

> **TNO rapport voor**
Stichting Kinderpostzegels
Nederland

Focus op hechting

*Gehechtheid bij gezinnen in de eerstelijns:
een evaluatie van de methodiek van Paulien
Kuipers*



TNO innovation
for life



Envida

15 January 2018
EINDRAPPORT

Focus op hechting

een evaluatie van de methodiek van Paulien Kuipers

Rapport voor: Stichting Kinderpostzegels Nederland

Datum: 20 februari 2018

Auteurs: M.S. de Wolff (TNO)
M. Beltman (TNO)
R. van Zoonen (TNO)

Projectnummer: 060.21391
Rapportnummer: R17047

Contact TNO: Marianne de Wolff
Telefoon: 06 30234467
E-mail: Marianne.dewolff@tno.nl

Gezond Leven

Schipholweg 77-89
2316 ZL LEIDEN
Postbus 3005
2301 DA LEIDEN
www.tno.nl

T 088 866 61 00
infodesk@tno.nl

© 2017 TNO

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

Handelsregisternummer 27376655

Inhoudsopgave

1	Samenvatting	3
1.1	Proces evaluatie.....	3
1.2	Impact evaluatie	4
1.3	Enkele conclusies	6
1.4	Enkele aanbevelingen.....	7
2	Inleiding	8
2.1	De methodiek van Paulien Kuipers	9
2.1.1	De signalenlijst en de vijf dimensies	10
2.1.2	Het ééngespreksmodel binnen de JGZ (Kuipers I).....	11
2.1.3	Het vijfstappenmodel (Kuipers II).....	12
3	Methode	13
3.1	Doelstelling.....	13
3.2	Onderzoeksvragen.....	14
3.3	Opzet procesevaluatie	14
3.3.1	JGZ Envida.....	14
3.3.2	Scholing JGZ Envida.....	15
3.4	Gegevens Digitaal Dossier via JGZ Envida	16
3.5	Groepsinterview en vragenlijsten voor JGZ-professionals van Envida	17
3.6	Opzet impact evaluatie.....	17
3.6.1	Oudervragenlijsten voor ouders die de JGZ Envida bezoeken	17
3.6.2	Oudervragenlijsten voor ouders via St Kinderleven.....	18
3.7	Overzicht van de gebruikte schriftelijke vragenlijsten	20
3.7.1	Vragenlijsten voor professionals	20
3.7.2	Vragenlijsten voor ouders	20
4	Resultaten procesevaluatie.....	22
4.1	Beschrijving van de steekproef	22
4.2	Hoeveel gezinnen komen in beeld met behulp van vijf dimensies?	24
4.3	Hoe vaak wordt het ééngespreksmodel aangeboden?	29
4.4	Hoe vaak wordt verwezen naar het vijfstappenmodel?	29
4.5	Samenhang met opleidingsniveau?	33
4.6	In hoeverre hangen de vijf dimensies onderling samen?	34
4.7	Samenvatting procesevaluatie op basis van de gegevens Digitaal Dossier	35
5	Procesevaluatie: competentie professionals.....	36
5.1	In hoeverre voelen de professionals zich voldoende toegerust?.....	36
5.2	Uitkomsten op het MIDI.....	37
5.3	Samenvatting schriftelijke vragenlijsten professionals.....	39
5.4	Focusgroep interview	39
5.4.1	Wat is positief, wat is negatief?.....	40
5.4.2	Verwijzingen door de JZG.....	41
5.4.3	Over de borging van de methodiek.....	41
5.4.4	Samenvatting en discussie focusgroep interview	42
6	Impact evaluatie ééngespreksmodel	44

6.1	De steekproef van 168 ouders.....	44
6.2	De oudervragenlijst over het JGZ bezoek.....	45
6.3	Waardering ouders van het bezoek aan de JGZ	47
6.4	Mother-to-Infant Bonding Scale (MIBS).....	50
6.5	Invloed achtergrondkenmerken op de oudervragenlijst?.....	52
6.6	Samenhangen Waardering JGZ bezoek, totaalscore MIBS en 'heeft het bezoek invloed op de ouder-kind relatie'.....	52
6.7	Samenvatting impactevaluatie ééngespreksmodel	54
7	Impactevaluatie: het vijfstappenmodel	56
7.1	De steekproef van 22 ouders	56
7.2	Ouderlijke competentie en MIBS	58
7.3	Overeenkomst tussen ouders en professionals.....	59
7.4	Nameting bij de ouders	60
7.5	Samenvatting impactevaluatie vijfstappenmodel	60
8	CONCLUSIES, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN.....	62
8.1	Conclusies.....	62
8.2	Discussie	63
8.3	Aanbevelingen	65
9	Referenties	66
Bijlage	67	

1 Samenvatting

Paulien Kuipers heeft een methodiek ontwikkeld waarmee de JGZ-professional tijdens de reguliere contactmomenten hechting bespreekbaar kan maken met ouders.

JGZ Professionals worden getraind om vanaf het eerste begin de ouder-kind relatie te observeren en mogelijke belemmeringen in de prille relatie te bespreken aan de hand vijf dimensies:

- Aansluiten: kunnen ouders de signalen van het kind lezen en daarop in spelen?
- Betrokkenheid van ouders bij hun kind
- Comfortzone van de ouders: kunnen ouders rustig blijven en hun kind emotioneel reguleren als het overstuur is? (daarbij wordt ook de 'comfortzone van het kind' geobserveerd: hoe geprikkeld reageert het kind doorgaans?)
- Voorspelbaarheid van de ouder ten opzichte van de baby
- Balans: hoe is de balans tussen de behoeften van de baby en die van de ouders?

Uniek aan de methodiek is dat de JGZ-professional tijdens het contactmoment al een laagdrempelige interventie kan aanbieden: **het ééngespreksmodel**. Dit gesprek beoogt de vroege ouder-kind relatie te versterken. Nadat eerst mogelijke belemmeringen voor de ouder-kind relatie besproken zijn, richt de professional de aandacht van de ouders op de baby, en versterkt hun band met behulp van verbindende woorden. De professional benoemt wat de ouder goed doet ten opzichte van het kind, en de reactie bij het kind. Het doel van dit gesprek is dat ouder en kind elkaar weer zien en 'aannemen' als ouder en als kind: en een nieuwe start maken.

Het **vijfstappenmodel** is een GGZ interventie waarnaar de JGZ-professional kan verwijzen als blijkt dat de barrières tussen ouders en kind groter zijn dan met het ééngespreksmodel verholpen kunnen worden. Het doel van het vijfstappenmodel is om de hechtingsrelatie tussen ouders en hun kind positief te beïnvloeden. Alle inspanningen zijn gericht op het welbevinden van ouders en hun jonge kind. Tijdens het vijfstappenmodel worden naast aandacht voor en opheffen van belemmeringen in de band, de basisvaardigheden die een goede band met het kind bevorderen, bij ouders bewust gemaakt en geactiveerd.

Dit onderzoek beoogt de methodiek van Paulien Kuipers op een exploratieve manier te evalueren bij ouders en professionals van JGZ-organisatie Envida in Zuid Limburg. Daarnaast wordt de methodiek geëvalueerd bij de ouders en professionals van Stichting Kinderleven in Maastricht. Dit is de stichting die de methodiek van Paulien Kuipers aanbiedt als een vorm van jeugd ggz hulpverlening. Het onderzoek bevat twee onderdelen: een proces- en een impact evaluatie. Voor een uitgebreide beschrijving van de methodiek zelf verwijzen we naar het boek "*Eerste hulp bij hechting: Taal voor ouders en hun jonge kind*", van Paulien Kuipers (2015).

1.1 Proces evaluatie

Voor de procesevaluatie hebben we gebruik gemaakt van een steekproef van circa 1000 kinderen en hun ouders die Envida gevolgd heeft tussen 1 juni 2016 en 1 mei 2017. Over alle kinderen zijn gegevens verzameld over meerdere contactmomenten, en per leeftijdsgroep varieert het aantal kinderen: op 4 maanden ging het om 1139 kinderen en op 11 maanden om 71 kinderen. In totaal zijn de gegevens van 5989 consulten aan de JGZ tussen 0 en 11 maanden geregistreerd in het Digitaal Dossier.

Per onderzoeksvraag hebben we een kort antwoord geformuleerd:

1. Hoeveel ouders (en hun kinderen) komen in beeld met behulp van de vijf dimensies en wat zijn hun achtergrondkenmerken?

Op basis van cijfers uit het Digitaal Dossier blijkt dat de vijf dimensies bij 2 tot 8% van alle JGZ bezoeken tussen 0 en 11 maanden (N= 5989) als 'minder optimaal' aangevinkt worden. Aansluiten heeft de laagste prevalentie met 2%, Comfort 3%, Betrokkenheid 6% en Balans en Voorspelbaarheid worden aangevinkt bij 8% van de consulten. De dimensies hangen onderling redelijk tot sterk samen, wat wijst op een goede validiteit. Het observeren en bespreken van de ouderkind relatie met behulp van de vijf dimensies (en het aanbieden van het ééngespreksmodel) is niet gevoelig voor het opleidingsniveau van de ouders.

2. Hoeveel ouders krijgen het ééngespreksmodel aangeboden en hoeveel ouders worden verwezen naar het vijfstappenmodel?

Het ééngespreksmodel wordt in 4% van alle 5989 consulten tussen 0 en 11 maanden aangeboden (151 keer) en in 1% van alle consulten (57 keer) vindt een verwijzing naar het vijfstappenmodel plaats dat aangeboden wordt door de Stichting Kinderleven. Een meerderheid van de interventiegesprekken vindt plaats bij consulten waarbij één van de dimensies als minder optimaal is aangevinkt. Wanneer een JGZ-professional in het dossier noteert dat er grote zorgen spelen in een gezin, komt in 37% van die consulten (57 keer van de 154 consulten met grote zorgen) de Stichting Kinderleven ook ter sprake.

3. In hoeverre voelen de JGZ-professionals zich voldoende toegerust om met de methodiek van Paulien Kuipers te werken?

De methodiek omschrijven we hier als het geheel van drie onderdelen: het bespreken en registreren van de vijf dimensies, het uitvoeren van het ééngespreksmodel, en de verwijzing naar het vijfstappenmodel. Voor het gebruik van de vijf dimensies en het verwijzen voelden de professionals zich voldoende toegerust. Sommige professionals voelden zich echter nog onvoldoende vaardig om het ééngespreksmodel te kunnen toepassen. Ze hebben behoefte aan meer begeleiding bij het uitvoeren van het ééngespreksmodel, en meer ruimte voor intervisie.

