaagd aanbod PGZ: bijkomende nazorg na de systematische contacten en zorg op maat.	11

ALTERNATIEVEN VOOR EEN VOLWAARDIGE HERVATTING PGZ

3	Systematisch contact voor de jonge kleuter (3-4j).....	12
4	Systematisch contact adolescent (14-15j).....	14
5	Systematisch contact 6-jarigen.....	16
6	Systematisch contact 9-10-jarigen	17
7	Systematisch contact 11-12-jarigen.....	18
8	Hygiëne en veiligheid	19

OVERWEGINGEN BIJ HET HERSTARTEN VAN DE PGZ TIJDENS DE COVID-19-PANDEMIE EN IN BIJZONDER DE SYSTEMATISCHE CONTACTEN DOOR DE CLB'S

Door de COVID-19 pandemie werden de systematische contacten on hold gezet. De tijd loopt en er is slechts beperkt zicht op de timing en wijze waarop het maatschappelijk leven zal hervatten. Toch is het belangrijk dat de gezondheidszorg voor kinderen en jongeren zich bezint over de herneming van haar preventieve activiteiten, niet in het minste omwille van de uitzonderlijke omstandigheden waarin we leven. Het uitblijven van het reguliere aanbod van de preventieve gezondheidszorg door het CLB houdt risico's in die zich situeren op het vlak van de globale ontwikkeling en in het bijzonder de mentale en de lichamelijke gezondheid van kinderen en jongeren. Het belang van een stabiele en stimulerende gezinscontext kan niet worden onderschat.

Zeker nu, tijdens de COVID-19 pandemie, is het toezien op het gezond en veilig opgroeien uiterst relevant en moet er worden nagedacht hoe deze missie kwaliteitsvol en op een veilige manier voor de professionals als voor de doelgroep kan worden georganiseerd.

In dit document wordt gepoogd, zonder volledig te zijn, een compacte samenvatting te bieden van wetenschap en praktijk evidentie die kan bijdragen in de organisatie van de preventieve gezondheidszorg tijdens deze coronacrisis in de nabije en wat verdere toekomst.

Afspraken over de concrete uitwerking van de hervatting van de PGZ-opdrachten worden gemaakt door de centrumnetten en in de verschillende CLB's. De lokale beleid zal worden bepaald door de beschikbaarheid van het personeel, de openstaande PGZ-opdrachten en de kenmerken van de leerlingenpopulatie.

Wat het hervatten van de vaccinatie-opdracht betreft verwijzen we naar de Nieuwsberichten vaccinaties-[47](#) & [48](#) dat ook de veiligheids- en hygiënische maatregelen toelicht.

Bij het opmaken van dit document houden we rekening met:

- De wettelijke verplichtingen
<https://data-onderwijs.vlaanderen.be/edulex/document.aspx?docid=15228>
- De noodzaak van bepaalde acties
- De wenselijke timing
- De haalbaarheid
- De aanbevelingen voor de hygiënische voorzorgsmaatregelen voor het coronavirus
<https://www.vwvj.be/nieuwsbericht/nieuwsbericht-vaccinaties-48>

Nuttige bronnen bij het opstellen van dit document:

- De standaarden JGZ.
www.vwvj.be
- Onderzoek naar de haalbaarheid en de validiteit van de SPARK-36 gespreksleidraad. Keymeulen, A., Staal, I.E., Vandermeulen, C., Roelants, M. (2020) Het 'SPARK-36 project'. Rapport van het onderzoek naar de haalbaarheid en de validiteit van een leidraad voor een gesprek met ouder(s), de SPARK-36, tijdens het consult met kleuters in de centra voor leerlingenbegeleiding (CLB). Leuven: Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (VWVJ).
- 'Gezond leven? Check het even!' in Vlaanderen rapport van het onderzoek naar de haalbaarheid en validiteit van de toepassing van een Vlaamse versie van de online vragenlijst 'gezond leven?, check het even!' bij Vlaamse jongeren van het derde jaar van het secundair onderwijs via het CLB.
Anouk Vanlander, Ann Devriendt, Karel Hoppenbrouwers, Mathieu Roelants.

- Aanbevelingen opgesteld door overheidsinstanties of adviserende organen:
 - <https://www.zorg-en-gezondheid.be/covid-19>
 - <https://onderwijs.vlaanderen.be/nl/coronavirus-richtlijnen-voor-clbs>
 - <https://www.sciensano.be/nl>
 - <https://www.info-coronavirus.be/nl/>
 - <https://www.onlinehulp-vlaanderen.be/beeldbellen-in-coronacrisis/>
 - <https://www.onlinehulp-vlaanderen.be/mediatheek/per-doelgroep/kinderen-jongeren/>
- Informatie en aanbevelingen van organisaties en hogescholen:
 - <https://vvpk.be/update-coronavirus-covid-19-implicaties-en-rol-voor-de-praktijk-van-psychologen#Communicatie>
 - <https://www.onlinehulp-vlaanderen.be/beeldbellen-in-coronacrisis/>
 - <https://arteveldehogeschool.cloud.panopto.eu/Panopto/Pages/Viewer.aspx?id=36364bdb-0d4f-4c1e-a2da-ab8400c2fde8>
 - <https://www.onlinehulp-vlaanderen.be/mediatheek/per-doelgroep/kinderen-jongeren/>
 - <https://www.nci.nl/themadossiers/coronavirus/beleid-igz/>

1 HET BASISAANBOD VAN SYSTEMATISCHE CONTACTEN

De leeftijden waarop de systematische contacten worden aangeboden, zijn gekozen op de belangrijke overgangsfases in de ontwikkeling van kinderen en jongeren om specifieke doelen voor screening, monitoring en toezicht op de groei en ontwikkeling te realiseren.

De doelstellingen van elk contactmoment worden overzichtelijk beschreven in het [BVR tot Operationalisering van de leerlingenbegeleiding in het lager onderwijs, het secundair onderwijs en de centra voor leerlingenbegeleiding](#).

Volgende vragen worden gesteld in de context van de Covid-19-pandemie:

(1) zijn de systematische contacten ook in deze tijden zinvol?

→ zijn er systematische contacten die voorkeur hebben op andere systematische contacten?

→ valt er in de onderzoeksitems van elk systematisch contact te prioriteren?

(2) is het noodzakelijk om de systematische contacten die niet meer werden uitgevoerd in 2019-20 in te halen in schooljaar 2020-21?

(1) Zijn de systematische contacten ook in deze tijden zinvol?

In tijden waar mensen bedreigd worden door een acute en levensbedreigende aandoening is het niet eenvoudig om te pleiten voor een preventieve werking die tegemoet komt aan grote doelgroepen van overwegend gezonde kinderen en jongeren. Om de 'noodzaak' van preventie te documenteren, is het belangrijk om de impact te kennen van de gezondheids- of ontwikkelingsproblemen die zich kunnen voordoen wanneer de preventieve systematische werking (tijdelijk) wordt opgeheven.

Om de gezondheid, groei en ontwikkeling van leerlingen te bevorderen, het normale groei- en ontwikkelingsproces te bevestigen en tijdig risicofactoren, signalen, symptomen van gezondheids- en ontwikkelproblemen te detecteren:

De basisdoelstelling van elk systematisch contact is 'om de gezondheid, groei en ontwikkeling van leerlingen te bevorderen, het normale groei- en ontwikkelingsproces te bevestigen en tijdig risicofactoren, signalen, symptomen van gezondheids- en ontwikkelproblemen te detecteren'.

Bij jonge kinderen gaat specifieke aandacht naar motoriek, taal en spraak, en sociaal-emotionele aspecten; vanaf het zesde leerjaar is er bijzondere aandacht voor de leefstijl en sociaal-emotionele aspecten. Deze afweging leidt tot informeren, adviseren, verwijzen en toeleiden van het kind of het gezin naar zorg of een traject op maat.¹

¹ Artikels 3 t.e.m.7 van Hfst II [BVR tot Operationalisering van de leerlingenbegeleiding in het lager onderwijs, het secundair onderwijs en de centra voor leerlingenbegeleiding](#)

Concreet doen we dit door:

- Op vaste tijdstippen toe te zien op het normale verloop van groei en ontwikkeling;
- Tijdig groei- en ontwikkelingsproblemen, incl. de mentale, detecteren;
- Ouders te bevestigen en versterken in competent ouderschap;
- De school, ouders en leerling te ondersteunen ten behoeve van de optimale participatie van kinderen en jongeren op school.
- Eigen kracht van jongeren ten aanzien van hun leefstijl, gezondheid en welbevinden te versterken;

De finaliteit van het **toezien op het normale verloop van groei en ontwikkeling** samen met de tijdige detectie van problemen op vlak van groei en ontwikkeling is (1) de impact van gezondheidsproblemen op de schoolloopbaan voorkomen, beperken of keren, (2) de impact van gezondheidsproblemen op de kansarmoedespiraal beperken.

