

Interventie

Ouder-baby interventie

Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdgezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering

Datum: 28 september 2023

Oordeel: Effectief volgens eerste aanwijzingen voor effectiviteit

De referentie naar dit document is: van Doesum, Brok (8 juni 2023).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Ouder-baby interventie'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Inhoud	3
Samenvatting	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	4
Onderzoek.....	4
1. Uitgebreide beschrijving	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	7
1.3 Aanpak.....	7
2. Uitvoering	10
3. Onderbouwing	13
4. Onderzoek	19
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	19
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	20
5. Samenvatting Werkzame elementen	23
6. Aangehaalde literatuur	24
7. Praktijkvoorbeeld	29

Samenvatting

De ouder-baby interventie is een preventieve interventie voor ouders met psychische problemen met een baby van 0-12 maanden. We richten ons op moeders en vaders met verschillende diagnoses. Depressie komt het meest voor. Ouders met psychische problemen hebben vaak moeite om een positieve relatie te ontwikkelen met hun kind, dit heeft te maken met hun mentale problemen. Baby's ontwikkelen zich in contact met volwassenen. Het doel van de interventie is het verbeteren van de kwaliteit van de interactie (het contact) tussen ouder en kind daarmee het voorkomen dat kinderen op latere leeftijd zelf problemen ontwikkelen. De interventie bestaat uit 8-10 huisbezoeken waarbij aan de hand van video-opnamen stapsgewijs de ouders geleerd wordt welke signalen je kunt zien, hoe je daarop kunt reageren en op een plezierige manier contact maakt met je kind. Ook worden praktische opvoedingsadviezen gegeven.

Doelgroep

De doelgroep bestaat uit ouders met psychische problemen (met hun partner) en hun baby (tot en met 12 maanden).

Doel

Het doel is het verbeteren van de kwaliteit van de interactie tussen ouders met psychische problemen en hun baby en het ontwikkelen van een veilige gehechtheidsrelatie. Met als uiteindelijk doel het voorkomen dat het kind op latere leeftijd zelf psychosociale problemen ontwikkelt.

Aanpak

De interventie bestaat uit begeleiding van de ouders en hun baby in de thuissituatie, gedurende 8 tot 10 huisbezoeken van 1 à 1 1/2 uur. De partner en belangrijke anderen worden zo veel mogelijk in de begeleiding betrokken. De begeleiding wordt geboden door een medewerker van de instelling voor geestelijke gezondheidszorg (ggz) en instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking, Zij zijn gespecialiseerd in de begeleiding van gezinnen met jonge kinderen.

Materiaal

Er is een handboek, met daarin onder andere een handleiding voor de werkwijze, evaluatieformulieren, informatie over het effectonderzoek en diverse achtergrondliteratuur voor de ggz-medewerkers en materiaal voor ouders. Tevens is een landelijke training ontwikkeld, welke wordt aangeboden vanuit het Trimbos instituut aan de uitvoerders vanuit (ggz-) instellingen.

Onderbouwing

De emotionele band (gehechtheidsrelatie) tussen ouder en kind in het eerste levensjaar is een belangrijke voorspeller voor de ontwikkeling van kinderen. Ouders met psychische problemen hebben meer moeite in de interactie met hun baby, hetgeen problemen kan opleveren in de ontwikkeling van het kind. De Ouder-baby interventie richt zich op het bevorderen van de kwaliteit van de ouder-kind interactie in een vroeg stadium zodat het kind een veilige gehechtheidsrelatie met de ouder kan ontwikkelen.

Onderzoek

Er is van 2000 tot 2004 een RCT uitgevoerd naar het effect van deze interventie bij depressieve moeders en baby's. Een interventiegroep (n=35) en een controlegroep (n=36) werden met elkaar vergeleken voor, na en 6 maanden na de interventie. De

resultaten wijzen op een significant positief effect op de moeder-kind interactie (nl. de sensitiviteit van de moeders, de responsiviteit en betrokkenheid van het kind). Ook is er positief effect op de kwaliteit van de moeder-kind gehechtheidsrelatie. Tevens is een significant hogere score gevonden op de sociaal-emotionele competentie bij kinderen uit de interventiegroep.

Daarnaast heeft er een vervolgstudie plaats gevonden; de kinderen zijn dan 5-6 jaar (n=58). Kinderen uit de interventiegroep die veel stress ervaren hebben minder externaliserende problemen. Er is geen effect van de interventie gevonden op de lange termijn in de ouder-kind interactie noch op sociaalemotionele en gedragsproblemen. Op basis van de resultaten kunnen we niet de conclusie trekken dat er geen effect is op langere termijn aangezien er selectieve uitval heeft plaatsgevonden. De moeders en baby's waarbij de interventie groot effect had, hebben niet meer deelgenomen aan de studie.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Ouders van baby 's tot en met 12 maanden met psychische problemen. Een licht verstandelijke beperking valt ook onder psychische problemen van ouders.

Selectie van doelgroepen

De interventie is bedoeld voor ouders met psychische problemen en/of een verstandelijk beperking met een baby van 0 tot en met 12 maanden.

Ouders kunnen worden aangemeld door een behandelaar van de afdeling volwassenen van de ggz-instelling of instelling voor mensen met een verstandelijke beperking. De interventie wordt aangeboden als extra ondersteuning. Het is ook mogelijk dat een huisarts of JGZ verpleegkundige verwijst, of dat een ouder zichzelf aanmeldt.

Inclusie criteria: Ouders met psychische problemen die in behandeling zijn bij de GGZ of instelling voor mensen met een verstandelijke beperking met een baby van 0 tot met 12 maanden. Als ouders worden aangemeld via huisarts, JGZ verpleegkundige wordt de voorwaarde gesteld dat de ouder zich ook aanmeldt voor een behandeling van haar/zijn psychische problemen. Een psychiatrische diagnose is geen voorwaarde maar heeft wel de voorkeur.

Exclusie criteria:

1. Ernst van de problemen van de ouders:

- ouders met psychische problemen in combinatie van alcohol- of drugsverslaving
- gezinnen waarbij er meerdere problemen spelen die eerst aandacht vragen (huisvesting, financiën, afwezigheid van steunen, recente ingrijpende traumatische gebeurtenis), meestal zijn er dan al veel verschillende hulpverleners betrokken.
- psychose bij de ouder. In dit geval gaan we wel aan de slag met de partner en starten we later na de psychotische episode.

2. Ernstige problemen bij het kind (lichamelijke en/of mentale beperking), deze verwijzen we naar de Jeugd-GGZ.

3. In gevallen waarin ernstige zorgen bestaan over kindermishandeling.

Bij aanmelding wordt een inschatting gemaakt of de interventie succes zal hebben, aan de hand van de volgende criteria:

1. de ernst van de problemen;
2. medicatie (geen contra-indicatie maar dat kan wel invloed hebben de mogelijkheden om een relatie met de baby aan te gaan);
3. aanwezige problemen bij het kind;
4. inschatting veiligheid van het kind: kans op (kinder)mishandeling;
5. andere belastende omstandigheden (huisvesting, financiën, afwezigheid van steunfiguren, recente traumatische ervaring).

Betrokkenheid doelgroep

Tijdens de ontwikkeling van de interventie zijn de ouders bevraagd over hun ervaringen en ook zijn de ervaringen van deelnemers aan het effectonderzoek meegenomen in de ontwikkeling van de interventie.

Er is op verzoek van de ouders in het begin van de ontwikkeling een follow-up bijeenkomst na 3-5 maanden toegevoegd. Ook gaven ouders aan dat ze meteen na de opname de videobeelden deze wilden bespreken. Dit was niet altijd mogelijk in verband

met tijd en ervaring van de uitvoerder, maar in sommige gevallen konden we op dit verzoek ingaan. De interventie is hierdoor niet aangepast maar geeft wel aan dat we gedurende interventie wel op verzoeken van ouders kunnen ingaan.

De ouder-baby-interventie is een op maat aanbod, daarom zijn aanpassingen gedurende de interventie altijd mogelijk. Zo hebben de behandelaren gevraagd om een folder met een korte uitleg om deze aan potentiële kandidaten mee te kunnen geven. Deze folder is ontwikkeld en opnieuw vormgegeven (zie handboek (2023)). De uitbreiding van de interventie voor ouders met een licht verstandelijke beperking is naar aanleiding van de behoefte van hulpverleners van deze (jonge) ouders met een baby. De begeleiding was gericht is op het aanleren van verzorging van de baby en de aandacht voor de relatie tussen en kind ontbrak. De ouder-baby interventie blijkt een positieve toevoeging aan de begeleiding. Ook helpt het ouders beter te begrijpen wat contact met je kind betekent en hoe ze dat kunnen versterken.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het doel is het verbeteren van de kwaliteit van de interactie tussen ouders met psychische problemen en hun baby en het ontwikkelen van een veilige gehechtheidsrelatie. Met als uiteindelijk doel het voorkomen dat het kind op latere leeftijd zelf psychosociale problemen ontwikkelt.