4. In hoeverre zijn de JGZ-professionals tevreden over de methodiek en waar liggen nog verbeterpunten?

De professionals in de focusgroep zijn enthousiast over de methodiek van Paulien Kuipers: ze beschikken nu over een hulpmiddel waarmee ze iets gevoeligs, zoals de band tussen ouder en kind, bespreekbaar kunnen maken. De professionals zijn overtuigd van de effectiviteit van de methodiek. Het lukt de professionals om de ouders hierin mee te nemen en bij een volgend consult weer terug te komen op eerder besproken thema's. Als het ééngespreksmodel goed uitgevoerd wordt, ervaren de professionals de reacties van een kind en diens ouder op het benoemen van zijn/haar gedrag als stimulerend. Verder prikkelt de methodiek de JGZ-professionals om naar ouder-kind hechting te kijken.

1.2 Impact evaluatie

5. Hoe waarderen ouders die voor de reguliere contactmomenten in het eerste levensjaar komen de methodiek van Paulien Kuipers?

Er is gebruik gemaakt van een vragenlijst, die 168 ouders (responspercentage was 19%) na afloop van het 4 maanden consult thuis hebben ingevuld. Een meerderheid van de ouders

(n= 105, 63%) is van mening dat het JGZ bezoek een positieve invloed heeft op de band met hun kind. Een kwart van de ouders die de vragenlijst hebben ingevuld (n=42) is zelfs overtuigd van de relevantie van het JGZ bezoek voor de ouder-kind relatie. Bijna alle ouders die de vragenlijst hebben ingevuld (97%) hebben verder aangekruist dat ze de aandacht voor hechting in de JGZ belangrijk vinden.

We hebben aan de ouders gevraagd hoe zij het bezoek aan de JGZ – en de extra aandacht die er is voor hechting - beleefd hebben. De antwoorden op zeven vragen over de JGZ-professional (hij/zij nam genoeg tijd, luisterde aandachtig naar mij, kan mij goed ondersteunen, komt deskundig over, nodigt mij uit om mee te denken over mijn kind, ziet problemen die ik zelf niet direct zie, en kan benoemen waar ik als ouder tegenaan loop) zijn samengevoegd tot een schaal 'Waardering deskundigheid van het bezoek aan de JGZ' (alpha = .76). De range ligt tussen 1 en 4. Hoe hoger de score, hoe deskundiger de ouder de JGZ-professional tijdens het contactmoment vond. De gemiddelde score van de ouders op de schaal 'Waardering JGZ bezoek' (tussen 1 en 4) was laag, namelijk 1,47. We vonden dat die waardering van het JGZ bezoek door zeer diverse kenmerken van zowel de ouder zelf als de situatie bepaald werd.

Ouders met een gezonde band met hun kind (n= 112, 66%) blijken iets kritischer te oordelen over het JGZ bezoek (hun gemiddelde score op waardering JGZ bezoek was 1,45; SD= 0,28) dan de ouders die een problematische band hebben (n=56, 34%, gemiddelde score = 1,57; SD= ,29). Als verklaring is geopperd dat ouders, in gezinnen waar de ouder-kind band soepel tot stand komt, minder behoefte hebben aan extra hulp of steun van de JGZ bij het versterken van die band, en daarom het bezoek negatiever dan ouders in gezinnen waar wèl strubbelingen aan de orde zijn voor de hechting.

In de toelichting geven ouders aan dat het JGZ bezoek hen bevestiging gaf, en dat dit het vertrouwen van de ouder in de band met hun kind ten goede komt. Er zijn ook ouders die aangeven dat ze *zelf* die extra aandacht voor hechting niet nodig hebben, of dat ze van mening zijn dat aandacht voor hechting geen taak voor de JGZ is. Met andere woorden: aandacht voor hechting vinden de ouders belangrijk, maar enkele ouders zijn van mening dat hechting niet tot de taak van de JGZ behoort.

6a In hoeverre voelen de ouders zich geholpen door het ééngespreksmodel in de zin dat de band met hun kind verbeterd is?

De belangrijkste uitkomstmaat in ons onderzoek is de Mother-to-Infant-Bonding Scale: een gevalideerd instrument voor problematische gevoelens van de ouder ten opzichte van het kind. De range ligt tussen 1 en 14, waarbij een hogere score duidt op meer problematische gevoelens bij de ouder over de baby. De ouders van Envida scoorden over het algemeen laag op de MIBS: het gemiddelde was 1,39. Een derde van de ouders die de vragenlijst heeft ingevuld, scoorde boven de afkapwaarde (>2), wat wijst op een meer problematische hechtingsrelatie tussen ouder en kind. Deze cijfers komen exact overeen met de Nederlandse prevalentiecijfers van onveilige gehechtheidsrelaties (Van IJzendoorn et al., 2006).

Op de leeftijd van 4 maanden blijkt dat in twee-derde van alle gezinnen in het werkgebied van Envida een gezonde ouder-kind relatie opgebouwd wordt. Dat is een heel positief en geruststellend beeld: de extra aandacht die de JGZ-professionals besteden aan het bespreekbaar maken van hechting en het ondersteunen van ouders bij het opbouwen van die band, kan ertoe leiden dat op jonge leeftijd in een meerderheid van de gezinnen het sein op

groen staat voor het ontwikkelen van een veilige relatie: 66% van de ouders rapporteren gezonde, niet-problematische gevoelens voor hun kind.

6b. In hoeverre voelen de ouders zich geholpen door het vijfstappenmodel in de zin dat de band met hun kind verbeterd is?

Voor de impactevaluatie van het vijfstappenmodel hebben we gebruik gemaakt van vragenlijsten bij ouders en bij professionals verzameld over de 22 gezinnen, die hebben deelgenomen aan het vijfstappenmodel. Deze gezinnen zijn overigens niet allemaal via de JGZ verwezen naar het vijfstappenmodel. Van de groep van 22 gezinnen, ging het in 9 gevallen om een kind jonger dan 1 jaar, die door de JGZ verwezen kunnen zijn, maar informatie over de verwijzing van deze gezinnen hebben we niet.

Uit de vragenlijstgegevens bleek dat deze groep gezinnen kwetsbaar is in de zin dat er relatief zware problemen spelen zowel bij de ouder (psychiatrische problemen, relatie problemen, belast verleden) als het kind (gedragsproblemen). Zonder extra hulp en/of ondersteuning, zal de hechtingsrelatie bedreigd worden en ook de bredere psychosociale ontwikkeling van het kind in de knel komen.

Ook in deze groep gezinnen (die meegedaan hebben aan het vijfstappenmodel) hebben we de Mother to Infant Bonding Scale (MIBS) afgenomen. In deze groep bleek dat relatief veel ouders behoorlijk verstoorde of problematische gevoelens hebben over zijn/haar kind; maar liefst 73% van de ouders (n=16) heeft een problematische score op de MIBS. Extra zorgelijk hierbij is dat deze ouders zelf niet altijd goed inschatten dat de band met hun kind niet goed is; een bevinding die nog eens onderstreept hoe belangrijk het is als JGZ-professionals ook te kijken naar die ouder-kind relatie zodat gezinnen de juiste ondersteuning krijgen en eventueel worden doorverwezen naar de juist hulp zoals het vijfstappenmodel.

Omdat slechts twee gezinnen een vragenlijst op de nameting hebben ingevuld, kunnen we geen uitspraken doen over mogelijke effectiviteit van het vijfstappenmodel

Enkele conclusies

1. De JGZ-professionals zijn enthousiast over de methodiek van Paulien Kuipers: ze beschikken over een praktisch hulpmiddel waarmee ze de ouder-kind band bespreekbaar kunnen maken. Verder zijn ze van mening dat het ééngespreksmodel een adequate en effectieve methode is om de band tussen ouders en hun kind te verbeteren. Het enthousiasme laat zien dat de methodiek goed aansluit bij de werkwijze van de JGZ-professional, al vraagt de methodiek een behoorlijke omslag in het denken van een JGZ-professional.
2. Twee tot acht procent van de ouders die in het eerste jaar de JGZ bezoeken komen door de methodiek van Paulien Kuipers in beeld met mogelijke hechtingsproblematiek. Met behulp van de vijf dimensies worden ouders gevonden bij wie belemmeringen in de prille hechtingsrelatie aan de orde zijn. Het ééngespreksmodel wordt in 4% van alle consulten aangeboden en in 1% vindt een verwijzing naar het vijfstappenmodel plaats.
3. We vinden eerste aanwijzingen voor de effectiviteit van de methodiek:
 - Een meerderheid van de ouders (n= 105, 66%) die de vragenlijst heeft ingevuld is van mening dat het JGZ bezoek op 4 maanden een positieve invloed heeft op de ouder-kind relatie.

- In twee-derde van alle gezinnen in het werkgebied van Envida blijkt dat op de leeftijd van 4 maanden een gezonde ouder-kind relatie tot stand komt.
4. Dankzij de handvatten van het verbindend taalgebruik, is het nu gemakkelijker geworden voor JGZ-professionals om het gesprek met ouders over hechting aan te gaan. Dit gesprek zal hierdoor naar alle waarschijnlijkheid minder vaak uit de weggegaan worden. Daar staat tegenover dat er voldoende beschikbare tijd moet zijn voor de JGZ professional om dit gesprek met ouders aan te gaan.
 5. Sommige professionals van JZG Envida voelen zich nog onzeker om het ééngespreksmodel goed te kunnen uitvoeren. Zij hebben behoefte aan meer begeleiding bij het uitvoeren van het ééngespreksmodel, en meer ruimte voor intervisie.

1.3 Enkele aanbevelingen

- JGZ-professionals blijken goed in staat te zijn om ouders op een positieve manier te ondersteunen in het opbouwen van een veilige band met hun kindje. Zowel professionals als ouders in Limburg zijn enthousiast over de werkwijze, en we vinden aanwijzingen voor de effectiviteit. Om die reden verdient het aanbeveling de methodiek van Paulien Kuipers verder te ontwikkelen. De vroege timing van de methodiek en het feit dat zowel gesignaleerd als ondersteund wordt, zijn sterke kanten van de methodiek.
- Gegeven de eerste aanwijzingen voor effectiviteit, en het feit dat de methodiek goed aansluit bij de werkwijze van de JGZ-professional, is het aan te bevelen de methodiek ook op andere plaatsen in Nederland in te zetten, en verder te onderzoeken op effectiviteit.
- Professionals die gaan leren om te 'helpen hechten' hebben een nieuwe attitude en grondhouding nodig die meer gekleurd wordt door medemenselijkheid dan door het deskundige adviesmodel. Voor JGZ-professionals betekent dit een behoorlijke omslag in de manier waarop zij werken met ouders.
- Met de methodiek hebben we een positief en werkbaar instrument in handen om hechting onder de aandacht te brengen in de JGZ. Het is aan te bevelen dat (onderdelen uit) de methodiek ook benut gaan worden in de huidige opleidingen voor jeugdarts en jeugdverpleegkundige.
- Ouders blijken zelf niet altijd goed te kunnen inschatten of de band met hun jonge kind goed is. Des te belangrijker is het daarom dat JGZ-professionals extra aandacht blijven besteden aan ouder-kind relaties, zodat vroegtijdig bijgestuurd kan worden.
- Meer voorlichting aan ouders is wenselijk over de noodzaak van positieve relatievorming, en de invloed daarvan op de ontwikkeling van het kind. Zo kan meer begrip ontstaan voor het feit dat hechting heel goed thuishoort bij de JGZ, omdat hechting heel vroeg in de ontwikkeling plaatsvindt, grote impact heeft op de verdere ontwikkeling, en het ondersteunen ervan per definitie preventief is.

