Nederlands Jeugdinstituut

Interventie

Kortdurende Video-Hometraining in gezinnen met jonge kinderen

Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 14 februari 2025
Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Eliëns (29 oktober 2024).
Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Kortdurende Video-Hometraining in gezinnen met jonge kinderen'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Inhoud **3**

Samenvatting **4**
Doelgroep 4
Doel..... 4
Aanpak 4
Materiaal 4
Onderbouwing 5
Onderzoek 5

1. Uitgebreide beschrijving **7**
1.1 Doelgroep 7
1.2 Doel 8
1.3 Aanpak 9

2. Uitvoering **17**

3. Onderbouwing **25**

4. Onderzoek **31**
4.1 Onderzoek naar de uitvoering 31
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten 34

5. Samenvatting Werkzame elementen **44**

6. Aangehaalde literatuur **45**

Samenvatting

Kortdurende video-hometraining (K-VHT) is een preventieve methodiek die wordt ingezet bij ouders met kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar, die spanning ervaren in de opvoeding. Centraal in de methodiek staat het bekijken en bespreken met de ouders van korte video-opnames van de 'alledaagse omgang' thuis, waarbij de focus ligt op de initiatieven van het kind. Waar gewenst of nodig wordt aanvullend uitleg gegeven door de VHT-er over de ontwikkeling van het kind. Het effect is dat de ouders de behoeftes van hun kind begrijpen en vervolgens beter in staat zijn om sensitief en responsief te reageren op hun kind. Dit bevordert en herstelt een gezonde (sociaal-emotionele) ontwikkeling bij het kind. De methodiek omvat maximaal acht huisbezoeken, met drie video-opnames en drie reviews.

Doelgroep

K-VHT richt zich op ouders van jonge kinderen van 0-4 jaar die opvoedingsspanning ervaren en opvoedingsvragen hebben en/of de kinderen licht probleemgedrag laten zien. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om ouders van overmatig huilende baby's en/of van peuters en kleuters met een moeilijk temperament en/of die problemen hebben met eten, slapen en met de zindelijkheid.

Doel

Het hoofddoel van K-VHT is het verbeteren van de sensitieve responsiviteit van de ouders en de daarmee samenhangende opvoedvaardigheden waardoor uiteindelijk probleemgedrag wordt voorkomen en/of verminderd

Aanpak

De ouders worden in de thuissituatie begeleid in maximaal 8 huisbezoeken door een getrainde videohometrainer. Er wordt een korte video-opname gemaakt van een dagelijks verzorgingsmoment (bad, spel- of eetsituatie). Deze video-opname wordt volgens beschreven richtlijnen teruggekeken met de ouders, waarbij de focus gericht is op de initiatieven van het kind om contact te maken met zijn ouders.

De aanpak wordt afgestemd op de specifieke ontwikkelingsbehoeftes en de ontwikkelingsfasen van het kind en sluit aan bij de mogelijkheden van de ouders. Het totale traject bestaat uit maximaal drie video-opnames en drie keer terugkijken in een tijdsbestek van drie weken tot zes maanden. Een half jaar na afsluiting is er een follow-up (één keer filmen en één keer terugkijken). Ook de videohometrainer zelf wordt begeleid in het pedagogisch ondersteunen van de ouders met behulp van videobeelden

Materiaal

De volgende materialen zijn beschikbaar voor de uitvoering van K-VHT:

- AIT-monitoringsinstrument, 2021. Meetinstrument ten behoeve van resultaatmeting van de begeleiding van ouders met VHT en VIB. (NJi, 2016, De Wilde, 2021).
- AIT, Eliëns, M. (red). (2017, 2020, 2022). Video-hometraining en video-interactiebegeleiding. Een introductie van de methodieken.
- Eliëns, M. & Prinsen, B. (2008, 2011). Handleiding kortdurende video-hometraining in gezinnen met jonge kinderen: Voor professionals in de jeugdgezondheidszorg. Amsterdam: SWP.
- Eliëns, M. (2005). Baby's in beeld. Video-hometraining en video-interactiebegeleiding bij kwetsbare baby's. Amsterdam: SWP. Een naslagwerk (incl. DVD) gericht op de begeleiding van ouders met jonge kinderen.

Onderbouwing

Onderzoeken laten zien dat met name de sensitieve afstemming veel invloed heeft op de vroege hersenontwikkeling van het jonge kind (Riksen-Walraven, 2002). In de jonge jaren ontwikkelen de hersenen zich snel en zijn ze erg vatbaar voor omgevingsinvloeden (Gunnar, Herrera & Hostinar, 2009). Vroege emotionele ervaringen worden letterlijk ingebed in de structuur van het brein. Deze emotionele ervaringen vinden bij baby's en jonge kinderen plaats tijdens de interactie met de verzorger. Kinderen laten ongemak zien en huilen als ze zich hongerig, koud, nat of om een andere reden oncomfortabel voelen en ze ervaren positieve emoties als ze gevoed, verzorgd en vastgehouden worden. De associatie tussen positieve emoties en de beschikbaarheid van sensitieve en responsieve verzorging wordt versterkt gedurende de kindertijd en is zowel waarneembaar in het gedrag als in de hersenstructuur (National Scientific Council on the Developing Child, 2004).

Onderzoek

In 2023 is er een procesevaluatie uitgevoerd m.b.t. kortdurende video-hometraining in gezinnen met jonge kinderen (Eliëns & Meijer, 2023) onder een aantal professionals die K-VHT uitvoeren.
De professionals waarderen het werken met K-VHT gemiddeld met een 8,3 (schaal 1-10). Ze vinden het gebruik van de methodiek een meerwaarde in de hulpverleningstrajecten met name als het om gedragsproblemen gaat. De ouders (n=12) beoordeelden de begeleiding met kortdurende video-hometraining en het resultaat daarvan met gemiddeld een 7,6 (schaal 1-10).

In 2022 werd er een evaluatieonderzoek gepubliceerd (Tuller, 2022) door de afdeling JGZ van Yunio van een pilot van eenmalige Kortdurende Video-hometraining bij Yunio in de gemeenten Aalten, Bronckhorst, Lochem, Montferland, Oost Gelre en Winterswijk. Uiteindelijk hebben 61 gezinnen aan de pilot meegedaan met een respons van 80% (49 gezinnen). De pilot werd bij 65% van de ouders aangeboden bij een eerste kindje. Bij de andere 35% van de ouders ging het om een volgend kindje. In de preventie tijdens het jonge ouderschap, de laagdrempeligheid van de methode door de speciaal hiervoor opgeleide jeugdverpleegkundigen biedt dit een mooie kans om de competenties van ouders te versterken en hun veerkracht te vergroten.

Er is geen recent specifiek Nederlands wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de uitvoering van de interventie bij jonge kinderen, wel bij andere toepassingen en/of in andere leeftijdscategorieën (bijvoorbeeld ouders van premature kinderen).

Er is een meta-analyse uitgevoerd (Fukkink, 2007; 2008) naar video-feedback in het algemeen. De oudere, niet recente onderzoeken naar de effecten van VHT zijn meegenomen in de meta-analyse van Fukkink (2007; 2008).

In 2011 zijn de resultaten gerapporteerd van een kleinschalige studie naar het effect van K-VHT in gezinnen met overmatige spanning als gevolg van een excessief huilende baby (Klein Velderman, Pannebakker, Fukkink, De Wolff e.a., 2011). Vergelijkingen tussen de interventie- en de controlegroep lieten zien dat moeders als gevolg van K-VHT het huilen van hun kind als minder negatief leken te percipiëren en zich minder vervelend leken te voelen bij het huilen. Ook duidden de resultaten op een positief effect van de interventie op gevoel van ouderlijke competentie bij moeders. De sensitieve responsiviteit van moeders steeg tijdens het onderzoek in beide studiecondities. De toename leek iets groter in de interventiegroep. Tot slot leek de interventie ook op lange termijn te leiden tot een positiever competentiegevoel van moeders en bovendien tot minder dagelijkse opvoedingsspanningen.

Onderzoek laat zien dat de methodiek, toegepast in een klinische situatie, bij prematuur geboren kinderen positieve effecten heeft o.a. op de sensitiviteit van de ouders voor de signalen van het kind (Hoffenkamp, Tooten, van Bakel, Vingerhoets & Winkel, 2010; Hoffenkamp, Tooten & Hall e.a., 2012; Hoffenkamp, Tooten, Hall e.a., 2015; Hoffenkamp, 2015; Tooten e.a., 2010, 2012, 2013, 2014, 2015; Tooten, 2014; Van Bakel, Hoffenkamp, Tooten, Hall, Ter Beek & Hartman, 2013; Van Bakel e.a., 2013; Van Bakel, Tooten, Hoffenkamp & Hall, 2015).

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

K-VHT richt zich op ouders van jonge kinderen van 0-4 jaar die opvoedingsspanning ervaren en opvoedingsvragen hebben en/of de kinderen licht probleemgedrag laten zien. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om ouders van overmatig huilende baby's en/of van peuters en kleuters met een moeilijk temperament en/of die problemen hebben met eten, slapen en met de zindelijkheid. De interventie is gericht op ouders die aangeven vragen of spanning te hebben in het dagelijkse functioneren van het gezinsleven en daar tijdelijke hulp of ondersteuning bij nodig te hebben.

Selectie van doelgroepen

K-VHT richt zich op:

- Ouders die lichte opvoedingsvragen hebben.
- Ouders, die ongerust of onzeker zijn over de ontwikkeling van het kind.
- Ouders, die onzeker zijn over hun competenties als ouders.
- Ouders die spanning ervaren in de opvoeding.
- Ouders waarbij opvoedvaardigheden tekortschieten.
- Ouders, waarbij de interactie met het kind moeizaam verloopt.
- Ouders, waarbij de hechting met het kind problematisch is of moeizaam tot stand komt.

De indicatie voor kortdurende video-hometraining kan worden afgegeven voor de ouder, voor het kind/de kinderen en voor ouders en kinderen samen. De verwijzing kan lopen:

- Via de huisarts;
- Via de jeugdverpleegkundige of de jeugdarts van de GGD;
- Via de kinderarts;
- Via de verloskundige;
- Via de ouders zelf, doordat ze zichzelf melden bij een CJG of bij een lokaal team van de gemeente.

De hulpverlener (meestal een jeugdverpleegkundige) bepaalt of het gezin in aanmerking komt voor K-VHT aan de hand van de hulpvraag van de ouders. Zowel de indicatie(s) als contra-indicatie(s) worden gecheckt tijdens het eerste huisbezoek/intake door de jeugdverpleegkundige aan de hand een gesprek met de ouders. In principe komen alle ouders met kinderen in de leeftijdscategorie 0-4 jaar, die opvoedingsvragen en/of –spanning en lichte problemen hebben, in aanmerking voor K-VHT.

Een contra-indicatie is complexe en meervoudige problematiek, waarbij op voorhand duidelijk is dat er langdurige(r) ondersteuning of zwaardere vormen van hulp nodig zijn in het gezin of waarbij het gezin deze hulp al ontvangt. Complexe en meervoudige problematiek is bijvoorbeeld (ernstige) psychosociale problematiek bij één of beide ouders en/of de aanwezigheid van meerdere problemen tegelijk die het adequaat functioneren van het gezin belemmeren. Toch kan het in incidentele gevallen voorkomen dat, ondanks dat er sprake is van een contra-indicatie, K-VHT aangeboden of uitgevoerd wordt. Dat is nog weleens aan de orde bij de geboorte van een nieuwe baby. Het preventief inzetten van K-VHT heeft dan als doel problemen in de hechting en de communicatie te voorkomen en dat gebeurt dan altijd in samenwerking met de aanwezige hulpverleners in het gezin of ingebed in speciale projecten (VHT-VoorZorg), die voor deze ouders bedoeld en aangepast zijn.

Contra-indicatie bij het kind:
(Gediagnosticeerde) ontwikkelingsproblematiek, waarbij bij voorbaat al vaststaat dat lichte hulp onvoldoende zal zijn.

Contra-indicaties bij de ouder:
- Ouders met psychiatrische problematiek (borderline, depressie, persoonlijkheidsproblematiek);
- Ouders met verslavingsproblematiek (alcohol, drugs, kansspelen);
- Ouders met verstandelijk beperkte vermogens;
- Vermoedens van kindermishandeling.

Betrokkenheid doelgroep

Een aantal organisatie die K-VHT aanbieden, werken met een eigen klanttevredenheidsonderzoek. In sommige organisaties waarin de interventie ingezet wordt, is een eigen evaluatie uitgevoerd. Een voorbeeld daarvan is de evaluatie van de pilot 'Eenmalige Kortdurende Video-hometraining bij Yunio in de gemeenten Aalten, Bronckhorst, Lochem, Montferland, Oost Gelre en Winterswijk van 1-11-2019 tot 1-8-2022. Ook hier werd gevraagd naar de tevredenheid van de ouders (zie 4.1-I).
Daarnaast is er een procesevaluatie uitgevoerd (juni t/m september 2023), waarbij de ouders om input is gevraagd. Dit is gebeurd via een digitale SurveyMonkey, waarbij gevraagd werd bij de video-hometrainers naar de ervaringen met het werken met K-VHT en gevraagd werd bij de ouders naar de tevredenheid over de begeleiding met K-VHT (Zie 4.1-II).
Wanneer er doorontwikkeling plaats vindt van de interventie, wordt dit altijd in samenspraak met de uitvoerende en bij AIT aangesloten organisaties gedaan.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel van K-VHT is het verbeteren van de sensitieve responsiviteit van de ouders en de daarmee samenhangende opvoedvaardigheden waardoor uiteindelijk probleemgedrag wordt voorkomen en/of verminderd.

Subdoelen

De subdoelen zijn:

Subdoel 1. De kwaliteit van de interactie tussen ouders en kinderen verbetert doordat ouders sensitiever en responsiever zijn. Op de videobeelden is dit onder andere te zien aan:
- de ouders begrijpen de signalen van het kind (ziet, voelt aan, leeft in, benoemt en begrijpt);
- de ouders reageren ondersteunend op ontwikkelingsinitiatieven van het kind;
- de ouders gebruiken een intonatie die past bij de stemming van het kind;
- het tempo van de ouders is afgestemd op het tempo van het kind;
- het onderlinge contact verbetert en er is (weer) sprake van een wederzijdse plezierige afstemming;
- ouder en kind genieten op dezelfde momenten;
- ouder en kind kijken elkaar regelmatig aan;
- ouder en kind lachen met en naar elkaar.

Subdoel 2. De opvoedingsvaardigheden van ouders verbeteren en de opvoedingsspanning neemt af.

Op de videobeelden is onder andere te zien aan:

- de ouders gaan in op (verbale en non-verbale) vragen van het kind;
- de ouders geven op een prettige, positieve manier leiding aan het kind;
- de ouders helpen het kind als het daarom vraagt;
- de ouders ervaren geen spanning bij het opvoeden.

Monitor:
Het behalen van de doelen en de subdoelen wordt gemonitord door de stichting AIT. Dit instrument is ontwikkeld door het NJi en wordt standaard ingezet in het begeleidingstraject K-VHT. De 'overall' resultaten en effecten van VHT worden anoniem gepubliceerd op de website (www.aitnl.org) en zijn beschikbaar voor gemeentes en inhoudelijke professionals.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Er wordt gewerkt met een protocol als leidraad. De videohometrainer, naar wie het gezin verwezen is, neemt telefonisch contact op met de ouder(s). Er wordt een afspraak gemaakt voor een huisbezoek van ongeveer 1 uur voor een eerste kennismaking. Het kind is aanwezig tijdens het huisbezoek. Er wordt gezocht naar een tijdstip, waarop het kind wakker is. Het hele gezin wordt betrokken bij de video-opnames. Indien mogelijk wordt er tijdens het eerste huisbezoek meteen een video-opname gemaakt.
De videohometrainer komt maximaal acht keer bij de ouders op bezoek in de thuissituatie. Er wordt drie keer gefilmd en drie keer teruggekeken met de ouders tijdens zes huisbezoeken van gemiddeld een uur. Er kan nog een follow-up plaatsvinden van een huisbezoek (een keer filmen en een keer terugkijken), indien nodig. De follow-up kan ook telefonisch gebeuren, als er geen video-opname meer nodig is. Er vindt een vaste volgorde plaats in de planning van de maximaal acht huisbezoeken, indien mogelijk in een tijdsbestek van zes weken tot drie maanden.
Het aantal keren dat er gefilmd wordt is afhankelijk van de leeftijd van het kind en de hulpvraag van de ouders. Bij een onrustige baby van 2 maanden bijvoorbeeld wordt er 1 keer gefilmd en 1 keer teruggekeken met de ouders. Als het effect geeft en de baby huilt aanzienlijk minder, dan zijn de ouders geholpen. Als er te weinig effect te zien is, wordt er nog een keer gefilmd en teruggekeken. Vaker filmen is dan op dat moment niet nodig. Soms vragen ouders om na bijvoorbeeld 6 maanden nog een keer gefilmd te worden, omdat de baby in een andere ontwikkelingsfase zit en andere vaardigheden van de ouders vraagt. Dan vindt er een follow-up plaatst met één video-opname en één terugkijkmoment. De ouders krijgen nieuwe informatie met betrekking tot de ontwikkelingsfase van een kind van 6 maanden en wat de komende periode gaat vragen van de ouders. Dit werkt vaak preventief voor de ouders.

Leeftijd kind	Hulpvraag	Aantal huisbezoeken	Aantal keer filmen	Aantal keer terugkijken	Follow-up
0-3 maanden	Overmatig huilen	2 tot 8 keer	1 tot 4 keer	1 tot 4 keer	Indien gewenst
4-12 maanden	Slecht slapen	2 tot 8 keer	1 tot 4 keer	1 tot 4 keer	Indien gewenst
1-4 jaar	Moeilijk eten	2 tot 8 keer	1 tot 4 keer	1 tot 4 keer	Indien gewenst

K-VHT in stappen
De uitvoering van K-VHT kent zes stappen.

Stap 1: De kennismaking en de uitleg over de methodiek
De eerste stap is de kennismaking en de uitleg over de methodiek aan de ouders.

Stap 2: Het filmen
De tweede stap is een aantal fragmenten (elk 3 à 4 minuten) methodisch filmen van de alledaagse situatie gedurende 15 minuten.

Stap 3: Het analyseren van de beelden
De derde stap is het methodisch selecteren en analyseren (micro-analyse aan de hand van de basiscommunicatie) van deze fragmenten door de video-hometrainer.