De finaliteit van het **bevestigen en versterken van het competent ouderschap** is (1) de ontwikkeling van hun kinderen bevorderen, (2) (geestelijke) gezondheidsproblemen bij kinderen voorkomen op korte en lange termijn wanneer hun ouders door ziekte belemmerd worden in hun opvoedtaken, (3) de impact op de kansarmoedespiraal te keren (op lange termijn de generatiekansarmoede).

De finaliteit van het **versterken van de eigen kracht van jongeren t.a.v. hun gezondheid** is (1) de ontwikkeling van jongeren bevorderen, (2) (geestelijke) gezondheidsproblemen bij voorkomen, (3) de kansarmoedespiraal te keren.

Het belang van de gezondheidsproblemen die vroegdetectie/preventie verdienen en de impact op groei en ontwikkeling.

AMBLYOGENE FACTOREN EN AMBLYOPIE.

De prevalentie van amblyopie ligt tussen 2 en 4%. De literatuur levert weinig robuuste referentiecijfers op voor de prevalentie van refractieafwijkingen bij kinderen en jongeren. Verklaringen hiervoor zijn enerzijds de sterke verschillen naargelang de etnische afkomst, en anderzijds de belangrijke evoluties van de afmetingen van het oog tijdens het opgroeien. Uit analyse van data geregistreerd door de CLB's (LARS) tussen 2010-2016 blijkt dat de proportie van leerlingen met een gekende oogafwijking stelselmatig stijgt met de leeftijd, van 3.4% in de eerste kleuterklas tot 14.6% in het vijfde leerjaar. Parallel hiermee stijgt de proportie van leerlingen die een bril (of een andere visuele correctie) draagt van 2.9% bij eerste kleuters naar 13.2% in het vijfde leerjaar. De stelselmatige stijging wijst op een effectieve en adequate vroegdetectie door de CLB-screening die bevestigd wordt door onderzoek door de oogarts.

Een onbehandelde amblyopie resulteert in een onomkeerbare slechtziendheid van het betreffende oog. Bovendien is het van belang dat amblyopie en amblyogene factoren vroegtijdig opgespoord en behandeld worden, en alleszins vóór de kritische leeftijd van 8 jaar die als grens wordt beschouwd voor de behandelbaarheid en de reversibiliteit van amblyopie.

Een goede (bilaterale) gezichtsscherpte is onontbeerlijk voor een vlotte ontwikkeling van motoriek, overige sensorische aspecten, taal & spraak, sociale- en emotionele vaardigheden.

Een goede gezichtsscherpte is onontbeerlijk voor een vlotte schoolloopbaan.

SENSORINEURAAAL GEHOORVERLIES.

Sinds de invoering van het neonatale gehoorscreeningsprogramma (in 1998), wordt aangeboren permanent gehoorverlies in Vlaanderen al in de eerste levensweken opgespoord. Soms is permanent gehoorverlies pas later detecteerbaar omdat het zich progressief ontwikkelt bijvoorbeeld na intrauteriene infectie met het cytomegalovirus of verworven wordt door ziekte zoals meningitis of een ernstig hoofdtrauma. Bovendien is er een kleine groep kinderen die geen niet gescreend werden, omdat ze in de eerste weken na de geboorte niet bereikt werden of na de neonatale periode gemigreerd zijn uit een streek waar niet (systematisch) gescreend wordt. Dit verklaart waarom de prevalentie van permanent gehoorverlies stijgt van 1 à 4 per 1000 zuigelingen kort na de geboorte tot het dubbele op de leeftijd van 6 à 8 jaar om zich daarna te stabiliseren (Davis, Bamford et al. 1997).

Zowel het zich progressief ontwikkelend aangeboren gehoorverlies, als het verworven en door lawaai geïnduceerd gehoorverlies wettigen systematische gehoorscreening op schoolleeftijd bij kinderen die reeds in de neonatale periode een gehoorscreening kregen aangeboden. Dit is ook wat de European Federation of Audiology Societies bepleit (Skarzynski and Piotrowska 2012). Een goed gehoor is onontbeerlijk voor een vlotte ontwikkeling van motoriek, overige sensorische aspecten, taal & spraak, sociaal- en emotioneel.

Een goed gehoor is essentieel voor een vlotte schoolloopbaan (vb. risico op jaar overdoen stijgt...) Zelfs met een minimaal perceptief gehoorverlies hebben kinderen meer gedragsproblemen en een lager zelfwaardegevoel dan hun leeftijdsgenootjes met een normaal gehoor; een derde van hen dubbelt minstens 1 schooljaar tijdens de schoolloopbaan (Bess 1998).

MENTALE GEZONDHEIDSPROBLEMEN

Een stabiele en stimulerende opvoedingscontext is een belangrijke beschermende factor voor het mentaal gezond opgroeien van kinderen en jongeren. 'Het welzijn en goed functioneren van de ouder(s) gaat vooraf aan de goede ontwikkeling van kinderen. Ondersteun je de ouder(s) dan ondersteun je het kind'².

Early Life Stress (chronische stress bij kinderen)- frequente of langdurige hoge stress tijdens het opgroeien van conceptie tot adolescentie - kan grote negatieve gevolgen hebben voor de psychische en lichamelijke gezondheid gedurende het hele leven (Pijpers, Vanneste et al. 2019).

In de eerste levensjaren wordt een fundament gelegd voor ons latere leven. Hier valt dus gezondheidswinst uit te halen (Roseboom 2018).

Veel ouders zijn wel eens onzeker over de opvoeding of bezorgd over de ontwikkeling van hun kind. Het gaat daarbij zelden om langdurige twijfels of het is een combinatie van verschillende zorgen. Kleine vragen en opvoedingsgerelateerde zorgen zijn normaal en komen bij elke ouder voor. Zowel informele als formele steun is van belang. In een rapport over de behoeften van ouders inzake opvoedingsondersteuning van het Vlaamse Expertisecentrum Opvoedingsondersteuning (Expoo 2011) werden een 20- tal toonaangevende Vlaamse en Nederlandse onderzoeken geanalyseerd. Volgens oudere onderzoeken heeft 80-93% van de ouders opvoedingsvragen. Volgens recentere onderzoeken heeft 30-50% van alle ouders opvoedingsvragen. Een vijfde tot een vierde van de ouders heeft behoefte aan bijkomende info en/ of steun. Ouders hebben vooral vragen over:

- (1) de ontwikkeling van hun kind en de sociaal-emotionele ontwikkeling in het bijzonder;
- (2) schoolgerelateerde onderwerpen;
- (3) moeilijk of storend gedrag van het kind;
- (4) hun rol als ouder en de aanpak van de opvoeding in het algemeen.

Het recente onderzoek naar de haalbaarheid van de gespreksleidraad 'SPARK-36' tijdens een kleuterconsult met ouders toont aan dat in 88,2% van de consulten één of meerdere vormen van opvoedingsondersteuning werd geboden door de verpleegkundigen tijdens het consult.

Dat psychosociale problemen een belangrijk gezondheidsprobleem vormen voor kinderen en volwassenen is in onder andere onderstaande Vlaamse bronnen te raadplegen:

(1) *Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid* voor kinderen en jongeren (Protocolakkoord gesloten tussen de Federale Regering en de in artikel 128, 130, 135 en 138 van de grondwet bedoelde overheden. (7) Onderzoek toont aan dat psychische stoornissen bij kinderen en jongeren zich vaak doorzetten in de volwassenheid. Zo zou ongeveer de helft van de psychische stoornissen bij volwassenen aanvangen vóór de leeftijd van 14 jaar.