Subdoelen

De interventie (begeleiding van ouders met psychische problemen en hun baby) richt zich op

1. De kwaliteit van de ouder - kind interactie, met name gaat het er om dat:
 - de ouder een verbeterde sensitiviteit krijgt; via het versterken van het mentaliserend vermogen^{[1][2][3]}
 - de sociale en emotionele ontwikkeling van het kind verbetert; de veilige gehechtheid bij het kind versterkt wordt.
2. Het bevorderen van de sociale steun door:
 - Het betrekken van de andere ouder en/of familie bij de interventie.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

De interventie kent een gestructureerde, fasegewijze aanpak. Elke fase kent zijn eigen doelen. Gestructureerd werken wordt bevorderd door het gebruik van observatieschalen, het formuleren van begeleidingsdoelen, het invullen van een beknopt logboek en het beantwoorden door de begeleider van enkele vragen per huisbezoek (tezamen het babyformulier). Daarnaast wordt benadrukt dat de begeleiding 'op maat' afgestemd dient te zijn op de mogelijkheden en behoeften van ouder en kind.

De interventie bestaat uit een kortdurende begeleiding in de thuissituatie, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de interactie tussen de ouder met psychische problemen en hun kind. Gemiddeld beslaat de interventie 8 tot 10 huisbezoeken van 1 à 1,5 uur. Het aantal bezoeken en de gebruikte methodieken kunnen variëren, afgestemd op de mogelijkheden en behoeften van ouder en kind.

Het gebruik van technieken uit de videohometraining en videofeedback zijn veelal de basismethode van de interventie. Tijdens ieder huisbezoek worden opnamen van dagelijkse activiteiten gemaakt, zoals het kind in bad doen, eten geven of verschonen. Daarmee wordt in beeld gebracht welke signalen het kind laat zien en hoe de ouder

daarop reageert. Bepaalde fragmenten worden specifiek besproken en gekoppeld aan oefeningen of opdrachten voor de ouder om bepaald gedrag te oefenen. Tijdens het terugkijken maken we gebruik van de mentaliserende vragen.

Partners en belangrijke anderen worden zoveel mogelijk in de interventie betrokken.

Naast video-observaties en de het bespreken ervan wordt, afhankelijk van de situatie en de behoeften van de ouders, gebruik gemaakt van: modeling, cognitieve herstructurering, praktische opvoedingsondersteuning en babymassage.

De uitgevoerde stappen en de voortgang worden geregistreerd in een verslag, waarvoor een speciaal formulier is ontwikkeld. Naast aandacht voor de ouder-kind interactie wordt de ouder geactiveerd deel te nemen aan sociale activiteiten, om sociaal isolement te voorkomen.

Inhoud van de interventie

De 'routing' (over een periode van in totaal 3 - 4 maanden) is als volgt:

Aanmelding: Een medewerker (in het vervolg begeleider) van de ggz-instelling of organisatie voor mensen met een licht verstandelijke beperking heeft zich gespecialiseerd in de begeleiding van gezinnen met jonge kinderen. Ouders uit de doelgroep worden door de behandelaar vanuit de (ggz-)instelling aangemeld bij deze ouder-kind begeleider. Ook de huisarts of verpleegkundige Jeugdgezondheidszorg kunnen verwijzen. De verwijzer introduceert de mogelijkheid van extra zorg bij de ouder. Als de ouder akkoord gaat, neemt de begeleider contact op en maakt binnen 5 dagen een afspraak.

Fase 1: Introductie (1-2 bezoeken).^[SEP] Werkwijzen: uitleg geven over het doel en de vorm van de begeleiding, ouder motiveren voor deelname. Observatie van de ouder-kind interactie vindt plaats, zo mogelijk met behulp van video-opnamen, bij voorkeur van het in bad doen van het kind.^[SEP] Een multidisciplinair team analyseert de video-opnamen. Hierbij worden twee scoringsschalen gebruikt: Sensitiviteit vs. Insensitiviteit en Coöperatie versus Interferentie van Ainsworth e.a. (1974). Op basis van de (gescoorde) videobeelden en de ervaringen van de begeleider worden begeleidingsdoelen vastgesteld. Deze worden ook besproken met de ouders.

Fase 2: Begeleiding (4-6 bezoeken).^[SEP] Afhankelijk van de resultaten van de observatie worden de verschillende technieken gebruikt om contact tussen ouder en kind te verbeteren. Het gebruik van technieken uit de videohometraining is veelal de basismethode van de interventie. Gedurende ieder huisbezoek volgt de preventiewerker de ouder met de videocamera tijdens een dagelijkse activiteit, bijvoorbeeld de baby in bad doen, eten geven of verschonen. Vervolgens worden de interacties besproken wanneer de preventiewerker en beide ouders samen de video- opnamen bekijken. De ouder wordt aangemoedigd haar adequate reacties op haar kind uit te breiden. De video-opname kan in beeld brengen welke signalen het kind laat zien en hoe ouder daarop reageert met geluid of oogcontact.^[SEP] Tijdens het bespreken van de videobeelden wordt gebruik gemaakt van de vragen die het mentaliserend vermogen van de ouders versterkt (Schechter e.a. 2006). Naast de video-observaties worden één of meer van de volgende vier technieken in de interventie gebruikt, afhankelijk van de behoeften van de ouders:


- Modeling: de ouder wordt ondersteund in haar rol als ouder door nieuwe interactietechnieken aan te leren door middel van voorbeeldgedrag. De begeleider laat bijvoorbeeld de enthousiaste reactie van het kind zien als je zijn geluiden imiteert. De ouder wordt gestimuleerd het zelf te proberen en ervaart daarmee de positieve reactie van haar kind.

- Cognitieve herstructurering: bijvoorbeeld depressieve moeders denken vaak negatief over zichzelf als ouder maar ook over hun kind. Er wordt uitleg gegeven dat deze gedachten de depressieve gevoelens in stand houden en soms zelfs versterken. Met behulp van technieken uit de cognitieve therapie wordt geprobeerd de negatieve gedachten te herstructureren en om te zetten in een meer positieve manier van denken.

- Praktische opvoedingsondersteuning: de begeleider geeft de ouder advies over hoe om te gaan met baby's die veel huilen, of slaap- of eetproblemen hebben.

- Babymassage: is gericht op het lichamelijke contact tussen ouder en kind. Ouders leren hoe ze hun kind op een prettige manier kunnen aanraken en hun kinderen voelen zich door de massage vaak op hun gemak (Field, 1998). Babymassage is niet voor iedere ouder en baby passend. Babymassage kan onderdeel zijn van de interventie maar is ook afhankelijk van de vaardigheden van de begeleider. In Nederland worden cursussen babymassage aangeboden door de kraamzorg en door consultatiebureaus. Ouders worden gestimuleerd hieraan deel te nemen. Het biedt tevens ook de mogelijkheid om in contact te komen met andere ouders met jonge kinderen. Bij eventuele kosten wordt samen met de begeleider naar vergoeding gezocht. Ook zijn er online instructiefilmpjes waar ouders naar worden verwezen.

In de vervolgsessies krijgen de ouders de mogelijkheid om te oefenen met de nieuwe manier om contact te maken met hun kind. Door oefening leren de ouders hoe ze op een sensitievere manier kunnen reageren op signalen van hun kind en hoe ze meer kunnen genieten van het contact.

Fase 3: Evaluatie en afsluiting (1-2 bezoeken).  Bewustmaking van de verandering en versterking van het nieuwe gedrag. In het laatste bezoek wordt een plan gemaakt met instructie hoe zij de positieve interacties kunnen behouden. Dit plan wordt gemaakt op basis van de evaluatie. Er worden met de ouders mondelinge afspraken gemaakt en de begeleider legt deze vast in een logboek. Hier wordt op teruggekomen in de follow-up. Het resultaat van de interventie wordt door de begeleider teruggekoppeld naar de behandelaar van ouder, bij voorkeur aan de hand van videobeelden.

Follow-up na drie maanden (1 bezoek). De begeleider bezoekt het gezin om de ouder-kind interactie te observeren en te zien of de eerder bereikte veranderingen zijn gecontinueerd. In het geval dat er geen verdere voortgang is, dan bespreken dit met eventuele vragen en problemen van de ouder. Op basis daarvan krijgen de ouders advies voor verdere hulp en ondersteuning. De wordt ook teruggekoppeld naar de behandelaar. Naast de ouder-kind begeleiding blijft de ouder in behandeling in de GGZ/ instelling voor mensen met een verstandelijke beperking.

Tot slot wordt ouders gevraagd een evaluatieformulier in te vullen, de ouders kunnen deze anoniem terugsturen of online invullen via een link. De formulieren worden verzameld door de uitvoerende organisatie (vaak het preventieteam van de GGZ).

2. Uitvoering

Materialen

Voor de uitvoerders van de interventie is er een Handboek 'Een preventieve interventie voor ouders met psychiatrische problemen en hun baby's' (Brok & van Doesum, vijfde herziene versie 2023). Dit handboek is beschikbaar voor uitvoerders van de ouder-baby interventie. Het handboek bevat een stapsgewijze beschrijving van de interventie en extra informatie over hoe je de interventie introduceert en de videobeelden bespreekt. Daarnaast zijn diverse artikelen opgenomen waarin casuïstiek en theoretische achtergrondinformatie worden gepresenteerd. In de bijlagen zijn opgenomen:

- de twee observatieschalen: Sensitiviteit vs. Insensitiviteit en Coöperatie vs. Interferentie (Ainsworth, Belle & Stayton, 1974) (fase 1),
- het 'Formulier ouder-baby, waarop onder meer kunnen worden ingevuld: gezinsgegevens, observatiegegevens, begeleidingsdoelen, diverse vragen over de geboden begeleiding, evaluatie en follow-up.
- een evaluatieformulier voor de ouder. Deze kan worden gekopieerd en uitgereikt worden aan de ouder na de follow-up.