Stap 4: Het terugkijken met ouders
Deze geselecteerde beelden worden met de ouders teruggekeken en besproken. Een ervaren video-hometrainer filmt en kijkt de video-opname in hetzelfde huisbezoek terug met de ouders. Een minder ervaren video-hometrainer bespreekt de opname eerst met zijn opleider, alvorens het met de ouders te bespreken.

Stap 5: Beklijving
De focus ligt op het beklijven van de nieuwe inzichten en de aanpak vanuit de voorgaande opnames.
Het is mogelijk om uit te breiden naar vier keer te filmen met nabespreking, indien dat nodig blijkt te zien in verband met het verwerkingsproces bij de ouders. Er dient dan sprake te zijn van een waarneembare maar 'langzame' groei in het gezin of van ouders die meer tijd nodig hebben om te oefenen.

Stap 6: Follow-up en afsluiting
Na een half jaar vindt er een telefonisch follow-up contact plaats. Soms wordt er nog één video-opname gemaakt en teruggekeken, ter afsluiting. De begeleiding wordt afgesloten wanneer de ouders zelf verder kunnen met de nieuw verworven inzichten en aanpak en de gestelde werkdoelen zijn behaald.
In schema:

Huisbezoek	Activiteit	Duur
1e huisbezoek	Kennismaking + uitleg + maken van eerste video-opname	1 uur
2e huisbezoek	Terugkijken 1e video-opname (informatie)	1 uur
3e huisbezoek	Tweede video-opname	1 uur
4e huisbezoek	Terugkijken 2e video-opname (toename geslaagde momenten)	1 uur
5e huisbezoek	Derde video-opname	1 uur
6e huisbezoek	Terugkijken 3e video-opname (beklijving geslaagde momenten)+ afsluiting	1 uur
7e en 8e huisbezoek	Follow-up in overleg telefonisch of nog een opname + terugkijken	2 uur
Totaal		8 uur

Inhoud van de interventie
Bij kortdurende video-hometraining worden de ouders begeleid met behulp van korte video-opnames die door de videohometrainer in de thuissituatie worden gemaakt. Er wordt een opname gemaakt van een dagelijks verzorgingsmoment (bad, spel- of eetsituatie), waarbij zowel de initiatieven van het kind om contact te maken met de ouders als de initiatieven van het kind om te ontwikkelen in beeld gebracht worden. Door analyse van korte video-opnames van de alledaagse omgang thuis, wordt zichtbaar wat goed loopt in de communicatie en wat verbeterd kan worden. De video-opnames worden door de begeleiders samen met de ouders besproken en geanalyseerd, met als doel de ouders helder zicht te geven op het functioneren en de behoeftes van hun kind.
Bij zowel het filmen als bij de nabespreking staan de initiatieven van het kind om contact te maken en om te ontwikkelen, centraal. De video-hometrainer is tijdens het filmen actief om

ervoor te zorgen dat zowel de ouders en het kind kansen hebben om adequaat op elkaar te reageren. Op deze manier worden de ontwikkelingsinitiatieven van het kind in beeld gebracht en wordt besproken hoe de ouders hun kind (kunnen) ondersteunen bij (herstel van) zijn gezonde sociaal-emotionele ontwikkeling. Door deze initiatieven te zien en te herkennen ontwikkelen ouders de mogelijkheid om sensitiever te gaan reageren. Daarbij krijgen ouders informatie aangereikt die nuttig en nodig is om prettig contact met hun kind te kunnen maken. De videohometrainer filmt de momenten waarop het kind een initiatief heeft om contact (toewending, aankijken) te maken en (indien aanwezig) aansluitend de momenten waarop de ouder het contactinitiatief positief 'ontvangt'. De videohometrainer selecteert deze momenten ter plekke. Dat wil zeggen dat de videohometrainer bewust en methodisch, aan de hand van het basiscommunicatieschema, kiest wat er gefilmd wordt en op welke momenten er niet gefilmd wordt. Wanneer de ouder een adequate reactie heeft, spreekt men van een geslaagd contactmoment. Wanneer de reactie van de ouder inadequaat is, wordt bij het terugkijken het beeld stilgezet op het moment dat het kind het initiatief neemt. De ouders zien dan tijdens het terugkijken alsnog het initiatief van het kind en kan op dat moment bedenken hoe hij had kunnen reageren. De ouders worden zich bewust van de bedoeling van het kind en kunnen daarna een nieuw initiatief van het kind beter herkennen en vervolgens wel adequaat reageren.
Er wordt gewerkt met het (als bijlage meegestuurde) schema van basiscommunicatie (Dekker & Biemans, 1994), dat in 2020 is aangevuld met een schema dat specifiek gericht is op het eerste cluster bij jonge kinderen en waarbij er ook aandacht was voor de fysieke kant van het contact met jonge kinderen.

Specificatie 1e cluster (contactschema interactie-analyse 0-4 jarigen)

ja-reeks	**zenden van positieve initiatieven**	**ontvangen**	**Negatieve initiatieven en negatieve reacties**	**nee-reeks**
attentie	toewenden aankijken aanraken	toewending beantwoorden oogcontact vastpakken omarmen optillen	afwenden wegkijken afduwen onvriendelijk en niet afgestemd aanraken	niet attent zijn
instemming	glimlach vriendelijke intonaties ja-knikken prettige gezichtsexpressies omarmen sensitief vastpakken	Instemmen met: glimlach vriendelijke intonaties ja-knikken prettige gezichtsexpressies hand op het hoofd op schoot nemen uitgestrekt handje of voetje vastpakken aangeboden buikje kussen helpen met gaan zitten	niet glimlachen onvriendelijke intonaties nee-schudden vervelende gezichtsexpressies ruw en corrigerend aanraken afweren afduwen hand terugtrekken voet wegtrekken	niet instemmen
conversatie	babbelen instemmend benoemen ja-zeggen gespreksinitiatieven mededelen vragen tegen elkaar aanzitten elkaar vastpakken	Beantwoorden van: babbelen instemmend benoemen ja-zeggen gespreksinitiatieven mededelingen vragen gesprekjes ondersteunen met aanraking	zwijgen corrigeren nee-zeggen afduwen ruw en corrigerend aanraken	niet converseren
beurtverdeling	beurt geven	beurt aannemen	iedereen door elkaar of niemand geen beurt geven en aannemen	geen beurt verdelen
coöperatie	geven hulp vragen	nemen hulp geven	afpakken of niet geven geen hulp vragen of geven	niet coöperatief zijn
leiding hebben	initiatieven nemen benoemen wat er gebeurt voorstellen doen plannen maken oplossingen zoeken	leiding expliciet aannemen en meedoen	geen leiding geven en niet meedoen	ontbreekt

*** Ontleend aan Dekker & Biemans, 1994**

Niet alleen wat betreft de aanpak, maar ook wat betreft de inhoud wordt er gewerkt met een stappenplan.

Fase 1: Uitleg
De video-hometrainer begint met uitleg aan de ouders wat VHT is en spreekt met de ouders samen werkdoelen af. Hierbij wordt altijd aangesloten op de hulpvragen van de ouders. Pas wanneer de werkwijze van K-VHT zorgvuldig aan de ouders is uitgelegd, kan men overgaan naar de tweede stap.

Fase 2: Het filmen
De tweede fase is het maken van de video-opnames. Bij de eerste video-opname wordt gekozen voor een situatie waarbij volgens de ouders (nog) positieve contactmomenten aanwezig zijn. Het helpt en steunt de ouders om stil te staan bij wat (nog) goed loopt in het gezin. De video-hometrainer kan met deze beelden uitleg geven over de basiscommunicatie en hoe de toepassing hiervan helpt om de initiatieven van kinderen te (gaan) begrijpen. Naast de focus op de contactinitiatieven, worden ook de ontwikkelingsinitiatieven (speeltje pakken, speeltje aangeven) van het kind in beeld gebracht en (indien aanwezig) de momenten waarop de ouder hierop adequaat reageert. In een volgende situatie kunnen ze opnieuw 'oefenen' daarin. Op iedere video-opname van 10 minuten van de alledaagse omgang tussen ouders en kind is een scala aan initiatieven te zien bij het kind.
Er worden drie à vier momenten gefilmd gedurende drie à vier minuten, waarbij te zien is dat het kind initiatieven neemt en de ouders adequate reageren, c.q. van geslaagde communicatie (tussen kind en ouder). Bij elkaar wordt er tussen de negen tot zestien minuten gefilmd per bijeenkomst. Zo krijgt men een reeks van momenten van geslaagde interactie of een reeks van initiatieven van het kind te zien op de opname en niet een aaneengesloten observatie van wat er in het gezin gebeurt.

Hoe gaat het bij baby's?
Bij baby's kan er een verzorgingsmoment gefilmd worden (bijvoorbeeld het badje, verschoning) of een spelmoment. In ieder geval een moment waarop het kind wakker is en waarop ouder en kind samen actief zijn. Het moment direct na de voeding is een geschikt moment. De videohometrainer richt zich op momenten waarop de baby zich in een alerte staat van bewustzijn bevindt, helder, aandachtig en wakker is. De videohometrainer zal tijdens het filmen al gericht zijn op dit soort momenten om die bij het terugkijken aan de ouders te kunnen laten zien.

Hoe gaat het bij peuters en kleuters?
Bij peuters en kleuters kan er een opname gemaakt worden van een spelmoment en/of een verzorgingsmoment. De eerste keer wordt in overleg met de ouders een opname gemaakt in een voor ouders en kind redelijk ontspannen situatie, waarbij het kind wakker is en waarop ouder en kind samen actief zijn. Wanneer er bijvoorbeeld sprake is van eet- en/of slaapproblemen kan de tweede en derde keer een video-opname gemaakt worden van momenten waar de hulpvraag van de ouders ligt.
Wanneer bij vervolgopnames positieve contacten en interacties tussen ouder en kind in gang zijn gezet en/of toenemen, kan in overleg met de ouders gekozen worden voor het filmen tijdens 'moeilijkere' momenten. Dan komt het accent sterker te liggen op het bewust benutten van de geslaagde 'contactmomenten' en het positief leidinggeven aan het kind door de ouders.

Fase 3: Het selecteren en het analyseren
De video-hometrainer maakt een microanalyse (ook wel interactieanalyse genoemd), waarbij gedetailleerd gekeken wordt naar de interactie tussen ouders en kind. De video-hometrainer maakt deze analyse aan de hand van het analyseschema voor de basiscommunicatie (Dekker & Biemans, 1994, Eliëns & Prinsen, 2008, 2011). Bij de interactieanalyse staan 'initiatief en ontvangst' centraal. Uitgangspunt daarbij is het waarneembare initiatief van het kind en het (mogelijk) opmerken hiervan en de (mogelijke) reactie hierop van de ouder. De video-hometrainer selecteert daarbij de momenten waarmee hij de ouders kan ondersteunen in hun hulpvraag. De selectie van de eerste beelden is daarbij belangrijk; het terugkijkgesprek wordt gestart met beelden waarop het kind contact zoekt met de ouder(s); de ouders openen zich emotioneel voor hun kind en voor het verkennen van nieuwe positieve mogelijkheden en het opnemen van nieuwe informatie.
Dit zijn momenten waarop de focus ligt:

- (Een reeks van) initiatieven van het kind is te zien;
- De ouders kunnen zien op welke manier het kind contact maakt en zich wil ontwikkelen (= bewustwordingsmoment voor de ouder). Bij de start van het begeleidingstraject zijn tijdens het terugkijken meestal meer bewustwordingsmomenten dan geslaagde momenten te zien;
- (Een reeks van) geslaagde interacties is te zien. Het zijn de fragmenten waarop het contact tot stand komt en de ouders positief leiding geven (= geslaagd moment). Van een geslaagd contactmoment wordt gesproken wanneer een kind een initiatief neemt om contact te maken en de ouder het contactinitiatief positief 'ontvangt' (met andere woorden de ouder is sensitief en responsief) en er een verdere uitwisseling kan plaatsvinden.

De videohometrainer signaleert daarnaast ook de momenten waarop de interactie (nog) niet goed verloopt en brengt in een later stadium een beperkte selectie van deze situaties aan de hand van de videobeelden op een uitnodigende manier in gesprek met ouders. Wanneer de ouders geen sensitieve reactie geven aan het kind (hetgeen stress kan veroorzaken bij het kind), kunnen de ouders bij het terugkijken van de beelden alsnog na gaan denken wat een sensitieve reactie geweest zou zijn. Ouders worden zich bewust van de behoeftes van het kind om zich gezond sociaal- en emotioneel te kunnen ontwikkelen en krijgen daar ook informatie over van de videohometrainer. Vertrekpunt hierbij is de oriëntatie op het initiatief van het kind 'wat heeft je kind hier (extra) nodig?' en 'hoe kun je je kind hierbij (extra) helpen?' Hierdoor wordt de gezonde ontwikkeling van het kind en adequaat handelen van de ouders versterkt en wordt bevorderd dat op 'moeilijke momenten' enerzijds het contact kan worden hersteld doordat ouders hun kind beter begrijpen en anderzijds dat ouders inadequate reactiepatronen kunnen vervangen door adequate reacties.
Op de vervolgopname komt dit in beeld en kan het ombuigen van 'nee-reeksen' naar 'ja-reeksen' extra worden bekrachtigd in het terugkijkgesprek. Bij jonge kinderen verdwijnt het meeste probleemgedrag bij (herstel van) het contact en een adequate pedagogische aanpak. Er moet sprake zijn van een toename van de geslaagde contactmomenten gedurende de begeleiding. De derde video-opname laat meer geslaagde contactmomenten zien en langere reeksen van geslaagde uitwisseling, dan de eerste video-opname.

Fase 4: Het terugkijken met ouders
De vierde fase is het nabespreken van de video-opname met de ouders en de ondersteuning in het verwerken van de informatie die ouders krijgen aan de hand van de beelden. Het terugkijken met ouders gebeurt aan de hand van de microanalyse die de

videohometrainer gemaakt heeft. De video-hometrainer geeft de ouders bij de geselecteerde fragmenten een 'kijkrichting' mee. Dat wil zeggen dat de video-hometrainer de ouders helpt te focussen op de intenties van het kind en te kijken naar het gedrag en de (non-)verbale signalen van het kind. De ouders worden als het ware geholpen in de 'wereld van hun kind te stappen' en hun gedrag af te stemmen op hun kind. Aan de hand van de beelden waarop de ontwikkelingsinitiatieven van het kind te zien zijn, wordt besproken hoe ouders hun kind (kunnen) ondersteunen bij zijn ontwikkeling. De videohometrainer geeft de ouders informatie tijdens het eerste terugkijkgesprek over 'gezonde' interactie. Voor elk type problematiek geldt dat de ouders door de videohometrainer geholpen wordt om de opvoedingsvaardigheden toe te passen, die ouders toepassen als er geen problemen zijn met het kind. Daarnaast geeft de videohometrainer voor elk type problematiek specifieke informatie over wat van belang is om het kind gezond te kunnen laten ontwikkelen. Zo zal bij moeilijk peutergedrag vooral het principe 'prettig leidinggeven' benadrukt worden. Bij moeilijk eten zal het accent vooral liggen op 'benoemen', 'conversatie' en 'leidinggeven'. Bij ouders van overmatig huilende baby's wordt in het eerste terugkijkgesprek informatie gegeven over het gebruik van intonatietaal, invoelen, het spiegelen van gezichtsexpressies en leiding geven aan de stemming van de baby. Wat kunnen ouders doen om de baby weer in een goede stemming te brengen, zoals ouders dat normaal gesproken van nature doen bij baby's die niet huilen. De videohometrainer filmt de (korte) momenten waarop de baby niet huilt en aandachtig is en actief bezig is met zijn ontwikkeling. Tijdens het terugkijken worden de ouders geattendeerd op deze momenten en wordt bekeken wat ouders kunnen doen om deze alerte momenten van aandacht vast te houden en uit te breiden. Op de videobeelden kan per moment bekeken worden wanneer en waardoor het kind in een stresssituatie raakt (bijv. bij het heftig huilen van een baby of peuter) en worden ouders geholpen door de videohometrainer om het kind te helpen de stress te reguleren, dit bevordert bij het kind de ontwikkeling van een adequaat systeem voor stressregulatie. Ouders gaan betere opvoedingsvaardigheden ontwikkelen en de kwaliteit van de interactie verbetert.
De tweede en derde keer terugkijken zijn bedoeld om ouders te laten zien dat het hen lukt de baby gemakkelijker te troosten en de aandacht van de baby langer vast te houden. De focus ligt dan op het uitvoeren (tweede video-opname) en het beklijven (derde video-opname) van de informatie uit het eerste terugkijkgesprek. Ouders ervaren op die manier hun eigen mogelijkheden (empowerment) en kunnen hun intuïtieve ouderschap weer oppakken.
Ouders kunnen tijdens dit 'terugkijkgesprek' zelf hun antwoorden vinden (empowerment) op hun (opvoedings)vragen en de jeugdverpleegkundige/videohometrainer ondersteunt daarbij. De geboden informatie wordt afgestemd op het ontwikkelingsniveau van het kind.

Terugkijken opname 1:
Er worden fragmenten besproken waarop de ouders kunnen zien dat het contact tussen ouder(s) en hun kind tot stand komt of, als dit nog niet het geval is, fragmenten waarop initiatieven van het kind te zien zijn zodat mogelijkheden voor afstemmen op en contact met het kind in beeld komen. De video-hometrainer helpt de ouders, met behulp van de videobeelden, bewust te worden van de contact- en ontwikkelingsinitiatieven van hun kind en deze te (h)erkennen en (alsnog) te gaan ontvangen. Ouders worden geholpen een omslag te maken in hun negatieve beleving van hun kind ('Mijn kind is zo lastig') naar het met andere ogen kijken naar hun kind en hun kind weer gaan aanvoelen en verstaan in het kader van zijn ontwikkeling ('Nu begrijp ik waarom hij zo boos wordt').

Terugkijken opname 2:
De video-hometrainer legt het accent op ontwikkeling, op dat wat er nu al beter en/of goed gaat. De focus is bij de tweede video-opname voornamelijk gericht op het ontvangen door de ouders van de contact- en ontwikkelingsinitiatieven van het kind.

Terugkijken opname 3:
De video-hometrainer legt het accent op de groeimomenten en de uitbreiding ervan naar andere, voor de ouders moeilijkere situaties, op basis van geformuleerde werkpunten. De ouders worden door de video-hometrainer 'gespiegeld' in hun groei in het contact met en leidinggeven aan hun kind. Er zijn beelden waarop te zien is dat de ouders hun eigen oplossing/antwoord vinden. Tevens vindt er een evaluatie plaats. Hierin wordt besloten of er nog punten liggen voor de komende twee video-opnames, of dat ouders op eigen kracht verder kunnen en de VHT wordt afgesloten. De video-hometrainer verwijst door naar andere hulp bij onvoldoende positieve ontwikkeling indien dat nodig is.