(2) *Epidemiologisch rapport VLESP, 2018 (van Landschoot, van Heeringen et al. 2018)*: Uit de meest recente cijfers (2013) van de Gezondheidsenquête (Gisle, 2014) blijkt dat er sprake is van een duidelijke verslechtering van de psycho-emotionele toestand van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder ten opzichte van 2008. Eén op drie personen (32%) van 15 jaar en ouder heeft psychische problemen die op de een of andere manier verwijzen naar een 'slecht in zijn vel zitten', een stijgende trend aangezien van 2001 tot 2008 slechts één op vier personen (25%-26%) dergelijke problemen aangaf. Bijna één op de vijf personen (18%) van 15 jaar en ouder heeft een reële kans

² Caroline Gravesteyn. <https://www.hsleiden.nl/ouderschap-en-ouderbegeleiding/publicaties/index>

op een psychische aandoening. Ook dit percentage is gestegen sinds 2008. Wat betreft het psychisch welbevinden worden drie problemen vaker gerapporteerd dan anderen, en dit zowel in 2013 als in 2008: slaaptekort door zorgen (21% vs. 18%), het gevoel voortdurend onder druk te staan (27% vs. 20%) en zich ongelukkig en neerslachtig voelen (19% vs. 16%).

Wanneer gepeild wordt naar specifieke problemen met betrekking tot de geestelijke gezondheid, dan vertoont 10% van de bevolking van 15 jaar en ouder angstproblemen, 15% signalen van depressieve gevoelens en 30% rapporteert slaapproblemen op het moment van het interview. Al deze aandoeningen zijn in de bevolking toegenomen sinds de laatste enquête van 2008. Daarnaast heeft 8% mogelijk een eetstoornis. Verder geeft 7% van de inwoners aan een depressie te hebben gehad in het jaar voorafgaand aan het interview. Depressie als dusdanig lijkt niet te zijn toegenomen sinds de laatste enquête van 2008. Ook deze problemen zijn voldoende belangrijk om er landelijke en Vlaamse doelen aan te koppelen. Zie hiervoor de Vlaamse gezondheidsdoelstelling 'zelfdoding', <https://www.zorg-en-gezondheid.be/gezondheidsdoelstelling-zelfdoding>.

(3) *Het SIGMA-onderzoek* leert ons dat de helft van de jongeren die deelnamen aan de studie psychologische klachten hebben waarvan de meeste evenwel mild zijn. Het leert ons ook dat 20% van de klachten matig ernstig tot ernstig zijn. Oudere deelnemers rapporteren meer klachten dan jongere deelnemers waaruit we leren dat vroeg ingrijpen cruciaal is om latere problemen van geestelijke gezondheid te voorkomen. (Kirtley, Achterhof et al. 2019)

De interventie na vroegtijdige detectie van psychosociale problemen kent verschillende vormen, die veelal in het kader van het consult zelf worden ingezet:

- (1) erkenning en een luisterend oor bieden aan leerlingen die zorgen of klachten melden omtrent hun mentale gezondheid;
- (2) normaliseren van zorgen en klachten die horen bij de ontwikkelingsfase van jongeren;
- (3) samen met de jongere op zoek gaan naar beschermende factoren voor mentale gezondheid die kunnen versterkt of ingezet worden en ze daarbij op weg helpen;
- (3) signalen van een mogelijke psychische of psychiatrische aandoening detecteren en bespreekbaar maken om samen de nood aan zorg in te schatten en zo nodig toe te leiden naar zorg.

Het zorgbeleid voor mentale problemen bij jongeren kent een paradigmashift van de individuele behandeling van hoog-risicjongeren naar een public health model met een trapsgewijze organisatie van de zorg waarbij pro-actie en preventie een belangrijke plaats krijgen. De focus op de behandeling voor hoog-risico jongeren, zoals in het verleden, was gebaseerd op (meestal) verkeerde veronderstellingen, namelijk dat jongeren met socio-emotionele problemen nood aan behandeling ervaren, dat jongeren spontaan hun emotionele problemen onthullen en dat jongeren zelf de stap naar professionele hulp zetten.

Investeren in het welbevinden van jongeren voorkomt psychische problemen en wellicht ook ziekteverzuim, meer nog, het verhoogt de productiviteit (<https://www.gezondleven.be/themas/geestelijke-gezondheidsbevordering/wat-is-veerkracht>). Een belangrijke doelstelling van preventie is het versterken van de veerkracht van jongeren. Dit doen we door hen aan te zetten tot nadenken over hoe ze zich voelen, hoe ze hun gezondheid ervaren, wat voor hen belangrijk is en wat en wie kan helpen om beter om te gaan met negatieve gebeurtenissen in hun leven.

Het CLB-consult levert normaalgezien het meeste voordeel op in de vroegdetectie van internaliserende problemen. Externaliserende problemen worden immers sneller spontaan thuis of op school opgemerkt. Wat nu jammer genoeg niet het geval is, gezien kinderen momenteel geen les volgen op school.

LEEFSTIJL

Gezond eten, lichaamsbeweging, tabak, alcohol en drugs zijn alleszins voldoende belangrijke thema's om er Vlaamse gezondheidsdoelstellingen van te maken. Zie hiervoor de gezondheidsdoelstelling 'Gezonder leven' <https://www.zorg-en-gezondheid.be/gezondheidsdoelstelling-gezonder-leven>. Om gezond gedrag te promoten zal een mix aan strategieën, zoals bepaald in de gezondheidsmatrix, noodzakelijk zijn en dus meer dan het CLB-consult alleen. Tijdens het CLB-consult krijgt de leerling de kans om zijn leefstijl te bespreken binnen de veilige context van het beroepsgeheim met een professional die onafhankelijk is van school en het gezin.

GROEIEN

Het groeipatroon is een belangrijke, weliswaar specifieke indicator van de gezondheid, incl. de mentale gezondheid. Ouders en jongeren zelf zijn erg geïnteresseerd in het groeipatroon.

De detectie kleine lengte en verstoorde groei is belangrijkst op jongere leeftijden (K1, L1).

De detectie van late of vertraagde puberteit, vooral dan bij jongens doet zich voor in 2,5% van de jongerenpopulatie.

MONDGEZONDHEID

Kinderen die niet genieten van een regelmatig preventief tandartsbezoek, vertonen vaker cariës.

Zijn bepaalde systematische contacten noodzakelijker dan andere, getoetst aan doelstelling en aanbod? Zijn er fasen in de ontwikkeling, i.c. ontwikkelingsovergangen delicaat/crucialer dan andere?

DE OVERGANG VAN DE PEUTER NAAR KLEUTERPERIODE

Deze belangrijke transitiefase wordt gekenmerkt door grote veranderingen in zelfstandigheid bij de kleuter. Dit vraagt van de ouders een belangrijke evolutie in de opvoedingsstijl en organisatorische aanpassingen.

- **Bevestigen en aanmoedigen van de ouderschapstijl** en het aanbieden van informatie, advies en ondersteuning bij opvoedingsvragen/opvoedingsdruk of spanning zijn sterke interventies in het behouden en versterken wat goed gaat en ter preventie van ontwikkelingsproblemen, gedragsproblemen, verwaarlozing en mishandeling. Onderzoek toont bovendien aan dat ongelijkheid in gezondheid wordt tegengegaan door de preventieve zorg voor gezinnen, opgezet door Kind en Gezin, verder te zetten (Detollenaere, Desmarest et al. 2018). Er is wetenschappelijk bewijs van de impact en voorspellende waarde van bepaalde risicofactoren bij ouders, het gezin en de maatschappelijke context, op de mentale ontwikkeling van kinderen (NCJ 2016). Deze elementen afwegen en in samenspraak met de ouders voorzien in een gepaste nazorg is een beproefde interventie.
- **De kleuterconsulten met de ouders bieden de opportuniteit** om in dialoog te treden met de ouder over de ontwikkeling van het kind én de opvoedcontext. Dit streeft, na een risico-inschatting, een besluitvorming na op basis van een gelijkwaardige relatie waarin de ouder als expert van het kind wordt gezien en de verpleegkundige als expert over de normale ontwikkeling. De SPARK-36 is een leidraad die op een systematische wijze helpt om diverse domeinen te bespreken met de ouder waaronder gezondheid, opvoeding, onderwijsstimulering en gezinssituatie (zoals bijvoorbeeld financiële situatie). Uit het onderzoek naar de haalbaarheid van het instrument blijkt dat 97% van de ouders (n=166) tevreden tot heel tevreden zijn over **wat** (m.n. de domeinen) er besproken werd tijdens het consult. Ook over de **manier waarop** (m.n. de systematische wijze van gespreksvoering) het gesprek verliep is 98,8% van de ouders 'wel' tot 'heel tevreden'.

Zeven op tien (71,7%) ouders **stelt toekomstige consulten met de SPARK-36 op prijs**, waarvan 37% dit voor 'elk toekomstig consult' vindt, 32,3% bij 'elk consult in het lager onderwijs' en 2,4% 'in het secundair onderwijs'. Een minderheid van ouders vindt dit 'niet nodig' (16,5%) of 'weet het niet' (11,6%).