Bij het Trimbos-instituut is een leeromgeving beschikbaar voor deelnemers aan de trainde-trainer cursus waar ze extra informatie kunnen downloaden. Ook zijn er korte instructie filmpjes beschikbaar met uitleg over het mentaliserend vermogen en het gebruik van de camera. Deze zijn ontwikkeld door de trainers.

Voor de ouders is er een informatiefolder met uitleg over de ouder-baby interventie. Dit is een voorbeeld iedere instelling gebruik haar eigen format.

Locatie en type organisatie

Bij GGZ-instelling als onderdeel van de behandeling van de ouder. Ook JGZ-verpleegkundigen kunnen de interventie uitvoeren maar dan wel in samenwerking/ onder supervisie van de GGZ. De interventie vindt plaats bij de ouder thuis. Als de ouder is opgenomen op psychiatrische afdeling of kliniek samen met de baby (ouder-baby unit) dan kan het daar worden aangeboden.

Daarnaast wordt de interventie ook te gebruiken bij instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking. Dit kan ambulant bij de ouders thuis of in een zogenaamd moeder-kind huis.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

De uitvoerders zijn medewerkers uit de GGZ (psychologen, psychiaters, sociaal verpleegkundigen, preventiewerkers) en JGZ (jeugdverpleegkundigen), begeleiders van ouders en baby's in zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking.

Allen zijn getraind in de ouder-baby interventie in de training aangeboden door het Trimbos-instituut door Carla Brok en Karin van Doesum (auteurs van de interventie). De training bestaat uit twee trainingdagen en twee supervisie-bijeenkomsten. De doelen zijn: Informatie verwerven over invloed van psychische problemen van de ouder op de ontwikkeling van jonge kinderen, het leren observeren van de ouder-baby interacties aan de hand van de Ainsworth schalen, het maken van een begeleidingsplan en het toegerust worden voor het zelfstandig uitvoeren van de interventie.

De uitvoerders dienen over de volgende competenties te beschikken:

- inzicht in de invloed van psychische problemen op de ouder-kind interactie, dit kan per ziektebeeld verschillend zijn
- beschikken over vaardigheden om de videobeelden van een ouder-kind interactie te analyseren en die analyse ook in te zetten om de ouders te begeleiden
- vaardigheden om te werken met de verschillende methodieken o.a. video feedback.

Kwaliteitsbewaking

Iedereen die de Ouder-baby interventie uitvoert is getraind door de twee auteurs van de interventie en heeft twee keer deelgenomen aan een landelijke supervisie. Zij ontvangen een certificaat als zij twee casussen hebben uitgevoerd en besproken. Daarnaast hebben alle uitvoerders een intervisiegroep binnen de eigen instelling. Als er minder dan 4 collega's zijn die de interventie uitvoeren voor intervisie wordt contact gezocht met andere organisaties in de regio die ook de interventie uitvoeren. Aan het eind van de training wordt bekeken wat de mogelijkheden zijn de betreffende regio. De intervisie wordt begeleid door een ervaren uitvoerder (veelal een preventiewerker). Ook kan iedereen de tevredenheid van ouders, hulpverlener en uitvoerder meten met behulp van de vragenlijsten. Dit monitoren is (nog) niet standaard. Ook kunnen getrainde uitvoerders deelnemen aan een opfriscursus die op verzoek gemiddeld 1 keer per jaar landelijk wordt aangeboden. Voor vragen over implementatievragen en lastige casussen kunnen de trainers worden benaderd.

Randvoorwaarden

1. Erkenning voor de interventie in de eigen organisatie waarbij ondersteuning van het management van groot belang is.
2. Bekendheid van de interventie bij verwijzers (pr, informatie brochure, website etc.)
3. Heldere afspraken over hoe de interventie wordt gefinancierd (Zorgverzekering of via de gemeente (WMO) en een goed registratiesysteem.
4. Er is een coördinator/ contactpersoon voor de interventie waar ouders kunnen worden aangemeld. Ook onderhoudt de coördinator contact met verwijzers en het netwerk die te maken krijgen met deze ouders en baby's.
5. Er is een team van minimaal 4 getrainde uitvoerders die maandelijks bij elkaar komen om casuïstiek te bespreken aan de hand van video-opnamen.

Implementatie

Er is geen handleiding of protocol voor overdracht of implementatie. Er wordt door de trainers op aan gedrongen dat deelnemende ggz-instellingen een team samenstellen van uitvoerders waar de casuïstiekbespreking en intervisie plaatsvinden. De coördinatie van de interventie wordt in de GGZ veelal gedaan door een preventiewerker. Hij/zij zorgt ook voor de pr en implementatie bij de eigen instelling. In de instelling voor mensen met een verstandelijk beperking is het vaak een gedragsdeskundige (orthopedagoog) die de coördinatie en intervisie organiseert. Het bereik is afgelopen jaren toegenomen, er zijn per jaar 2-3 trainingen gegeven. Door de verandering in financiering van preventie en de transitie van de jeugdzorg is bekostiging van de uitvoer van de interventie veranderd. Dit wordt op verschillende manieren gedaan als onderdeel van de behandeling van de ouder, betaald vanuit de WMO en soms vanuit de Jeugdzorg gelden echter de laatste twee zijn

vaak projectgelden en daarmee ook eindig. Het aanbod is verder gegroeid. Door de verschillende financieringsstromen is het ook lastig om zicht te krijgen op het huidige bereik.

Kosten

Voor de ouders zijn er geen kosten, de interventie wordt uitgevoerd als onderdeel van de ZPM of WMO-financiering gemeenten. In 2010 werd deze nog gefinancierd vanuit preventiegelden uit de zorgverzekering. Nu is selectieve preventie (gericht op risicogroepen) een taak van de gemeente. Niet alle gemeenten willen deze interventie financieren omdat het om individuele begeleiding gaat. Gelukkig zijn er diverse GGZ-instellingen die de interventie als onderdeel van de behandeling van de ouder financieren (via de zorgverzekering). Voor ouders die geen behandeling hebben wordt steeds vaker een beroep gedaan op de WMO-gelden van de gemeente. Op dit moment zijn er landelijke ontwikkelingen waar meer aandacht is voor de preventie en vroeg inzetten van lichte hulp in de jeugdzorg. Deze ontwikkelingen bieden weer meer mogelijkheden om ook deze laatste groep de interventie (gratis) aan te bieden.

De interventie bestaat uit gemiddeld 8 huisbezoeken: 8 x 2 uur (incl. Reistijd) = 16 uur
Bespreking en overleg: 4 uur per gezin
Registratie en evaluatie: 4 uur per gezin
Totaal 24 uur.

Materiële kosten: Aanschaf van één of meerdere camcorders (videocamera's) per instelling van ongeveer € 250,- per stuk (afschrijving in drie jaar).

Voor de ouders zijn er geen kosten: zij krijgen alle opnamen digitaal aangeleverd bij afsluiting van de interventie.

De kosten van een train de trainer cursus bestaande uit twee trainingdagen en twee dagdelen supervisie zijn: €880,- per deelnemer. De kosten voor het handboek zijn €35,-. De kosten van de opfriscursus van een dag zijn €290 per persoon.

3. Onderbouwing

Probleem

Psychopathologie bij ouders kan van invloed zijn op de ervaringen en percepties van hun baby, en consequenties hebben voor de interactie met hun kind. De gedragingen die verband houden met psychopathologie kunnen de emotionele beschikbaarheid van ouders beperken en hun vermogen om op een sensitieve manier op hun baby te reageren. Dit kan tot problemen leiden in het ontwikkelen van een veilige gehechtheid relatie en een gezonde emotionele ontwikkeling van baby's (Aktar e.a., 2019).

De oorspronkelijke interventie is gebaseerd op de impact van depressie bij de moeder op de ontwikkeling van de baby. De doelgroep is verbreed naar ouders met psychische problemen inclusief ouders met een licht verstandelijke beperking. In de onderbouwing zijn deze groepen zoveel mogelijk meegenomen.

In Nederland hebben jaarlijks zo'n 18.000 vrouwen te maken met een depressie na de bevalling (Smit et al, 2013; CBS, 2022). De prevalentie van een depressie tijdens de postpartum periode wordt geschat op 8-15% (Lanes et al. 2011; Pearlstein e a. 2009; Smit et al, 2013). Depressies bij jonge moeders vergroten het risico op ontwikkelingsproblemen bij kinderen (Aktar e.a., 2019; Vliegen e.a., 2011). Postpartum depressie gaat vaak samen met een angstsymptomen. Voor vaders met postpartum depressie is de prevalentie 5-10% (Paulson e.a., 2010). De kans op postpartum psychose is veel kleiner, het komt voor bij 1 op de 1000 bevallingen (Munk-Olsen e.a., 2006).