Fase 5: Beklijving
De vijfde stap is ouders helpen de informatie vast te blijven houden en de verandering te laten beklijven, waarna de K-VHT afgesloten wordt.

Terugkijken opname 4:
De focus ligt op het beklijven van de nieuwe inzichten en de aanpak vanuit de voorgaande opnames. Ouders worden ondersteund actief te blijven oefenen met de nieuwe benadering en vaardigheden. Ouders ervaren gaandeweg steeds meer hun eigen mogelijkheden (empowerment) en kunnen hun ouderschap weer (verder) oppakken. Soms is er extra ondersteuning nodig omdat het veranderingsproces (te) langzaam gaat door middel van een extra video-opname.

Fase 6: Follow-up en afsluiting
Aan de orde komen vragen als: Heeft de ontwikkeling zich voortgezet? Een follow-up geeft zodoende informatie over de effectiviteit van de hulp en of er nog een hulpvraag is.

Monitoring
VHT werkt met een monitoringsinstrument, waarin standaard en structureel de resultaten van het begeleidingstraject worden onderzocht en in kaart worden gebracht. Het instrument bevat een lange vragenlijst en een korte vragenlijst. De betrouwbaarheid (Cronbach's alpha) van het instrument zit in de range 0.80 tot 0.95α voor de korte versie. Bij de lange versie is dat: 0.81 tot 0.92α (De Wilde, 2021). De ouders krijgen bij het eerste huisbezoek (voordat de begeleiding gestart is) een vragenlijst die samen met de video-hometrainer wordt ingevuld. Deze eerste 'inventarisatie' van de hulpvragen van de ouders, geven een beeld van de al aanwezige én van de ontbrekende opvoedvaardigheden van de ouders. De vragenlijst is gericht op de beleving van de ouders wat betreft de communicatie en het contact met het kind en het sociaal-emotioneel welbevinden van het kind. De vragenlijst is congruent met de doelstellingen van de video-hometraining en stelt vragen met betrekking tot de opvoedvaardigheden van de ouders, de kwaliteit van de interactie, het onderlinge contact en het gedrag van het kind. Aan het einde van de video-hometraining vullen de ouders nog een keer de vragenlijst in en wordt het effect van de begeleiding gemonitord. De resultaten worden door middel van 'visuals' duidelijk zichtbaar voor zowel de ouders als de video-hometrainer. De vragenlijst dient tevens als 'gesprekwijzer en proceswijzer' voor het begeleidingsproces.

2. Uitvoering

Materialen

Beschikbare materialen:

- AIT-Theoretisch Huis (2022): een overzicht van (wetenschappelijke) artikelen, publicaties, inhoudelijke artikelen, documenten, berichten en inhoudelijke interne notities, die direct of indirect met de methodieken te maken hebben. Daarnaast is er in de loop der jaren is er veel informatie op beeld beschikbaar gekomen over de theoretische achtergronden van VHT en VIB. Veel onderzoek is verricht door Center on the Developing Child at Harvard University, die dit ook online aanbiedt. AIT heeft hier een overzicht geselecteerd van (wetenschappelijke) onderzoeken op video, die direct of indirect aan VHT en/of VIB gerelateerd zijn. Besloten gedeelte **www.aitnl.org**
- AIT-videoplatform(2021): besloten platform met 92 digitale video's ter voorlichting en informatie en tevens lesmateriaal voor de scholingen **www.aitnl.org**
- AIT-monitoringsinstrument, 2021. Meetinstrument ten behoeve van resultaatmeting van de begeleiding van ouders met VHT en VIB. (NJi, 2016, De Wilde, 2021).
- AIT, Eliëns, M. (red). (2017, 2020, 2022). Video-hometraining en video-interactiebegeleiding. Een introductie van de methodieken.
- DVD 'Rondom de Geboorte' (2015). Coproductie stichting AIT, stichting Amsterdamse Gezondheidscentra (SAG) en stichting Babywerk. DVD met informatie voor (aanstaande) ouders over contact met en de ontwikkeling van baby's en over sensitief ouderschap.
- Eliëns, M. & Prinsen, B. (2008, 2011). Handleiding kortdurende video-hometraining in gezinnen met jonge kinderen: Voor professionals in de jeugdgezondheidszorg. Amsterdam: SWP.
- Eliëns, M. (2005). Baby's in beeld. Video-hometraining en video-interactiebegeleiding bij kwetsbare baby's. Amsterdam: SWP. Een naslagwerk (incl. DVD) gericht op de begeleiding van ouders met jonge kinderen;
- Dekker (red), J.M. & Biemans, H.M.B. (1994). Video-hometraining in gezinnen (met compilatievideo). Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Locatie en type organisatie

X Basisvoorziening voor alle kinderen en jongeren
X Voorziening voor lichte hulp en ondersteuning

K-VHT wordt aangeboden door 249 actieve video-hometrainers, werkzaam binnen de GGD's (26), de lokale teams van de gemeentes (8) en gespecialiseerde organisaties voor jeugdhulp (23) en gehandicaptenzorg (7) in Nederland. De GGD's en de gemeentelijke lokale teams bieden K-VHT aan als interventie als de ouders opvoedingsvragen hebben of opvoedingsspanning ervaren. Binnen de gespecialiseerde jeugdhulp en de gehandicaptenzorg wordt deze kortdurende variant van video-hometraining vaak als extra ingezet naast de reguliere hulp die ze al krijgen, als de ouders vragen hebben over bijvoorbeeld de omgang met een nieuwe baby in het gezin. De K-VHT wordt dan preventief ingezet ten behoeve van de ontwikkeling van de nieuwe baby. De organisaties zijn aangesloten bij AIT en staan vermeld op de website bij 'aangesloten organisaties' (http://www.aitnl.org/aangesloten.html).

Opleiding en competenties van de uitvoerders

AIT is een netwerkorganisatie, waarbij een landelijk bureau samenwerkt met een kring van 22 actieve steunpunten, die voor AIT de (na)scholingen verzorgen. De AIT-steunpunten zijn allen organisaties met ruime ervaring met de inzet van K-VHT en zetten de bij hen werkzame opleiders in ten behoeve van K-VHT-scholingen voor organisaties van buitenaf. De video-hometrainer is AIT-gecertificeerd en heeft de scholing (post-hbo) tot video-hometrainer gevolgd bij een van de AIT-steunpunten. Een video-hometrainer heeft minimaal een HBO achtergrond (of gelijkwaardig) en is werkzaam als:
- jeugdverpleegkundige binnen de JGZ of een GGD
- een ambulant jeugdzorgwerker binnen een lokaal team van een gemeente
- een gespecialiseerde jeugdzorgwerker van een gespecialiseerde jeugdzorgorganisatie
- een ambulant werker in de gehandicaptenzorg.

De video-hometrainer wordt geschoold volgens het 'meester-gezel' model. Elke video-hometrainer is gekoppeld aan een ervaren opleider en is altijd verbonden aan een organisatie of is in de praktijk werkzaam met gezinnen. Soms wordt er individueel geschoold en soms in een groepje van maximaal 3 personen. De te ontwikkelen specifieke attitude en vaardigheden staan in de handleiding genoemd evenals de vereiste theoretische kennis. Naast de handleiding beschikken de opleiders over een apart scholingsprogramma, te vinden op het besloten gedeelte van de website. De opleiders hebben allemaal ruime ervaring opgebouwd als videohometrainer en zijn door AIT opgeleid, gecertificeerd en geregistreerd als VHT-opleider. Alle certificaten (K-VHT en K-VHT-opleider) zijn drie jaar geldig.

De duur van de scholing is gemiddeld één tot anderhalf jaar en bestaat uit een introductiecursus, gevolgd door 20 scholingsbijeenkomsten. Halverwege vindt er een tussenevaluatie plaats met een gecommitteerde. De scholing wordt afgerond met een certificering, waar ook een gecommitteerde bij aanwezig is. De scholingen worden 1x per 2 weken georganiseerd.
De scholing start dus met een introductiecursus van 2 dagen, waarin de deelnemers kennismaken met de methodiek. Hierin komt o.a. aan bod:
- de theoretische achtergronden;
- het op adequate wijze filmen van de interactie;
- uitleg over en oefenen met de interactieanalyse aan de hand van voorbeeldmateriaal;
- eerste praktijkoefening door het maken en op de cursus bespreken van video-opname in de eigen werksetting.

Literatuur: 'Video-hometraining en video-interactiebegeleiding. Een introductie van de methodieken' (Associatie voor Interactiebegeleiding en Thuisbehandeling, eindredactie Eliëns, M. 2017, 2020, 2022).

Na de introductie volgen er 20 scholingsbijeenkomsten van 2 uur in kleine groepen (max 3 personen), waarbij de theorie, de praktijkvaardigheden en de implementatie van K-VHT in de werksetting aan de orde komen. Verplichte literatuur is de 'Handleiding kortdurende video-hometraining in gezinnen met jonge kinderen' (Eliëns & Prinsen, 2008, 2011) en 'Baby's in Beeld' (Eliëns, 2005). Hierin volgt de opleider de (voortgang van de) begeleiding aan minstens 10 gezinnen aan de hand van videomateriaal uit de praktijk. In de scholingsbijeenkomsten worden zowel beelden besproken van (de ontwikkeling in) de gezinnen als van het contact en overleg tussen de videohometrainer zelf en de ouders (tijdens het terugkijken van de video-opname). Gefaseerd komt gedurende de scholing ook de theorie aan bod en worden verbindingen gelegd tussen de theorie en de praktijk. In de beginfase worden alle videobeelden door de kandidaat samen met de opleider

geanalyseerd en besproken en wordt het terugkijken met de ouders samen voorbereid. De te ontwikkelen specifieke vaardigheden staan in de handleiding en in het scholingsprogramma genoemd.
Gedurende de scholing gaat de kandidaat steeds zelfstandiger functioneren, zowel bij het analyseren van de videobeelden als bij het voorbereiden van het terugkijkgesprek met de ouders (en eventueel de leerkrachten). Gaandeweg komt de focus in de scholing meer te liggen op het evalueren van de effecten van de hulp en het aansluitend doornemen van specifieke vragen en problemen.

Veel aandacht is er voor implementatie in de organisatie en inbedding in het beleid van de organisatie.
De scholing wordt afgesloten met een certificering en een certificaat dat 3 jaar geldig is. Een gecertificeerde videohometrainer wordt landelijk geregistreerd bij de stichting AIT.

Kwaliteitsbewaking

AIT kent een kwaliteitsborgingsprogramma met structurele nascholingen waardoor de kwaliteit gewaarborgd blijft. Een gecertificeerde video-hometrainer stroomt na de certificering automatisch door naar het kwaliteitsborgingssysteem en houdt na de certificering een eigen ervaren opleider, die op elk moment werkbegeleiding kan bieden. Het terugkijkgesprek met de ouders van de video-opnamen door de videohometrainer wordt regelmatig opgenomen op video. De videohometrainer wordt dus zelf ook continu begeleid in het pedagogisch ondersteunen van de ouders met behulp van video-opnames. De videohometrainer kan aan de hand van deze opnames reflecteren m.b.t. het effectief en deskundig en volgens de methodiek bespreken van de videobeelden met de ouders. Dit betekent dat er goed zicht blijft op de correcte toepassing van de methodiek door de videohometrainer. Voorwaarde om met VHT te kunnen blijven werken, is dat de kandidaat na de certificering actief een aantal nascholingen volgt, nieuwe ontwikkelingen bijhoudt en continu een update krijgt en zo de methodiek met hoge kwaliteit kan blijven inzetten in de begeleiding en hulpverlening van het gezin. Daarom vindt er elke drie jaar een kwaliteitstoetsing plaats met kwalitatieve en kwantitatieve criteria, waarna het certificaat weer voor 3 jaar verlengd wordt.
De kwaliteitsborging bestaat uit het volgen van een verplicht nascholingsprogramma:

1. Nascholingsbijeenkomsten (individueel of in een klein groepje), waarin de videohometrainer nascholing ontvangt met aandacht voor de persoonlijke ontwikkeling.
2. Werk Ontwikkeling Kringen (WOK), waarin uitwisseling plaatsvindt met videohometrainers uit andere organisaties en andere zorgaanbieders.
3. Landelijke studie(mid)dagen, waarin de methodiek in een breder perspectief gezet wordt en recente, innovatieve ontwikkelingen en nieuwe theoretische achtergronden belicht worden. Tevens vindt er uitwisseling plaats met andere werkvelden.

De criteria worden aangepast aan de doorontwikkeling van de methodiek en kunnen veranderen in de loop van de tijd. De geldende criteria worden aangegeven via de website van AIT (www.aitnl.org). Er vindt standaard een driejaarlijkse evaluatie plaats, onder leiding van een ervaren, senior VHT-opleider en/of een AIT-gecommitteerde of de videohometrainer nog voldoet aan de volgende criteria:

- Het adequaat uitvoeren van een (beeld voor beeld) interactieanalyse van de video-opnamen, om gezinsinteractiepatronen te kunnen vaststellen en aan de hand hiervan aandachtspunten te formuleren zowel t.b.v. het bekrachtigen van wat goed gaat als t.b.v. het op gang brengen/ondersteunen van gewenste ontwikkeling;

- Het op activerende wijze samen met de ouders terugkijken en bespreken van de videobeelden;
- Zich richten op de krachten in het gezin zonder de problemen en de risico´s uit het oog te verliezen;
- Het zelfstandig uitvoeren van de K-VHT;
- Via videobeelden aantonen in de begeleiding en hulpverlening de basiscommunicatie benutten;
- Het verwerken in schriftelijke rapportage van interactieanalyse en (gewenst) veranderingsproces;
- Voldoende actief gebleven in het helpen van gezinnen met behulp van K-VHT in de afgelopen drie jaar, met voldoende resultaat (aantal begeleidingen wordt tevoren vastgesteld);
- Bij de eerste follow-up is bij 75% sprake van een geslaagde begeleiding;
- De videohometrainer neemt deel aan verschillende deskundigheid bevorderende activiteiten, conform het AIT-nascholingsprogramma.

Voor een volledige beschrijving van de competenties en de (na)scholing van de uitvoerders verwijzen we naar de "Handleiding kortdurende video-hometraining in gezinnen met jonge kinderen. Voor professionals in de jeugdgezondheidszorg" (Eliëns & Prinsen, 2008, 2011).

Verdere informatie is op te vragen via het landelijk bureau van AIT, Burgemeester Verderlaan 15a, 3544 AD Utrecht. www.aitnl.org

Randvoorwaarden

Voor een adequate uitvoering van de methodiek gelden de volgende organisatorische randvoorwaarden:

- De video-hometrainer dient wekelijks over voldoende uren te beschikken om bezig te kunnen zijn met K-VHT-activiteiten. Daaronder vallen: de contacten met de ouders, de reistijden, het voorbereiden van de huisbezoeken, het voorbereiden van de scholingsbijeenkomsten, participeren aan de regionale Werk Ontwikkeling Kringen (WOK's) en uren voor de scholingsbijeenkomsten;
- De video-hometrainer wordt door de werkgever gefaciliteerd in de aanschaf van de literatuur en de benodigde technische apparatuur van goede kwaliteit, zoals een videocamera, tablet, laptop en voldoende (beschermde) opslagmateriaal (sd-kaarten, externe harde schijven e.d.), voor de videobeelden volgens de wet AVG;
- De video-hometrainer heeft de beschikking over apparatuur om ook het terugkijkgesprek met de ouders op te kunnen nemen;
- De organisatie waar de video-hometrainer werkzaam is heeft een protocol m.b.t. videogebruik en privacy;
- De video-hometrainer wordt door de werkgever in de gelegenheid gesteld om binnen werktijd de nascholingen en studie(mid)dagen te volgen in het kader van de kwaliteitsbewaking;
- De video-hometrainer wordt door de werkgever in de gelegenheid gesteld om de gezinnen in de thuissituatie te bezoeken;
- De kandidaat heeft de bereidheid en mogelijkheid om (in beperkte mate) op flexibele tijden te werken;
- De werkgever heeft aandacht voor implementatie in de organisatie en inbedding in het beleid;
- De werkgever sluit zich aan bij de stichting AIT (methodiekeigenaar van VHT) en middels een afdracht verwerft de werkgever het recht om zijn werknemer te laten werken met de methodiek VHT. Daarnaast is er een persoonlijke afdracht voor elke gecertificeerde video-hometrainer voor registratie in de landelijke databank en voor de toegang tot de monitoring voor effectmeting en het videoplatform met methodiekeigen AVG-proof videomateriaal.

De randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie zijn:

- Er worden onder begeleiding van een gecertificeerde opleider, minimaal 10 gezinnen begeleid met de methodiek. In de scholingsbijeenkomsten worden zowel beelden ingebracht van de (ontwikkeling in de) gezinnen als van het contact tussen de videohometrainer en de ouders. In de beginfase worden alle videobeelden samen met de opleider geanalyseerd en besproken en wordt het terugkijken met de ouders voorbereid;
- De scholing wordt afgesloten met een certificering;
- De gecertificeerde videohometrainer wordt opgenomen in het landelijk register van de AIT. Vervolgens vindt driejaarlijks een kwaliteitstoetsing plaats waarvan een aantekening wordt gemaakt in de AIT-certificeringsbank.
- De interventie is ingebed in de jeugd(gezondheids)zorg en/of in de lokale teams van de gemeente in de wijk/regio. Ten behoeve van deze regionale inbedding, organiseert AIT gemiddeld 450 regionale Werk Ontwikkeling Kringen (WOK), verspreid over het land, waar de video-hometrainers uit alle werkvelden elkaar ontmoeten, zodat er met een warme overdracht regionale doorverwijzingen gemakkelijk kunnen plaatsvinden als gezinnen andere of meer specialistische hulp nodig blijken te hebben. https://www.aitnl.org/werk-ontwikkeling-kring/

Implementatie

Implementatie wordt gewaarborgd door:
1) Het scholingssysteem; de scholingen en trainingen worden gegeven in de organisatie zelf en er wordt gewerkt met het eigen cliëntensysteem. De kandidaten zijn tijdens de scholing al structureel bezig met de implementatie door het organiseren van en deelnemen aan eigen interne intervisies, waarin kennis en vaardigheden collegiaal besproken worden. Een uitgebreide en gedetailleerde handleiding en persoonlijke begeleiding ligt hieraan ten grondslag.