2 Inleiding

De ontwikkeling van een gezonde ouder-kind relatie, ook wel hechtingsrelatie, is de belangrijkste ontwikkelingsopgave voor een kind in het eerste levensjaar (Bateman ea, 2012). Ieder kind hecht zich van nature aan zijn/haar ouders op basis van alledaagse ervaringen (Bowlby, 1980). Kenmerkend voor een gezonde ouder-kind relatie is het vertrouwen in de ander: het kind 'weet' dat hij/zij kan terugvallen op de ouder als hij/zij van streek is, en de ouder heeft vertrouwen in zichzelf als opvoeder. Een gezonde ouder-kind relatie vormt de basis voor de verdere ontwikkeling: zowel in sociaal-emotioneel als cognitief opzicht zijn kinderen met een gezonde relatie beter af (Groh et al., 2012).

Er kunnen tal van factoren aanwezig zijn in een gezin die de vorming van een gezonde, veilige ouder-kind relatie in de weg staan, zoals een moeilijk verlopen zwangerschap, vroeggeboorte, een kind dat veel huilt, problemen in de partnerrelatie, of een lastige combinatie van werk en zorg. In verschillende Nederlandse studies is vastgesteld dat circa 60 tot 70% van alle gezonde, thuiswonende kinderen een veilige gehechtheidsrelatie met zijn/haar ouders opbouwt (van IJzendoorn et al, 2006). Het gaat daarbij om kinderen in de leeftijd van één tot en met twaalf jaar oud. Kinderen met een veilige gehechtheidsrelatie onderscheiden zich van onveilig gehechte kinderen door het vertrouwen dat zij in zichzelf, en in anderen om hen heen hebben.

De JGZ-professional verkeert bij uitstek in de positie om de ouder-kind relatie vroegtijdig ter sprake te brengen, problemen te signaleren en ouders te ondersteunen in hun ouderrol. Doorgaans heeft de JGZ-professional wel aandacht voor opvoeding, maar de ouder-kind relatie blijkt zowel voor ouders als professionals een gevoelig thema te zijn (Pettersson et al., 2017): signalen dat die band niet optimaal zou zijn, kan als ouderlijk falen worden gevoeld. Het vraagt daarom veel empathie en gespreksvaardigheden van professionals om een kwetsbaar thema als de ouder-kind relatie op een goede manier bespreekbaar te maken. In het basistakenpakket van de Nederlandse Jeugdgezondheidszorg (JGZ) wordt hechting of de ouder-kindrelatie niet apart vermeld en hierover worden ouders waarschijnlijk ook niet systematisch geïnformeerd (Dunnink, 2008; Hoppenbrouwers, 2010). Recent is meer aandacht gekomen voor het belang van de vroege hechting, en de roep klinkt om ook in de JGZ meer aandacht hieraan te besteden (Polderman et al., 2015). Tot op heden zijn er echter weinig praktische hulpmiddelen beschikbaar waarmee de ouder-kind relatie bespreekbaar gemaakt kan worden, zonder dat er onnodig geïdentificeerd wordt.

De methodiek van Paulien Kuipers voorziet in die leemte: de methodiek geeft de JGZ-professional praktische tools in handen om het thema hechting bespreekbaar te maken. De methodiek omvat een signalenlijst**, vijf dimensies* die tijdens het contactmoment besproken worden en een laagdrempelige interventie, die tijdens het contactmoment zelf kan worden aangeboden: het éénsgespreksmodel*. Uniek aan deze methodiek is dat de signalering en het gesprek al vanaf de geboorte ingezet kunnen worden door JGZ-professionals, in de periode waarin ouders vaak nog zoeken naar de juiste afstemming met hun baby.

Het éénsgespreksmodel is bedoeld voor ouders en kinderen bij wie de hechtingsrelatie niet vanzelfsprekend is. Door allerlei omstandigheden kan het natuurlijke hechtingsproces niet op gang gekomen: het kind voelt min of meer aan als een vreemd, of de moeder voelt zich ongelukkig als moeder van dit kind. Het doel van de methodiek van Paulien Kuipers is om

* Zie Bijlage voor de IE nummers die horen bij de diversie onderdelen van de methodiek van Paulien Kuipers

ouders en kind weer een nieuwe start met elkaar te laten maken, waardoor er ruimte ontstaat voor een veilige verbinding. Op de langere termijn vergroot de methodiek de veiligheid in gezinnen vroegtijdig en bevordert een gezonde geestelijke en lichamelijke ontwikkeling van kinderen.

In 2012 is de Stichting Kinderleven opgericht. Deze Stichting heeft tot doel om als behandel- en kenniscentrum de focus op de gehechtheidsrelatie te leggen. Binnen de Stichting werden door Paulien Kuipers twee (kortdurende)methodieken ontwikkeld om de band tussen ouders en hun jonge kind positief te beïnvloeden: het ééngespreksmodel en het vijfstappenmodel*. Dit wordt uitgebreider beschreven in het boek “eerste hulp bij hechting” (Kuipers, 2015).

Dit onderzoek beoogt de methodiek van Paulien Kuipers op een exploratieve manier te evalueren bij ouders en JGZ-professionals van JGZ-organisatie Envida in Zuid Limburg, en anderzijds een impactevaluatie bij ouders in Zuid Limburg. Daarnaast wordt de methodiek geëvalueerd bij de ouders en professionals van Stichting Kinderleven in Maastricht. Dit is de stichting die de methodiek van Paulien Kuipers aanbiedt als een vorm van jeugd ggz hulpverlening.

2.1 De methodiek van Paulien Kuipers

De methodiek van Paulien Kuipers beoogt JGZ-professionals inzicht te geven in de (subtiele) signalen die in een ouder-kind relatie kunnen wijzen op een onveilig ontwikkelende band. Met behulp van de methodiek van Paulien Kuipers kan een professional de band tussen ouders en kind vanuit verschillende invalshoeken beschouwen, en de mogelijke oorzaken van een verstoring van de hechting benoemen. Juist in de JGZ ligt de focus – in vergelijking met jeugdhulp en jeugdbescherming – meer op preventie: de JGZ-professional is gericht op het bevorderen van normale, gezonde ouder-kind relaties, met oog voor de brede context waarin het kind opgroeit. De methodiek van Kuipers draagt eraan bij dat meer ouders een goede start kunnen maken met hun kind, en beoogt het ontstaan van opvoedingsproblematiek, ontwikkelingsproblematiek en gedragsproblemen bij kinderen al heel vroeg in de ontwikkeling te voorkomen.

Aan de basis van de methodiek van Paulien Kuipers liggen ervaringen opgedaan in een eerstelijns kinderpsychologenpraktijk, waarbij relatief veel kinderen met ontwikkelingsproblemen zich wendden tot deze praktijk voor hulp. Veel van deze problemen zijn te herleiden tot een moeilijke start van de band tussen ouders en kind en een problematische gezinssituatie. Vanuit het standpunt: ‘hoe eerder interventies voor de ouder-kindrelatie kunnen plaatsvinden, hoe minder kinderen op latere leeftijd hulp behoeven’ werd in maart 2012 de Stichting Kinderleven opgericht. Het doel van deze Stichting is: het helpen bevorderen en faciliteren van een goede hechting tussen ouders en hun (kleine) kind het bevorderen van de methode Kuipers en zo breed mogelijk implementeren van signaleringsdeskundigheid bij professionals in de eerstelijns gezondheidszorg .

De meeste ouders houden van hun kinderen en willen het beste voor hen. Toch ontbreekt in gezinnen vaker de basis om een goede band tussen ouders en hun kind op te bouwen. Hiervoor zijn veel oorzaken aan te wijzen: een gecompliceerde zwangerschap en/of geboorte; een vroeggeboorte; een moeilijke eigen jeugd van de ouders of een gecompliceerde familiegeschiedenis. Het lukt ouders soms niet om direct na de geboorte onvoorwaardelijk ja te zeggen tegen hun kind. Soms hebben ze zelfs het gevoel dat hun kind een vreemde is. Zo kunnen ouders en kinderen elkaar al heel vroeg kwijtraken. Dan lukt het ouders niet om hun

kind te begrijpen en zich goed af te stemmen en ervaart het kind geen gevoel van veiligheid. Kinderen reageren hierop met overmatig huilen, eet- en slaapproblemen en dit leidt in een aantal gevallen op latere leeftijd tot gedragsproblemen van welke aard dan ook. Opvoedadviezen die vaak welwillend worden toegepast landen in deze gevallen niet op vaste grond en bieden geen oplossing.

In de methodiek van Paulien Kuipers worden dan ook geen adviezen gegeven. In plaats van meteen adviezen te geven, wordt eerst uitgebreid aandacht gegeven aan de belemmeringen voor ouder en kind, die de onderlinge band in de weg kunnen staan. Pas daarna gaat de professional door middel van taal de band versterken: de professional benoemt bijvoorbeeld de liefde en inzet van de ouder en de positieve reactie bij het kind. Op deze manier wordt bewerkstelligd dat ouder en kind elkaar weer 'aannemen' als ouder en als kind.

De methodiek van Paulien Kuipers omvat 3 onderdelen:

- Het observeren, bespreken en registreren van 13 signalen binnen 5 verschillende dimensies van een ouder-kindrelatie
- het ééngespreksmodel
- het vijfstapenmodel.

Ieder onderdeel lichten we hieronder toe in aparte paragrafen.

2.1.1 De signalenlijst en de vijf dimensies

Bij het beoordelen van de kwaliteit van de ouder-kindrelatie kan de JGZ-professional gebruik maken van een signaleringslijst: een lijst met 13 items van reacties van de ouders op het kind, toegesneden op het consultatiebureaubezoek. Deze signaleringslijst is gebaseerd op hechtingsbegrippen die in wetenschappelijk onderzoek naar voren komen als fundamentele begrippen die vaardigheden van ouders beschrijven die hechtingsbevorderend zijn:

- zijn de ouders voldoende sensitief / responsief, zijn ze beschikbaar voor het kind qua aandacht en tijd?
- vertonen de ouders (voor hun kind) voorspelbaar gedrag?
- kunnen de ouders mentaliseren?
- beschikken de ouders over een ruime comfortzone (dwz, ruim genoeg om de emoties van hun kind te reguleren).
- Kan het kind leeftijdsadequaat omgaan met prikkels?