Gevolgen voor de kinderen

Jonge kinderen van moeders die kampen met depressie lopen een hoger risico op het ontwikkelen van psychosociale of psychische problemen. Dit kan al plaatsvinden in de foetus (verhoogd stressniveau van de foetus tijdens de zwangerschap bij vrouwen die depressief zijn). Bij jonge kinderen kan dit zich uiten in onder andere huil-, eet- en slaapproblemen, en ongehoorzaam en driftig gedrag. Er is vaker sprake van negatief en vermijdend gedrag en van minder positieve emoties. Kinderen van één jaar met een depressieve moeder blijken zich sociaal, emotioneel, cognitief en motorisch significant slechter te ontwikkelen (van Doesum, 2005). Deze effecten kunnen mogelijk verklaard worden door de verstoorde ontwikkeling van de hersenen als gevolg van de verstoorde moeder-kind interactie. Baby's van depressieve moeders vertonen een verlaagd activiteitsniveau van de frontale hersenen, wat een relatie kan hebben met een lager niveau van affectie naar de moeder, en hogere niveaus van vijandig affect, vijandigheid, woedaanvallen en agressie (Dawson e.a., 1999; Lebel e.a. 2016).

Bij kinderen op latere leeftijd kan dit nadelige gevolgen hebben voor cognitieve en schoolprestaties en kan zich een depressieve stoornis ontwikkelen. Er is een grotere kans op het ontwikkelen van een angststoornis en alcoholverslaving in de adolescentie en als jongvolwassenen (van Doesum, 2005; Murray e.a. 2011). Emotionele problemen bij kinderen kunnen zich, kortom, uiten op drie manieren: minder goed interpersoonlijk functioneren, meer onveilige hechting, meer gedragsproblemen.

Naar de gevolgen voor baby's van ouders met andere psychische problemen is ook onderzoek gedaan. Gehechtheidsproblemen en sociale emotionele problemen zijn de belangrijkste uitkomsten (Petfield e.a. 2015; Wan e.a. 2009; Aktar e.a., 2019; Scheungel e.a. 2017). De gevolgen op latere leeftijd zijn vergelijkbaar met kinderen van ouders met een depressie (Hosman e.a., 2009)

In de loop der jaren zijn er drie mechanismen geopperd ter verklaring van de effecten van depressie van de ouder op de ontwikkeling van het kind (van Doesum e.a., 2005): 1) vroege ouder-kind interactie (zie hieronder), 2) prenatale neurobiologische transmissie (depressieve moeders hebben een afwijkend neuroendocrine functioneren, waardoor de foetus minder goed groeit en minder beweegt, 3) genetische transmissie van depressie. Uit onderzoek blijkt dat depressie bij volwassenen een substantiële genetische component heeft. Voor ouders met andere psychische problemen is veel minder onderzoek beschikbaar, wel is duidelijk dat vergelijkbare overdrachtsmechanismen hierbij een rol kunnen spelen voor de ontwikkeling van de kinderen (Aktar et al, 2019).

In het model voor de Ouder-baby interventie wordt van de genoemde drie mechanismen de ouder-kind interactie als de belangrijkste gezien als veroorzaker van ontwikkelingsproblemen bij jonge kinderen. Bovendien is dit mechanisme het meest gevoelig voor preventieve interventies.

Ouder-kind interactie bij ouders met psychische problemen

Het meeste onderzoek ik gedaan naar ouders met een (post) partum depressie en hun baby's Klinische en systematische observaties naar de ouder-kind interactie laten zien dat depressie bij moeder een negatieve invloed heeft op de kwaliteit van de ouder-kind interactie, met name op de sensitiviteit voor de signalen en behoeften van het kind. Het gedrag van de moeder t.o.v. de baby heeft de volgende kenmerken: minder expressief, minder of heel zacht praten, een sombere uitstraling, weinig emotionele betrokkenheid. Een deel van de depressieve moeders vertoont vijandig en geïrriteerd gedrag (Field et al. 2010; Aktar e a., 2019; Vliegen e.a 2011).

Onderzoek naar de ouder-baby interactie bij vaders met een postpartum depressie laten vergelijkbare problemen zien in contact met de baby o.a. minder sensitief voor signalen van het kind en minder betrokken in de interactie met zijn kind (Wilson e.a. 2019).

Ouders met een angststoornis zijn minder sensitief en soms overbetrokken op hun kind zien (Aktar e.a. 2019). De ouder-kind interactie van ouder met borderline persoonlijkheidsstoornis kenmerkt zich door insensitiviteit, meer storend gedrag en ze bieden weinig structuur (Crandell e.a. 2005). Onderzoek naar ouders met een psychotische stoornis laten in de interactie, insensitiviteit, ongevoeligheid voor emotionele betrokkenheid zien en negeren vaker de emotionele behoefte van het kind (Wan e.a.,2008).

Ouders met een verstandelijke handicap ervaren een extra uitdaging door een beperkte ouderschapsvaardigheden, problemen met cognitieve vaardigheden en vaak een lager IQ. Ook hebben zij vaak zelf een verleden met een onveilige gehechtheid. Dit heeft ook gevolgen voor de ouder-kind interactie, deze ouders zijn minder sensitief en zijn niet emotioneel beschikbaar wat kan leiden tot verwaarlozing van de baby (Wade e.a. 2008; Chengappa e.a., 2017 Schuengel e.a. 2017).

Onderzoek naar gehechtheid heeft aangetoond dat er een relatie is tussen insensitief en niet-responsief ouderschap en een verhoogde kans op onveilige ouder-kind gehechtheid bij jonge kinderen (van Doesum, 2005; Aktar e.a.,2019). Inadequate reacties van de ouder kunnen leiden tot moeilijker hanteerbaar gedrag bij het kind, waardoor een vicieuze cirkel ontstaat. Twee processen kunnen een rol spelen bij de transmissie van stoornissen bij de moeder naar haar kind (Van Doesum e.a., 2005):

1. Imitatie door het kind van het (depressieve) gedrag en affect van de ouder.^[1]_[SEP]
2. Gebrek aan afstemming op het gedragsniveau. Als een moeder niet-responsief en emotioneel niet beschikbaar is, is de kans groot dat haar kind gedesorganiseerd gedrag gaat vertonen, vermijdend gedrag en gebrek aan positief affect.

Als theoretische achtergrond verwijzen de ontwikkelaars naar de hechtingstheorie zoals in de jaren veertig en vijftig van de vorige eeuw, op basis van diverse studies, ontwikkeld

door Bowlby. Vanuit onderzoek naar deze theorie wordt aangegeven dat kinderen die als baby een onveilige hechtingsband hebben met hun ouder(s) in hun verdere ontwikkeling kwetsbaarder zijn (Van IJzendoorn e.a., 1988). De vroege interacties van kinderen met hun ouders zijn van belang voor hun gehechtheidsontwikkeling en kunnen zowel een risico als een beschermende factor vormen voor hun verdere groei (Rexwinkel & Spanjerberg, 2015).

Oorzaken

Risico- of instandhoudende factoren: Vier groepen van risicofactoren blijken van invloed te zijn op de kwaliteit van de ouder-kind interactie. Er is sprake van een continue dynamische interactie tussen deze factoren (Van Doesum, e.a 2005; Hosman e.a., 2009; Van Doesum, e.a., 2015; Brockington e.a., 2011; Stolper e.a., 2021). Een ouder met psychopathologie is een van de risicofactoren in de Adverse Child Experiences (ACE)-studie (Felitti e.a., 1998). Een individuele ACE-score wordt berekend door te tellen het aantal categorieën ervaren in de kindertijd. Onderzoek wees uit dat de impact van de verschillende ACE-categorieën in of meer hetzelfde is, en met een ACE van vier of meer, het risico op nadelige gevolgen is aanzienlijk verhoogd. Zie bijlage risicofactoren model.

Risicofactoren

Bij de ouder(s):

- Psychiatrische problemen bij de ouder, met name ernstige en chronische problemen die leiden tot een verslechterd functioneren in de ouderrol. De ouder is minder emotioneel beschikbaar voor de baby
- Negatieve cognities (bijv. gevoelens van incompetentie)
- Comorbiditeit. Wanneer de psychische problemen samengaan met andere problemen (bijv. persoonlijkheidsstoornissen) neemt de kans op ontwikkelingsproblemen bij het kind toe
- Stress tijdens de zwangerschap.
- Problemen bij de andere ouder
- Emotionele beschikbaarheid andere ouder

In het gezin:

- Een ouder-gezin,
- Relatieproblemen, echtscheiding

Bij het kind:

- Een moeilijk temperament,
- Genetische factoren en neurobiologische eigenschappen.

In sociale context:

- Sociale stressoren: economische omstandigheden, ingrijpende levensgebeurtenissen
- Geringe mate en kwaliteit van de sociale ondersteuning van partner, familie, vrienden en hulpverleners

Meerdere risicofactoren tegelijkertijd vergroten het risico op problemen bij de kinderen.

Beschermende factoren

Bij de ouder (s):

- Vroegtijdige behandeling van de psychische problemen
- Kennis over de ontwikkeling van baby's
- Kennis en inzicht in de rolverandering die het ouderschap met zich meebrengt
- Emotioneel beschikbaar als ouder

In het gezin:

- Warm gezinsklimaat, positieve interacties
- Aanwezigheid emotioneel beschikbare andere ouder

Bij het kind:

- Een makkelijk temperament
- Jonge leeftijd, omdat zich dan nog niet een bepaald interactiepatroon heeft ontwikkeld

In de sociale context:

- Geen financiële problemen
- De aanwezigheid van een andere, goed functionerende en emotioneel beschikbare steunfiguren en netwerk.