2) Het nascholingssysteem; de implementatie na de scholing bestaat uit regelmatige uitwisseling en videopresentaties voor het team van professionals van de eigen organisatie en daarbuiten. Er vindt een structurele uitwisseling plaats door middel van werk ontwikkelingskringen (WOK) met professionals van collega-organisaties ter informatie en inspiratie. Daarnaast is er 2 keer per jaar de gelegenheid om een landelijke studiedag te volgen, waarin bredere kennis kan worden verkregen en waar de methodiek in een bredere context geplaatst wordt ten behoeve van nieuwe mogelijkheden binnen de organisaties die met K-VHT werken en vernieuwing doorgevoerd kan worden.

3) Monitoring; AIT beschikt over een monitoringsinstrument, ontwikkeld door het NJI om het effect van de methodiek te kunnen waarborgen en voor verdere implementatie te kunnen inzetten.
Uit de eerste bevindingen blijkt dat de monitor in 2023/2024 in totaal 599 keer werd gebruikt en ingevuld door de professionals tijdens de huisbezoeken in alle werkvelden waar VHT/VIB wordt ingezet. De monitor heeft 3 routes, die gevolgd kunnen worden (1-basiscommunicatie; 2-werken met bouwstenen van hechting; 3-basiscommunicatie + werken met bouwstenen van hechting).
De K-VHT richt zich voornamelijk op het werken met basiscommunicatie (route 1). Bij 17% van het gebruik van de monitor ging het om alleen de basiscommunicatie.
De professionals die werken met K-VHT binnen de JGZ/GGD vulden de monitor 51 keer in en de professionals die werken binnen de Lokale teams met K-VHT én VHT vulden de monitor 34 keer in.
Voor de doelgroep 0-4 jarigen werd de monitor ingevuld:

Leeftijd kind	0-jarigen	1-jarigen	2-jarigen	3-jarigen	4-jarigen

Monitor ± ingevuld in alle werkvelden	10 keer	50 keer	40 keer	45 keer	50 keer

In 2025 volgt een volledige rapportage met de uitkomsten.

4) Verankering en verspreiding; de overdracht en de implementatie (ook voor vernieuwingen) is gewaarborgd door de uitgebreide en gedetailleerde handleiding en de intensieve scholing, begeleiding en kwaliteitsbewaking van de uitvoerders middels het AIT-kwaliteitsborgingssysteem. AIT werkt hiertoe samen met de GGD's, de organisaties voor (gespecialiseerde) jeugd- en gehandicaptenzorg en met de lokale teams van de gemeentes. AIT werkt daarbij vice versa met een getrapt systeem op → niveau van de video-hometrainer → niveau van een interne opleiders van de organisatie → niveau van regionale opleiders → niveau van gewestelijke opleiders → landelijk niveau. Op deze manier wordt kennis en expertise gebundeld en beschikbaar gemaakt voor landelijke verspreiding, zodat alle professionals op alle niveaus voordeel hebben van kennis en expertise die op alle niveaus ontwikkeld wordt. Alle instellingen en gecertificeerde video-hometrainers en opleiders participeren actief aan dit kwaliteitssysteem, waarbij zowel aandacht is voor:

- De individuele professionele ontwikkeling van de video-hometrainer;
- De kwaliteitsborging en ontwikkeling van VHT voor de diverse doelgroepen die begeleid worden met de methodiek,
- De implementatie en inbedding in de organisaties zelf en de aanpassing hiervan bij veranderde omstandigheden en bij nieuw beleid.

Kosten

Begeleidingstraject*:

De kosten van één K-VHT-traject (dus een totale begeleiding van één gezin) door een geschoolde, gecertificeerde video-hometrainer bedragen € 2.755= per gezin met een tijdsinvestering van 29 uur per gezin en een uurtarief van €95,00 van de professional. Hierbij zijn de reiskosten die de video-hometrainer maakt om de gezinnen te bezoeken buiten beschouwing gelaten, evenals de kosten voor de benodigde apparatuur (videocamera, laptop, etc.).

Tijdsinvestering van één traject:

Een K-VHT-traject (dus een totale begeleiding van één gezin) door een geschoolde, gecertificeerde videohometrainer kost maximaal 29 uren aan inzet. Voorafgaand aan de start van K-VHT vindt er een kennismakingsgesprek van 1½ uur plaats met de ouders. K-VHT omvat maximaal drie video-opnames met drie terugkijkgesprekken en een follow-up na een half jaar. Deze follow-up bestaat uit één video-opname en één terugkijkgesprek. Het huisbezoek voor het maken van de video-opname en het bezoek voor het terugkijken en bespreken van de opname (review) duurt elk gemiddeld één uur.

Uitvoering K-VHT per gezin

Activiteit	**Toelichting**	**Duur**
Kennismaking huisbezoek	Kennismaking, introductie en invullen AIT-monitor	1 uur
3 keer huisbezoek	Video-opname maken à 1 uur per keer	3 uur
3 keer huis- of kantoorbezoek	Nabespreking van video-opname à 1 uur per keer	3 uur
Follow-up in overleg na een half jaar	Eén video-opname Eén nabespreking van de video-opname	1 uur 1 uur
Aantal contacturen met het gezin: **9 uur**		

Naast de contacturen met het gezin en op school, zijn er diverse werkzaamheden nodig om de hulp adequaat uit te voeren. Het betreft de volgende activiteiten aangegeven in onderstaand schema.

'Rondom-tijd variabel'

Activiteit	**Toelichting**	**Duur**
Analyseren van de video-opnames door de video-hometrainer ter voorbereiding	3 x opname + follow-up opname thuis + analyse	4 uur
Telefonisch contact en/of mailcontact met het gezin 'tussendoor'	Gemiddeld 1 uur	1 uur
Telefonisch contacten/of mailcontact met de verwijzer of anderen	Gemiddeld ½ uur	½ uur
Rapportage / registratie	Rapportage, contactverslagen van ieder contact, tussen (voortgangs-)evaluatie, eindevaluatie / afsluitingsrapportage	4 uur
Reistijd t.b.v. kennismaking, het filmen en de reviews tijdens VHT, op school en bij follow-up	4 huisbezoeken met een gemiddelde reistijd van ± 1 uur (retour) en 4 nabesprekingen, helft thuis en helft op kantoor.	6 uur
Scholingsbijeenkomst, kwaliteitsborging AIT	Verplichte AIT-nascholing in kader kwaliteitsborging bestaat uit 1 scholingsbijeenkomst, participatie aan 2 werk ontwikkeling kringen en bezoek aan 1 studiedag per jaar. Gemiddeld een ½ uur per gezin.	½ uur
Overige	Klaarzetten van apparatuur, overzetten van de video-opnames op dvd of usb-stick voor de ouders bij afsluiting van VHT.	4 uur
Totaal 'rondom-tijd', gemiddeld per gezin (variabel) **20 uur**		

Scholing[1]
Een scholingstraject voor een professional is € 3.000,00,= voor 22 bijeenkomsten (incl. tussenevaluatie en certificering). Daarnaast zijn er voor K-VHT nog 2 groepsbijeenkomsten nodig. Kosten daarvan zijn €150,=. De scholing duurt gemiddeld een jaar. Het is een 'training-on-the-job' volgens het 'meester-gezel' model, dus elke kandidaat heeft een eigen opleider.

Afdracht[1]:
Een organisatie die VHT wil inzetten, sluit zich aan bij de stichting AIT. Kosten daarvan zijn € 318,81 per jaar, bij 2 of meer gecertificeerde video-hometrainers.
Elke video-hometrainer wordt geregistreerd met een persoonlijke inlog en kan gebruik maken van de diensten van AIT (zoals inzicht in (na)scholingen, gebruik videomateriaal uit eigen digitaal videoplatform en digitale scholingsprogramma's, digitale theoretische informatie, gebruik AIT-monitor, algemene dienstverlening, etc.). De kosten daarvan zijn € 86,30 per persoon per jaar.

[1] Kosten worden jaarlijks geïndexeerd en kunnen afwijken van de hier aangegeven bedragen.

Nascholingen[1]:
Elke gecertificeerde video-hometrainer maakt gebruik van de nascholingen in het kader van de kwaliteitsborging. De gemiddelde kosten daarvan zijn ± € 385,= per persoon per jaar.

3. Onderbouwing

Probleem

Aard van het probleem

K-VHT wordt ingezet in gezinnen met kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar, waar de ouders opvoedingsspanning en lichte opvoedingsvragen ervaren en/of de kinderen licht probleemgedrag laten zien. Dat kan overmatig huilen bij baby's zijn, onrust na prematuriteit, maar ook moeilijk peutergedrag zoals externaliserend gedrag zoals driftbuien, ongehoorzaamheid, moeilijk slapen, moeilijk eten, sociale problemen of internaliserend gedrag (terugtrekken, achterstand in spraak-taalontwikkeling).
Bij aanmelding is er een risico op verstoring van de interactie tussen ouders en kind of is er al sprake van een verstoring. Dit uit zich in veel spanning en onmacht bij de ouders, weinig zelfvertrouwen en veel onzekerheid, weinig plezierig contact jegens elkaar, het negeren van elkaars initiatieven en/of het gebruik van negatieve bewoordingen over de baby of over de peuter/kleuter. De ouders zijn niet meer bij machte om zelf de situatie ten goede te keren en de stress om te buigen naar opvoedplezier en plezierige interacties met het kind.

Volgens Blokland (2010) kunnen ouders allerlei vragen en problemen hebben. Doorgaans kunnen deze binnen het gezin opgelost worden tijdens de dagelijkse opvoeding of is informatie van buiten of een adviesgesprek voldoende. Soms erkent de ouder zelf zijn onmacht en gaat hulp zoeken Maar het komt ook voor dat buitenstaanders constateren dat de opvoeding niet meer effectief is of dat de situatie bedreigend is voor een gezonde ontwikkeling van het kind. Blokland (2010) onderscheidt vier categorieën van opvoedingsondersteuning; 1- alledaagse opvoedingsvragen, 2-opvoedingsspanning, 3-opvoedingscrisis en 4-opvoedingsnood.
Alleen de ouders uit de eerste twee categorieën komen in aanmerking voor K-VHT. Alledaagse opvoedingsvragen gaan over enkelvoudige en praktische problemen met een bepaald aspect van de ontwikkeling of opvoeding van kinderen. Een ouder maakt zich bijvoorbeeld niet echt ongerust, maar heeft behoefte aan aanvullende informatie of aan de mening van een onafhankelijke buitenstaander, een 'second opinion'. Bij opvoedingsspanning kunnen ouders minder goed omgaan met hun opvoedvragen of -problemen. Het gaat om spanning die vaak al een tijdje bestaat en ongerustheid veroorzaakt. Ouders ervaren hun eigen handelen in de opvoeding als minder effectief en gaan op zoek naar alternatieven. Ouders met opvoedingsspanning kunnen zich onzeker en schuldig voelen en hebben behoefte aan steun en advies over hoe ze een bepaalde situatie het beste kunnen aanpakken.

Omvang en spreiding van het probleem

Uit het CIKEO-onderzoek (2020) wordt duidelijk dat van de ouders met een kind in de leeftijd van 0-4 jaar (n=448) 71% aan gaf in de twaalf maanden voorafgaand aan de nameting vragen of zorgen te hebben gehad over de opvoeding, het gedrag of de ontwikkeling van hun kind. Veelgenoemde onderwerpen waren: het stellen van regels en grenzen, zindelijkheid, slapen, straffen en belonen en voeding.
De publicatie vermeldt dat met betrekking tot het ervaren van vragen of zorgen in de opvoeding onderzoek laat zien dat 18 procent van de vaders en 22 procent van de moeders soms het gevoel heeft dat ze de opvoeding van hun kind niet goed in de hand hebben. Ook vindt ongeveer de helft van de ouders het ouderschap moeilijker dan zij van tevoren dachten. Uit het 0-12-jarigenonderzoek van het SCP en TNO blijkt dat volgens

professionals in de jeugdgezondheidszorg 15% van de onderzochte ouders opvoedingsproblemen heeft. Daarvan heeft 1% van de ouders zware, 4% matige en 10% lichte opvoedingsproblemen. Oorzaken van de problemen zijn meestal emotionele (internaliserende) of gedrags- (externaliserende) problemen van het kind, de sociaaleconomische mogelijkheden van gezinnen en de beperkte opvoedvaardigheden van ouders (Zeijl et al., 2005).

Gevolgen bij niet ingrijpen
Een gevolg van niet interveniëren is het blijven bestaan of vermeerderen van negatieve interacties (nee-reeksen) tussen ouders en kind en een toename van emotionele- en gedragsproblemen bij het kind. Een ongewenste ontwikkeling van het kind (zoals gedragsproblemen) is van invloed op het gedrag van de ouders. Opvoedingsspanning en problemen bij de kinderen versterken elkaar wederzijds, waardoor de problematiek bij het kind verergert en het gezin steeds meer onder druk komt te staan. Een praktisch gevolg van niet interveniëren is dat kinderen later mogelijk (onnodig) in zware hulpverlening belanden of in het speciaal onderwijs (uit: CIKEO-onderzoek, 2020).

Oorzaken

Factoren die het probleem of risico veroorzaken
Een eerste risicofactor is een **verminderde sensitieve responsiviteit** van de ouders die de kwaliteit van de ouder-kind interactie negatief beïnvloedt. Emotionele ervaringen vinden bij baby's en jonge kinderen vinden plaats tijdens de interactie met de verzorger. De sensitiviteit en de responsiviteit van de ouders hangt dus nauw samen met de kwaliteit van de interactie. Studies van onder andere Shaw en Winslow tonen aan dat zwakke responsiviteit bij de moeder bij kinderen van tien tot twaalf maanden gerelateerd is aan het voorkomen van agressie, drift en ongehoorzaamheid op de leeftijd van 1½ jaar. Op 2-jarige leeftijd weerspiegelt dit zich in verminderde attentie, minder of niet-aanspreekbaar zijn en slaan en op 3-jarige leeftijd in problemen met andere kinderen (Shaw & Winslow, 1997 in: Hosking, 2001).
Jonge kinderen hebben te maken met allerlei uitdagingen die stress op kunnen roepen, zowel voorspelbaar als onvoorspelbaar. Voor het jonge kind geldt dat hij of zij om zichzelf rustig te krijgen, afhankelijk is van afstemming of co-regulatie met een vertrouwde volwassene. De aanwezigheid van een sensitieve en responsieve ouder helpt om kinderen te voorzien van vaardigheden die nodig zijn om op een gezonde manier met stress om te gaan (Gunnar e.a. 2009). In wederzijdse afstemming met een vertrouwde verzorger leert het kind gaandeweg hoe het adequaat met stress om kan gaan. Ouders en andere opvoeders doen als het ware voor hoe het kind dat zelf kan gaan doen en het kind ervaart de uitwerking hiervan, er is een ontwikkeling van co-regulatie naar zelfregulatie. Bovenstaande wordt bevestigd door onderzoek van Gunnar, Broderson, Nachmias, Buss & Rigatuso (1996). Uit hun longitudinaal onderzoek waarbij kinderen met respectievelijk 2, 4, 6 en 15 maanden onderzocht werden, bleek dat hoe groter de responsiviteit van de moeder, hoe veiliger gehecht en hoe lager het basiscortisolniveau van de baby was. Kinderen die op jonge leeftijd basisvertrouwen ontwikkelen in zichzelf en de mensen om hen heen, zullen toekomstige ontwikkelingstaken met meer vertrouwen tegemoet treden.

Een tweede risicofactor is **onzekerheid over de opvoedingsvaardigheden**, wat kan leiden tot stress en gevoelens van onvoldoende competentie. Deze vorm van alledaagse opvoedingsstress is in veel gezinnen herkenbaar en op zichzelf niet ongebruikelijk. Wanneer deze onzekerheid echter langdurig aanhoudt of escaleert, en ouders in een

negatieve vicieuze cirkel terechtkomen, kan dit de kwaliteit van hun interactie met het kind onder druk zetten. Hoewel dit niet hetzelfde is als ernstige 'early life stress', is het wel belangrijk om deze beginnende stresssignalen serieus te nemen, juist om ernstigere problematiek te voorkomen. Early life stress, zoals langdurige onveiligheid of verwaarlozing, worden in de literatuur in verband gebracht met veranderingen in de hersenontwikkeling en een verhoogd risico op latere psychopathologie (Nemeroff, 2004; Perry, Pollard, Blakley, Baker & Vigilante, 2006). Door vroegtijdig ingrijpen bij met bijvoorbeeld K-VHT, kan bijgedragen worden aan het versterken van de opvoedingsvaardigheden en het voorkomen van escalatie richting langdurige stress of problematische opvoedsituaties. Het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden is daarom het tweede subdoel van K-VHT.

Overige risicofactoren en beschermende factoren
De relaties tussen ouder-kind kunnen gekenmerkt worden door onverschilligheid, non-responsiviteit (ouders die niet of onvoldoende reageren op het kind), emotionele onzekerheid en gebrek aan consistentie bij ouders onderling in de zorg van hun kinderen. Zeker tijdens de eerste jaren van de kinderlijke ontwikkeling, kunnen dit soort factoren gezien worden als risicofactoren wanneer er eveneens sprake is van de ontwikkeling van verschillende gedrags-, mentale en sociale problemen zoals delinquentie, alcohol- en drugsgebruik, depressie, angst en relatieproblemen
Daarnaast is er ook een aantal kenmerken van het kind, zoals vroeggeboorte (prematuriteit), verstandelijke of lichamelijke beperkingen, autisme of een moeilijk temperament, die de ontwikkeling van een veilige gehechtheidsrelatie tussen kind en opvoeders kunnen bemoeilijken. Dat komt vooral doordat het voor opvoeders moeilijker is om consequent sensitief en responsief te reageren op signalen van het kind. Dit geldt vooral wanneer er sprake is van ernstige afwijkingen bij het kind. Beschermende factoren bij de opvoeders, zoals een hoge sensitiviteit, kunnen de risicofactoren bij deze kinderen vaak compenseren. Risicofactoren bij de ouders of verzorgers, zoals lage sensitiviteit, kunnen niet gecompenseerd worden door gunstige factoren bij het kind (Rigter, 2002; Van IJzendoorn, 2008).
Een hoge mate van ouderlijke steun en positieve ouder-kind interacties vormen een belangrijke beschermende factor voor de ontwikkeling van kinderen. Het NJI gaf een publicatie uit van Ince, D., van Yperen, T. & Valkesteijn, M. (2018) 'Top tien beschermende factoren voor een positieve ontwikkeling van jeugdigen' (https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-05/Top-tien-positieve-ontwikkeling-jeugd_0.pdf). Hierin worden de 10 meest beschermende factoren beschreven voor een positieve ontwikkeling van het kind. Op 1 staat de sociale binding. Concreet gaat het om warme, ondersteunende, affectieve relaties met het gezin en andere volwassenen in de omgeving. De basis hiervoor wordt gelegd in de relaties en interacties die een kind heeft met zijn opvoeders (o.a. Brophy & Good, 1986; Dolan, Kellam & Brown, 1989, Hawkins, Catalano & Miller, 1992 In: Catalano e.a. 2004).