Wanneer meerdere items van de signalenlijst nog geen positieve beoordeling hebben, betekent dit dat de relatie van de ouders met het kind een onderwerp van gesprek wordt tijdens het consult op het bureau. Om niet-beschuldigend te spreken met ouders over dit gevoelige thema zijn vijf begrippen/dimensies* ontwikkeld aan de hand waarvan de JGZ-professional het gesprek kan leiden en die bijgehouden kunnen worden in het dossier van de JGZ.

Het gaat daarbij om de volgende dimensies:

- **Aansluiten:** behelst het kunnen 'lezen' van het kind en daarop in spelen ("u hebt misschien nog niet de aansluiting voldoende gevonden om het kindje tevreden te stellen etc"). In dit begrip is o.a. sensitiviteit / responsiviteit verpakt.
- **Liefdevolle betrokkenheid:** ouders hebben vaak het hart op de goede plaats wat nog niet hoeft te betekenen dat ze daarmee ook aansluiten op hun kind.
- **Comfortzone van de ouders:** kunnen ouders rustig blijven en hun kind emotioneel reguleren / troosten als het overstuur is?
- **Comfortzone van het kind:** kinderen kunnen zeer sensitief en prikkelgevoelig zijn, waardoor ouders hun rust niet kunnen bewaren (veel huilgedrag, waakzaamheid etc)

- **Voorspelbaarheid:** in hoeverre kan het kind op vaste patronen in gedrag rekenen van de ouders? Of moet het zich elke dag op andere mensen en manieren van doen instellen
- **Balans:** in hoeverre is er een balans tussen: samen en apart, tussen symbiose en autonomie? Tussen: het kind moet mee in het leven van de ouders – de ouders zetten de behoeftes van het kind centraal?

Alle vijf dimensies worden afzonderlijk geregistreerd in het Digitaal Dossier.

2.1.2 *Het ééngespreksmodel binnen de JGZ (Kuipers I)*

Het ééngespreksmodel* (ook wel aangeduid als Kuipers I) is een laagdrempelige gespreksinterventie, bestemd voor de JGZ, om binnen de mogelijkheden van het JGZ-consult de ouder-kind relatie te versterken.

Deze interventie is vooral bedoeld voor de eerste maanden, waarin ouder en kind op elkaar afgestemd moeten raken en een band opbouwen. In de meeste gevallen adopteren alle ouders vanzelfsprekend hun kind als ‘hun eigen’ kind, en raken beiden steeds beter op elkaar ingespeeld en leren ze elkaar te vertrouwen. Dit adopteren kan gezien worden als een zoektocht van ouders en kind samen, om elkaar te leren kennen en ‘lezen’ en te zien met welke ‘gebruiksaanwijzing’ met elkaar omgegaan moet worden. Het is een kwetsbaar proces van ouders en kind samen en verdient positieve ondersteuning. Daarom is het eerste deel van de interventie: het versterken van de vroege band tussen ouder en kind.

Als de band zich positief ontwikkelt tussen ouders en kind, dan versterkt de JGZ-professional met woorden de beginnende kwetsbare band tussen ouder en kind. De professional doet dit door ‘positieve draden in deze relatie mee te weven’: dat wil zeggen: met woorden benoemt de professional de positieve invloed van de ouder(s) op het kind en van het kind op de ouders. Op deze manier levert de professional een bijdrage aan het ‘adopterend’ van het kind door de ouders

Als deze toe-eigening om welke uiteenlopende redenen dan ook (moeilijke bevalling, aanwezige rouw, vroeggeboorte of anderszins) niet vanzelfsprekend verloopt, kan het tweede deel van de interventie van het ééngespreksmodel op het consultatiebureau door de arts of verpleegkundige worden ingezet. Uitgangspunt daarbij is dat niemand beschuldigd wordt: het niet - of onvoldoende toe-eigenen van het kind is niemands schuld. En zowel het kind als de ouders lijden daaronder. Om te helpen hechten is het erg belangrijk dat niet alleen het kind of alleen de ouders de cliënten zijn van de professional, maar feitelijk is de onderlinge relatie de cliënt. De JGZ-professional staat in de regel eerst uitgebreid stil bij mogelijke belemmeringen bij ouder en/of kind die de positieve binding tussen ouder en kind in de weg staat. En de professional benoemt dat wat pijn doet. Om vervolgens de aandacht van de ouders op de baby te richten. Met behulp van verbindende woorden zoals “Wat lacht uw kindje lief naar u”, of “jullie hebben het goed zo samen, hè” wordt de band versterkt. De professional benoemt wat de ouder goed doet ten opzichte van het kind, en de reactie bij het kind. Het doel van dit gesprek is dat ouder en kind elkaar weer zien en ‘aannemen’ als ouder en als kind: en een nieuwe start maken.

* Zie Bijlage voor de IE nummers die horen bij de diversie onderdelen van de methodiek van Paulien Kuipers

2.1.3 *Het vijfstappenmodel (Kuipers II)*

Het vijfstappenmodel* is een GGZ interventie waarnaar de JGZ-professional verwijst als blijkt dat de barrières tussen ouders en kind groter zijn dan met het ééngespreksmodel verholpen kunnen worden, en/of dat het kind ouder is dan drie maanden. De-JGZ-professional verwijst dan naar een GGZ / IMH instelling, waar het vijfstappenmodel kan worden uitgevoerd.

Het doel van het vijfstappenmodel is om de hechtingsrelatie tussen ouders en hun kind positief te beïnvloeden. Alle inspanningen zijn gericht op het welbevinden van ouders en hun jonge kind. Specifiek gaat het om de veilige hechting van baby's en peuters, in gevallen waarin zwaardere problematiek gesignaleerd wordt. Tijdens het vijfstappenmodel worden naast aandacht voor en opheffen van de blokkades die de liefdesstroom in de weg staan tussen ouders en kind, de basisvaardigheden die een goede band met het kind bevorderen, bij ouders bewust gemaakt en geactiveerd. Een uitgebreide beschrijving van deze methodiek is te vinden in het boek 'Eerste hulp bij hechting' (Kuipers, 2015).

Een verwijzing naar Stichting Kinderleven is overigens maar één van de verwijsmogelijkheden, ook de volwassen GGZ (indien de problematiek vooral bij de ouder zelf ligt) of Jeugd GGZ zijn mogelijkheden. Onderdeel van de methodiek is vooral dat de JGZ-professional voldoende handvaten heeft om gezinnen adequaat te verwijzen wanneer het ééngespreksmodel onvoldoende steun biedt of kan bieden.

3 Methode

3.1 Doelstelling

Dit onderzoek beoogt de methodiek van Paulien Kuipers op een exploratieve manier te evalueren bij ouders en JGZ-professionals van JGZ-organisatie Envida in Zuid Limburg. Daarnaast wordt de methodiek geëvalueerd bij de ouders en professionals van Stichting Kinderleven in Maastricht. Dit is de stichting die de methodiek van Paulien Kuipers aanbiedt als vorm van jeugd ggz hulpverlening

Dit onderzoek heeft betrekking op

1. een **procesevaluatie** bij de JGZ-professionals van Envida waarbij nagegaan wordt:
 - Hoeveel ouders (en hun kinderen) komen in beeld met behulp van de vijf dimensies die besproken worden tijdens het JGZ bezoek?
 - Hoeveel ouders krijgen het ééngespreksmodel aangeboden en hoeveel ouders worden verwezen naar het vijfstappenmodel?
 - In hoeverre voelen de JGZ-professionals zich voldoende toegerust om met de methodiek te werken?
 - In hoeverre zijn de JGZ-professionals tevreden over de methodiek en waar liggen nog verbeterpunten?
2. een **impactevaluatie** bij de ouders
Hiertoe wordt het volgende nagegaan:
 - Hoe waarden ouders die voor de reguliere contactmomenten in het eerste levensjaar de JGZ bezoeken de methodiek van Paulien Kuipers?
 - In hoeverre voelen de ouders zich geholpen door het ééngespreksmodel en het vijfstappenmodel, in de zin dat de band met hun kind verbeterd is?

Bij de aanvang van het project werden de volgende verwachtingen opgesteld met betrekking tot het aantal gezinnen dat hulp aangeboden krijgt met het ééngespreksmodel en het vijfstappenmodel (via St Kinderleven) :

- 15% van de ouders ontvangt het ééngespreksmodel : dat zijn naar verwachting 220 ouders op jaarbasis;
- 5% van de ouders ontvangt het vijfstappenmodel; dat zijn naar verwachting 73 ouders op jaarbasis;
- Bij 3% van de ouders (dat is 60 procent van bovenstaande tweede of groep ouders) is het vijfstappenmodel een effectieve interventie.
Dat zijn naar verwachting 44 ouders op jaarbasis.

De methodiek van Paulien Kuipers is nog niet eerder systematisch onderzocht. Daarom willen we in dit evaluatieonderzoek eerst in kaart brengen wat de methodiek inhoudt en hoe de methodiek wordt uitgevoerd. Daarbij focussen we ons vooral op het bespreken en registreren van de vijf dimensies, het aanbieden van het ééngespreksmodel, en het verwijzen van gezinnen naar het vijfstappenmodel (de procesevaluatie). In de procesevaluatie ligt het accent op de professionals. Vervolgens willen we in de impact evaluatie inzicht krijgen in de effectiviteit van de methodiek bij de ouders: in hoeverre voelen ouders zich geholpen door de methodiek in de zin dat de ouder kind relatie verbetert. Door het ontbreken van een controlegroep zijn sterke uitspraken over de effectiviteit niet mogelijk.

3.2 Onderzoeksvragen

De centrale onderzoeksvragen zijn:

1. Met betrekking tot **het proces**: hoe wordt de methodiek (de signalenlijst en de vijf dimensies, het ééngespreksmodel en de verwijzing naar het 5 gespreksmodel) uitgevoerd in de JGZ, in hoeverre zijn de JGZ-professionals en ouders daarover tevreden en waar liggen nog verbeterpunten?
2. Met betrekking tot **de impact**: hebben de gezinnen baat bij de methodiek in de zin dat ouders zich geholpen voelen en dat de band met hun kind is verbeterd door de methodiek?

Meer specifiek willen we de volgende vragen beantwoorden met betrekking tot het **proces**:

- a. Hoeveel ouders (en hun kinderen) komen in beeld met behulp van de vijf dimensies en wat zijn hun achtergrondkenmerken?
- b. Hoeveel ouders krijgen het ééngespreksmodel aangeboden en hoeveel ouders worden verwezen naar het vijfstappenmodel?
- c. In hoeverre voelen de JGZ-professionals zich voldoende toegerust om met de methodiek te werken?
- d. In hoeverre zijn de JGZ-professionals tevreden over de methodiek en waar liggen nog verbeterpunten?

Meer specifiek willen we de volgende vragen beantwoorden met betrekking tot **de impact**:

6. Hoe waarden ouders die voor de reguliere contactmomenten in het eerste levensjaar komen methodiek van Paulien Kuipers?
7. In hoeverre voelen de ouders zich geholpen door het ééngespreks- en het vijfstappenmodel, in de zin dat de band met hun kind verbeterd is?