Aan te pakken factoren

De aangrijpingspunten voor de ouder-baby interventie zijn:

1. Vroeg interveniëren: de interventie wordt aangeboden zodra het kind geboren is (zie doelgroep), hiermee helpen we de ouder vanaf de start een positieve relatie te ontwikkelen met hun baby. Als we later starten met de interventie dan heeft zich al een patroon gevormd in de interactie tussen ouderen en kind. Als deze niet optimaal is kan dit meer tijd kosten voor ouder en kind om de interactie te herstellen (bijvoorbeeld als het kind het contact ontwijkt).
2. Het versterken van de kwaliteit van ouder-kind interactie (subdoel 1)
3. Vroegtijdig behandeling van psychische problemen van de ouder. Door behandeling van de problemen kan de ouder ook meer beschikbaar zijn voor de baby. Hiermee draagt het bij aan subdoel 1.
4. Versterken van de sociale steun m.n. door het betrekken van de partner (andere ouder) (subdoel 2)

Verantwoording

De ouder-kind interactie staat centraal als aangrijpingspunt voor het preventieve programma, omdat ervan wordt uitgegaan dat dit de belangrijkste route is waarlangs de psychische problemen van de ouder de ontwikkeling van het kind beïnvloedt. Ook blijkt uit diverse interventiestudies dat de ouder-kind interactie gevoelig is voor preventieve interventies. De ontwikkelaars verwijzen bijvoorbeeld naar onderzoek naar 'vergelijkbare Nederlandse interventies' bij risicogroepen, zoals moeders met prikkelbare baby's, en zeer laagopgeleide ouders (Juffer e.a., 2005, Riksen-Walraven e.a., 1996; van den Boom, 1994). Hieruit bleken positieve effecten op de sensitieve responsiviteit van de moeders en op de ontwikkeling van de kinderen, ook op de lange termijn (van Doesum, 2005; Brok & van Doesum, 1998; van Doesum, Hosman & Riksen-Walraven, 2005). Een meta-analyse naar de werkzaamheid van interventies voor ouders met psychiatrische problemen laten significante maar kleine effect sizes ($ES=0.26$) zien bij programma's gericht op het versterken van ouder-kind interacties (Thanhauser e.a., 2017) Onderzoek naar interventieprogramma's die gericht zijn op ouder-kind interactie bij depressieve moeders en hun baby's laten volgens de ontwikkelaars (van Doesum e.a. 2005) eveneens een gunstige invloed zien op de latere ontwikkeling van de baby's (Field, 1998; Field e.a., 2000; Field e.a., 2010; Lyons-Ruth e.a., 1990; Kersten-Alvarez e.a., 2011).

De begeleiding in dit programma richt zich op het bevorderen van een gezonde ontwikkeling van kinderen, door ouders te leren om positief contact (of een kwalitatief goed contact) te maken met haar kind en stapsgewijs de kwaliteit van de interactie te verbeteren (subdoel 1). De interventie leert de ouders te reageren op de

contactinitiatieven van het kind. Door ouders te versterken in hun competentie als ouder hun de emotionele beschikbaarheid te vergroten, heeft dat positieve invloed op de ontwikkeling van de baby.

Beoogd wordt de hechting tussen ouder en kind te bevorderen door te werken aan het vergroten van de sensitieve responsiviteit en vergroten van coöperatievaardigheden van de ouder (subdoel 1). Vanuit de sociale leertheorie wordt veel gewerkt met technieken uit de videohometraining, videofeedback aan de hand van de mentaliserende vragen, modeling, selfmodeling, cognitieve herstructurering: het bijstellen van (depressieve) cognities en attributies. Onderzoek toont aan dat als ouders in staat zijn om te mentaliseren over hun kind dat dit bijdraagt aan het versterken van de sensitiviteit en het opbouwen van een veilige gehechtheidsrelatie (Zeegers e.a. 2017). Daarnaast vindt bijvoorbeeld op maat praktische opvoedingsondersteuning (bijv. advies over hoe om te gaan met slaap- en eetproblemen) plaats en babymassage. Onderzoek naar het effect van babymassage toont aan dit bijdraagt aan een veilige gehechtheidsrelatie (Gürol e.a., 2012).

Ook ondersteuning vanuit de omgeving door de andere ouder of andere volwassenen wordt gestimuleerd. Vanaf de start van de interventie worden beide ouders betrokken en ook eventueel belangrijke andere steunfiguren (o.a. grootouders). Het programma kent 4 kernelementen (Van Doesum e.a., 2015; Kersten-Alvares e.a., 2011):

- . 1 Vroeg interveniëren (kind tussen 0-12 maanden). De emotionele band tussen ouder en kind vormt zich al tijdens de zwangerschap en in het eerste levensjaar. Als deze band zich niet op een positieve manier kan ontwikkelen als gevolg van de psychische problemen van de ouder, leidt dit tot een verstoord interactiepatroon zoals eerder beschreven. Hoe eerder wordt ingegrepen, hoe sneller het contact tussen ouder en kind hersteld kan worden. De interventie richt zich op ouder met baby's van 0 tot 12 maanden die (nog) geen problemen hebben. Een positief contact met de baby en leidt vervolgens ook weer tot verbetering van het zelfvertrouwen bij de ouder. ^[1]_{SEP}
- . 2 Bevorderen van de kwaliteit van de ouder-kind interactie. De ouder-kind interactie is beïnvloedbaar en gevoelig voor preventieve interventies op jonge leeftijd van het kind. Een goede kwaliteit van de ouder-kind interactie, met name een hoge sensitieve responsiviteit leidt tot een grote kans op een veilige ouder-kind gehechtheid. Door toepassing van methoden als videohometraining, ouders leren mentaliseren, modeling, cognitieve herstructurering en bevorderen van aanraken (door babymassage) wordt de kwaliteit ouder-kind interactie verbeterd. Ook worden praktische en concrete adviezen gegeven, aangepast aan de interactiestijl van de ouder, waarbij snel resultaat zichtbaar is. ^[1]_{SEP}
- . 3 Vroegtijdige behandeling van de depressieve klachten van de ouder. ^[1]_{SEP} Een ernstige depressie bij de ouder kan het onmogelijk maken om open te staan voor veranderingen in de interactie. Een effectieve en substantiële verandering in de interactie kan alleen worden bereikt als er behandeling plaats vindt naast de interventie voor ouder en kind. Behandeling kan een belangrijke bijdrage leveren aan het succes van de preventieve interventie en daarmee bijdragen aan een gezonde ontwikkeling van het kind. Echter behandeling alleen leidt niet automatisch tot het verbeteren van de ouder-kind interactie. Verschillende studies vonden dat na herstel van ouders met een depressie die langer dan zes maanden duurde, er geen verbetering van de ouder-kind interactie optrad. Dus: hoewel van behandeling van depressie kan worden aangenomen dat het noodzakelijk is voor het succes van de interventie, is dit op zich niet voldoende om de ouder-kind interactie te verbeteren

- . 4. Versterken van de sociale ondersteuning is een belangrijke beschermende factor voor het kind. De aanwezigheid van sociale ondersteuning van de partner blijkt één van de belangrijkste beschermende factoren voor het kind. Daarom wordt de vader actief betrokken bij het interventieprogramma om sociale steun te bieden aan de ouder en ook het kind de mogelijkheid te geven contact te maken met een gezonde volwassene. Als er sprake is van relatieproblemen, wordt dit doorverwezen naar de behandelaar van ouder. De ouders worden ook aangemoedigd om hun netwerk uit te breiden.

Als overige werkzame ingrediënten zijn te noemen:

- Aanvullende (geestelijke) gezondheidszorg, waaronder ook maatschappelijk werk of ondersteuning bij financiële en huisvestingsproblemen.
- Huisbezoeken.^{[1][2]} De begeleiding is laagdrempelig: de begeleider gaat outreachend te werk en blijft gedurende de interventie de ouder (bij voorkeur thuis) bezoeken

De verwachting is dat ook ouders met andere psychische problemen kunnen profiteren van de interventie. Bij deze ouders zien we problemen in de ouder-kind interactie en vooral in het sensitief reageren op signalen van de baby. Daarbij wordt de interventie op maat aangeboden, zodat we de begeleiding aanpassen aan de behoeften van de ouder en de problemen in relatie met de baby. Voor ouders met een licht verstandelijk beperking vindt de interventie plaats naar een intensieve begeleiding bij de zorg van het kind.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Evaluatie van de ouder-baby interventie: intern rapport.

Jansen, T. 1999 Deventer: Riagg IJsseland.

In het beginstadium van de ontwikkeling van de interventie is een tevredenheidsonderzoek met interviews (procesevaluatie) uitgevoerd onder een klein aantal moeders (5), verwijzers/ hulpverleners (5) en 1 uitvoerder van de interventie (Jansen, 1999).