Ouders hebben veel tot heel veel vertrouwen in de **deskundigheid van de verpleegkundige** (98,8%). Zij voelen zich **goed beluisterd** door de verpleegkundige (100%).

Indien deze ouders in de toekomst opvoedingsvragen hebben over hun kleuter dan zullen zij in de eerste plaats de school raadplegen (67,3%), gevolgd door vrienden/familie (63,9%), de CLB-verpleegkundige (61,4%), de huisarts (50%), internet (24,4%) en andere bronnen (12%) waaronder de kinderarts, collega of boeken. In 88,2% van de consulten (n=534) werden één of meerdere vormen van opvoedingsondersteuning geboden tijdens het consult, in 25% van de casussen werd er nazorg geboden bestaande uit telefonisch contact houden, vervolgconsulten plannen, een casus doorverwijzen naar het

team of een teamlid. Door het totaalbeeld en de gezamenlijk besluitvoering gaat een doorverwijzing naar het team of teamlid (8,3%), waaronder de CLB-arts (3,2%), of naar een externen (21,7%) gericht. (Keymeulen, Staal et al. 2020)

- De **huidige crisiscontext zet gezinnen extra onder druk** door gemis aan sociale steun, mogelijke financiële zorgen, de moeilijke combinatie werk en gezin, druk op de partnerrelatie e.a.. Isolement en impact is des te groter bij kansarme gezinnen (zie ook verder).
- **Vroege detectie van een vertraagde en verstoorde ontwikkeling** is cruciaal bij de start van de schoolloopbaan om alle kinderen dezelfde leer- en ontwikkelingskansen te bieden.
- De screening naar **amblyogene factoren en amblyopie** is een noodzakelijk interventie die verder bouwt op de screening door Kind & Gezin. Uit analyse van data geregistreerd door de CLB's (LARS) tussen 2010-2016 blijkt dat bij gemiddeld 3.2% van de leerlingen een oogafwijking tussen de CLB-consulten in de eerste en tweede kleuterklas werd opgespoord, en dit vermoedelijk grotendeels dankzij het CLB-visusscreeningsprogramma bij eerste kleuters.
- De detectie van kinderen met **neurosensorieel gehoorverlies** start op deze jonge leeftijd met het identificeren van risicofactoren in de persoonlijke medische voorgeschiedenis en in de familiale voorgeschiedenis. Bij het ontbreken van de neonatale gehoorscreening en/of bij bepaalde risicofactoren biedt het CLB een gehoorscreening voor de kleuter aan.
- De detectie **kleine lengte** is de bijkomende doelstelling van de groeimonitoring, met aandacht voor de gevolgen van prematuriteit (prevalentie 7,6% met 6,7% bij eenlingen, 60,9% bij meerlingen), de detectie van groeihormoontekort (prevalentie 1/5600 in België) en de detectie van het syndroom van Turner (prevalentie 1/2500 meisjes).
In kader van gezond groeien en preventie van eet- en gewichtsproblemen is de vroegdetectie van voedingsproblemen een specifieke doelstelling.

DE OVERGANG VAN KLEUTER NAAR DE LAGERE SCHOOLPERIODE

Deze transitiefase betekent een verdere evolutie naar grotere zelfstandigheid waarbij specifieke leerdoelen en cognitieve uitdagingen op de voorgrond treden.

- Niet te missen zijn de **visus en gehoorscreening** op deze leeftijd. Bij het systematische CLB-consult in het eerste leerjaar blijkt dat 9.2% van de leerlingen een gekende oogafwijking heeft en 8.0% een visuele correctie draagt. Naar aanleiding van het visusonderzoek bij deze leeftijdsgroep wordt 7.4% van de leerlingen doorverwezen naar de oogarts. Bij het volgende systematisch consult in het derde leerjaar heeft 11.9% van de leerlingen een gekende oogafwijking en draagt 10.5% een visuele correctie (data geregistreerd door de CLB's (LARS) tussen 2010-2016). Dit illustreert de effectiviteit van de screening bij 6-jarigen.

De prevalentie van permanent gehoorverlies stijgt van 1-4 per 1000 zuigelingen kort na de geboorte tot het dubbele op de leeftijd van 6 à 8 jaar, om zich daarna te stabiliseren (Davis and Wood 1992).

De prevalentie van kleurzinstoornis bedraagt ongeveer 8% bij jongens en 0.4% bij meisjes. Alhoewel kleurzinstoornissen aangeboren afwijkingen zijn waarvoor geen enkele behandeling bestaat en die voor het hele leven onveranderd blijven, is het zinvol om een kleurzinonderzoek bij de start van de lagere school te verrichten. Zodoende kunnen leerlingen, hun ouders en leerkrachten geïnformeerd worden over een (vermoedelijke) kleurzinstoornis en hiermee adequaat omgaan.

- Naast de reguliere **groeimonitoring** staat hier de opsporing van de kleine lengte, groeivertraging en -versnelling en gewichtsproblemen op de voorgrond. De prevalentie van gewichtsproblemen in Vlaanderen (2015) bedraagt voor deze leeftijdsgroep 14,4% voor overgewicht en 3, 8% voor obesitas

(2020).

LEEFTIJD 9-10J – 4^E LEERJAAR

- Naast de opsporing van **refractieafwijkingen** maakt het systematische visusonderzoek in het vierde leerjaar mogelijk om leerlingen met een onopgemerkte **recidive van amblyopie** (na het stopzetten van een succesvolle behandeling) nog tijdig op te sporen. Door de behandeling te heropstarten net vóór het einde van de kritische periode wordt amblyopie in dergelijk geval meestal voor goed genezen. Het gaat hier echter om een zeer kleine groep (geen cijfers beschikbaar).
- De **groeimonitoring** betekent een nuttig ijkpunt voor de latere interpretatie van de groei maar ook een gelegenheid van detectie van gewichtsproblemen. De prevalentie van gewichtsproblemen in Vlaanderen (2015) bedraagt voor deze leeftijdsgroep 16,1% voor overgewicht en 4% voor obesitas (2020).

AANKOMENDE PUBERTEIT-VOORBEREIDING TRANSITIE SEC. ONDERWIJS

- De visusscreening betreft het **dieptezicht** en **groeimonitoring** wordt aangeboden, dat gelegenheid biedt voor vroegdetectie van eet- en gewichtsproblemen. De prevalentie van gewichtsproblemen in Vlaanderen (2015) bedraagt voor deze leeftijdsgroep 17% voor overgewicht en 3, 8% voor obesitas (2020).
- Aan de vooravond of prille start van puberteit worden belangrijke studiekeuzes gemaakt. Doorgaans staan deze jongeren open voor een gesprek en is het zinvol om voeling te krijgen met hun persoonlijke veerkracht en opvoedingscontext vanuit het perspectief van het kind. **Leefstijl en zelfmanagement** worden besproken.
- Screening naar **lawaai-geïnduceerd gehoorverlies**.
Onderzoek van de gehoorscherppte en eerste signalen van neurosensorieel gehoorverlies op deze leeftijd komt tegemoet aan diverse screeningscriteria onder meer de presymptomatische periode waarin vroege afwijkingen van het spraakverstaan in rumoer kan worden opgespoord en de belangrijke waarde van vroegdiagnose en -behandeling.

ADOLESCENTIE.

De adolescentie wordt gekenmerkt door een moeilijke zoektocht naar de eigen identiteit waarin ook preoccupatie met het eigen lichaam en lichaamsbeeld. Adolescenten zijn gevoelig voor invloeden van de peergroep in een periode van grote lichamelijke veranderingen naar volwassenheid en studiekeuzes.

Monitoring van de groei en puberteit komt enerzijds tegemoet aan de vele vragen van jongeren maar waarborgt eveneens de detectie van een late of vertraagde ontwikkeling van de puberteit (2,5%) en syndroom van Klinefelter (1/600)

- Het belang van een gesprek over het **mentaal welbevinden en leefstijl** werd hoger in dit document toegelicht. Het isolement waartoe jongeren door de crisis worden gedwongen vergroot het risico op mentale problemen.
- Screening naar **lawaai-geïnduceerd gehoorverlies**.
Bij jongeren en volwassenen neemt lawaai-geïnduceerd gehoorverlies onrustwekkend toe door blootstelling aan lawaai en luide muziek. Lawaaischade is progressief: eerst is er een reversibele gehoordaling – die vaak gepaard gaat met oorsuizen (tinnitus) – en bij voortdurende blootstelling onomkeerbaar perceptief gehoorverlies en/of tinnitus. De prevalentiecijfers bij adolescenten variëren tussen 10% en 20% afhankelijk van de populatie en bron, maar dit is waarschijnlijk een onderschatting,

gezien de trends met betrekking tot blootstelling aan lawaai en attitudes van jongeren ten opzichte van gehoorschade (Gilles, De Ridder et al. 2012).