3.3 Opzet procesevaluatie

Voor de procesevaluatie hebben we gebruik gemaakt van gegevens van JGZ-professionals (data uit het digitale dossier, vragenlijsten die de professionals hebben ingevuld) en van ouders die het consultatiebureau bezochten, en daar een vragenlijst hebben ontvangen over hun JGZ bezoek.

De procesevaluatie is volledig uitgevoerd bij (en via) de JGZ-organisatie Envida in Zuid Limburg. Daarom lichten we eerst toe wat voor organisatie Envida is, en wat voorafgegaan is aan dit onderzoek bij Envida. In Figuur 3.1 wordt een chronologisch overzicht gegeven van de hele onderzoeksopzet, dus zowel van de proces- als de impact evaluatie.

3.3.1 JGZ Envida

Envida is een grote zorgorganisatie in Zuid-Limburg waar zo'n 3.100 professionals in dienst zijn. De kerntaak van Envida is zorg bieden op het gebied van wonen en welzijn aan ouderen en chronisch zieken in Maastricht en het Heuvelland. Naast deze kerntaken heeft Envida zogenaamde 'participaties' waarbij Envida medeaandeelhouder is. De participaties zijn verantwoordelijk voor de activiteiten van Envida die niet tot de kerntaken behoren.

Een van de participaties is de Jeugdgezondheidszorg BV. Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen bieden hun zorg aan op negen consultatiebureaus in de stad Maastricht en het Heuvelland. Sinds 2015 werken Stichting Envida, Stichting Meander en

Zuiderland samen. Iedere organisatie biedt jeugdgezondheidszorg in het eigen werkgebied. Naar schatting worden in het werkgebied van Envida jaarlijks ongeveer 1.500 baby's geboren.

Bij de Jeugdgezondheidszorg van Envida werken in totaal 61 JGZ-professionals; 13 jeugdartsen, 30 jeugdverpleegkundigen, 15 assistenten en drie screeners. Een deel van hen (n=21) is geschoold in de methodiek van Paulien Kuipers: 7 jeugdartsen en 14 jeugdverpleegkundigen. Deze medewerkers zijn betrokken bij het huidige onderzoek. Envida is per januari 2014 gestart met de invoering van de methodiek van Paulien Kuipers, met herhaling in 2015/2016.

Naast de methodiek van Paulien Kuipers werken de JGZ-professionals ook met het DMO protocol van Samen Starten waarbij vijf relevante domeinen van de gezinnen in kaart worden gebracht. Het DMO-protocol is bedoeld als instrument om psychosociale problemen van het kind en risicofactoren in het gezin vroegtijdig te signaleren. Het is van belang te vermelden dat alle ouders zowel Samen Starten als de methodiek van Paulien Kuipers aangeboden krijgen, waarbij achteraf de effecten van beide methodieken moeilijk onderscheiden kunnen worden.

3.3.2 Scholing JGZ Envida

Omdat steeds duidelijker werd dat hechting een belangrijk thema is en samenhangt met ontwikkelingsproblemen bij kinderen, kindermishandeling en verwaarlozing, besloot het management van Envida met gelden van de gemeente om een scholing te organiseren voor haar medewerkers rond het thema hechting. In vier dagdelen heeft Stichting Kinderleven alle JGZ-professionals van Maastricht en omgeving geschoold (2013). Daarnaast werd minimaal één coaching-on-the-job aangeboden aan alle professionals, op indicatie kon er vaker begeleiding in het werk worden ingezet. Het ging in deze scholing en coaching-on-the-job enerzijds om het overdragen van kennis over hoe ouder-kind relaties tot stand komen en vaardigheden om dat bespreekbaar te maken met ouders. Daarnaast beoogde de scholing ook een appèl te doen op een andere attitude van de JGZ-professional, met daarbij behorend verbindend taalgebruik.

In deze scholing kwamen de volgende onderdelen aan bod:

- Wat is hechting, hoe ontwikkelt een hechtingsrelatie zich, wat zijn de gevolgen voor het kind van een veilige en onveilige hechtingsrelatie?
- De dynamiek van de hechtingsrelatie gedurende de vroegkinderlijke ontwikkeling;
- Hoe signaleer je een onveilige hechtingsrelatie met behulp van de signaleringslijst
- Hoe maak je hechting bespreekbaar; wat is verbindend taalgebruik; met welke woorden kan je spreken over de gevoelens van ouders en kinderen?
- Welke attitude/grondhouding is er nodig van de JGZ-professional? In hoeverre is dat een verandering ten opzichte van de attitude/grondhouding die men in het werk gewend is?
- Wat kun je doen ter ondersteuning van een reeds positief beginnende band tussen ouders en de kind?
- Wat kun je doen als de band problematisch is (ééngespreksmodel deel 2 toepassen: barrières opheffen, opnieuw aandacht voor het kind in gang zetten).

In deze coachingsfase kwamen de volgende thema's aan bod:

- Hoe hanteert de JGZ-professional de vijf dimensies tijdens het JGZ bezoek: het bespreekbaar maken van de dimensies en deze scores op basis van een JGZ bezoek van een ouder (aan de hand van casuïstiek);

- het bespreekbaar maken van de vijf dimensies tijdens het gewone JGZ contactmoment in de vroege periode;
- het ontdekken wat de eenheid van taal is, ten opzichte van andere methodieken die bij Envida toegepast worden zoals het DMO Protocol van SamenStarten en de werkwijze van één gezin, één plan.

Eind 2015, begin 2016 heeft de vervolgscholing plaats gevonden: dit waren twee dagdelen waarin het borgingstraject van de methodiek aan bod kwam: hoe kunnen JGZ-professionals hun ervaringen en bevindingen intercollegiaal overgedragen worden en in het dossier verwerkt worden?

Tenslotte werd in een tweede 'coaching on the job' fase de toepassing van de theorie tijdens de scholingen verder geoefend door de professional .

Alle 20 JGZ-professionals van Envida die geschoold zijn in de methodiek van Paulien Kuipers hebben bij de nascholingsbijeenkomsten in januari 2016 een schriftelijke vragenlijst 'signaleren en bespreken hechting' ingevuld over hun ervaringen op dat moment rond het thema hechting. Gevraagd werd hoe vaak de professional op dat moment (voordat de scholing helemaal afgerond was) problemen in de ouder-kind relatie signaleerde en met de ouders bespreekbaar maakte en hoe vaak kinderen doorverwezen werden voor hechtingsproblematiek.

3.4 Gegevens Digitaal Dossier via JGZ Envida

Per 1 juli 2016 (dus ongeveer een half jaar na de laatste scholingsbijeenkomst), zijn de JGZ-professionals van Envida gestart met het registreren van de vijf dimensies in het Digitaal Dossier.

De JGZ-professional observeert op vier contactmomenten aan de hand van de aandachtspuntenlijst de zich ontwikkelende ouder-kind. Eventuele belemmeringen of strubbelingen in die prille band worden bespreekbaar gemaakt met de ouder op basis van de 5 dimensies. Wat goed gaat in de ouder kind relatie bevestigt de professional. Vervolgens registreert de professional haar bevindingen op die 5 dimensies in het dossier. Als een van de 5 dimensies aangevinkt wordt als 'minder optimaal" bijvoorbeeld doordat de ouders nog onvoldoende erin slagen om hun gedrag af te stemmen op de baby, dan komt de ouder in aanmerking voor het ééngespreksmodel. In de regel wordt het gespreksmodel aangeboden tijdens hetzelfde contactmoment. Mocht dat niet haalbaar zijn dan bij een volgend moment. De vijf dimensies wordt geregistreerd op de volgende 4 contactmomenten:

- 4 weken Arts
- 8 weken Verpleegkundige
- 3 maanden Arts
- 4 maanden Verpleegkundige

Het observeren en bespreekbaar maken van de ouder-kind relatie en de registratie van de vijf dimensies behoort inmiddels tot de reguliere werkwijze van Envida. In verband met dit onderzoek heeft TNO een kopie van deze registraties in het digitale dossier ontvangen (en enkele achtergrondgegevens) over een periode van 10 maanden (1 juni 2016 – 30 april 2017). Met behulp van deze registraties in het Digitaal Dossier kan inzichtelijk gemaakt worden bij hoeveel gezinnen de vijf dimensies - op elk van de vier contactmomenten – aangeven dat er sprake is van een mogelijke belemmering voor de vroege ouder-kind relatie, en in hoeveel

gevallen het ééngespreksmodel aangeboden wordt, en in hoeveel gevallen doorverwezen wordt naar het vijfstappenmodel.

Met behulp van deze gegevens willen we in kaart brengen:

- Hoeveel ouders komen in beeld mbv de vijf dimensies?
- Hoeveel ouders krijgen het 1- gespreksmodel aangeboden?
- Hoeveel ouders zijn verwezen naar het vijfstappenmodel?
- Achtergrondkenmerken (leeftijd ouders en kind, postcode, sociaal economische status (SES), en evt. andere problematiek?)

3.5 Groepsinterview en vragenlijsten voor JGZ-professionals van Envida

In de zomer van 2017 – toen de professionals ruim een jaar aan het werk waren met de methodiek van Paulien Kuipers – is een focusgroep interview gehouden met een deel (n=7) van de JGZ-professionals van Envida. In dit groeps gesprek werd gevraagd in welke mate de professionals zich voldoende toegerust voelen om met de methodiek van Paulien Kuipers te werken, hun tevredenheid met de methodiek en hun ideeën over de effectiviteit bij de ouders en verbeterpunten van de methodiek. Het groeps gesprek werd gekoppeld aan multidisciplinair overleg bij Envida.

Daarnaast hebben alle 20 JGZ-professionals die geschoold zijn in de methodiek van Paulien Kuipers een aangepaste versie ingevuld van het '*Meet Instrument voor Determinanten van Innovaties*' (MIDI) ingevuld.

De MIDI is een door TNO ontwikkelde vragenlijst die 29 relevante factoren in kaart brengt die de invoering en implementatie van een bepaalde vernieuwing (zoals de methodiek van Paulien Kuipers) bevorderen ofwel belemmeren (Fleuren, Wiefferink, Paulussen 2004, 2010). Deze determinanten worden onderverdeeld naar: kenmerken van de sociaalpolitieke omgeving, de organisatie, de toekomstige gebruiker en de innovatie zelf. Met behulp van de uitkomsten krijgt de onderzoeker zicht op belangrijkste factoren die het gebruik beïnvloeden, en kan een eventuele invoerstrategie daarop afgestemd of bijgesteld worden.

3.6 Opzet impact evaluatie

3.6.1 Oudervragenlijsten voor ouders die de JGZ Envida bezoeken

Alle ouders binnen het werkgebied van Envida die verschijnen op het contactmoment van 4 maanden, ontvangen van de JGZ-professional een korte oudervragenlijst, een begeleidende brief en een antwoordenvolp. De ouders konden de vragenlijst thuis invullen en terugsturen naar TNO. In de vragenlijst wordt nagevraagd in hoeverre de ouder(s) tevreden zijn over hun bezoek aan de JGZ, in hoeverre ze zich geholpen voelen en of het bezoek heeft bijgedragen aan het verbeteren van de ouder-kind band. Daarnaast bevatte de ouderlijst een bestaand instrument dat de gevoelens van de ouder ten opzichte van de pasgeboren baby meet.