Aanbevelingen

- Een van deelnemers raadt aan om nog een evaluatiegesprek te hebben na een langere periode. Er zou een follow-up gesprek gedaan kunnen worden na een aantal maanden.
- De hulpverleners vinden dat het project moet doorgaan en moet worden uitgebreid, wel willen ze graag schriftelijk informatiemateriaal om de moeder te informeren en mogelijk ook te integreren in het dagelijkse werk van bijvoorbeeld verpleegkundigen van een opname afdeling (PAAZ).
- Er zou een oplossing moeten komen voor het regio-grensprobleem. Bijvoorbeeld het trainen van mensen voor de uitvoering in de regio aangrenzend aan die van RIAGG IJsseland
- Verbeteren informatie voor hulpverleners over de begeleiding en daarmee betere afstemming tussen de uitvoerder en hulpverlener.

Deze procesevaluatie heeft plaatsgevonden bij de start van het project. Inmiddels zijn alle aanbevelingen meegenomen in de vormgeving van het project.

Procesevaluatie Ouder-baby interventie juni 2023, intern rapport

Melissa Oegema, Impluz preventie Deventer

In de periode 2020-mei 2023 is een procesevaluatie uitgevoerd met de volgende vragen:

- Wat zijn de ervaringen van ouders en uitvoerders met de Ouder-baby interventie?
- Over welke punten zijn ouders en uitvoerders tevreden en waar zien ze verbeterpunten?
- Is volgens ouders en uitvoerders het doel van de interventie behaald?
- Lukt het de uitvoerders om de interventie uit te voeren zoals staat in het handboek?

Deze bestond uit drie deelstudies: (1) interviews met ouders die deel hebben genomen, (2) een vragenlijst bij ouders die hebben deelgenomen aan de interventie en (3) een online vragenlijst voor uitvoerders van de interventie over ervaringen met Ouder-baby interventie. De data is verzameld bij 34 ouders en 23 uitvoerders van de Ouder-baby interventie.

Uit de drie verschillende deelstudies kan geconcludeerd worden zowel ouders als uitvoerders erg tevreden zijn over de Ouder-baby interventie. Ouders en uitvoerders zijn tevreden over de onderdelen van de interventie en geven aan dat het doel van de interventie bereikt wordt, namelijk het verbeteren van de interactie tussen ouders en kind. Vooral de videofeedback komt naar voren als helpend, omdat ouders hierdoor meer inzicht krijgen en zich meer bewust worden van de signalen van de baby. Dit helpt om de interactie met de baby te verbeteren, waardoor ouders meer zelfvertrouwen krijgen en ook meer plezier in de omgang met hun baby. Het advies is dan ook om in de inhoud van

de interventie geen aanpassingen te doen, omdat zowel ouders als uitvoerders geen verbeterpunten aangeven en de resultaten ook positief zijn.

Verbeterpunten:

- Meerdere ouders gaven zowel in de interviews als in de evaluatieformulieren aan dat ze vooraf geen verwachtingen hadden. Meerdere ouders hadden geen informatie over de verschillende fasen in de interventie en ze niet wisten hoe de interventie eruit zou zien. De aanbeveling hierbij is dan ook om in het kennismakingsgesprek duidelijk te maken welke fasen doorlopen gaan worden en verwachtingen over en weer worden uitgesproken. Dit zou ook de motivatie van ouders kunnen verhogen en dit is belangrijk voor het succes van de interventie.
- Bij uitvoerders blijkt dat een deel graag meer ondersteuning en training zouden willen, ondanks dat ze aangeven dat het in principe genoeg is. Veel aandacht wordt besteed aan het scoren van de video's aan de hand van de Ainsworth-schalen. Dit ervaren de uitvoerders als prettig, maar ze zouden ook graag meer training en ondersteuning willen in bijvoorbeeld de uitvoering van de Ouder-baby interventie bij een gezin. Een mogelijkheid zou kunnen zijn om de al bestaande intervisiemomenten ook te gebruiken hiervoor, zodat uitvoerders ook op dit gebied genoeg steun ervaren.
- Zowel ouders als uitvoerders geven aan dat meer bekendheid voor de Ouder-baby interventie zou moeten komen. Dit zou gedaan kunnen worden onder professionals in de GGZ, maar ook verloskundigen en huisartsen. Verloskundigen hebben ook veel contact met ouders en kunnen hierin signaleren dat de Ouder-baby interventie gewenst zou zijn.

Tijdens het verzamelen van de data voor het evaluatieonderzoek bleek het niet eenvoudig om ouders te vinden die de vragenlijst wilde invullen of mee wilden doen aan het interview. Hierdoor is het respons aantal lager dan gehoopt. Dit betekent dat de resultaten voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden. Het bleek lastig om ouders te bereiken die de Ouder-baby interventie al afgerond hebben (i.v.m. AVG) en daarom is de aanbeveling om vanaf nu standaard ouders een evaluatieformulier in te laten vullen aan het eind van de interventie. Hiervoor kan het formulier gebruikt worden dat is opgesteld door de studenten. Deze is vanaf nu opgenomen in het handboek, zodat uitvoerders deze gemakkelijk terug kunnen vinden. Dit maakt een volgende procesevaluatie makkelijker en betrouwbaarder, omdat bij elke ouder hetzelfde formulier is gebruikt. Ook de trainers gaan de noodzaak hiervan meer onder de aandacht brengen.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants.

Van Doesum, K. T. M., Rixen-Walraven, J. M., Hosman, C. M. H., & Hoefnagels, C. (2008). *Child Development*, 79(3), 547–61. 2008

Het betreft een onderzoek naar het effect van ouder-kind interventie op de kwaliteit van moeder-baby interactie, veilige gehechtheidsrelatie van kind aan moeder en de sociaal-emotionele ontwikkeling van de baby in een groep depressieve moeder met een baby van 1-12 maanden

Opzet van de studie. Het gekozen design is een randomized controlled trial, met een meting vóór de interventie, een meting binnen twee weken na de interventie en een meting een half jaar na de interventie. Alle drie de metingen vonden plaats in de thuissituatie plaats. De interventie- en controlegroep bestonden uit respectievelijk n=35 en n=36 moeders. In de controlegroep kregen de moeders driemaal telefonische opvoedingsondersteuning aangeboden, niet gericht op de moeder-kind interactie.

Meetinstrumenten. Er is driemaal een algemene vragenlijst afgenomen betreffende demografische gegevens, gezinsomstandigheden, duur van de depressieve symptomen, aanwezigheid van life-events en langdurige problemen, aanwezigheid van sociale steun, en mate van ouderlijke competentie. De ernst van de depressie is gemeten met de Beck Depression Inventory (Beck e.a., 1979). Deze diagnose en eventuele comorbiditeit is bevestigd met behulp van een verkort diagnostisch onderzoek (MINI) (Sheehan, e.a.1998). De moeder-kind interactie is opgenomen tijdens alle drie de meetmomenten gedurende 15 minuten. De opnames zijn gescoord aan de hand van de Emotional Availability Scale (Biringen, Robinson & Emde, 1998). Deze bestaat uit 6 schalen: parental sensitivity, structuring, non-intrusiveness, nonhostility, child responsiveness en child involvement. De veiligheidsscore van de moeder-kind gehechtheidsrelatie is gemeten met de Attachment Q-sort (AQS, Waters, 1995): een observatie in de thuissituatie. Tot slot is het sociaal emotioneel functioneren van het kind gemeten met een gedragsvragenlijst voor ouders, the Infant Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA) (Carter e.a., 2003). De vragenlijst meet vier dimensies: internaliserende symptomen, externaliserende symptomen, deregulatie en sociaal emotionele competentie. Zowel de AQS als de ITSEA zijn alleen bij de derde meting afgenomen aangezien beide alleen toepasbaar zijn voor kinderen vanaf 1 jaar.

Resultaten. Er is een significant effect (tussen de 1e, 2e en 3e meting) gevonden op de moeder-kind interactie, met name, zoals beoogd, op de sensitiviteit van de moeders ($p < 0.01$, effectgrootte op 3e meting: Cohen's $d = .82$). Ook op de structuurschaal ($p < 0.01$ effectgrootte Cohen's $d = .57$) en de twee kindschalen responsiviteit ($p < 0.05$, effectgrootte Cohen's $d = .68$) en betrokkenheid ($p < 0.01$, effectgrootte Cohen's $d = .75$) zijn significante verschillen gevonden. Er zijn geen verschillen gevonden op non-intrusiveness en de non-hostility schalen. Daarnaast is er een significant verschil gevonden tussen de interventie- en controle groep bij de derde meting op de kwaliteit van de moeder-kind gehechtheidsrelatie op de AQS ($p < 0.05$, effectgrootte Cohen's $d = .46$). De kinderen uit de interventiegroep hebben een veiligheidsscore (correlatie score .41) vergelijkbaar met een normale populatie. Verder hebben de kinderen in de interventiegroep een significant hogere score op de sociale emotionele competentie schaal van de ITSEA ($p < 0.01$, effectgrootte Cohen's $d = .62$). Op de andere drie sub schalen van de ITSEA zijn er geen verschillen gevonden.

Vervolgonderzoek onder na 5 jaar

Long-term effects of a home-visiting intervention for depressed mothers and their infants.

Kersten-Alvarez, L. E., Hosman, C. M. H., Riksen-Walraven, J. M., Van Doesum, K. T. M., & Hoefnagels, C. (2010). *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 51(10), 1160–70.