Aan te pakken factoren

De factoren die K-VHT aanpakt zijn:

1) De sensitieve responsiviteit van de ouders en daarmee de kwaliteit van de interactie.

Bij de analyse van de videobeelden wordt per moment gekeken naar de initiatieven van het kind en de reactie van de ouders op deze initiatieven. Met andere woorden: naar de (kwaliteit van de) interactie.

Het terugkijken naar videobeelden waarop de ouders geattendeerd worden op wat het kind nodig heeft om zich gezond te kunnen ontwikkelen, verhoogt de sensitiviteit van de ouders voor de intenties en ontwikkelingsbehoeftes van het kind. Deze intenties en ontwikkelingsbehoeftes worden visueel gemaakt en besproken met de ouders. De ouders zijn daardoor in staat deze de initiatieven in het vervolg vaker en gemakkelijker te herkennen en kunnen ook gemakkelijker responsief op de initiatieven van hun kind reageren. Op de beelden is per moment een toename te zien van beter en meer afgestemde interacties van de ouders met een direct effect op het gedrag van het kind, dat vaker en langer contact zoekt.

2) Opvoedingsspanning en onzekerheid over de opvoedingsvaardigheden.
De ouders ontwikkelen meer zelfvertrouwen en meer adequate opvoedingsvaardigheden door het terug zien van geslaagde momenten op de videobeelden. Opvoedingsstress vermindert of ouders voelen zich competenter. Het herstel van plezierig contact door een sensitieve afstemming is ook de basis van waaruit ouders de principes van de basiscommunicatie weer kunnen gebruiken en positief leiding kunnen geven aan de ontwikkeling van het kind en een betere band met elkaar kunnen opbouwen. De ouders worden op die manier 'empowered' door hun eigen situatie.

Verantwoording

K-VHT voor jonge kinderen (0-4 jaar) is de kortdurende variant van VHT voor basisschoolkinderen (Van der Veen & Prinsen, 2010). K-VHT heeft dezelfde aanpak en werkwijze als VHT. (K)VHT is een programma dat zich primair richt op het interactiegedrag van opvoeder(s) en kind, waarbij de focus is gericht op zien van het initiatief van het kind en de reactie hierop (het opvoedgedrag) van de ouders, waarbij de ouders positief leidinggeven aan het kind en de ontwikkeling van het kind ondersteunen. De videobeelden die bij VHT en bij K-VHT worden gemaakt dienen om de behoeftes van het kind en de ontwikkeling van het kind helder in beeld te brengen en centraal te stellen in een bespreking hiervan door de hulpverlener met de ouders.

Ouders die begeleid worden met K-VHT ervaren opvoedingsspanning. Wanneer er sprake is van opvoedingsspanning is er een verminderde kwaliteit van de interacties tussen ouders en kind, wat een wederzijdse negatieve invloed heeft op externaliserend en internaliserend probleemgedrag bij kinderen (van der Ploeg, 1997). Het verbeteren van de interacties tussen ouders en kinderen leidt tot een afname van de opvoedingsspanning en kan erin resulteren dat de gedrags- en/of emotionele problematiek van het kind afneemt of verdwijnt. KVHT richt zich met name op het verbeteren van de kwaliteit van interacties tussen ouders en kind.

Werken met videobeelden

Een van de meest effectieve methoden om ouders bewust te maken van hun interacties met hun kind is door middel van videobeelden (Fukkink 2007). Onderzoek toont aan dat videofeedback een krachtig instrument is om het opvoedgedrag en de sensitiviteit van ouders te verbeteren. Fukkink (2008) toonde met een meta-analyse aan dat video-feedback, waaronder K-VHT, een significant positief effect heeft op het opvoedgedrag, de opvoedbeleving en de ontwikkeling van het kind. Daarnaast bleek uit een meta-analyse van Bakermans-Kranenburg et al. (2003) dat video-feedbackprogramma's effectiever zijn dan andere programma's die zich richten op het verbeteren van de sensitiviteit van ouders.

Het gebruik van videobeelden heeft een diepgaande impact op ouders. Door zichzelf in interactie met hun kind te zien, kijken ouders met meer aandacht en emotionele betrokkenheid naar de beelden (Dowrick, 1999; Fuller & Manning, 1973, Papoušek, 2000 in: Fukkink, 2007). Bij de K-VHT worden video-opnames van de interacties tussen ouder en kind geanalyseerd om ouders te helpen de signalen van hun kind beter te herkennen en hier adequaat op te reageren. Door 'freeze'-momenten in te zetten tijdens videobeelden wordt de focus gelegd op de (vaak kleine) initiatieven van het kind, waardoor ouders de subtiele signalen beter leren opmerken. Ouders ontdekken soms dat er een discrepantie bestaat tussen hoe ze zichzelf zien en hoe ze daadwerkelijk in interactie zijn met hun kind. Deze reflectieve afstand biedt hen de mogelijkheid om hun opvoedingsstijl bij te stellen en hun sensitiviteit te verbeteren.
Fukkink (2007) benadrukt in zijn onderzoek dat videofeedback bijzonder effectief is in gezinnen met jonge kinderen. Statistische analyses tonen aan dat videofeedback leidt tot verbeteringen in opvoedingsgedrag, minder opvoedstress en een verbeterde kinderlijke ontwikkeling. Met name kortdurende programma's, die intensief in korte tijd worden aangeboden, zijn effectief voor de verbetering van de opvoedvaardigheden van de ouders.

De interactieanalyse
Bij K-VHT staat de interactieanalyse centraal, waarbij videobeelden worden gebruikt om de initiatieven van het kind en de reacties van de ouders in kaart te brengen. Het kind neemt van nature initiatieven om contact te maken met de ouder, en de ouder reageert vaak onbewust afgestemd op deze initiatieven (Trevarthen, 1979; Stern, 1985). Dit uitgangspunt is terug te vinden in verschillende theorieën over en onderzoeken naar de interactie tussen ouders en jonge kinderen (Trevarthen,1979; Stern,1985; Papoušek & Papoušek,1999). Deze onderzoeken laten zien dat baby's en jonge kinderen een actieve inbreng hebben in de communicatie en dat de meeste ouders daar van nature 'afgestemd' op reageren. Onbewust zijn ouders meestal op een natuurlijke manier kwalitatief en kwantitatief aangepast aan het ontwikkelings- en communicatieniveau van het kind. Ze putten daarbij uit eigen ervaringen en uit eigen krachten, waarbij hun ontwikkeling als ouder in het ouderschap min of meer gelijk opgaat met de ontwikkelingsbehoeftes van hun kind. De mate van sensitiviteit en responsiviteit is daarbij van groot belang, omdat deze de kwaliteit van de interactie bepalen. Deze genoemde onderzoeken naar de interactiepatronen tussen ouders en jonge kinderen en de gehechtheidtheorie vormen het theoretisch kader, dat door Dekker en Biemans (1994) benut werd in het ontwikkelen van video-hometraining (VHT).
Centraal instrument bij de analyse is het schema van de basiscommunicatie waarbij het vertrekpunt en ijkpunt altijd het initiatief van het kind is. In de ontspannen sfeer die de video-hometrainer initieert, is op iedere video-opname van 10 minuten van de alledaagse omgang tussen ouders en kind, een scala aan initiatieven te zien bij het kind. De initiatieven van het kind en de positieve interactie tussen ouder en kind zijn per moment op de videobeelden te zien. Door de beelden op microniveau te analyseren kan een afgestemde reactie van de ouder elk moment vastgesteld worden. Door terug te spoelen, te werken met de slow-motionfunctie en door beelden stil te zetten kan men bovendien het interactiegedrag van ouders en kinderen, dat zich soms in een 'split-second' afspeelt, intensief nader analyseren. Op deze manier maakt een video-opname de ouders soms duidelijk hoeveel signalen hun kind geeft die zij hiervoor in de dagelijkse omgang, niet herkenden (Ladnier & Massanar, 2000 in: Fukkink, 2007).

Vroegtijdige ondersteuning op maat in de thuissituatie/eigen omgeving

Preventieprojecten en vroege interventies zijn dan van groot belang (Olds & Kitzman, 1993; Slade, 2002). Vroege interventies hebben altijd een curatief en (naar de toekomst toe) preventief aspect (De Gangi, 2000). Vanuit het reguliere begeleidingscircuit van de JGZ, kan met behulp van K-VHT een antwoord 'op maat' worden gegeven op de pedagogische vragen van ouders met jonge kinderen. Onder andere Sameroff onderstreept het belang hiervan omdat er zoveel aangeboren verschillen zijn tussen kinderen in gedragsstijl, ontwikkelingstempo, aanpassingsvermogen en activiteitenniveau, die mede de interactie tussen kind en ouder beïnvloeden (Sameroff in: Hermanns, 1992). Ook National Scientific Council on the Developing Child (2004) pleit voor vroegtijdige interventies die tegemoet kunnen komen aan de specifieke behoefte aan ondersteuning van ouder en kind en die zich richten op de emotionele ontwikkeling van kinderen. Hierbij geven zij aan dat het belangrijk is dat professionals vanuit organisaties die al een reguliere begeleidingstaak hebben (zoals de JGZ) de mogelijkheid hebben om deze vroegtijdige interventies in te zetten. Dit kan zijn ondersteuning in de omgang met uitdagingen die horen bij een bepaalde ontwikkelingsfase van het kind, maar ook ondersteuning wanneer er al emotionele of gedragsproblemen zijn.
Met K-VHT worden de ouders begeleid door een opgeleide en gecertificeerde jeugdverpleegkundige of hulpverlener, die het gemakkelijk kan inpassen in de huisbezoeken die gebracht worden bij de ouders thuis. Het is daarmee een preventieve interventie, die relatief kort duurt en past in het zorgaanbod van een GGD of van een gemeente.
Risico's en problemen met betrekking tot de ontwikkeling van jonge kinderen worden veelal gesignaleerd door professionals in de (jeugd)gezondheidszorg middels directe observatie tijdens het consult én door de vragen die ouders stellen. De hulpvraag van de ouders wordt 'vertaald' naar praktische situaties in het alledaagse gezinsleven. Ook wordt het alledaagse gezinsleven in beeld gebracht door de videohometrainer. Deze filmt bijvoorbeeld het naar bed gaan of de maaltijd, een spel- of een verzorgingsmoment. Deze beelden worden geanalyseerd door de videohometrainer samen met de ouders. Daarbij is de centrale vraag; wat is de betekenis van het initiatief dat het kind neemt, wat bedoelt het ermee, en wat heeft het kind nodig van de ouders (aan invoelingsvermogen, interactie, contact) om zich goed te kunnen ontwikkelen. De ouders kunnen hun sensitiviteit beter ontwikkelen en kunnen 'op afstand' rustig nadenken over een adequate reactie met behulp van de beelden.

De deskundigheid van de video-hometrainer
Een belangrijk aspect van K-VHT is de deskundigheid van de video-hometrainer zelf. De video-hometrainer is gespecialiseerd in het analyseren van communicatiepatronen tussen ouders en kinderen, wat hen in staat stelt om gedetailleerde feedback te geven over de interacties binnen het gezin. Dit proces bevordert niet alleen de opvoedkundige ontwikkeling van de ouders, maar biedt ook een kwaliteitswaarborging door een supervisiesysteem, waarbij video-opnames regelmatig worden geëvalueerd (Wels, 2001). Onderzoek van Fukkink, Trienekens en Kramer (2010; 2011) toont aan dat video-feedback een effectieve methode is om ook de interactievaardigheden van professionals te verbeteren. Deze studie wijst uit dat professionals hun communicatieve vaardigheden aanzienlijk verbeteren wanneer zij zichzelf op video zien. Het onderzoek benadrukt dat de effecten sterker zijn wanneer er gebruik wordt gemaakt van een vaste observatielijst met doelvaardigheden. Video-feedback blijkt dus niet alleen effectief te zijn voor ouders, maar ook voor professionals die met gezinnen werken, wat de kwaliteit van de begeleiding in K-VHT verder versterkt.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

I. Evaluatieonderzoek

Er werd een evaluatieonderzoek gehouden door de afdeling JGZ van Yunio in de periode van 1-11-2019 tot 1-8-2022.

a) Titel:	Evaluatie pilot eenmalige Kortdurende Video-hometraining bij Yunio in de gemeenten Aalten, Bronckhorst, Lochem, Montferland, Oost Gelre en Winterswijk.
Auteur:	Maria Tuller, Jeugdverpleegkundige, coördinator en opleider Kortdurende video-hometraining.
Organisatie:	Yunio Jeugdgezondheidszorg https://www.yunio.nl/
Jaar van uitgave:	Augustus 2022

b) Onderzoeksdesign

Het betrof een evaluatieonderzoek in de periode 01-11-2019 tot 01-08-2022.

Methode

De vooraf gestelde inhoudelijke doelen waren:

- Ouders zijn op de hoogte van de belangrijkste elementen van de basiscommunicatie, zoals: aankijken, volgen, stemgebruik, ja zeggen en benoemen van handelingen en emoties.
- Ouders weten waarom deze elementen belangrijk zijn voor de ontwikkeling van hun kind.
- Ouders zijn op de hoogte van de belang van het aanbieden van taal in relatie tot de ontwikkeling van het kind

Aan de deelnemende ouders werden na afloop van de begeleiding met K-VHT tien vragen gesteld over de ervaringen met K-VHT en eventuele veranderingen in de bewustwording van zichzelf en de bejegening van het kind.

Steekproef

De onderzoekspopulatie bestond uit 64 benaderde gezinnen, waarvan er 3 uitvielen na het maken van de afspraak. Uiteindelijk hebben 61 gezinnen aan de pilot meegedaan met een respons van 80% (49 gezinnen). De gezinnen zijn zoveel mogelijk bezocht met het verzoek aan beide partners om er bij aanwezig te zijn.
De pilot werd bij 65% van de ouders aangeboden bij een eerste kindje. Bij de andere 35% van
de ouders ging het om een volgend kindje.

c) Uitkomsten

Ouders gaven aan het interessant en zeer positief te hebben ervaren. Wel was het voor sommige ouders in eerste instantie ongemakkelijk om zichzelf terug te zien. In de evaluaties laten zien dat ouders de ondersteuning erg waardevol hebben gevonden. Na enige twijfel en onzekerheid in het kijken naar de eigen beelden, geven alle ouders aan positief te zijn. Er is gewerkt aan bewustwording van de ouders.
De grootste winst zit er in dat ouders het benoemen van gedrag, handelingen en emotie voor 72% mee of veel meer zijn gaan doen. Ruim 7 van de 10 gezinnen wist niet dat dit heel wezenlijk was in de interactie met hun kind. Maar ook 5 van de 10 gezinnen geven aan dat er meer oogcontact is, dat hun kind dus beter gezien wordt. Maar ook het toewenden en volgen om te kijken wat hun kind denkt, is voor 5 van de 10 gezinnen vergroot. Ook het ja-zeggen, wat een positieve bevestiging is voor het zijn wie je bent, is voor 5 van de 10 gezinnen meer of veel meer geworden. In de preventie tijdens het

jonge ouderschap, de laagdrempeligheid van de methode door de speciaal hiervoor opgeleide jeugdverpleegkundigen biedt dit een mooie kans om de competenties van ouders te versterken en hun veerkracht te vergroten.

II. Vragenlijstonderzoek

Er is een vragenlijstonderzoek door AIT gehouden in de periode juni t/m augustus 2023.

a) Titel: Procesevaluatie kortdurende video-hometraining in gezinnen met jonge kinderen.
Auteurs: Eliëns, M. & Meijer, E.
Organisatie : AIT, Utrecht
Jaar van uitgave: 2023

b) Onderzoeksdesign

Het betrof een vragenlijstonderzoek met als doel te beoordelen hoe tevreden K-VHT-opgeleide professionals (video-hometrainers) zijn over het werken met K-VHT en hoe tevreden ouders zijn over de KVHT-opgeleide professional en de begeleiding met K-VHT. De vragenlijst was 16 weken (periode 16-6-2023 tot 1-9-2023) online beschikbaar gedurende de zomerperiode en is door 18% van de K-VHT-ers ingevuld. Daardoor zijn de resultaten mogelijk niet volledig representatief voor alle K-VHT-ers. Het kan dat met name K-VHT-ers die zelf erg enthousiast zijn over de methodiek de vragenlijsten hebben ingevuld en doorgestuurd en/of dat een groot deel afwezig was vanwege de zomerperiode.

Methode

Zowel video-hometrainers als ouders ontvingen per mail een verzoek tot het invullen van een online vragenlijst. Video-hometrainers ontvingen deze mail direct van de AIT en ouders ontvingen de mail via de deelnemende video-hometrainers. De vragenlijsten bevatten 6 (video-hometrainers) of 7 (ouders) vragen die de tevredenheid toetste op een schaal van 1 tot 10 en de mogelijkheid om aanvullende opmerkingen te noteren.