Bij jongeren veroorzaakt lawaaischade oorsuizen en de moeilijkheid om spraak te verstaan, voornamelijk in een lawaaiërige omgeving. Dit kan leiden tot vermoeidheid, angst en stress (Daniel 2007). In een klas met veel geroezemoes zal een jongere met lawaaischade de lessen niet goed meer kunnen volgen, met risico op leerachterstand tot gevolg. Tijdige detectie van perceptief gehoorverlies maakt gepaste begeleiding en eventuele behandeling in een vroeg stadium mogelijk. De vaststelling van lawaaischade laat ook toe om aan gerichte en individuele secundaire preventie te doen. Hiermee wordt beoogd om leerlingen met sterke (recreatieve) lawaai-blootstelling en/of een individueel hoge gevoeligheid voor lawaaischade tijdig te informeren en te adviseren over hoe verdere schade te vermijden.

Besluit

Zijn de systematische contacten ook in deze tijden nog zinvol? Ja

Argumenten zijn (1) de omvang en impact van de gezondheidsproblemen zoals gehoorstoornis, visusstoornis en mentale gezondheidsproblemen, (2) de impact van risicofactoren op de ontwikkeling zoals het gezondheidsgedrag, een kwetsbare gezinscontext en de sociale context en (3) het belang dat ouders van jonge kinderen en jongeren hechten aan het gezond opgroeien en lichamelijk ontwikkelen.

Zijn sommige systematische contacten crucialer dan andere?

De overgangsfase van peuter naar kleuter en de adolescentie zijn zowel op het vlak van de ontwikkeltaken voor kinderen en jongeren evenals voor de opvoedopgaven van de ouders een grote uitdaging. Dit maakt de overeenkomstige systematische contacten onmisbaar en gevoelsmatig urgenter dan de overige contactmomenten.

Deze afweging wil geen onrecht doen aan het belang van de andere contactmomenten waarin zowel screening van gehoor en visus als de groei en globale ontwikkeling, leefstijl en mentale gezondheid opgevolgd en versterkt worden. De prevalentiecijfers en de impact van mogelijke problemen maken dat ook deze contactmomenten in een latere fase noodzakelijk blijven. Ethisch en deontologisch is het niet te verantwoorden dat het toeval maakt dat preventieve gezondheidszorg niet wordt verleend aan deelgroepen van kinderen. Uitzondering hierop zou eenmalig kunnen worden gemaakt voor het systematisch contact voor kinderen van 9-10 jaar (4^e leerjaar).

(2) Is het noodzakelijk om de systematische contacten die niet meer werden uitgevoerd in 2019-20 in te halen in schooljaar 2020-21?

De kans dat in de resterende periode tussen schoolhervatting na de crisis (half mei 2020) en einde schooljaar (30 juni à 15 juli) de vaccinatieopdracht én alle resterende systematische contacten kunnen worden uitgevoerd door alle CLB's is klein. De zekerheid dat cohortes leerlingen niet hebben kunnen genieten van de preventieve acties waar ze recht op hebben, is uiterst groot.

In hoeverre is een inhaaloperatie haalbaar?

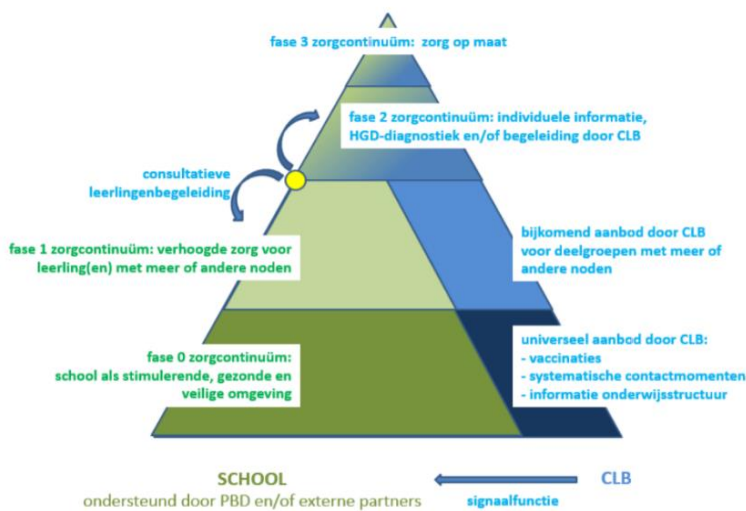
De werking van de CLB's staat al langer onder druk. Sinds hun ontstaan worden de CLB's gefinancierd door een gesloten enveloppesysteem. In diezelfde periode steeg het aantal leerlingen onder begeleiding en werden de opdrachten van overheidswege uitgebreid en de problematieken die zich aandienen complexer.

Meer recent worden CLB's geconfronteerd met een personeelskrapte van artsen en verpleegkundigen. Meerdere CLB's hebben om die reden een noodplan uitgewerkt dat moet toelaten voor haar verplicht aanbod van systematische contacten een alternatieve werkwijze toe te passen dat in min of meerdere mate afwijkt van de decretale verplichtingen. Ook voor centra die nog over een volledige personeelsbestand beschikken is de vraaggestuurde, verzekerde en verplichte dienstverlening een zware opdracht.

Dat maakt de aard en omvang van een inhaaloperatie in kaart moet worden gebracht om vervolgens na te gaan welke aspecten en acties uitvoering verdienen.

2 GELAAGD AANBOD PGZ: BIJKOMENDE NAZORG NA DE SYSTEMATISCHE CONTACTEN EN ZORG OP MAAT.

Het zorgcontinuüm met haar subsidiaire taakverdeling tussen school en CLB laat niet toe om alle activiteiten van het CLB in het kader van PGZ aan de fasen toe te wijzen. Een samensmelting van het zorgcontinuüm en een gefaseerd zorgmodel JGZ (van preventie-vroegdetectie tot zorg) is nodig om de acties PGZ in het CLB te borgen en te integreren in het geheel van de leerlingenbegeleiding (zie figuur) want de noodzaak voor diagnostiek kan zowel vanuit de probleemgestuurde als vanuit de universele preventie ontstaan.



De standaarden JGZ beschrijven wanneer bepaalde resultaten van screening en monitoring aanleiding geven tot nazorg. Nazorg kan bestaan uit een herneming van het screeningsonderzoek, een uitgebreider klinisch onderzoek en een gesprek met de betrokkenen om de wenselijkheid en organisatie van een verwijzing te bespreken. Het grote belang van een stabiel en steunend opvoedingsklimaat maakt dat er in het kader van preventie en vroegdetectie van psychosociale problemen initiatief tot nazorg nodig is bij accumulatie van risicofactoren in het gezin of de maatschappelijke context. Een ruwe schatting stelt dat afhankelijk van de problematiek ± 10 à 15% van de leerlingen die zich aanbieden bij de systematische contacten in een tweede tijd moeten worden uitgenodigd.

Er kan worden verwacht dat 5% van de leerlingen onder 'toezicht' van een CLB nood hebben aan intensievere begeleiding op maat naar aanleiding van gezondheidsproblemen.

Deze opdrachten vallen niet onder de verplichting zoals die voor de systematische contacten is beschreven. Ze zijn echter een noodzakelijk vervolg in een preventief zorgtraject van screening → vroegdetectie → bijkomend onderzoek tot diagnose → zorg bij participatie.

Dit is een taaklast die te verwachten is als nazorg van de systematische contacten die nog op stapel staan.

Wat niet mag worden vergeten is het achterstallige bijkomend aanbod in de nazorg van contactmomenten die voor de crisis werden uitgevoerd. Het korte resterende tijdsvenster van dit schooljaar brengt dit traject in het gedrang.

ALTERNATIEVEN VOOR EEN VOLWAARDIGE HERVATTING VAN DE PGZ-ACTIVITEITEN

De overwegingen bij de geformuleerde alternatieve werking pogen -in afwachting van het volledige hervatten van onderwijs- de reguliere werking te benaderen en tegemoet te komen aan de bestaande opdrachten en eventuele 'nieuwe' noden die de coronacrisis veroorzaakt.