De vragenlijsten voor de ouders zijn door Envida uitgedeeld over een periode van ruim een jaar: vanaf 1 september 2016 tot 1 november 2017. In totaal zijn 900 vragenlijsten op de diverse locaties van Envida meegegeven aan ouders bij de reguliere contactmomenten in het eerste levensjaar. Daarvan hebben we 168 oudervragenlijsten terug ontvangen (19%) over hun JGZ bezoek op 4 maanden.

3.6.2 Oudervragenlijsten voor ouders via St Kinderleven

De impact evaluatie van het vijfstappenmodel hebben we uitgevoerd bij de Stichting Kinderleven. Ouders die zich tijdens de onderzoeksperiode (januari – november 2017) hebben aangemeld voor de hulp van St. Kinderleven, ontvangen een schriftelijke vragenlijst via Stichting Kinderleven waarin zij kunnen aangeven wat volgens hen de problematiek is waarvoor ze hulp nodig hebben.

Net als bij Envida werden hier de vragenlijsten meegegeven en konden ouders de vragenlijst thuis invullen en in een dichtgeplakte envelop teruggeven aan Kinderleven. Deze gezinnen zijn overigens niet allemaal via de JGZ verwezen naar het vijfstappenmodel: van de groep van 22 gezinnen die aan het onderzoek hebben meegedaan ging het slechts in 9 gezinnen om een kind jonger dan 1 jaar, die door de JGZ verwezen kan zijn, maar informatie over hoe de gezinnen bij ST Kinderleven terecht zijn gekomen, ontbreekt.

Na afloop van het hulptraject met vijf gesprekken, ontvangt de ouder weer een nametingsvragenlijst. In de vragenlijst wordt nagevraagd:

- of de ouder zich geholpen voelt door de methodiek?
- of de ouder-kind band verbeterd is volgens de ouder

De professionals van St. Kinderleven (twee GZ psychologen en twee pedagogen) hebben vervolgens ook een voor- en een nametingsvragenlijst over de gezinnen die door hen behandeld werden ingevuld. In totaal hebben we over 22 gezinnen die hebben deelgenomen aan het vijfstappenmodel, data verzameld. Het gaat hier voornamelijk om vragenlijstgegevens van de ouders zelf, die ze voorafgaand aan het hulptraject gerapporteerd hebben. Slechts twee gezinnen hebben een vragenlijst op de nameting ingevuld. Alle informatie die via de Stichting Kinderleven verzameld is, was bedoeld voor de impactevaluatie. In figuur 3.1 wordt een chronologisch overzicht gegeven van de dataverzameling.

Overzicht van de dataverzameling

Figuur 3.1

in 2013-2014

Basisscholing
20 JGZ
professionals

Vragenlijst 20 JGZ
professionals mbt
signaleren van hechting

Gegevens verzameld uit DD over circa 1000 ouders

Start registratie van de 5 dimensies in DD

MIDI bij 20
JGZ profs

Focusgroep
interview
JGZ profs

168 ouders hebben vragenlijst ingevuld over JGZ bezoek

Via St. Kinderleven vragenlijst ouders en professional
over 20 gezinnen

PROCES
EVALUATIE

IMPACT
EVALUATIE

2016 Febr

April

Juni

Aug

Sept

Nov

2017

Maart

Mei

Juli

Sept

Nov

Dec 2017

Januari 2016

Vervolg scholing
20 JGZ
professionals

1 juni 1 juli

Start registratie
dimensies in DD

1 September

Oudervragenlijsten
Envida komen
binnen

1 Januari '17

Oudervragenlijsten
Kinderleven komen
binnen

Juli

Focusgroep en de
MIDI bij Envida

November

Afsluiting dataverzameling via
Envida en St Kinderleven

3.7 Overzicht van de gebruikte schriftelijke vragenlijsten

3.7.1 Vragenlijsten voor professionals

In bovenstaande beschrijving van de opzet zijn alle vragenlijsten en instrumenten in principe al genoemd. Volledigheidshalve sommen we nogmaals op welke schriftelijke vragenlijsten we gebruikt hebben in dit onderzoek.

Vragenlijst signaleren en bespreken hechting voor JGZ-professionals: dit was een schriftelijke vragenlijst met 12 items bedoeld om enig zicht te krijgen op de stand van zaken met betrekking tot het thema ouder-kind relatie: hoe vaak signaleren en bespreken hechting? En hoe vaardig voelen ze zich daarbij.

Deze vragenlijst hebben JGZ-professionals (en andere professionals) ingevuld voorafgaand aan de bijeenkomst voor de scholing in de methodiek van Paulien Kuipers.

Meer specifiek bevat de vragenlijst de volgende onderdelen:

- Vijf vragen over hoe de JGZ-professionals op dit moment problemen rond hechting signaleren;
- Twee vragen over hoe vaak de professionals een probleem met hechting signaleren en de ouder-kind relatie bespreekbaar maken;
- Drie vragen over hoe competent de professional zich voelt met betrekking tot hechtingsproblematiek
- 1 vraag naar het beroep van de respondent.

Omdat meer professionals aanwezig waren bij de nascholingsbijeenkomst in januari 2016, hebben naast JGZ-professionals ook andere professionals deze vragenlijst ingevuld.

3.7.2 Vragenlijsten voor ouders

Oudervragenlijst Envida

Een *schriftelijke ouderlijst* die via Envida (kortweg aangeduid als Ouderlijst Envida) verspreid werd onder alle ouders die de JGZ bezochten op de geselecteerde contactmomenten.

De lijst bevat in totaal 27 items, die verdeeld zijn over de volgende schalen/ onderdelen:

- Zes vragen met globale achtergrondgegevens zoals datum van invullen, sekse en leeftijd kind, eerstgeboren of niet, en bij welke JGZ-professional de ouders geweest zijn;
- Zes vragen over welbevinden van ouder en kind tijdens het laatste bezoek aan de JGZ: “was het kind rustig, voelde de ouder zich op zijn/haar gemak en hoe ervaart de ouder de zorg voor het kind?”
- Zes vragen over de tevredenheid van de ouder met de bejegening op het consultatiebureau naar aanleiding van het laatste bezoek: bijvoorbeeld: “nam de JGZ-professional genoeg tijd voor het consult, luisterde hij/zij aandachtig naar mij?”.
- Een vraag of het bezoek aan de JGZ van invloed is geweest op de band met hun kind.

de **Mother-to-Infant Bonding Scale** (MIBS; Taylor, 1995).

De MIBS is een korte zelfrapportage lijst die 8 stellingen bevat, en beoogt de gevoelens van de moeder ten opzichte van haar pasgeboren baby te meten. Dit zijn de gevoelens die aan

bod komen in de MIBS: Liefdevol, Geïrriteerd, Neutraal of niets bijzonders, Blij, Afkeer, Beschermend, Teleurgesteld, en Boos. Per omschrijving wordt de ouder gevraagd aan te kruisen in hoeverre die beschrijving op uzelf van toepassing is.

De lijst blijkt betrouwbaar en valide te zijn: Bienfiet en collega's (2010) rapporteren een sensitiviteit van de MIBS van .90 bij een specificiteit van .80 om problemen in de moeder-kind relatie vast te stellen. De afkapwaarde daarbij was ≥ 2 . In dezelfde studies werd aangetoond dat de uitkomst van de MIBS significant samenhangt met het gedrag van de baby. In de studie van Wittkowski et al (2007) bleek de uitkomst van de MIBS samen te hangen met depressiviteit en de gemoedstoestand van de moeder. Van Bussel en collega's (2010) hebben de Nederlandse versie van de MIBS gevalideerd bij een groep van 263 Vlaamse moeders op de leeftijd van 2 en 3 maanden. De uitkomsten lieten zien dat de MIBS niet gevoelig is voor sociale wenselijkheid. Verder concluderen de onderzoekers dat de MIBS een goede indicator is voor een verstoorde moeder-baby relatie.

Oudervragenlijst Kinderleven

De *schriftelijke oudervragenlijst die via Stichting Kinderleven* (kortweg aangeduid als 'ouderlijst Kinderleven') is verspreid onder ouders die voor hulp bij St Kinderleven aangeklopt hebben. Deze vragenlijst bevat 28 items, die verdeeld zijn over de volgende schalen/onderdelen:

- Zes vragen over achtergrondgegevens zoals geboortedatum kind, sekse en leeftijd eerstgeboren of niet, en opleidingsniveau van de ouder;
- Zes vragen over de hulpvraag van de ouders: wat voor problematiek gaf reden tot de verwijzing naar Stichting Kinderleven volgens de ouders en in welke mate die problemen het dagelijks leven van ouder en kind beïnvloeden.
- Negen vragen naar de mate waarin de ouder zich competent voelt in het opbouwen van een band met zijn/haar kind. Vragen zijn bijvoorbeeld: "Ik heb het gevoel tijd te hebben voor mijn kind", of "Ik heb het gevoel dat ik de behoefte van mijn kind goed aanvoel" en "Ik durf op mijn eigen waarneming bij mijn kind te vertrouwen".
- De ouderlijst bevatte tenslotte ook de **Mother-to-Infant Bonding Scale** (MIBS; Taylor, 1995) om de problematische gevoelens van de ouder ten opzichte van haar baby te meten.

4 Resultaten procesevaluatie

4.1 Beschrijving van de steekproef

Voor alle kinderen die door Envida gezien werden tussen 1 juni 2016 en 1 mei 2017 bij een van de negen reguliere contactmomenten in het eerste levensjaar, werd geregistreerd in hoeverre ouders en kind optimaal functioneren op de vijf dimensies uit de aandachtspuntenlijst. Het gaat daarbij om de contactmomenten vanaf het prenatale huisbezoek tot het 11 maanden bezoek.

Voor het prenatale huisbezoek zijn de gegevens van 1.039 kinderen beschikbaar, en op het laatste contactmoment (11 maanden) 67 kinderen. In totaal zijn in de onderzoeksperiode de gegevens van 5889 bezoeken aan de JGZ vastgelegd over een groep van rond de 1.000 kinderen en hun ouders. Per leeftijdsgroep varieert het aantal kinderen overigens, zie onderstaande tabel. Over alle kinderen zijn gegevens verzameld over meerdere contactmomenten. Omdat de leeftijdsgroep van 4 weken de grootste groep is (N= 1.139) hebben we voor dit contactmoment de achtergrondkenmerken in kaart gebracht, zie Tabel 4.2.

Tabel 4.1 Verdeling van de groep gezinnen per contactmoment.