Steekproef

Er zijn 2 groepen deelnemers in het vragenlijstonderzoek geïncludeerd:

- K-VHT-ers: een K-VHT-er is een professional die een geldig AIT geregistreerd K-VHT-certificaat
  heeft. Personen met een geldig certificaat met de kwalificatie K-VHT staan geregistreerd in de AIT-certificeringsbank. De vragenlijst voor K-VHT-ers ('Vragenlijst-K-VHT-ers') is naar alle 249 geregistreerde K-VHT-ers gemaild. Van de 237 K-VHT-ers waarbij de mail is aangekomen, hebben 42 K-VHT-ers (18%) de vragenlijst ingevuld.
- Ouders: ouders die professionele begeleiding met K-VHT ontvangen, worden meegenomen in
  het onderzoek. In verband met privacy heeft de AIT geen toegang tot persoonlijke gegevens van ouders. Daarom is aan de K-VHT-ers gevraagd de vragenlijst voor ouders ('Vragenlijst Ouders') te versturen naar ouders die zij op dat moment begeleiden of deze samen met hen in te vullen. In totaal hebben 12 ouders de 'Vragenlijst Ouders' ingevuld. Omdat niet bekend is naar hoeveel ouders de vragenlijst is verstuurd, is de respons rate onbekend.

c) Uitkomsten

Evaluatie door de video-hometrainers:

Op basis van bovengenoemde resultaten kan gesteld worden dat de K-VHT-ers die ondersteuning hebben geboden positief zijn over de methodiek: de K-VHT-ers zijn positief over de methodiek in z'n geheel, het gebruik van beelden en het resultaat van de hulp met K-VHT, zoals uit onderstaande tabel 1 blijkt. Ze vinden het gebruik van de methodiek een meerwaarde in de hulpverleningstrajecten en zouden hun collega's ook adviseren het te gebruiken in de hulpverlening aan ouders.
Door twee video-hometrainers werden aanvullende opmerkingen genoteerd. Men geeft aan dat als het om gedragsproblemen gaat, het zeker weer ingezet wordt. En er is meer rust in het gezin gekomen, ouders zijn meer hun grenzen gaan benoemen en de leiding gaan nemen.

Vraag	**Gemiddelde**
1. Welk cijfer geef je de methodiek video-hometraining in zijn geheel? (1: niet goed t/m 10: zeer goed)	8,69
2. Welk cijfer geef je het gebruik van beelden bij de video-hometraining? (1: niet verhelderend t/m 10: zeer verhelderend)	8,98
3. Welk cijfer geef je het resultaat van de hulp met video-hometraining? (1: niet goed t/m 10: zeer goed)	8,33
4. In hoeveel van de hulpverleningstrajecten met ouders zet je video-hometraining in? (1: zelden t/m 10: altijd)	6,12
5. In welke mate heeft het gebruik van video-hometraining een meerwaarde in de hulpverleningstrajecten? (1: helemaal geen meerwaarde t/m 10: heel veel meerwaarde)	8,64
6. Zou je collega's adviseren om video-hometraining in te zetten bij de hulpverlening aan ouders? (1: helemaal niet t/m 10: zeer zeker)	9,02

Tabel 1: Resultaten Vragenlijst K-VHT-ers

Evaluatie door de ouders:
Het ontvangen van de begeleiding met K-VHT en het resultaat daarvan werd gemiddeld met een goede score beoordeeld door ouders. Zie tabel 2 voor een overzicht van de resultaten per vraag. Op basis van de resultaten van de ouders is het lastig om conclusies te trekken met n=12. Wel kan gezegd worden dat deze reacties overwegend positief waren. Eén ouder was zeer negatief over de methodiek en de hulpverlener en gaf 1-en en 2-en. Alleen bij vraag 2 gaf deze ouder een 6.
Door één ouder werd een aanvullende opmerking genoteerd. Deze gaf aan er veel aan gehad te hebben en jammer dat de 'verfrissing' niet door kon gaan.

Vraag	**Gemiddelde**
1. Welk cijfer geeft u deze hulp in zijn geheel? (1: niet goed t/m 10: zeer goed)	7,25
2. Welk cijfer geeft u het gebruik van beelden bij de video-hometraining? =(1: niet verhelderend t/m 10: zeer verhelderend)	7,90
3. Welk cijfer geeft u de manier waarop de hulpverlener met u de beelden besprak? (1: niet fijn t/m 10: zeer fijn)	7,75
4. Welk cijfer geeft u het resultaat van de hulp met video-hometraining? (1: niet goed t/m 10: zeer goed)	7,25
5. Welk cijfer geeft u de hulpverlener zelf als persoon? (1: niet goed t/m 10: zeer goed)	8
6. Zou u bij een volgende vraag om hulp voor uw kind weer video-hometraining willen? (1: helemaal niet t/m 10: zeer graag)	7,08
7. Zou u een andere ouder adviseren om zich te laten begeleiden met video-hometraining? (1: helemaal niet t/m 10: zeer zeker)	7,9

Tabel 2: Resultaten Vragenlijst ouders

Aanpassingen K-VHT
Op basis van deze uitkomsten wordt door AIT nader onderzoek gedaan naar de manier waarop klanttevredenheidsonderzoek uitgevoerd wordt door de organisaties die werken met K-VHT.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Nederlands onderzoek
Kortdurende video-hometraining bij jonge kinderen wordt vanaf 1987 ingezet in Nederland. De onderbouwing is gebaseerd op onderzoeken uit de jaren '80/'90, aangevuld met latere (internationale) onderzoeken. Er is geen nieuw recent Nederlands wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de uitvoering van de interventie specifiek bij jonge kinderen.
AIT gaat in 2025 wel nieuw wetenschappelijk onderzoek doen naar de effecten van video-hometraining. In eerste instantie voor de doelgroep van K-VHT en in tweede instantie voor de doelgroep van VHT. AIT doet dat in samenwerking met de Academische Werkplaats Jeugd, Tranzo, Tilburg University.

Er is een meta-analyse uitgevoerd (Fukkink, 2007; 2008) naar video-feedback in het algemeen. De oudere, niet recente onderzoeken naar de effecten van VHT zijn meegenomen in de meta-analyse van Fukkink (2007; 2008). Deze meta-analyse zullen we hier beschrijven.
Er is Nederlands onderzoek (Klein Velderman et al., 2011) naar het effect van K-VHT bij jonge kinderen en onderzoek naar dezelfde methodiek bij een andere doelgroep (Hoffenkamp et al., 2015). Deze twee Nederlandse onderzoeken tonen de effecten aan van de methodiek en zullen we hier nader omschrijven.

Onderzoek 1

Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd.
  Ja
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant).
  Ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk.
  Ja
- Het betreft een meta-analyse.

a) De titel, auteurs en jaar van uitgave
Een meta-analyse van interventies die werken met video-feedback.

Publicatie:

- Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. Fukkink, R. (2008). *Clinical Psychology Review, 28*, 904-916.

b) Het type onderzoek, de meetinstrumenten, doelgroep en de omvang van het onderzoek en het responspercentage.
Het betreft een meta-analyse van 28 studies (n=1794 gezinnen). Allereerst is een breed opgezette search uitgevoerd in de elektronische bestanden Social Sciences Citation Index

(SSCI) en PsychInfo. Daarnaast zijn verschillende handboeken en overzichtswerken geraadpleegd.
Aanvullend zijn nog publicaties geïnventariseerd in het internationale netwerk van het 'Video Interaction Guidance International Research Network'. In een tweede ronde is bij de gevonden relevante studies vervolgens doorgezocht naar andere studies door middel van de zogenaamde 'sneeuwbal-methode'. Bij de schriftelijke bronnen is gekeken in de referenties naar eerder verschenen studies, bij de treffers in het elektronische SSCI-bestand zijn ook de citatie-links doorzocht om later verschenen studies te traceren. Studies werden geselecteerd wanneer er sprake was van een experimentele studie van een interventie die gebruik maakt van videofeedback gericht op ouders. Studies die rapporteren over de effecten van video-instructies op ouders, zijn niet geselecteerd, omdat hier geen sprake is van het filmen van ouders en het bekijken van zichzelf. Ook het effect van het filmen als meetmethode op ouders is hier buiten beschouwing gelaten.

Elke interventie is gecodeerd op inhoudelijke kenmerken, kenmerken van de ouder- en kindpopulatie en methodologische kenmerken. De inhoudelijke kenmerken hebben betrekking op het programma, inclusief de variabelen die specifiek zijn voor 'video-feedback'. Voor elke interventie is gecodeerd of deze met name gericht is op het vergroten van de sensitiviteit van de ouders of op de representaties van ouders. Tevens is de duur van het programma gecodeerd (in weken of lang lopend, het gemiddelde aantal sessie en de gemiddelde lengte van de sessies). Op basis van deze gegevens is, waar mogelijk, de totale 'dosis' van het programma bepaald (in uren). Daarnaast is gecodeerd of het bekijken van de gemaakte video-opname met name gericht is op specifieke gedragselementen (zoals de 'signaal-respons-reactie'- sequentie of op de 'human ethology' geïnspireerde 'micro'-maten, zoals bij video-hometraining.

Methodologische kenmerken
De gecodeerde methodologische kenmerken zijn deels ontleend aan de beoordelingssystematiek van de databank voor Effectieve Jeugdinterventies. Dat zijn wel/geen controlegroep, wel/geen random toewijzing, wel/.geen voormeting (ook de effectgrootte bij de voormeting is bepaald). Ook is de steekproefgrootte bepaald. Voor elke studie-uitkomst is aangegeven op welke populatie deze betrekking heeft (ouder of kind) en op welk domein (kennis, attitude/gevoelens en vaardigheden/gedrag). Daarnaast is per studie-uitkomst aangegeven of deze betrekking heeft op de moeder of vader of de trainer of door een 'derde' persoon, die
niet direct betrokken was bij de interventie (onderzoeker, leerkracht).

Der studies zijn gecodeerd door twee beoordelaars met een interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van .70 of hoger (Cohen's kappa voor nominale variabelen, voor interval-variabelen de intraklasse correlatiecoëfficiënt, ICC, 'two-way mixed', 'absolute agreement'). Variabelen met lagere waarden zijn buiten beschouwing gelaten in de analyses en rapportage.

c) Samenvatting
Deze meta-analyse laat statistische significante positieve effecten zien van 'video feedback'-interventies op het opvoedingsgedrag en de attitude van de ouders en de ontwikkeling van het kind. Ouders worden vaardiger in de interactie met hun jonge kind en ervaren minder problemen en meer plezier in hun rol als ouder. Kortere programma's bleken effectiever voor de verbetering van de opvoedingsvaardigheden. De effecten op de attitude van de ouders waren groter wanneer ouders niet afkomstig zijn uit een risico

groep (a) en wanneer er met een focus op specifieke gedragselementen wordt gekeken naar de opnames (b). Effecten voor kinderen bleken groter als de ouders of de betrokken hulpverlener zelf betrokken waren bij de meting in plaats van onafhankelijke beoordelaar. De uitkomsten bij de kinderen waren minder gunstig wanneer de ouders afkomstig waren uit een risicogroep.

Onderzoek 2

Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd.
  Ja
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant).
  Dezelfde interventie, gericht op een andere doelgroep, nl. overmatig huilende baby's.
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk.
  Ja
- Er is een voormeting.
  Ja
- Er is een nameting.
  Ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie.
  Ja

a) De titel, auteurs en jaar van uitgave

De effectiviteit van kortdurende video-hometraining in de jeugdgezondheidszorg. Resultaten van een studie in gezinnen met overmatige spanning als gevolg van een excessief huilende baby.
Klein Velderman, M., Pannebakker, F. D., Fukkink, R. G., de Wolff, M. S., van Dommelen, P., Luijk, P. C. M., van Sleuwen, B. E., & Reijneveld, S. A. TNO Leiden, 2011.

Publicatie:

- Klein Velderman, M., Pannebakker, F. D., Fukkink, R. G., de Wolff, M. S., van Dommelen, P., Luijk, P. C. M., van Sleuwen, B. E., & Reijneveld, S. A. (2011b). *De effectiviteit van kortdurende videohometraining in de jeugdgezondheidszorg; Resultaten van een studie in gezinnen met overmatige spanning als gevolg van een excessief huilende baby.* Leiden: TNO.

b) Het type onderzoek, de meetinstrumenten, doelgroep en de omvang van het onderzoek en het responspercentage

Type onderzoek:
Het betreft een gecontroleerde, gerandomiseerde onderzoeksopzet met een experimentele groep en controlegroep. Er waren voor dit onderzoek drie meetmomenten in de gezinnen. Een voormeting bij aanvang van de studie. Een eerste meting direct na de interventie in de interventiegroepen of in de controlegroepen zes weken na de voormeting en een tweede, lange termijn nameting rondom de eerste verjaardag van het kind. In deze studie is gebruik gemaakt van een tweestapssteekproef. De eerste stap betrof een steekproef van JGZ-organisaties, de tweede stap de selectie van gezinnen met zorgen over het huilen van de hun baby in de leeftijd van maximaal vijf maanden.

Meetinstrumenten:

De gevalideerde Cry Perception scale.(Lester, Boukydis, Garcia-Coll, Holl & Peucker, 1992) is gebruikt om de perceptie door ouders van het huilen van hun baby te meten. Daarnaast werd de Vragenlijst Huilgedrag (Reijneveld e.a., 2004) ingezet. Om de ouderlijke stress te meten werd de Nederlandse versie van de Daily Hassles-lijst (Cmic & Greenbergm 1990; Cmic & Booth, 1991) afgenomen. Verder werd er een verkorte versie van de competentievragenlijst van Engfer en Gavranidou (1987) gebruikt. Verder is de SSL-D (Van Sonderen, 1993) als onderdeel van de 3 metingen afgenomen. Ten behoeve van het beantwoorden van de tweede onderzoeksvraag, werd de Ages and Stages Questionnsire: Sociale Emotionel (Squires,Bricker & Twombly, 2002) afgenomen. Verder zijn er 7 aspecten van ouder- en kindgedrag gecodeerd met behulp van de CARE-index (Crittenden, 2000). Tevens vond er een procesevaluatie plaatsom de algemene tevredenheid in kaart te brengen.

Doelgroep:
Het ging om ouders met overmatig huilende baby's, die gesignaleerd werden op de consultatiebureaus.
Responspercentage: Bij aanvang van het onderzoek zaten er 25 VHT-gezinnen in de onderzoeksgroep en 14 controle gezinnen. Bij afronding van het onderzoek waren dat 9, respectievelijk 8 gezinnen.

c) Samenvatting
De indicaties die we in deze studie vonden voor het effect van K-VHT op sensitieve responsiviteit van moeders zoals gemeten met de CARE-index (Crittenden, 2000; d= 0,32), sociaal en emotionele ontwikkeling van kinderen (lange termijn, d = 0,22), en gevoel van steun (lange termijn, d = 0,20) waren bescheiden. De grootste verschillen tussen interventie- en controlemoeders in deze studie betroffen positieve veranderingen in de zorgen over en het gevoel omtrent huilen (d = 0,65-0,67), dagelijkse beslommeringen (d = 0,57) en het gevoel van ouderlijke competentie van moeders (d = 1,12). Een toename in het competentiegevoel van ouders hield ook stand op lange termijn (d = 0,53).

Onderzoek 3

Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd.
  Ja
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant).
  Het betreft dezelfde interventie, gericht op een andere doelgroep, nl. ouders van premature kinderen.
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk.
  Ja
- Er is een voormeting.
  Ja
- Er is een nameting.
  Ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie.
  Ja

a) De titel, auteurs en jaar van uitgave

De effectiviteit van video-interactiebegeleiding voor ouders van premature baby's. Resultaten van een studie in ziekenhuizen op de intensive en medium care met ouders die een ernstige of matige prematuur kind kregen en video-interactiebegeleiding kregen. Het was een Randomized Controlled Trial in 7 Nederlandse ziekenhuizen. Hoffenkamp, H.N., Tooten, A., Hall, R.A.S., Braeken, J., Eliëns, M.P.J., Vingerhoets, A.J.J.M., & Van Bakel, H.J.A. Universiteit van Tilburg, 2012.

Publicaties:

- The impact of premature childbirth on parental bonding. Hoffenkamp, H. N., Tooten, A., Hall, R. A. S., Croon, M. A., Braeken, J., Winkel, F. W., Vingerhoets, A. J. J. M.,
  & van Bakel, H. J. A. (2012). *Evolutionary Psychology*, 10 (3), 542-561.
- Parenting on the threshold of viability: the impact of preterm birth on parental care. Hoffenkamp, H. (2015). Tilburg University.
- Parenting in complex conditions: does preterm birth provide a context for the development of less optimal Parental behavior? Hoffenkamp, H. N., Braeken, J., Hall, R. A. S., Tooten, A., Vingerhoets, A. J. J. M., & van Bakel, H. J. A. (2015). *Journal of Pediatric Psychology,* 40 (6), 559-571. http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jsv007.
- Effectiveness of Hospital-Based Video Interaction Guidance on Parental Interactive Behavior, Bonding, and Stress After Preterm Birth: A Randomized Controlled Trial. Hoffenkamp, H.N., Tooten, A., Hall, R.A.S., Braeken, J., Eliëns, M.P.J., Vingerhoets, A.J.J.M., & Bakel, H.J.A. van (2015). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83 (2):* 416-429. http://dx.doi.org/10.1037/a0038401
- The effectiveness of video interaction guidance in parents of premature infants: A multicenter randomized controlled trial. Tooten, A., Hoffenkamp, H.N., Hall, R.A.S., Winkel, F.W., Eliëns, M., Vingerhoets, A.J.J.M. & van Bakel, H.J.A. (2012).BMC pediatrics, 12 (76), 1-9. http://dx.doi.org/10.1186/1471-2431-12-76.
- Parental perceptions and experiences after childbirth: a comparison between mothers and fathers of term and preterm infants. Tooten, A., Hoffenkamp, H. N., Hall, R. A. S., Braeken, J., Vingerhoets, A. J. J. M., & van Bakel, H. J. A. (2013). *Birth*, 40 (3), 164-171. http://dx.doi.org/10.1111/birth.12052
- First connections. The impact of preterm birth on mothers and fathers. Tooten, A. (2014). Tilburg
  University.
- Moody Blues: affect interpretation of infant Facial expressions and negative affect in mothers of preterm and term infants. Van Bakel, H. J. A., Hoffenkamp, H. N., Tooten, A., Hall, R. A. S., Ter Beek, M., & Hartman, E. E. (2013). *Psychological Topics*, 22 (2), 351-366.
- Prematuriteit en video-interactiebegeleiding: de wetenschap in beeld. Van Bakel, H. J. A., Tooten, A., Hoffenkamp, H. N., & Hall, R. A. S. (2015). In: M. P. J. Eliens (Ed.), *Handleiding video-interactiebegeleiding in de gezondheidszorg.* SWP, Amsterdam.

b) Het type onderzoek, de meetinstrumenten, doelgroep en de omvang van het onderzoek en het responspercentage.

Type onderzoek:

Aan de hand van een gerandomiseerde, gecontroleerde studie (Randomized Controlled Trial) met een experimentele groep en een controlegroep werd de effectiviteit onderzocht van de inzet van Video-interactie begeleiding (VIB) bij ouders van prematuur geboren kinderen (bij 25-37 weken zwangerschap). Standaard ziekenhuiszorg (controlegroep) werd vergeleken met VIB (experimentele groep). De primaire uitkomst was interactiegedragingen van de ouders met hun prematuur geboren kind (sensitiviteit, 'intrusiveness' en terugtrekken). Secundaire uitkomsten waren hechting, stress reacties

en psychologisch welzijn van de ouders. De metingen werden uitgevoerd op baseline, halverwege de interventie en tijdens een follow-up met 3 weken, 3 maanden en 6 maanden.