Vraag blijft of scholen, na hervatting, nog bereid zijn om tijd vrij te maken voor klassikale CLB-consulten waardoor onderstaande alternatieven ook na schoolhervatting relevant kunnen blijven.

Hoewel onderstaande als advies kan worden gelezen, wil het enkel inspirerend zijn voor het lokale beleid en ondersteuning bieden aan de veldwerkers.

3 SYSTEMATISCH CONTACT VOOR DE JONGE KLEUTER (3-4J)

De ontwikkeltaken voor de jonge kleuter, de opvoedingsopgaven voor de ouders en het startmoment van de schoolloopbaan maken dit systematisch contactmoment uiterst relevant. Om die reden en rekening houdend met de wetenschappelijke argumenten voor de absolute prioriteit voor MBR en de volgorde van de andere vaccinatieopdrachten, kan er gepleit worden om dit systematisch contact voorrang te geven op de vaccinatie tegen dTap, HPV en DTaP-IPV.

<p>Dit contactmoment bestaat uit drie pijlers:</p>	<p>BVR-opdracht: Het systematische contact in de eerste kleuterklas of bij de leeftijdscohort driejarigen wordt zo georganiseerd dat de ouders maximaal aanwezig kunnen zijn en omvat minstens:(items Art. 3)</p>
<p>(1) gesprek – anamnese</p>	<p>1° kennisnemen van medische antecedenten van de leerling die voor de groei en ontwikkeling relevant zijn;</p> <p>2° kennisnemen van kenmerken van de gezins- en maatschappelijke context die voor de groei en ontwikkeling van het kind relevant zijn;</p> <p>6° kennisnemen van en aanmoedigen tot preventief tandartsbezoek en mondgezond gedrag om gebitsaantasting op jonge leeftijd te voorkomen;</p> <p>5° kennisnemen van indicaties voor gehooronderzoek;</p> <p>7° controle van de vaccinatiestatus;</p>
<p>(2) onderzoek</p>	<p>3° monitoring van de groei om een inschatting te maken van de globale gezondheidstoestand van kinderen en jongeren op individueel en populatieniveau;</p> <p>4° visusscreening op amblyopie en amblyogene factoren om een onomkeerbaar visusverlies te voorkomen en zo de binoculaire visusontwikkeling van kinderen en jongeren en hun onderwijsparticipatie te vrijwaren;</p>

	5° gehooronderzoek op indicatie om tijdig neurosensorieel gehoorverlies op te sporen en een vroege behandeling mogelijk te maken om de auditieve ontwikkeling van leerlingen en hun onderwijsparticipatie te vrijwaren;
(3) bespreking/integratie van informatie → afweging nood aan zorg & afspraken	8° inschatten van risico's en beschermende factoren met betrekking tot de gezondheid, groei en ontwikkeling, de schoolloopbaan en van de behoefte aan zorg, door de verkregen informatie te wegen. Hierbij gaat specifieke aandacht naar motoriek, taal en spraak, en sociaal-emotionele aspecten; 9° informeren, adviseren, verwijzen of toeleiden van het kind of het gezin naar zorg of een traject op maat.

Het gesprek en de anamnese met de ouders

Het is zinvol om alvast dit onderdeel van het systematisch contact te hernemen.

Dit kan telefonisch, via chat of beeldbellen.

Deze werkwijze biedt volgende kansen:

- Een gelegenheid om naar de huidige thuissituatie en de copingmechanismen te polsen.
De pers, de verenigingen van psychologen en psychiaters, de UA-Corona-enquête geven aan dat gezinnen en individuen onder spanning staan, dat mensen zich emotioneel slechter voelen. In stedelijke context, kansarmoede en kleine behuizing stelt het probleem zich nog sterker. Het is duidelijk dat de corona-crisis de kwetsbare mensen het hardste treft. Een pro-actief/preventief contact laat toe om een luisterend oor te bieden, aan te moedigen wat goed gaat, te informeren over alternatieve aanpak of steun, signalen van spanning of crisis te capteren en zo nodig alsnog een gesprek in een persoonlijk contact³ aan te bieden. Beperkte ervaring leert dat dergelijk outreachend initiatief door ouders warm wordt onthaald.
- Een maximale ouderbetrokkenheid na te streven met ruimte voor dialoog en vraagstelling.
De nodige informatie te verzamelen voor de afweging van RF en BF voor gezondheid, groei en ontwikkeling ten behoeve van het installeren van eventuele nazorg.
Bijzondere aandachtspunten te registreren voor het (latere) klinisch onderzoek.
- Een inhoudelijke voorsprong te nemen op de feitelijke uitvoering van systematisch contact met de kleuters dat in een latere fase klassikaal zal doorgaan.

De werkwijze kent ook bezwaren en uitdagingen:

- Het gebruik van chat en beeldbellen vereist de beschikbaarheid van PC/laptop/smartphone/iPhone en enige technische vaardigheid van ouders. Chatten is eerder anoniem en vereist lees-, schrijfvaardigheid in het Nederlands of andere taal bij de ouders en de CLB-medewerker. Chatten verloopt wat trager dan verbale communicatie. Telefoneren daarentegen is laagdrempeliger maar mist lichaamstaal. Telefonisch of beeldbelcontact lijken (gevoelsmatig) voor een gesprek met ouders te verkiezen boven chat.
- Het inzetten van chat en beeldbellen vraagt opleiding van de CLB-medewerker (deze is beschikbaar in e-module en korte toets).
- De logistieke omstandigheden waarin het gesprek thuis verloopt kan moeilijk zijn in geval van kleine behuizing, gebrek aan toezicht op aanwezige kinderen,...
De huiselijke context en eventuele interactie met aanwezigen geeft anderzijds ook een kijk op de gezinsinteracties.

³ Cf. hygiënische aanbevelingen en veiligheidsmaatregelen

- Er is al ervaring met blended chatten met cliënten waarmee eerder al in een fysiek contact kennis werd gemaakt. In geval van een gesprek t.g.v. een systematisch contact is dit niet het geval en maakt men voor het eerst op deze alternatieve wijze contact. Dit kan de aanvang van een gesprek bemoeilijken.

Rekening houdende met het progressieve afbouwen van de lockdown-maatregelen bestaat de mogelijkheid om de systematische contacten op afspraak in fysieke aanwezigheid van de kleuter met één ouder te hervatten, rekening houdend met hygiënische veiligheidsmaatregelen voor zowel de cliënten als het CLB-personeel.

Het klinisch onderzoek

Monitoring van lengte en gewicht, visusscreening (gezichtsscherpte en oogstand), observatie van gedrag en interactie met de kleuter worden uitgevoerd.

Over het reinigen van de aanwijsplaat van de visustest en de plasticen afdekbril wordt nog geïnformeerd.

De integratie van informatie → afweging nood aan zorg & afspraken → feedback aan de ouders

In het geval een ouder de kleuter vergezelt op een voorziene afspraak, kan de integratie en de te plannen nazorg in overleg gebeuren.

Worden kleuters pas in een tweede fase lichamelijk onderzocht, na een beelbelconsult met de ouder, zal er voorzien worden in een geschreven rapport (zoals gangbaar) of neemt de CLB-medewerker actief contact op met de ouder wanneer toelichting wenselijk is.

4 SYSTEMATISCH CONTACT ADOLESCENT (14-15J)

De uitdagende ontwikkeltaken voor de adolescent, de transitiefase naar grote(re) zelfstandigheid en het afsluitende systematische CLB-consult maken dit systematisch contactmoment uiterst relevant. Om die reden en rekening houdend met de wetenschappelijke argumenten voor de absolute prioriteit voor MBR en volgorde van de andere vaccinatieopdrachten, kan er gepleit worden om dit systematisch contact voorrang te geven op de vaccinatie tegen dTap, HPV en DTaP-IPV.