Contactmoment	Aantal kinderen gezien	Percentage
Prenataal huisbezoek	1.038	17,3
4 weken	1.139	19,0
8 weken	1.113	18,6
3 maand	981	16,4
4 maand	873	14,6
6 maand	473	7,9
7,5 maand	133	2,2
9 maand	168	2,8
11 maand	71	1,1
Totaal aantal bezoeken	5.989	100

Van de groep van 1.139 ouders (en hun kind) woont 60% in de stad Maastricht (n=671) en 40% woont in de omliggende gemeenten (n= 468), die overigens ook variëren in grootte.

De ouders van de kinderen in Maastricht zijn iets lager opgeleid dan de ouders in de omliggende gemeenten: op een schaal van 1 (laag) tot 3 (hoog), is het opleidingsniveau in de stad gemiddeld 2,31 tegenover een gemiddelde van 2,44 in de omliggende gemeenten ($t=2,45$, $p = .02$). In Tabel 4.3 worden de frequenties weergegeven van de ouders uitgesplitst naar opleidingsniveau: zowel in de stad als in de regio is het opleidingsniveau scheef verdeeld, en zijn de ouders relatief hoog opgeleid.

De gemiddelde leeftijd van de moeders in de onderzoeksgroep was 30,7 jaar (min.= 17 jaar, max.= 46 jaar, $SD=4,82$) en van de vaders 33,3 jaar (min.= 17 jaar, max. = 55 jaar, $SD = 5,77$). Wat betreft de leeftijd van de ouders was er geen verschil tussen de ouders in de stad, en de ouders in de omliggende gemeenten. Beide groepen ouders waren even oud.

Tabel 4.2 Achtergrondkenmerken van de gezinnen bij het 4 weken contactmoment (N=1139)

	Aantal ouders	Percentage
Welke wijk of stad?		
Maastricht Oost	358	31,4%
Maastricht West	313	27,5%
Gulpen	87	7,6%
Margraten	85	7,5%
Eijsden	82	7,2%
Valkenburg	76	6,7%
Meerssen	50	4,4%
Vaals	41	3,6%
Bunde	40	3,5%
Opleiding moeder²		
Laag	164	14,4%
Midden	325	28,5%
Hoog	549	48,2%
Onbekend	101	8,9%
Leeftijd moeder		
jonger dan 26 jaar	154	13,5%
26 - 30 jaar	374	32,8%
31 - 35 jaar	427	37,5%
36 - 40 jaar	153	13,4%
ouder dan 40 jaar	19	1,7%
Onbekend	12	1,1%
Leeftijd vader		
jonger dan 26 jaar	84	7,4%
26 - 30 jaar	250	21,9%
31 - 35 jaar	414	36,3%
36 - 40 jaar	237	20,8%
ouder dan 40 jaar	108	9,5%
Onbekend	46	4,0%
Zorgen genoteerd in DD?		
Nee, geen zorgen	977	86,8%
Ja, grote zorgen	29	2,5%
Ja, kleine, tijdelijke zorgen	133	11,7%
1- gespreksmodel gedaan?		
Ja	60	5,3 %
Nee	985	86,5%
Onbekend	154	13,5%
Professional heeft genoteerd dat St Kinderleven is genoemd en/of heeft hiernaar verwezen	12	1,1%

² Laag = Basis- en speciaal onderwijs, Vmbo, Mavo

Midden = MBO, Havo, Vwo afgerond

Hoog = HBO en WO

4.2 Hoeveel gezinnen komen in beeld met behulp van vijf dimensies?

Met behulp van alle registraties in het Digitaal Dossier is in kaart gebracht hoe vaak de vijf dimensies aangevinkt worden door de JGZ-professionals tijdens de consulten. Het gaat daarbij om de volgende vijf dimensies, waarbij bij de dimensie Comfort-zone apart onderscheid gemaakt wordt naar ouder en kind;

- Aansluiting tussen ouders en baby
- Voorspelbaarheid van de ouders voor baby door middel van regelmaat en structuur
- Comfortzone van zowel ouders als kind
 - Ouder: kunnen de ouders rustig omgaan met emoties van het kind?
 - Kind: kan het kind leeftijdsadequaat omgaan met prikkels?
- Liefdevolle betrokkenheid en Inlevingsvermogen: kunnen ouders behoeften van het kind lezen en begrijpen?
- Balans: is er voldoende "samen balans"?

Per dimensie afzonderlijk noteert de JGZ-professional (jeugdarts of jeugdverpleegkundige) in het Digitaal Dossier of de ouder op basis van de observaties tijdens het consult en het gesprek positief scoren op die specifieke dimensie (bijvoorbeeld: kan de ouder in zijn/haar gedrag goed aansluiten bij de behoeften en signalen van de baby (= positieve score voor aansluiten), of juist niet (negatieve score voor aansluiten).

Tabel 4.3 Aantal vaders en moeders uitgesplitst naar opleidingsniveau en stad versus regio (N=1.139 bij het 4 weken contactmoment).

		Opleidingsniveau moeder ¹			
		Laag	Midden	Hoog	Totaal
Regio	Regio	47 (11%)	145 (34%)	236 (55%)	428
	Stad	117 (19%)	180 (30%)	313 (51%)	610
	Totale groep	164	325	549	1.038
		Opleidingsniveau vader ²			
		Laag	Midden	Hoog	Totaal
Regio	Regio	39 (9%)	160 (39%)	214 (52%)	413
	Stad	101 (17%)	198 (34%)	284 (49%)	583
	Totale groep	140	358	498	996

¹ Moeders Chi² (df=2) = 12,3 p=.002

² Vaders Chi² (df=2) = 12,7, p=.002

Bij het prenatale huisbezoek door de jeugdverpleegkundige worden de dimensies normaliter voor het eerst beoordeeld, en bij elk volgend bezoek aan de JGZ komen de dimensies terug. In Tabel 4.4 wordt weergegeven hoe vaak de vijf dimensies positief (functioneert optimaal) en negatief (minder optimaal) beoordeeld zijn per contactmoment, gedurende het hele eerste levensjaar. We hebben over een periode van 10 maanden (tussen 1 juni 2016 - 30 april 2017) de gegevens van in totaal 5.989 bezoeken aan de JGZ. Deze bezoeken werden gebracht door circa 1.100 ouders en hun kind.

Omdat de professionals bij Envida per 1 juli 2016 gestart zijn met het registreren van de 5 dimensies, bevat het databestand ook bezoeken waarin de dimensies niet geregistreerd zijn. Omdat deze gezinnen verderop in het traject wel het ééngespreksmodel of het vijfstappenmodel aangeboden kunnen krijgen, hebben we deze bezoeken toch meegenomen in de dataset. Bij elke dimensie in Tabel 4.4 staat vermeld bij hoeveel bezoeken die dimensie niet beoordeeld is (dit is het aantal onbekenden).

Als we naar de totalen kijken, kunnen we vaststellen dat over het geheel genomen de dimensies bij circa 2 tot 8 % van alle 5989 JGZ bezoeken als 'minder optimaal' aangevinkt worden: bij 2% van alle consulten is de dimensie Aansluiten aangevinkt: hetgeen betekent dat de ouders nog zoeken naar de juiste aansluiting bij hun baby. De dimensie Comfort van de ouder (kan de ouder rustig reageren op emoties van het kind) en van het Kind (kan kind leeftijdsadequaat reageren op prikkels) wordt als minder optimaal aangevinkt bij 3% van alle consulten, Betrokkenheid bij 6% van de consulten, en Balans en Voorspelbaarheid bij 8% van de consulten. Naast de vijf dimensies hebben de JGZ-professionals ook aangevinkt of ze ééngespreksmodel hebben uitgevoerd tijdens dat contactmoment. Dat hebben ze in 4% van alle consulten (151 keer) tussen 0 en 11 maanden gedaan.

Deze aantallen zijn vervolgens ook weergegeven in figuur 4.1. De figuur laat goed zien dat in de eerste 2 maanden de dimensies Voorspelbaarheid en Balans relatief 'vaak' als minder optimaal werden beoordeeld. De dimensies Aansluiten en Comfort Ouder en Comfort Kind worden het minst vaak als zorgelijk aangevinkt. Tussen de 2^e en de 3^e maand dalen de aantallen van alle dimensies flink. Bijvoorbeeld bij 100 kinderen werd bij het consult op 8 weken aangevinkt dat de voorspelbaarheid van de ouder nog niet optimaal was, op 3 maanden is dit aantal gehalveerd naar 45 kinderen. In de tweede helft van het eerste jaar wordt nog maar bij een relatief kleine groep kinderen zorgen aangevinkt (tussen de 20 en 10 kinderen), en vanaf 7,5 maand minder dan 10 kinderen. De piek van het signaleren van hechtingszorgen met behulp van de vijf dimensies ligt bij het consult op 4 weken.