Meetinstrumenten:
De primaire uitkomst Interactiegedragingen van de ouders werd gemeten door het scoren van videobeelden van dyadische ouder-kind interacties aan de hand van een codeerschema dat ontwikkeld is door de U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Child Health and Human Development Early Care Research Network (NICHD, 1999; Ravn et al., 2011) en aangepast werd voor de doelgroep van de studie. De voornaamste uitkomstmaten waren: sensitiviteit, intrusiveness en terugtrekken.
De secundaire uitkomstmaten hechting, stress reacties en psychologisch welzijn van de ouders werden gemeten door middel van het afnemen van de volgende vragenlijsten: The 25-item Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ; Brockington et al., 2001), The My Baby and I questionnaire (MBI; Furman & O'Riordan, 2006), The questionnaire version of the Yale Inventory of Parental Thoughts and Actions (YIPTA; Feldman, Weller, Leckman, Kuint, & Eidelman, 1999), The 34-item Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU; Miles, Funk, & Carlson, 1993), The 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox, Holden, & Sagovsky, 1987), the 20-item State–Trait Anxiety Inventory (STAI-State; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983) and the 15-item State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI2-State; Spielberger, 1999),

Doelgroep**:**
Ouders van prematuur geboren kinderen (tussen 25 – 37 weken zwangerschap).

Omvang onderzoek en responspercentage:
In totaal hebben 157 gezinnen toestemming gegeven om deel te nemen aan de studie. Het is onbekend hoeveel gezinnen uitgenodigd zijn voor de studie. Van de 157 gezinnen zijn er 150 geselecteerd om mee te doen (150 moeders, 144 vaders en 150 zuigelingen). De overige 7 gezinnen werden uitgesloten op basis van de geschiktheidscriteria. Van de 150 gezinnen werden er 75 gezinnen ingedeeld in de interventiegroep en 75 in de controlegroep.

c) Samenvatting
VIB bleek effectief in het verhogen van sensitief gedrag en verminderen van terugtrek gedrag bij zowel vaders als moeders, maar niet in het verminderen van intrusief gedrag. Verder werden er positieve effecten gevonden op bepaalde aspecten van hechting, maar werden er geen effecten gevonden op stress en psychologisch welzijn van de ouders. Ouders uit de interventiegroep toonden significant meer sensitieve interactiegedragingen halverwege de interventieperiode en 3 weken na de interventie dan ouders uit de controlegroep (Cohen's d range moeders resp. 0.24 en 0.35; Cohen's d range vaders resp. 0.58 en 0.54). Bij de 6-maanden follow-up was er geen verschil meer tussen beide groepen. Daarnaast toonden moeders uit de interventiegroep minder terugtrekkende interactiegedragingen halverwege de interventieperiode en 3 weken na de interventie dan moeders uit de controlegroep (Cohen's d range resp. -0.31 en -0.44). Bij de 6-maanden follow-up was er geen verschil meer. Vaders uit de interventiegroep toonden marginaal significant minder terugtrekkende gedragingen halverwege de interventieperiode (Cohen's d range -0.60), maar 3 weken en 6 maanden na de

interventie was er geen verschil meer. Voor intrusieve gedragingen werden er geen verschillen gevonden tussen beide groepen.
Ouders uit de interventiegroep scoorden significant hoger op bepaalde aspecten van ouderlijke hechting. Zowel moeders als vaders scoorden hoger op 'enjoyment about', 'responsiveness to' en affiliative behavior towards de zuigeling 1 maand na de interventie. Vaders toonden daarnaast significant meer 'checking on the infant' en minder hechtingsproblemen 1 maand na de interventie. Het verschil in scores werd bij de follow-up metingen niet meer gevonden bij moeders, maar wel bij vaders (enjoyment about en responsiveness to waren nog significant hoger 3 maanden na de interventie en hechtingsproblemen waren nog significant minder 6 maanden na de interventie). Voor de uitkomstmaten stress reacties en psychologisch welzijn van de ouders werden er geen significante verschillen gevonden tussen de interventiegroep en de controlegroep.

Samenvatting Nederlandse effectstudies
Het geaggregeerde effect van de studies naar VHT is 0.76 voor opvoedgedrag, 0.56 voor de beleving van de opvoeding en 0.42 voor de ontwikkeling van het van het kind (zie Fukkink, 2007).
De studies laten als groep heterogene uitkomsten zien. De oudere studies van Jansen en Wels (1998), Janssens en Kemper (1996; 1997) laten een positief beeld zien; ook de resultaten van de kleinschalige studie van Wels, Jansen en Pelders (1994) zijn positief. Uitgedrukt in positieve en negatieve uitkomsten ('vote-counting') is er sprake van 3 studies met geringe positieve uitkomsten.
Een update van de literatuur (verschenen na de meta-analyse van Fukkink, 2007 t/m eind 2020) laat zien dat de empirische evidentie uit Nederlandse studies is gegroeid, zij het dat deze betrekking heeft op ouders met kinderen in de voorschoolse periode. De kleinschalige experimentele studie van Klein Velderman en collega's (2011; 2014) en Tooten e.a. (2012) lieten beide positieve effecten zien op de opvoedcompetenties van ouders. In het onderzoek van Hoffenkamp e.a. (2010; 2015) werden ook aanwijzingen gevonden voor positieve effecten van VHT/VIB op de interactie tussen ouder en kind. Cumulatief is er op dit moment sprake van 5 Nederlandse studies naar de VHT/VIB-interventie met positieve uitkomsten.

Buitenlands onderzoek
In het buitenland is de VHT bekend onder de naam VIG, waar de stichting AIT ook de merkrechten van heeft. Er is onderzoek (Balldin et al., 2018) naar videofeedback in het algemeen in gezinnen met kinderen tot 12 jaar. Dit betreft een systematische analyse van de resultaten van onderzoek naar videofeedbackprogramma's. In deze analyse is de Nederlandse video-hometraining meegenomen (Eliens, 2005; Fukkink et al., 2008) en daarnaast ook enkele programma's die gebaseerd zijn op de Nederlandse video-hometraining, onder de noemer VIG (Fukkink, Todd & Kennedy et al., 2011). Het buitenlandse onderzoek van Balldin et al. (2018) zullen we hier nader beschrijven. Ander recente buitenlandse onderzoeken, gericht op videofeedbackprogramma's en die indirect op de doelgroep betrekking hebben, worden daarna samenvattend beschreven.

Onderzoek 4
Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd.
  Nee
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant).
  Het is een buitenlands onderzoek, waarbij o.a. de Nederlandse interventie is meegenomen in de analyse.
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk.
  Het betreft een systematische analyse van resultaatonderzoek.

a) De titel, auteurs en jaar van uitgave

Video Feedback Intervention With Children: A Systematic Review. Balldin, S., Fisher, A., Wirtberg, I. 2018

Publicatie:

- Balldin, S., Fisher, A., Wirtberg, I. (2018). Video Feedback Intervention With Children: A Systematic Review. *Research on Social Work Practice. Vol. 28(6):* 682-695.

b) Het type onderzoek, de meetinstrumenten, doelgroep en de omvang van het onderzoek en het responspercentage.

Type onderzoek:
Een systematische analyse van het resultaatonderzoek met betrekking tot video-feedback (VF) -programma's.

Methode:
Negenentwintig onderzoeken die tussen 1990 en 2014 zijn gepubliceerd, werden onderzocht. De studies, die meegenomen hadden als doelgroep kinderen van 0-12 jaar en hadden minstens één controlegroep.
De relevante gepubliceerde studies zijn systematisch verzameld, met behulp van twee verschillende strategieën: ten eerste door gebruik te maken van elektronische databases en ten tweede door de referenties in de opgenomen studies te bestuderen (sneeuwbalmethode). Om studies te identificeren die zijn gepubliceerd in peer-reviewed tijdschriften, is de belangrijkste zoekopdracht uitgevoerd met behulp van drie databases (Pubmed, Psych Net en Social Sciences Citation Index [Instituut voor Wetenschappelijke informatie]). Om er zeker van te zijn dat er geen studies werden gemist, werd ook de meer inclusieve Google Scholar gebruikt om direct te zoeken naar programmanamen die niet door de databases werden vastgelegd. De zoektocht resulteerde in 29 studies, 21 RCT's en 8 quasi-experimentele studies.
De inclusiecriteria waren:
1. het onderzoek omvat een individuele VF-interventie die betrekking heeft op interactie met het ouderkind, waarbij één specifiek kind centraal staat.
2. De studie is tussen 1990 en 2014 in het Engels gepubliceerd.
3. De leeftijd van het kind in het onderzoek is tussen 1 maand en 12 jaar oud.
4. De studie rapporteert ten minste één kwantitatieve maatstaf, een beoordelingsschaal of een observatiemethode voor en na de behandeling.
5. Het onderzoek omvat minimaal twee groepen deelnemers (experimentele groep en controlegroep).

c) Samenvatting

VF-programma's waren vergelijkbaar qua ontwerp, met interventies gericht op ouderlijk en kindgedrag, ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid. In 41% van de metingen waren de

programma-effecten matig of groot in het voordeel van de interventiegroepen, met name wat betreft de sensitiviteit van de moeder en het gedrag van kinderen. Ook zijn onderdelen van de VF-programma's onderzocht. Twee algemene problemen kwamen naar voren: gebrek aan transparantie/specificiteit van veel programma's met betrekking tot de componenten en heterogeniteit tussen meetinstrumenten.
Over het geheel genomen suggereert deze systematische review van 29 experimentele onderzoeken dat VF effectief is in het stimuleren van de sensitiviteit en het gedrag van ouders op een positieve manier, en ook in het veroorzaken van een positieve verandering in het gedrag van kinderen. Gehoopt wordt dat veranderingen in ouder-kindinteracties de ontwikkeling van kinderen zullen ondersteunen, en deze systematische review heeft een aantal experimentele studies onderzocht die verschillende effecten in VF-programma's laten zien. De resultaten geven aan dat VF effectief is op verschillende leeftijden en in verschillende omgevingen, probleemgebieden en culturen. De huidige studies - en deze systematische review - zijn belangrijk omdat ze kennis accentueren, de tekortkomingen van huidig onderzoek aan het licht brengen en de mogelijkheden voor toekomstige studies belichten. Hoewel de theoretische basis voor VF-programma's verschillen, lijken ze redelijk vergelijkbaar te zijn in het algemene ontwerp en de inhoud, bijvoorbeeld door VF te gebruiken om bestaande positieve ouder-kindinteractie te versterken en om sterke punten en competenties te benadrukken (Steele e.a., 2014).

Actueel overzicht
Hieronder is nog een actueel overzicht gegeven van onderzoek naar de VHT/VIB-methodiek (internationaal onder de naam VIG) en de sterk verwante Marte Meo-methodiek in recent internationaal onderzoek (VHT/VIB is in Scandinavië bekend geworden onder de naam Marte Meo).

Tabel 1
Overzicht van wetenschappelijke studies naar de effecten van VIG op de ouder, ouder-kind-interactie en de kinderlijke ontwikkeling in experimentele studies en reviews

Eerste auteur & jaartal	*Interventie*	*Ouder*	*O↔K*	*Kind*
Experimentele studies				
Barlow e.a., 2016	*VIG*	*+*	*nvt*	*+*
Häggman-Laitila e.a. 2010	*VIG*	*+?*	*+?*	*Nvt*
James e.a., 2020	*VIG*	*+*	*nvt*	*+*
Wadnekar-Kamble e.a., 2020	*VIG*	*0*	*nvt*	*+*
Lam-Cassettari e.a., 2015	*VIG*	*+*	*+*	*+*
Kristensen e.a., 2017	*MM*	*+*	*+*	*0*
Höivik e.a., 2015	*MM*	*+*	*+*	*+*
Vik e.a., 2006	*MM*	*?*	*?*	*?*
Vik e.a., 2009	*MM*	*+?*	*?*	*?*
Totaal experimentele studies		*6x +, 1x 0*	*4x +*	*5x +, 1x 0*
Reviewstudies				
Balldin e.a., 2018	*Incl. VIG*	*+*	*+*	*+*
O'Hara e.a., 2019	*Incl. VIG*	*+*	*nvt*	*?*
Provenzi e.a., 2020	*Incl. VIG*	*+*	*+*	*+*
Totaal reviewstudies		*3x +*	*2x +*	*2x +*
Review van reviews				
Barlow e.a., 2016	*Incl. VIG*	*Nvt*	*nvt*	*+*
Totaal review van reviews		*-*	*-*	*1x +*

Toelichting: Onduidelijke effecten ('?') zijn niet opgenomen in de totalen; Het totaal bij 'Review van reviews' valt uiteraard samen met de enige studie van Barlow e.a. (2106).

Het overzicht laat allereerst zien dat er in de afgelopen jaren (2007 – 2020) verschillende studies zijn gepubliceerd in de (Engelstalige) wetenschappelijke literatuur waarin de effecten van VHT/VIB (en de nauw verwante MM-methodieken) zijn gerapporteerd. De gerapporteerde uitkomsten uit het experimentele onderzoek zijn positief voor ouders, kinderen en – al is dit minder vaak onderzocht – de interactie tussen ouders en kinderen. Het beeld uit de 'oude' studies die verschenen in de eerste jaren na 2000 wordt in die zin bevestigd in recentere publicaties die zijn verschenen na de meta-analyse van Fukkink (2007); ook de grootte van de gevonden effecten zijn vergelijkbaar met deze meta-analyse (alleen Klein Velderman e.a., 2011 rapporteert relatief grote effecten voor de attitude-uitkomstmaten bij de ouders van huilbaby's). De effecten uit het experimentele onderzoek liggen voor ouders op het gedrag van sensitieve en responsieve opvoedgedrag enerzijds en het welbevinden van ouders als opvoeders anderzijds. Ouders worden vaardiger in de interacties met hun (vaak jonge) kind. Ze hebben meer oog voor signalen van hun kind en sluiten meer en beter hierbij aan. Daarnaast ervaren ouders minder stress en meer plezier in de opvoeding en voelen zij zich sterker in hun rol ('efficacy'). Een aantal studies waar is gekeken naar de interactie tussen opvoeders en kind, laat – met heel verschillende categorieën en codeerschema's – zien dat de communicatie tussen ouder en kind soepeler verloopt. De kinderlijke ontwikkeling is in de opgenomen studies heel verschillend geoperationaliseerd en de studies delen als insteek de aandacht voor de sociaal-
emotionele ontwikkeling met aandacht voor zowel de positieve ontwikkeling als probleemgedrag. In dit brede spectrum met verschillende kind- en ouderpopulaties zijn hoofdzakelijk positieve effecten van VIB gevonden. Wel zijn er in het experimentele onderzoek ook zgn. 'nul-effecten' gevonden voor de kinderlijke ontwikkeling, namelijk in de studie van Klein Velderman e.a. (2011) en Kirstensen e.a. (2017).

5. Samenvatting Werkzame elementen

Er worden drie werkzame elementen verondersteld die, in combinatie met elkaar, het effect geven:

- Het werken met video-feedback
- De interactieanalyse van de communicatie
- De deskundigheid van de video-hometrainer en de kwaliteitsborging door het nascholingssysteem.

6. Aangehaalde literatuur

AIT, Eliëns, M. (red), (2017, 2020, 2022). Video-hometraining en video-interactiebegeleiding. Een introductie van de methodieken, SWP, Amsterdam.

Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129(2), 195-215.

Balldin, S., Fisher, A., & Wirtberg, I. (2018). Video Feedback Intervention With Children: A Systematic Review. Research on Social Work Practice, 28(6), 682-695.

Barlow, J., Schrader-McMillan, A., Axford, N., Wrigley, Z., Sonthalia, S., Wilkinson, T., Rawsthorn, M., Toft, A. & Coad, J. (2016). Review: Attachment and attachment-related outcomes in preschool children – a review of recent evidence. *Child and Adolescent Mental Health 21*(1), 11–20.

Blokland, G. (2010). Opvoedingsondersteuning: Categorieën en benaderingen. Bohn Stafleu Van Loghum.

Bokhorst, C. L., Bakermans-Kranenburg, M. J., Fearon, R. M. P., van IJzendoorn, M. H., Fonagy, P., & Schuengel, C. (2004). The importance of shared environment in mother-infant attachment security: A behavioral genetic study. *Child Development*, 75(6), 1745-1758.

Boom, D. van den (1999). *Ouders op de voorgrond. Een educatieve lijn voor 0 tot 18 jaar*. Utrecht: Sardes.

Bowlby, J. (1971). Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment (2nd ed.). Basic Books.

Catalano, R. F., Haggerty, K. P., Oesterle, S., Fleming, C. B., & Hawkins, J. D. (2004). The importance of bonding to school for healthy development: Findings from the Social Development Research Group. *Journal of School Health*, 74(7), 252-261.

Crittenden, P. M. (2000). CARE-Index Manual. Family Relations Institute.

De Gangi, G. (2000). *Pediatric disorders of regulation in affect and behavior.* San Diego: Academic Press.

Dekker, J.M. (red) & Biemans, H.M.B. (1994*).* Videohometraining in gezinnen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Dowrick, P.W. (1999). A review of self-modelling and related interventions. *Applied & Prevention Psychology*, 8, 23-39.

Eliëns, M. (2005). Baby's in beeld. Video-hometraining en video-interactiebegeleiding bij kwetsbare baby's. Amsterdam: SWP.

Eliëns, M., & Meijer, T. (2023). Procesevaluatie kortdurende video-hometraining in gezinnen met jonge kinderen.

Eliëns, M., & Prinsen, B. (2008, 2011). Handleiding kortdurende video-hometraining in gezinnen met jonge kinderen: Voor professionals in de jeugdgezondheidszorg. Amsterdam: SWP.

Eliëns, M. (2015). Handleiding video-interactiebegeleiding in de gezondheidszorg. Amsterdam: SWP.

Fukkink, R. G. (2007). Video-feedback in breedbeeldperspectief: Een meta-analyse van de effecten van video-feedback in gezinsprogramma's. *Pedagogiek*, 27(3), 211-227.

Fukkink, R. G. (2008). Video-feedback in parent coaching: What makes it work? *Infant Mental Health Journal*, 29(2), 167-177.

Fukkink, R. G., Trienekens, N., & Kramer, L. (2010). Video feedback in education and training: Putting learning in the picture. *Educational Psychology Review*, 23(1), 45-63.