Dit contactmoment bestaat uit drie pijlers:	BVR-opdracht: Het systematische contact in het derde jaar van het secundair onderwijs of de leeftijdscohorte veertienjarigen omvat minstens:(items Art. 7)
(1) gesprek – anamnese	<p>1° kennismaken van medische antecedenten van de leerling die voor de groei en ontwikkeling relevant zijn;</p> <p>2° kennismaken van kenmerken van de gezins- en maatschappelijke context die voor de groei en ontwikkeling van de leerling relevant zijn;</p> <p>3° leerlingen stimuleren om te reflecteren over hun eigen gezondheid, leefstijl en welzijn, hen uitnodigen om vragen te stellen zodat ze advies op maat krijgen, en hen sensibiliseren om zorg te dragen voor hun eigen gezondheid;</p> <p>(6° controle van de vaccinatiestatus; check door CLB)</p>
(2) onderzoek	<p>4° monitoring van de groei om een inschatting te maken van de globale gezondheidstoestand van leerlingen op individueel en populatieniveau;</p> <p>5° gehoorscreening om tijdig neurosensorieel gehoorverlies op te sporen, in het bijzonder als gevolg</p>

	van lawaaischade, en een tijdige bijsturing van het gezondheidsgedrag mogelijk te maken om de sensorische (auditieve) ontwikkeling van leerlingen en hun onderwijsparticipatie te vrijwaren;
(3) bespreking/integratie van informatie → afweging nood aan zorg & afspraken	<p>7° in dialoog en partnerschap met de leerling informeren, adviseren, verwijzen of toeleiden naar zorg of een traject op maat;</p> <p>8° inschatten van risico's en beschermende factoren met betrekking tot de gezondheid, groei en ontwikkeling, de schoolloopbaan en van de behoefte aan zorg, door de verkregen informatie te wegen. Hierbij gaat specifieke aandacht naar leefstijl en sociaal-emotionele aspecten.</p>

Het gesprek met de jongeren

Het is zinvol om alvast dit onderdeel van het systematisch contact te hernemen.

Dit kan telefonisch, via chat of beeldbellen.

Deze werkwijze biedt volgende kansen:

- Een gelegenheid om naar de huidige thuissituatie en copingmechanismen te polsen. De pers, de verenigingen van psychologen en psychiaters, de UA-Corona-enquête geven aan dat gezinnen, vooral dan deze met opgroeiende tieners onder spanning staan. Jongeren missen contact met hun vrienden. Jongeren in kansarmoede en die klein behuisd zijn, missen mogelijks persoonlijke ruimte en privacy. Van jongeren wordt verwacht dat ze zelfstandig schoolwerk opnemen wat niet voor iedere student vanzelfsprekend is. Een pro-actief/preventief contact, dat gekaderd kan worden binnen een geplande, verplichte CLB-opdracht is een 'onverdachte' aanleiding om een luisterend oor te bieden, aan te moedigen wat goed gaat, te informeren over alternatieve aanpak of steun, signalen van spanning of crisis te capteren en zo nodig alsnog een gesprek in een persoonlijk contact⁴ aan te bieden.
- Een maximale betrokkenheid van de adolescent na te streven met ruimte voor dialoog, vraagstelling en persoonlijke reflectie op leefstijl en gezondheid.
De nodige informatie te verzamelen voor de afweging van RF en BF voor gezondheid, groei en ontwikkeling ten behoeve van het installeren van eventuele nazorg.
Bijzondere aandachtspunten te registreren voor het (latere) klinisch onderzoek.
- Een inhoudelijke voorsprong te nemen op de feitelijke uitvoering van systematisch contact met de jongeren dat in een latere fase zal doorgaan.
- De mogelijkheid bestaat dat het ietwat anonieme aspect van de chat als communicatiemedium voor sommige leerlingen de drempel tot vragen stellen verlaagt. Het zou ook een positieve invloed kunnen hebben op de teneur van het gesprek over leefstijl en zelfbeeld tussen CLB-medewerker en de jongere in afwezigheid van meet en weeggegevens waardoor de 'verleiding' tot snel leefstijladvies kleiner wordt.

De werkwijze kent ook bezwaren en uitdagingen:

- Het gebruik van chat en beeldbellen vereist de beschikbaarheid van PC/laptop/smartphone/iPhone en enige technische vaardigheid. Chatten is anoniemer en vereist voldoende/vlotte lees-, schrijfvaardigheid in het Nederlands of andere taal bij de jongere en de CLB-medewerker. Dat kan een grote drempel zijn voor anderstalige jongeren en nieuwkomers uit verre landen. Mogelijks blijft telefoneren voor deze groep de enige keuze. Chatten verloopt wat trager dan verbale communicatie.
- Het inzetten van chat en beeldbellen vraagt opleiding en enige ervaring bij de CLB-medewerker.

⁴ Cf. hygiënische aanbevelingen en veiligheidsmaatregelen

- Adolescenten zijn bijzonder geïnteresseerd in hun groeipatroon en uitzicht op volwassen eindlengte. Het gebrek aan informatie over lengte en gewicht maakt dat dit gespreksitem anders zal verlopen. Dit kan als meerwaarde hebben dat de wedervraag naar zelfbeeld en persoonlijke verwachtingen vanzelfsprekender wordt (zie supra) en minder beladen/beïnvloed is door kennis van meetresultaten.
- De logistieke omstandigheden waarin het gesprek thuis verloopt kan moeilijk zijn in geval van kleine behuizing, aanwezigheid van ouders, broers en zussen,...Deze context kan het gesprek verstoren. Een chatgesprek levert in dit opzicht iets meer privacy op voorwaarde dat niemand meekijkt.
- Er is al ervaring met blended chatten met cliënten waarmee eerder al in een fysiek contact kennis werd gemaakt. In geval van een gesprek t.g.v. een systematisch is dit niet het geval en maakt men voor het eerst op deze alternatieve wijze contact.

Het klinisch onderzoek

Monitoring van lengte en gewicht, gehoorscreening vindt plaats wanneer leerlingen opnieuw via de school te bereiken zijn .

De integratie van informatie → afweging nood aan zorg & afspraken → feedback aan de ouders

De integratie van alle verkregen informatie en de nood aan een vervolgtraject wordt in samenspraak met de adolescent uitgewerkt. Ook dit kan plaatsvinden wanneer leerlingen opnieuw via de school te bereiken zijn .

Hulpmiddelen bij de gesprekvoering:

<https://www.vwvj.be/nieuwsbericht/nieuwsbrief-gezond-kiezen-gespreksleidraden-voor-contactmomenten-met-jongeren>

https://eetexpert.be/wp-content/uploads/2019/10/Fiche-CLB-adolescent_final.pdf

Voor de overige systematische contacten is het afwachten tot het heropenen van de scholen.

Er bieden zich weinig alternatieven aan voor de reguliere werkwijze via oudervragenlijsten, kort gesprek met de leerling en het klinisch onderzoek. Uitzondering kan worden gemaakt voor die leerlingen waarvan het CLB betrokken is in een begeleiding of HGD-traject. In deze gevallen kan een telefonisch contact zinvol zijn om eventuele bijkomende vragen van ouders te capteren en tegelijk naar de draagkracht van de ouder(s) te peilen.

5 SYSTEMATISCH CONTACT 6-JARIGEN

<p>Dit contactmoment bestaat uit drie pijlers:</p>	<p>BVR-opdracht: Het systematische contact in het eerste leerjaar of leeftijdscohort zesjarigen wordt zo georganiseerd dat de aanwezigheid van de ouders aangemoedigd wordt en omvat minstens:(items Art. 4)</p>
<p>(1) informatieverzameling uit dossier en vragenlijst voor ouders voorafgaandelijk aan het onderzoek, deels door gesprek met het kind.</p>	<p>1° kennisnemen van medische antecedenten van de leerling die voor de groei en ontwikkeling relevant zijn;</p> <p>2° kennisnemen van kenmerken van de gezins- en maatschappelijke context die voor de groei en ontwikkeling van de leerling relevant zijn;</p> <p>7° kennisnemen van en motiveren tot preventief tandartsbezoek en mondgezond gedrag om gebitsaantasting op jonge leeftijd te voorkomen;</p> <p>(8° controle van de vaccinatiestatus; check door CLB)</p>

(2) onderzoek	<p>3° monitoring van de groei om een inschatting te maken van de globale gezondheidstoestand van leerlingen op individueel en populatieniveau;</p> <p>4° visusscreening op amblyopie en amblyogene factoren om een onomkeerbaar visusverlies te voorkomen, en om de sensorische (binoculaire visus)ontwikkeling van leerlingen en hun onderwijsparticipatie te vrijwaren;</p> <p>5° kleurzinonderzoek om tijdig maatregelen te kunnen treffen die de participatie in onderwijs optimaliseren;</p> <p>6° gehoorscreening om tijdig neurosensorieel gehoorverlies op te sporen en een vroege behandeling mogelijk te maken om de sensorische (auditieve) ontwikkeling van leerlingen en hun onderwijsparticipatie te vrijwaren;</p>
(3) integratie van informatie → afweging nood aan zorg & afspraken → feedback aan ouders	<p>9° inschatten van risico's en beschermende factoren met betrekking tot de gezondheid, groei en ontwikkeling, de schoolloopbaan en van de behoefte aan zorg, door de verkregen informatie te wegen. Hierbij gaat specifieke aandacht naar motoriek, taal en spraak, en sociaal-emotionele aspecten;</p> <p>10° informeren, adviseren, verwijzen of toeleiden van het kind of het gezin naar zorg of een traject op maat.</p>

De aanwezigheid van leerlingen op school na 18 mei 2020 biedt een perspectief om leerlingen te bereiken voor de visus- en gehoorscreening. De mogelijkheden hiertoe verdienen evenwel overleg met de school rekening houdende met onderwijstijden en preventie- en veiligheidsmaatregelen.