In deze studie werden de lange termijneffecten onderzocht van de ouder-baby interventie waarbij de kinderen 5-6 jaar waren. Hierbij werden 29 moeders en kinderen uit de interventiegroep vergeleken met 29 moeders en kinderen die alleen telefonische ondersteuning hadden gehad. Gekeken werd naar de ouder-kind interactie, de gehechtheidsrelatie en de psychosociale en cognitieve ontwikkeling van de kinderen. Tevens werd gekeken naar de omstandigheden en aanwezige stressoren.

Resultaten: Bij gezinnen waar een hoog aantal stressvolle levensgebeurtenissen in de afgelopen vijf jaar hadden plaats gevonden hadden de kinderen uit de interventiegroep minder externaliserende problemen. Er werd na 5 jaar geen effect meer gevonden in de ouder-kind interactie en gehechtheidsrelatie. Dit laatste is gedeeltelijk verklaarbaar door de selectieve uitval in beide groepen: de moeders die niet hebben meegedaan waren het meest vooruitgegaan in de sensitiviteit na de interventie, terwijl bij de controle groep het

omgekeerde te zien was. Daarnaast is de onderzoeksgroep ook relatief klein (n=58) waardoor de power ook is afgenomen.

Conclusie ten aanzien van beide studies:

Er is bewijs voor een korte termijneffect van de interventie. Er is (nog) geen bewijs gevonden voor de langere termijn van het effect van ouder-kind interventie op de ouder-kind interactie, echter er is wel een effect gevonden bij gezinnen waar veel stressoren werden gerapporteerd in de afgelopen 5 jaar. Een herhaling van de studie met een grotere groep zou hier meer licht op kunnen werpen.

Onderzoek naar ouders met LVB-problematiek

Vletter, A. De, Santvoort, F. Van, & Doesum, K. Van. (2019). Pilotstudie naar de effecten van de ouder-baby-interventie bij twee jonge moeders met LVB-problematiek. *LVB Onderzoek & Praktijk*, 17(2), 14-28.

In deze pilotstudie is het effect van de ouder-baby-interventie op de kwaliteit van de ouder-kind-interactie bij twee jonge moeders met een LVB die binnen een moeder-kindhuis wonen, onderzocht in de vorm van twee N=1 onderzoeken. Bij beide moeders werd een verbetering van de kwaliteit van de ouder-kind-interactie gevonden op de Emotional Availability Scales. Dagelijkse metingen bij de moeders en hun persoonlijk begeleider over de door beide moeders ervaren stress en plezier in de opvoeding en getoonde affectie en interesse in haar kind bleken lastig uit te voeren en konden hierdoor moeilijk geïnterpreteerd worden. Deze studie geeft een beeld van de mogelijkheden en complexiteit van de uitvoering van de interventie bij deze doelgroep en de bruikbaarheid van een N=1 onderzoeksopzet hierbij.

Verder onderzoek van het gebruik van de interventie bij deze doelgroep is nodig.

Voor het vervolgonderzoek is tot op heden nog geen financiering verkregen.

Onderzoek in de toekomst

Het zou mogelijk moeten zijn om met gegevens uit monitoring en evaluaties van de uitgevoerde interventies te onderzoeken bij de verschillende doelgroepen. Echter daar is wel een landelijke organisatie of structuur voor nodig.

5. Samenvatting Werkzame elementen

Zie ook onder verantwoording

Samenvatting werkzame ingrediënten. Het programma kent een aantal kernelementen:

1. Vroeg interveniëren (kind tussen 0-12 maanden). De emotionele band tussen ouder en kind vormt zich al tijdens de zwangerschap en in het eerste levensjaar. Als deze band zich niet op een positieve manier kan ontwikkelen als gevolg van de psychische problemen van de moeder, leidt dit tot een verstoord interactiepatroon zoals eerder beschreven. Hoe eerder wordt ingegrepen, hoe sneller het contact tussen moeder en kind hersteld kan worden. ^[1]_{SEP}
2. Bevorderen van de kwaliteit van de moeder-kind interactie. De moeder-kind interactie is beïnvloedbaar en gevoelig voor preventieve interventies op jonge leeftijd van het kind. Een goede kwaliteit van de moeder-kind interactie, met name een hoge sensitieve responsiviteit leidt tot een grote kans op een veilige moeder-kind gehechtheid. ^[1]_{SEP}
3. Vroegtijdige behandeling van de depressieve klachten van de moeder. Een ernstige depressie bij de moeder kan het onmogelijk maken om open te staan voor veranderingen in de interactie. Een effectieve en substantiële verandering in de interactie kan alleen worden bereikt als er behandeling plaats vindt naast de interventie voor moeder en kind.
4. Versterken van de sociale ondersteuning is een belangrijke beschermende factor voor het kind. De aanwezigheid van sociale ondersteuning van de partner blijkt één van de belangrijkste beschermende factoren voor het kind. Daarom wordt de partner actief betrokken bij het interventieprogramma om sociale steun te bieden aan de moeder.
5. Aanvullende (geestelijke) gezondheidszorg, waaronder ook maatschappelijk werk of ondersteuning bij financiële en huisvestingsproblemen. ^[1]_{SEP}
6. Huisbezoeken. De begeleiding is laagdrempelig: de begeleider gaat outreachend te werk en blijft gedurende de interventie de moeder (bij voorkeur thuis) bezoeken.
7. In de afgelopen jaren is wordt de interventie door een groot aantal GGZ-organisaties en een viertal instelling voor mensen met een verstandelijke beperking aangeboden. Voor de implementatie zijn ondersteuning van het management en intervisie van de begeleiders van belang. Aandacht in de publieke gezondheidszorg voor de eerste 1000 dagen en programma's als Kansrijke start biedt mogelijkheden om de Ouder-baby interventie ook meer in de 1^e lijn te implementeren.

6. Aangehaalde literatuur

- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. F. (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M. P. Richards (Ed.), *The integration of a child into a social world* (pp. 99–135). New York, NY: Cambridge University Press, US.
- Aktar, E., Qu, J., Lawrence, P. J., Tollenaar, M. S., Elzinga, B. M., & Bögels, S. M. (2019). Fetal and infant outcomes in the offspring of parents with perinatal mental disorders: Earliest influences. *Frontiers in Psychiatry, 10*(JUN), 1–20. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00391>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Wiley
- Biringen, Z., Robinson, J. L., & Emde, R. N. (1998). *Emotional Availability Scales (3rd ed)*. Colorado State University, Ft. Collins: Department of Human Development and Family Studies.
- Brockington, I., Chandra, P., Dubowitz, H., Jones, D., Moussa, S., Nakku, J., & Quadros Ferre, I. (2011). WPA guidance on the protection and promotion of mental health in children of persons with severe mental disorders. *World Psychiatry, 10*(2), 93–102. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3104877&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Brok, C. & van Doesum, K. (1998). Positieve interactie tussen depressieve moeders en baby's. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 53*(9), 835-845.
- Carter, A. S., Briggs-Gowan, M., Jones, S. M., & Little, T. O. (2003). The infant-toddler social and emotional assessment (ITSEA): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of Abnormal Child Psychology, 31*(5), 495-514.
- Chengappa, K., McNeil, C. B., Norman, M., Quetsch, L. B., & Travers, R. M. (2017). Efficacy of Parent-Child Interaction Therapy with Parents with Intellectual Disability. *Child and Family Behavior Therapy, 39*(4), 253–282. <https://doi.org/10.1080/07317107.2017.1375680>
- Crandell, L.E., Patrick, M.P., Hobson R.P. (2003). 'Still-face' interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants. *British Journal of Psychiatry, 183*, 239-247.
- Dawson, G., Frey, K., Self, J., Panagiotides, H., Hessel, D., Yamada, E: & Rinalda., J. (1999). Frontal brain electrical activity in infants of depressed mothers and nondepressed mothers: Relation to variations in infant behavior. *Development and Psychopathology, 11*, 589-605.