Fukkink, R.G., Todd, L. & Kennedy, H. (2011). Video Interaction Guidance: Does it work? In H. Kennedy, M. Landor, & L. Todd (Eds.), *Video Interaction Guidance* (pp. 82-104). London, UK: Jessica Kingsley Publishers.

Goudena, P.P. (1994). Ontwikkelingsopgaven en opvoedingsopgaven. In J. Rispens, P.P. Goudena & J.J.M. Groenendaal (red.). *Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Gunnar, M.R., Broderson, L., Nachmias, M., Buss, K. & Rigatuso, J. (1996). Stress reactivity and attachment security. *Developmental psychobiology, 29*, 191-204

Gunnar, M. R., Herrera, A., & Hostinar, C. E. (2009). Stress and early brain development. *Annual Review of Psychology,* 60, 545-571.

Häggman-Laitila, A., Seppänen, R., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietila, A. (2010). Benefits of video home training on families' health and interaction: Evaluation based on follow-up visits. *Journal of Clinical Nursing, 19,* 3504–3515.

Hermanns, J.M.A. (1992). *Het sociale kapitaal van jonge kinderen: jonge kinderen, opvoeders en opvoedingsondersteuning.* Amsterdam: SWP.

Hoffenkamp, H.N., Tooten, A., van Bakel, H.J.A., Vingerhoets, A.J.J.M. & Winkel, F.W. (2010). Medical Health status of newborn infants and parental bonding after childbirth: a comparison between families with preterm and full term infants (abstract). *Infant Mental Health Journal*, 32(3), 269-270

Hoffenkamp, H. N., Tooten, A., Van Bakel, H. J. A., Vingerhoets, A. J. J. M., & Winkel, F. W. (2010). The impact of premature birth on parental bonding. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(1), 72-83.

Hoffenkamp, H. N., Tooten, A., Hall, R. A. S., Braeken, J., Croon, M. A., Vingerhoets, A. J. J. M., & Van Bakel, H. J. A. (2012). The impact of premature childbirth on parental bonding. *Evolutionary Psychology*, 10(3), 542-561.

Hoffenkamp, H.N., Tooten, A., Hall, R.A.S. & van Bakel, H.J.A. (2012). Sustaining early development (abstract). *Infant Mental Health Journal*, 33, 85-86.

Hoffenkamp, H. (2015). Parenting on the threshold of viability: the impact of preterm birth on parental care. Tilburg University.

Hoffenkamp, H.N., Braeken, J., Hall, R.A.S., Tooten, A., Vingerhoets, A.J.J.M. & van Bakel, H.J.A. (2015). Parenting in complex conditions: does preterm birth provide a context for the development of less optimal Parental behavior? *Journal of Pediatric Psychology,* 40 (6), 559-571.

Hoffenkamp, H. N., Tooten, A., Hall, R. A. S., et al. (2015). Effectiveness of Hospital-Based Video Interaction Guidance on Parental Interactive Behavior, Bonding, and Stress After Preterm Birth: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(2), 416-429.

Høivik, M.S., Lydersen, S., Drugli, M.B., Onsøien, R., Hansen, M.B. & Berg-Nielsen, T.S. (2015).Videofeedback compared to treatment as usual in families with parent–child interactions problems: a randomized controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9 (3).

Hosking, G. (2001). Nursery Crimes*. Relational Justice*, January edition.

James, D.M. & Weich, H. (2020). Preparing a supervision model for the aftermath of Grenfell: An auto-ethnographic inquiry of relationship-based supervision. *Journal of Social Work Practice.*

Jansen, R.J.A.H. & Wels, P.M.A. (1998). The effects of video home training in families with a hyperactive child. Association for child psychology and psychiatry, Occasional papers (no. 15), 63-73.

Jansen, R.J.A.H., & Wels, P.M.A. (1998). Videohometraining, een veelbelovende hulpverleningsmethode? De beloften theoretisch en empirisch onderzocht. In J.R.M. Gerris (Ed.), *Jongerenbegeleiding, jeugdbeleid en gezinsbegeleiding* (pp. 68-83). Assen: Van Gorcum.

Janssens, J.M.A.M. & Kemper, A.A.M. (1996). Uitgangspunten en effecten van Videohometraining.*Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 35, 178-193.

Janssens, J.M.A.M. & Kemper, A.A.M. (1997). Effects of video hometraining on parental communication and a child's behavorial problems. *International Journal*, 2, 137-148.

Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J. & IJzendoorn, M.H. van (2005). The importance of parenting in the
development of disorganized attachment: Evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46,* 263-274.

Kennedy, H., Landor, M. & Todd, L. (Eds.). (2011). *Video interaction guidance: A relationship-basedintervention to promote attunement, empathy and wellbeing* (pp. 121-133). London, Groot-Brittannië: Jessica Kingsley.

Klein Velderman, M., Pannebakker, F.D., Fukkink, R.G. & De Wolff, M.S. (2011). De effectiviteit van kortdurende video-hometraining in de jeugdgezondheidszorg: Resultaten infant crying.]. Leiden: TNO, Department of Child Health.

Klein Velderman, M., Kennedy, H., Pannebakker, F.D., De Wolff, M.S., Fukkink, R., Pease, T.E. & Nestel-Patt, J.P. (2011a). Video Interaction Guidance: How it works, current knowledge about effects, and tools to capture intervention effects. 15th European Conference on Developmental Psychology, Bergen, Noorwegen.

Klein Velderman, M., Pannebakker, F.D., Fukkink, R.G., De Wolff, M.S., Van Dommelen, P., Luijk, P.C.M., Van Sleuwen, B.E. & Reijneveld, S.A. (2011b). De effectiviteit van kortdurende videohometraining in de jeugdgezondheidszorg; Resultaten van een studie in gezinnen met overmatige spanning als gevolg van een excessief huilende baby. Leiden: TNO.

Klein Velderman, M., Pannebakker, F.D., De Wolff, M.S. & Fukkink, R.G. (2011c). Video Interaction Guidance as a method to promote sensitive mother-infant interaction in Dutch preventive child healthcare. Paper presented at the 15th European Conference in Developmental Psychology (ECDP) meeting, Bergen, Norway.

Klein Velderman, M., Pannebakker, F.D., Kennedy, H., Fukkink, R.G., De Wolff, M.S. & Reijneveld, S.A. (2014). The Efficacy of Short-Term Video Feedback as a Method to Improve Parental Sensitivity in Families at Risk for Child Maltreatment. EUCCAN conference, Amsterdam.

Kristensen, I.H., Simonsen, M., Trillingsgaard, T, & Kronborg, H. (2017). Video feedback promotes relations between infants and vulnerable first-time mothers: A quasi-experimental study. *Pregnancy and Childbirth, 17*, 379.

Lam-Cassettari C., Wadnerkar-Kamble, M.B. & James, D.M. (2015). Enhancing Parent–Child Communication and Parental Self-Esteem With a Video-Feedback Intervention: Outcomes With Prelingual Deaf and Hard-of Hearing Children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 20*(3), 266–274.

National Scientific Council on the Developing Child. (2004). Young children develop in an environment of relationships. Center on the Developing Child at Harvard University.

Nemeroff, C.B. (2004). Neurobiological consequences of childhood trauma. *Journal of clinical psychiatry, 65,* 18-28.

O'Hara, L., Smith, E., Barlow, J., Livingstone, N., Herath, N., Wei, Y., Spreckelsen, T.F. & Macdonald, G. (2019). Video feedback for parental sensitivity and attachment security in children under five years (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews, 11*(1).

Olds, D.L. & Kitzman, H. (1993). Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *The future of children, 3*, 53-92.

Papoušek, M. & Papoušek, H. (1999). Early integration of experience. The interplay of nature and culture. In A.F. Kalverboer, B. Hopkins, & L. Genta (Eds.). *Current issues in developmental psychology. Biopsychological perspectives.* Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Perry, B.D., Pollard, R.A., Blakley, T.L., Baker, W.L. & Vigilante, D. (2006). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and 'use-dependent' development of the brain: How 'staits' become 'traits'. *Infant mental health journal, 16*, 271-291.

Ploeg, J.D. van der (1997). Gedragsproblemen, Ontwikkelingen en risico's. Rotterdam

Provenzi, L., Giusti, L., Caglia, M., Rosa, E., Mascheroni, E. & Montirossi, R. (2020). Evidence and open questions for the use of video-feedback interventions with parents of children with neurodevelopmental disabilities. *Frontiers in Psychology, 11*, art. 1374.

Rigter J. (2002). 'Ontwikkelingspathologie bij kinderen en jeugdigen'. Bussum, Uitgeverij Couthinho

Riksen-Walraven, J.M.A. (1989). Meten in perspectief. Een levensloopmodel als achtergrond bij het meten en beïnvloeden van gedrag en interacties. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 23,* 16-33.

Riksen-Walraven, M. (2002). Parenting and early childhood development. In van IJzendoorn, M.H., Juffer, F., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (Eds.), Attachment interventions and outcomes: Sensitivity and attachment in early childhood programs (pp. 1-24). Lawrence Erlbaum.

Riksen-Walraven, J.M. (2002). *Wie het kleine niet eert…. over de grote invloed van vroege sociale ervaringen*. Nijmegen: Katholieke Universiteit (Oratie).

Slade, A. (2002). Keeping the baby in mind: A critical factor in perinatal mental health. *Bulletin of zero to three, 22,* 10-16.

Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology.* New York: Basic Books/London: KarnacBooks.

Stolk, M.N., Mesman, J., Van Zeijl, J., Alink, L.R.A., Bakermans-Kranenburg, M.J., Van IJzendoorn, M.H., Juffer, F. & Koot, H.M. (2008). Early parenting intervention: Family risk and first-time parenting related to intervention effectiveness. *Journal of Child and Family Studies, 17,* 55-83.

Tooten, A., Hoffenkamp, H.N., van Bakel, H.J.A., Vingerhoets, A.J.J.M. & Winkel, F.W. (2010). Parental psychological stress responses and parental bonding after childbirth: a comparison between families with preterm and full term infants (abstract). *Infant Mental Health Journal*, 32(3), 282.

Tooten, A. W., Hoffenkamp, H. N., Hall, R. A. S., et al. (2012). The impact of parental mental health on preterm infant development: A longitudinal study. *Early Human Development*, 88(7), 409-415.

Tooten, A., Hoffenkamp, H.N., Hall, R.A.S., Winkel, F.W., Eliëns, M., Vingerhoets, A.J.J.M. & Van Bakel, H.J.A. (2012). The effectiveness of video interaction guidance in parents of premature infants: A multicenter randomized controlled trial. BMC pediatrics, 12 (76), 1-9. http://dx.doi.org/10.1186/1471-2431-12-76.

Tooten, A., Hoffenkamp, H.N., Hall, R.A.S., Braeken, J., Vingerhoets, A.J.J.M. & van Bakel, H.J.A. (2013). Parental perceptions and experiences after childbirth: a comparison between mothers and fathers of term and preterm infants. *Birth*, 40 (3), 164-171. http://dx.doi.org/10.1111/birth.12052

Tooten, A. (2014). First connections. The impact of preterm birth on mothers and fathers. Tilburg University.

Tooten, A., Hall, R.A.S., Hoffenkamp, H.N., Braeken, J., Vingerhoets, A.J.J.M. & van Bakel, H.J.A. (2014). Maternal and paternal infant representations: a comparison between parents of term and preterm infants. *Infant Behavior and Development*, 37 (3), 366---379. http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2014.05.004

Tooten, A., Hoffenkamp, H.N., Hall, R.A.S., Winkel, F.W., Eliens, M., Vingerhoets, A.J.J.M. & Van Bakel,H.J.A. (2015). Effectiveness of Hospital-Based Video Interaction Guidance on Parental Interactive Behavior, Bonding, and Stress After Preterm Birth: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(2), 416 – 429.

Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy. A description of primary intersubjectivity. In M. Bullowa, *Before Speech. The beginning of interpersonal communication.* Cambridge: Cambridge University press.

Tuller, A. (2022). Evaluatieonderzoek naar kortdurende video-hometraining bij Yunio. Afdeling JGZ van Yunio.

Van Bakel, H. J. A., Hoffenkamp, H. N., Tooten, A., Hall, R. A. S., Ter Beek, R. S., & Hartman, J. (2013). Sensitivity in parenting among preterm infants: The effect of early interventions. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology,* 42(5), 762-774.

Van Bakel, H.J.A., Hoffenkamp, H.N., Tooten, A., Hall, R.A.S., Ter Beek, M. & Hartman, E. E. (2013). Moody Blues: affect interpretation of infant Facial expressions and negative affect in mothers of preterm and term infants. *Psychological Topics*, 22 (2), 351-366.

Van Bakel, H. J. A., Tooten, A., Hoffenkamp, H. N., & Hall, R. A. S. (2015). Parental sensitivity in the context of preterm birth: The effectiveness of video feedback interventions. *Attachment & Human Development*, 17(1), 89-105.

Van Bakel, H.J.A., Tooten, A., Hoffenkamp, H.N. & Hall, R.A.S. (2015). Prematuriteit en video-interactiebegeleiding: de wetenschap in beeld. In: M.P.J. Eliens (Ed.), *Handleiding video-interactiebegeleiding in de gezondheidszorg.* SWP, Amsterdam.

Van IJzendoorn, M.H. (2008). *Opvoeding over de grens: Gehechtheid, trauma en veerkracht.* Amsterdam: Boom uitgeverij.

Van der Veen, M. & Prinsen, B. (2010). *Handleiding video-hometraining in gezinnen met kinderen in de basisschoolleeftijd. Voor professionals in het maatschappelijk werk.* Amsterdam SWP.

Van Sonderen, E. (1993). Social Support List-Discrepancies (SSL-D). Rijksuniversiteit Groningen.

Vik, K. & Braten, S. (2009). Video Interaction Guidance inviting transcendence of postpartum depressed mothers' self-centered stance and holding behavior. *Infant Mental Health Journal, 30*(3), 287–300.

Vik, K. & Hafting, M. (2006). Video interaction guidance offered to mothers with postnatal depression: Experiences from a pilot study. *Nordic Journal of Psychiatry, 60*, 234-238.]Vik, K., & Hafting, M. (2009): The outside view as facilitator of self-reflection and vitality: A phenomenological approach. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 27*(3), 287-298.

Wadnerkar Kamble, M., Lam-Cassettari, C. & James, D. (2020). Communication skills and communicative autonomy of prelinguistic deaf and hard-of-hearing children: Application of a video feedback intervention. *Frontiers in Psychology, 11*, art. 1983.

Wels, P.M.A., Jansen, R.J.A.H. & Pelders, G.E.J.M. (1994). Videohometraining bij hyperactiviteit van het kind. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 33*, 363-379.

Wels, P.M.A. (2001). *Helpen met beelden. Video in de hulpverlening aan gezinnen.* Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Wels, J. (2001). Werkzame elementen in interventies. In Jeugd en Opvoeding: Opvoeden op maat.

Zeijl, E., van Mourik, K., & De Wilde, A. (2005). Opvoeden in Nederland: Problemen, risicofactoren en hulpbronnen. SCP-publicatie.

Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S. & Reijneveld, M. (2005). Peiling Jeugd en Gezondheid (PJG) / 0- tot 12-jarigen onderzoek in 'Kinderen in Nederland'. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).

Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S. & Reijneveld, M. (2005). *Kinderen in Nederland*. Den Haag/Leiden: Sociaal en Cultureel Planbureau/TNO Kwaliteit van Leven.

Gebruikte Links:

- CIKEO = Consortium Integratie Kennisbevordering Effectiviteit Opvoedonzekerheid - interventies
  Een onderzoek over opvoeden en opvoedondersteuning
  https://www.cikeo.nl/publicaties/
- Ince, D., van Yperen, T. & Valkesteijn, M. (2018) 'Top tien beschermende factoren voor een positieve ontwikkeling van jeugdigen'.
  https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-05/Top-tien-positieve-ontwikkeling-jeugd_0.pdf

Interne documenten en producties:

- Eliëns, M., Meijer, E. (2023). *Procesevaluatie kortdurende video-hometraining in gezinnen met jonge kinderen.* Utrecht, AIT.
- DVD 'Rondom de Geboorte' (2015). Coproductie stichting AIT, stichting Amsterdamse Gezondheidscentra (SAG) en stichting Babywerk. DVD met informatie voor (aanstaande) ouders over contact met en de ontwikkeling van baby's en over sensitief responsief ouderschap.
- De Wilde, E.J. (2021). Betrouwbaarheidsanalyse van het AIT monitoringsinstrument: mogelijke itemreducties per schaal. Utrecht: HanSei.

Interne instrumenten:

- AIT-monitoringsinstrument, 2021. Meetinstrument ten behoeve van resultaatmeting van de begeleiding van ouders met VHT en VIB. (NJi, 2016, De Wilde, 2021).
- AIT. Stand van zaken 2025. In progress concept. (De Wilde, 2024).

Bijlage

Schema van basiscommunicatie

Clusters	Patronen	Elementen
1. initiatief en ontvangst	▪ attent zijn ▪ instemmen	▪ toewenden/volgen ▪ aankijken ▪ vriendelijke intonaties ▪ vriendelijke gezichtsexpressies ▪ vriendelijke houdingen ▪ meedoen ○ op niveau ○ op tempo ○ op situatie ▪ ja-knikken ▪ ja-zeggen ▪ instemmend benoemen ○ gevoelens, gedachten van kinderen ○ handelingen van kinderen ○ handelingen van jezelf van gedachten, gevoelens
2. uitwisseling in de kring	▪ kring vormen ▪ beurten maken ▪ coöperatief zijn	▪ in kring betrekken ▪ rondkijken ▪ ontvangst bevestigen ▪ beurt geven en nemen ▪ gelijke beurtverdeling ▪ samen handelen ▪ elkaar helpen
3. overleg	▪ meningsvorming ▪ inhoudelijkheid ▪ besluitvorming	▪ mening: ○ geven ○ aannemen ○ uitwisselen ○ onderzoeken ▪ onderwerpen: ○ aanreiken ○ uitwerken en uitdiepen ▪ afspraken: ○ voorstellen ○ overeenkomen ○ bijstellen
4. conflict hanteren	▪ tegenstelling benoemen ▪ contact herstellen ▪ onderhandelen	▪ intenties onderzoeken ▪ (terugvoeren naar clusters 1,2, en 3) ▪ standpunten vaststellen ▪ regelingen overeenkomen

©*Video-hometraining in gezinnen, Dekker & Biemans, 1994.*

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJi), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Kenniscentrum Sport & Bewegen, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.