6 SYSTEMATISCH CONTACT 9-10-JARIGEN

Dit contactmoment bestaat uit drie pijlers:	BVR-opdracht: Het systematische contact in het vierde leerjaar of de leeftijdscohorten negenjarigen omvat minstens: (items Art. 5)
(1) informatieverzameling uit dossier en vragenlijst voor ouders voorafgaandelijk aan het onderzoek, deels door gesprek met het kind.	<p>3° kennisnemen van en motiveren tot preventief tandartsbezoek en mondgezonder gedrag om gebitsaantasting op jonge leeftijd te voorkomen;</p> <p>(4° controle van de vaccinatiestatus; check door CLB)</p>
(2) onderzoek	<p>1° monitoring van de groei om een inschatting te maken van de globale gezondheidstoestand van leerlingen op individueel en populatieniveau;</p> <p>2° visusscreening op amblyopie, amblyogene factoren en recidieven van amblyopie om een onomkeerbaar visusverlies te voorkomen en de sensorische (binoculaire visus)ontwikkeling van leerlingen en hun</p>

	onderwijsparticipatie te vrijwaren;
(3) integratie van informatie → afweging nood aan zorg & afspraken → feedback aan ouders	5° informeren, adviseren, verwijzen of toeleiden van het kind of het gezin naar zorg of een traject op maat om in een vroeg stadium hindernissen voor de schoolloopbaan van leerlingen te beperken of weg te nemen.

De klasgroepen 4^e leerjaar (9-10-jarigen) die nog een systematisch contact moesten krijgen, hoeven eenmalig niet te worden onderzocht dit schooljaar noch volgend schooljaar. Het is in dit geval aan te bevelen om de ouders van de betrokken leerlingen aan te schrijven en hen te informeren over het gemis aan visuscreening en groei monitoring.

7 SYSTEMATISCH CONTACT 11-12-JARIGEN

Dit contactmoment bestaat uit drie pijlers:	BVR-opdracht: Het systematische contact in het eerste leerjaar of leeftijdscohort 11-jarigen wordt zo georganiseerd dat de aanwezigheid van de ouders aangemoedigd wordt en omvat minstens: (items Art. 4)
(1) informatieverzameling uit dossier en vragenlijst voor ouders voorafgaandelijk aan het onderzoek, deels door gesprek met het kind.	1° kennisnemen van medische antecedenten van de leerling die voor de groei en ontwikkeling relevant zijn; 2° kennisnemen van kenmerken van de gezins- en maatschappelijke context die voor de groei en ontwikkeling van de leerling relevant zijn; 6° kennisnemen van en motiveren tot preventief tandartsbezoek en mondgezond gedrag om gebitsaantasting op jonge leeftijd te voorkomen; (7° controle van de vaccinatiestatus; check door CLB)
(2) onderzoek	3° monitoring van de groei om een inschatting te maken van de globale gezondheidstoestand van leerlingen op individueel en populatieniveau; 4° visusonderzoek met dieptezicht om binoculaire visusstoornissen tijdig te detecteren met het oog op een optimale onderwijsparticipatie en een brede studiekeuze; 5° gehoorscreening om tijdig neurosensorieel gehoorverlies op te sporen om de sensorische (auditieve) ontwikkeling van leerlingen en hun onderwijsparticipatie te vrijwaren;
(3) integratie van informatie → afweging nood aan zorg & afspraken → feedback aan ouders	8° inschatten van risico's en beschermende factoren met betrekking tot de gezondheid, groei en ontwikkeling, de schoolloopbaan en van de behoefte aan zorg, door de verkregen informatie te wegen.

	<p>Hierbij gaat specifieke aandacht naar leefstijl en sociaal-emotionele aspecten;</p> <p>9° informeren, adviseren, verwijzen of toeleiden van het kind of het gezin naar zorg of een traject op maat.</p>
--	--

De aanwezigheid van leerlingen op school na 18 mei 2020 biedt een perspectief om leerlingen te bereiken voor de visus- en gehoorscreening. De mogelijkheden hiertoe verdienen evenwel overleg met de school rekening houdende met onderwijstijden en preventie- en veiligheidsmaatregelen.

8 HYGIËNE EN VEILIGHEID

Bij het hervatten van de klassikaal georganiseerde onderzoeken moeten de nodige veiligheid en hygiënische maatregelen worden in acht genomen. Hierbij zijn de veiligheid en gezondheid van zowel de leerlingen én de CLB-medewerkers essentieel.

De VVWJ zal onderzoeken op welk wijze de materialen die gebruikt worden voor de gehoor en de visusscreening moeten worden gereinigd bij gebruik na elke leerling.

Voor de overige voorzorgsmaatregelen kan worden verwezen naar het VVWJ-nieuwsbericht van 16 april: <https://www.vwvj.be/nieuwsbericht/nieuwsbericht-vaccinaties-47>

Referenties

Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid. Belgisch staatsblad 29/5/2015:24–44 Brussel.

(2020). Gewichtsstatus van kinderen en jongeren in Vlaanderen. Geïntegreerde rapportage op basis van BMI-gegevens van Kind en Gezin en Zorg en Gezondheid, Agentschap Zorg en Gezondheid.

Bess, F. (1998). "Children with minimal sensorineural hearing loss: prevalence, educational performance, and functional status. *Ear Hear*, 19(5), 339-54." *Ear Hear*. **19**(5): 339-354.

Daniel, E. (2007). "Noise and Hearing Loss: A Review." *Journal of School Health* **77**(5): 225-231.

Davis, A., J. Bamford, I. Wilson, T. Ramkalawan, M. Forshaw and S. Wrigh (1997). "A critical review of the role of neonatal hearing screening in the detection of congenital hearing impairment." *Health Technology Assessment* **1**(10): 1-190.

Davis, A. and S. Wood (1992). "The epidemiology of childhood hearing impairment: factor relevant to planning of services." *Br.J Audiol.* **26**(2): 77-90.

Detollenaere, J., A.-S. Desmarest, P. Boeckstaens and S. Willems (2018). "The link between income inequality and health in Europe, adding strength dimensions of primary care to the equation. *SOCIAL SCIENCE & MEDICINE*. 2018;201:103–10." *Social Science & Medicine* **201**: 103-110.

Expoo (2011). Behoeften van ouders inzake opvoedingsondersteuning. Brussel, Expoo.

Gilles, A., D. De Ridder, G. Van Hal, K. Wouters, K. P. A and P. Van de Heyning (2012). "Prevalence of leisure noise-induced tinnitus and the attitude toward noise in university students." *Otology & neurotology* **33**: 899-906.

Keymeulen, A., I. E. Staal, C. Vandermeulen and M. Roelants (2020). Onderzoek naar de haalbaarheid en de validiteit van de SPARK-36 gespreksleidraad tijdens het consult voor kleuters in de centra voor leerlingbegeleiding, Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg.

Kirtley, O., R. Achterhof, A. Hiekkaranta, K. Hermans, N. Hagemann and I. Myin-Germeys (2019). SIGMA 2019 Fase I. Rapport. Hoe word ik wie ik ben., Centrum voor contextuele psychiatrie KU Leuven.

NCJ (2016). JGZ-richtlijn psychosociale problemen., Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg. Ontwikkelaar TNO.

Pijpers, F., Y. Vanneste and F. Feron (2019). 'Stress bij kinderen: hoe houden we het gezond?' Utrecht, Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg.

Roseboom, T. (2018). De eerste 1000 dagen. Het fundamentele belang van een goed begin vanuit biologisch, medisch en maatschappelijk perspectief. Utrecht, De Tijdstroom.

Skarzynski, H. and A. Piotrowska (2012). "Screening for pre-school and school-aged hearing problems: European consensus statement." Int J of Pediatr otorhinolaryngology **76**: 120-121.

van Landschoot, R., K. van Heeringen and G. Portzky (2018). Epidemiologisch rapport. Vlaamse suïdecijfers in een nationale en internationale context.