- Field, T (1998). Maternal depression effects on infants and early interventions. *Preventive Medicine: an International Journal devoted to practice and theory*, 27, 200-203.
- Field, T., Pickens, J., Prodromidis, M., Fox, N., Bendell, D., Yando, R., et al. (2000). Targeting adolescent mothers with depressive symptoms for early intervention. *Adolescence*, 35, 381-414.
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behavior & Development*, 33(1), 1-6.
doi:10.1016/j.infbeh.2009.10.005
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., et al. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*. 14, 245-258. doi: 10.1016/s0749-3797(98)00017-8
- Gürol, A., & Polat, S. (2012). The effects of baby massage on attachment between mother and their infants. *Asian Nursing Research*, 6(1), 35-41.
<https://doi.org/10.1016/j.anr.2012.02.006>
- Hosman, C. M., van Doesum, K. T., & van Santvoort, F. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach. *Advances in Mental Health*, 8(3), 250-263. doi:10.5172/jamh.8.3.250
- Jansen, T. (1999). *Evaluatie van de moeder-baby interventie: intern rapport*. Deventer: Riagg IJsseland.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Van IJzendoorn, M.H. (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 and Allied Disciplines*, 46, 263-274.
- Kersten-Alvarez, L. E., Hosman, C. M. H., Riksen-Walraven, J. M., Van Doesum, K. T. M., & Hoefnagels, C. (2010). Long-term effects of a home-visiting intervention for depressed mothers and their infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 51(10), 1160-70. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02268.x
- Kersten-Alvarez, L., Hosman, C., Riksen-Walraven, J., van Doesum, K., & Hoefnagels, C. (2011). Which preventive interventions effectively enhance depressed mothers' sensitivity? A meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 32(3), 362-376.
<https://doi.org/10.1002/imhj>.
- Lanes, A., Kuk, J. L., & Tamim, H. (2011). Prevalence and characteristics of postpartum depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 11(1), 302. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-302>

- Lebel, C., Walton, M., Letourneau, N., Giesbrecht, G. F., Kaplan, B. J., & Dewey, D. (2016). Prepartum and postpartum maternal depressive symptoms are related to children's brain structure in preschool. *Biological Psychiatry*, 80(11), 859-868.
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *JAMA*, 303(19), 1961-1969.
- Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A., & Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression. *YMOB*, 200(4), 357-364. <http://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.11.033>
- Petfield, L., Startup, H., Droscher, H., & Cartwright-Hatton, S. (2015). Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes. *Evidence Based Mental Health*, 18(3), 67-75. <https://doi.org/10.1136/eb-2015-102163>
- Murray, L., Arteche, A., Fearon, P., Halligan, S., Goodyer, I., & Cooper, P. (2011). Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(5), 460-70. doi:10.1016/j.jaac.2011.02.001
- Rexwinkel, M., & Spanjerberg, L. (2015). Infant Mental Health. In M. Lambregtse-Van den Berg, I. Van Kamp, & H. Wennink (Red.), *Handboek psychiatrie en zwangerschap* (pp. 247-254). De Tijdstroom.
- Riksen-Walraven, J.M., Meij, J.T., Hubbard, F.O., & Zevalkink, J. (1996). Intervention in lower-class Surinam-Dutch families: Effects on mothers and infants. *International Journal of Behavioral Development*, 1, 105-130.
- Schechter, D., Myers, M., Brunelli, S., Coates, S., Zeanah, C., Davies, M., ... Liebowitz, M. (2006). Traumatized mothers can change their minds about their toddlers: Understanding how a novel use of videofeedback supports positive change of maternal attributions. *Infant Mental Health Journal*, 27(5).
- Schuengel, C., Kef, S., Hodes, M. W., & Meppelder, M. (2017). Parents with intellectual disability. *Current Opinion in Psychology*, 15(article 23), 50-54. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.02.022>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnet Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., et al. (1998). The Mini- International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-33.
- Smit, F., Vlasveld, M., Beekman, A., Cuijpers, P., Schoevers, R., Ruiters, M., & Boon, B. (2013). *Depressiepreventie Stand van zaken, nieuwe richtingen*. Utrecht.
- Stolper H, van Doesum K and Steketee M (2021) How to Support Parents of Infants and Young Children in Mental Health Care: A Narrative Review. *Frontiers in Psychology*. 12:745800. doi: 10.3389/fpsyg.2021.745800

- Thanhauser, M., Lemmer, G., De Girolamo, G., & Christiansen, H. (2017). Do preventive interventions for children of mentally ill parents work? Results of a systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Pediatrics*, 30(4), 283–299. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000342>
- Van den Boom, D. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: an experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development*, 65, 1457-1477.
- Van Doesum, K.T.M. (2005). Versterking van de kwaliteit van de moeder-kind interactie: Een preventieve interventie voor depressieve moeders en hun baby's. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, kinderpsychiatrie en klinische kinderpsychologie*, 30, 187-198.
- Van Doesum, K.T.M., Hosman, C.M.H. & Riksen-Walraven, J.M. (2005). A model-based intervention for depressed mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal*, 26, 157-176.
- Van Doesum, K., Riksen-Walraven, J.M., Hosman, C.M.H. & Hoefnagels, C. (2008). A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. *Child Development*, 79, 547-561.
- Van Doesum, K. T. M., Hosman, C. M. H., & Kersten-Alvarez, L. E. (2015). Enhancing depressed mothers' sensitivity. In A. Reupert, D. Maybery, J. Nicholson, & M. Gopfert (Eds.), *Parental psychiatric disorder: Distressed parents and their families* (3rd ed., pp. 223–237). New York, NY: Cambridge University Press, US.
- Van Doesum, K & Brok, C. (red.) (2023). *Handboek – Een preventieve interventie voor moeders met psychiatrische problemen en hun baby's*. Deventer: Impluz Dimence-groep.
- Van IJzendoorn, M.H., Tavecchio, L.W.C., Goossens, F.A. & Vergeer, M.M. (1988). *Opvoeden in geborgenheid. Een kritische analyse van Bowlby's attachmenttheorie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Vliegen, N., Casalin, S., & Luyten, P. (2011). *Een moeilijke start voor moeder en kind: depressie in de postpartum-periode en de invloed op de moeder-kindrelatie*. In M. Rexwinkel, M. Schmeets, C. Pannevis, & B. Derkx (Red.), *Handboek Infant Mental Health: inleiding in de ouder-kindbehandeling* (pp. 155-168). Van Gorcum.
- Wade, C., Llewellyn, G., & Matthews, J. (2008). Review of parent training interventions for parents with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(4), 351–366. doi:10.1111/j.1468-3148.2008.00449.x
- Wan, M. W., Warren, K., Salmon, M. P., & Abel, K. M. (2008). Patterns of maternal responding in postpartum mothers with schizophrenia. *Infant Behavior and Development*, 31(3), 532–538. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2008.04.003>

- Wan, M. W., & Green, J. (2009). The impact of maternal psychopathology on child-mother attachment. *Archives of Women's Mental Health*, 12(3), 123–134.
<https://doi.org/10.1007/s00737-009-0066-5>
- Waters, E. (1995). The Attachment Q-set. In E. Waters, B. E. Vaughn, G. Posada & K. Kondo-Ikemura (Eds.), *Caregiving, cultural and cognitive perspectives on secure-base behavior and working models: Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 41-65.
- Wilson, S., Durbin, C. E., & Wilson, S. J. (2019). Fathers' depressive symptoms in early infancy: Associations with child and parenting outcomes. *Infant Mental Health Journal*, 40(1), 105-119.
- Zeegers, M. A. J., Colonnaesi, C., Stams, G. J. J. M., & Meins, E. (2017). Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant-parent attachment. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1245–1272.
<https://doi.org/10.1037/bul0000114>

7. Praktijkvoorbeeld

Via de crisisdienst van de GGZ wordt een vrouw (M) aangemeld van begin dertig. M is drie maanden eerder bevallen van een zoon. Ze is door complicaties tijdens haar zwangerschap (bekkeninstabiliteit en te hoge bloeddruk) en een moeizame bevalling (vacuümpomp daarna tang) helemaal uitgeput. Haar zoon huilde meer dan hij sliep door een nekprobleem. M liep op haar tandvlees. Ze was moe, somber en kon niet genieten van haar zoon. De verzorging was haar te veel, ze kreeg visioenen dat ze hem liet vallen. Na drie maanden aanmodderen vertelde ze haar verhaal aan de huisarts die de GGZ inschakelde. Er werd een behandeling gestart met medicatie en gesprekken. Daarnaast werd vrijblijvend de ouder-baby interventie aangeboden. Na uitleg wilden zowel M als haar partner (V) hier graag gebruik van maken. Beiden vonden het lastig om contact te maken met hun zoon en ook van te genieten. Alles was gericht op voeden en verzorgen. Tijdens begeleiding heeft de preventiewerker opnamen gemaakt van het badderen en voedings- en speelmomenten tussen ouders en kind. In de eerste video is goed te zien hoe de communicatie verloopt en dat de baby nauwelijks oogcontact heeft met M maar ook niet met V. Deze opname wordt bekeken met collega's en gescoord met de Ainsworth-schalen: De score voor sensitiviteit van de moeder was insensitief (3) De beelden worden besproken met beide ouders aan de hand van een aantal vragen: Wat zie je? Hoe is het voor jou als ouder? Hoe denk je dat de baby zich voelt etc. De preventiewerker helpt de ouders de vragen te beantwoorden en ook te laten zien hoe de baby probeert de aandacht van de moeder te vangen. Dit zijn mooie momenten om mee aan de slag te gaan. Het doel is de sensitieve responsiviteit van de ouders verbeteren. De ouders gaan oefenen met het praten met de baby en te reageren op contactinitiatieven van de baby. Na ongeveer 7 huisbezoeken gedurende twee maanden zijn beide ouders tevreden en geven aan dat het veel beter gaat. Ze hebben geleerd hoe zo met signalen van hun zoon kunnen omgaan en hoeveel het oplevert om er op te reageren. Beide ouders vertellen dit met een glimlach. De laatste opname wordt opnieuw gescoord door de collega's en nu is de sensitiviteit van de moeder verhoogd naar een 7. Dit is een goede score en vergelijkbaar met een score van moeders uit een normale populatie. Na 3 maanden is er nog een follow-up bezoek. Ook dan is nog steeds zichtbaar dat de interactie tussen moeder en zoon goed is.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Kenniscentrum Sport & Beweging, 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.