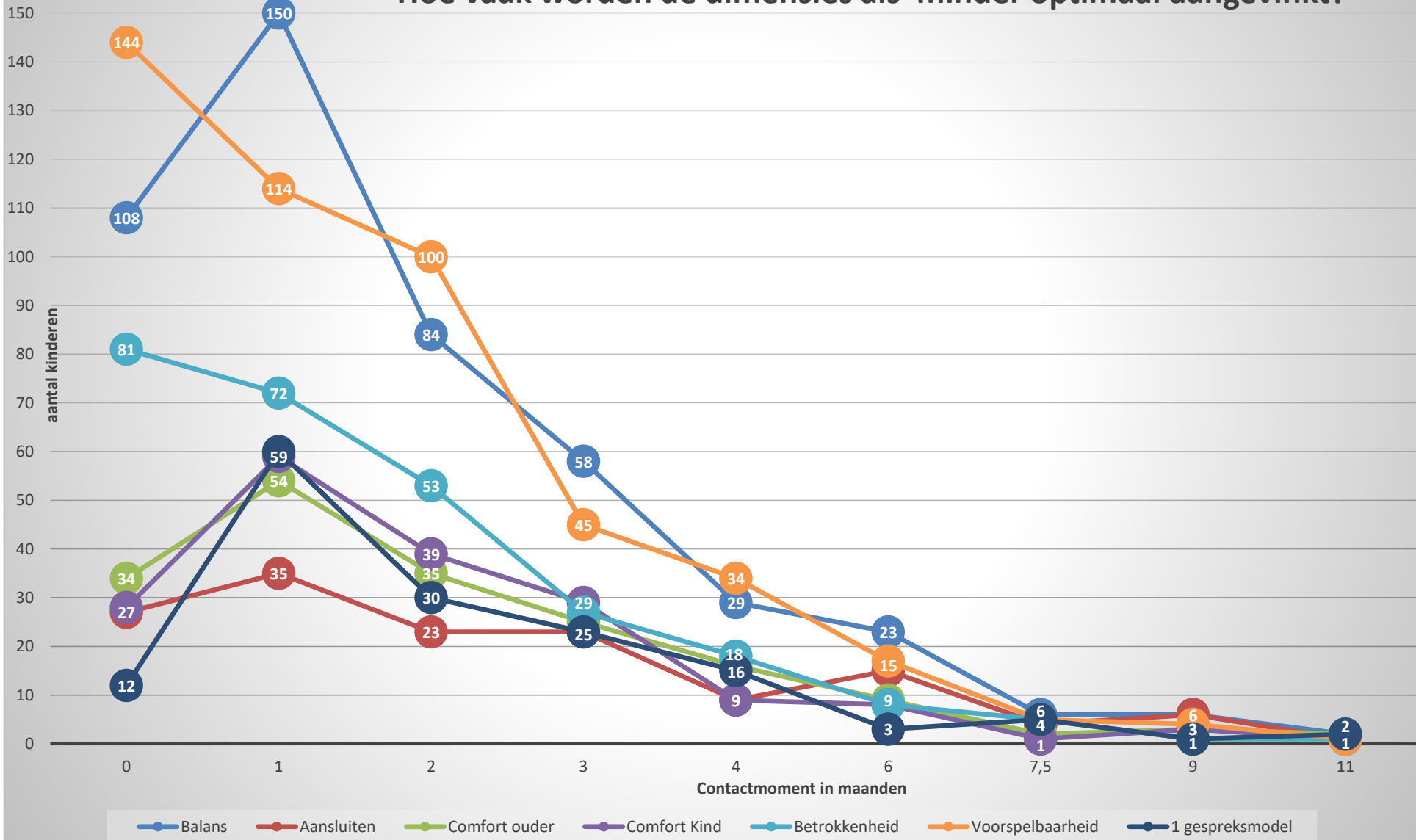
Omdat het aantal bezoeken waarover gegevens verzameld zijn, ook daalde met het klimmen van de maanden, hebben we in Figuur 4.2 in plaats van de absolute frequenties het percentage bezoeken weergegeven waarin een dimensie als minder optimaal werd aangevinkt. Figuur 4.2 laat zien dat de daling van het signaleren van mogelijke belemmeringen in de hechtingsrelatie iets minder stijl afdaalt dan figuur 4.1 suggereert. Met andere woorden: belemmeringen in de hechtingsrelatie worden voornamelijk in de eerste vier maanden gesignaleerd, met een piek op 4 weken. In de 2^e helft van het eerste jaar daalt het aantal signaleringen weliswaar, maar wordt het 1-ééngespreksmodel nog steeds aangeboden.

Tabel 4.4 Frequenties van de vijf dimensies en het ééngespreksmodel bij alle 5989 consulten tussen 0 en 11 maanden.

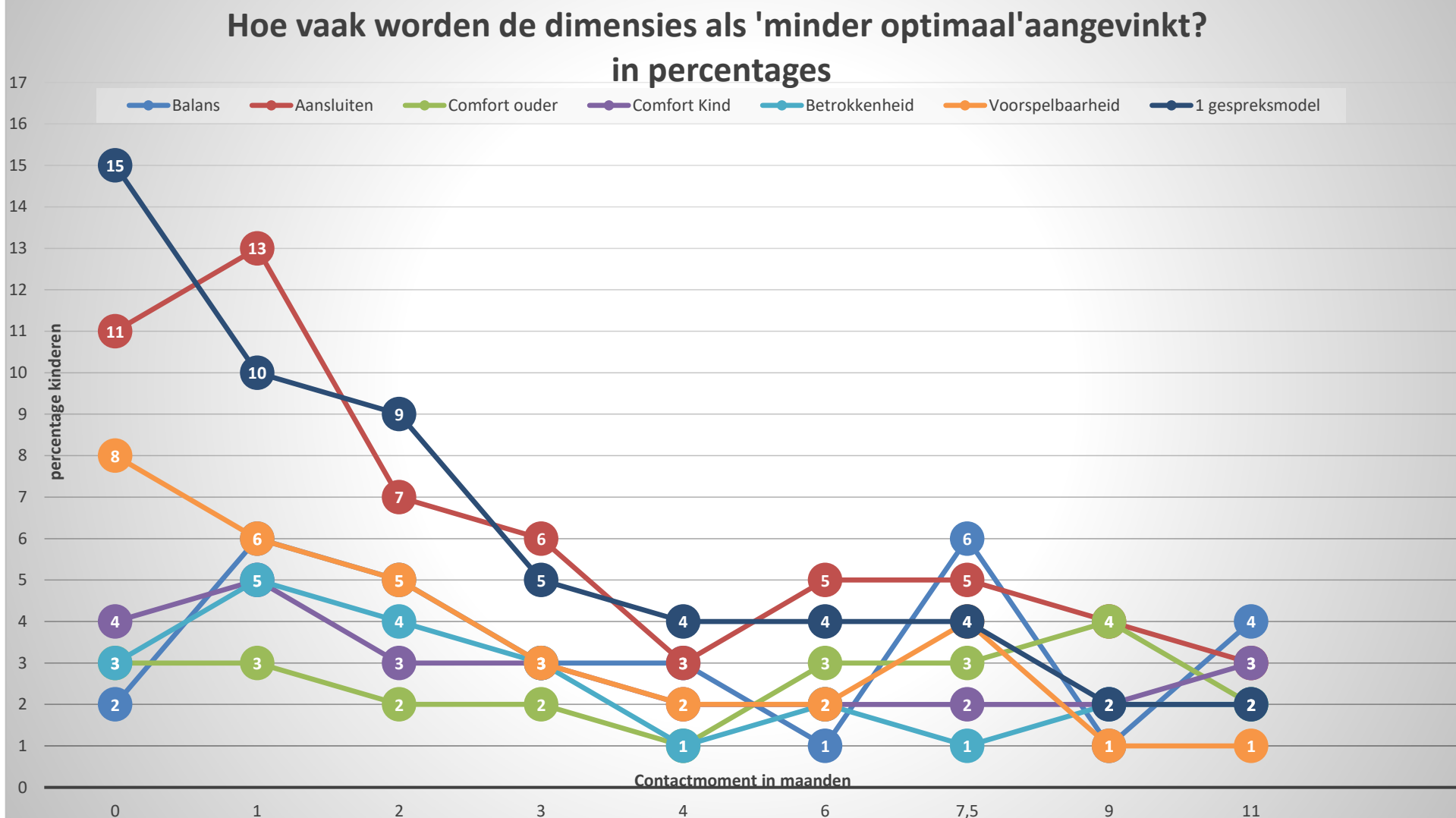
Contact moment	N	ééngespreksmodel		Balans		Aansluiten		Comfort Ouder		Comfort Kind		Betrokkenheid		Voorspelbaarheid	
		Wel	niet	positief	negatief	positief	negatief	positief	negatief	positief	negatief	positief	negatief	positief	negatief
0 Huis bezoek	1038	12 (2%)	562	853	108 (11%)	972	27 (3%)	927	34 (4%)	795	28 (3%)	857	81 (8%)	822	144 (15%)
4 weken	1139	60 (6%)	925	970	150 (13%)	1091	35 (3%)	1058	54 (5%)	1047	59 (5%)	1036	72 (6%)	1009	114 (10%)
8 weken	1113	30 (5%)	580	948	84 (7%)	1045	23 (2%)	1028	35 (3%)	929	39 (4%)	993	53 (5%)	953	100 (9%)
3 maand	981	23 (3%)	783	908	58 (6%)	952	23 (2%)	940	25 (3%)	937	29 (3%)	942	27 (3%)	923	45 (5%)
4 maand	873	15 (3%)	502	804	29 (3%)	842	9 (1%)	819	16 (2%)	801	9 (1%)	822	18 (2%)	810	34 (4%)
6 maand	473	3 (1%)	402	439	23 (5%)	450	15 (3%)	454	9 (2%)	455	8 (2%)	455	8 (2%)	445	17 (4%)
7,5 maand	133	5 (6%)	76	116	6 (5%)	126	4 (3%)	122	2 (2%)	121	0 (0%)	121	5 (4%)	120	5 (4%)
9,0 maand	168	1 (< 1%)	145	154	6 (4%)	156	6 (4%)	158	3 (2%)	152	3 (2%)	158	1 (< 1%)	157	4 (2%)
11 maand	67	2 (4%)	47	62	2 (3%)	65	1 (2%)	63	2 (3%)	63	1 (2%)	65	0 (0%)	65	1 (2%)
Totaal aantal consulten	5.889	151 (4%)	4.022 (96%)	5.254 (92%)	466 (8%)	5.699 (98%)	143 (2%)	5.569 (97%)	180 (3%)	5.300 (97%)	176 (3%)	5.449 (94%)	265 (6%)	5.304 (92%)	464 (8%)
Onbekend		1.815		169		47		140		413		175		121	

Figuur 4.1 Aantal kinderen dat minder optimaal scoort per contactmoment uitgesplitst naar de dimensies

Hoe vaak worden de dimensies als 'minder optimaal' aangevinkt?



Figuur 4.2 Aantal kinderen dat minder optimaal scoort per contactmoment uitgesplitst naar de dimensies



4.3 Hoe vaak wordt het ééngespreksmodel aangeboden?

Naast de vijf dimensies hebben de JGZ-professionals ook aangegeven of het ééngespreksmodel is aangeboden tijdens het contactmoment. Dat gebeurde in 4% van alle consulten. In totaal werd 151 keer het ééngespreksmodel volgens de JGZ-professional uitgevoerd op een totaal van 4.173 consulten. Ook voor het ééngespreksmodel ligt de piek op het consult van 4 weken, en daalt de frequentie geleidelijk af naar 23 gesprekken op 3 maanden, 15 op 4 maanden en vanaf 6 maanden minder dan 10 keer.

De JGZ-professionals zelf gaven aan dat mogelijk niet in alle 151 gevallen het volledige ééngespreksmodel is uitgevoerd. Ook in situaties waarin de JGZ-professional het thema hechting iets uitgebreider besproken heeft, werd in de beginperiode aangevinkt als 'ééngespreksmodel'. Het kan daarom zijn dat de hier gepresenteerde cijfers een geflatteerd beeld geven van de methodiek. Anderzijds geven de hier gepresenteerde cijfers een evenwichtig beeld; In circa 2 – 8% van de consulten werd een dimensie als minder optimaal aangevinkt en in 4% van de consulten werd de laagdrempelige interventie – het ééngespreksmodel – aangeboden.

Om beter zicht te krijgen op de gezinnen bij wie het ééngespreksmodel werd aangeboden, hebben we de aantallen van de vijf dimensies afgezet tegen de vraag of het ééngespreksmodel werd aangeboden op het contactmoment van 4 weken. Op die leeftijd is in totaal 60 keer het ééngespreksmodel aangeboden

In Tabel 4.5 worden deze gegevens gepresenteerd. De tabel levert een wat wisselend beeld op: als we kijken naar de contactmomenten waarbij het ééngespreksmodel **wel** wordt aangeboden, dan zien we dat de grootste groep daarbinnen negatief scoort op de dimensies (deze percentages zijn in groen weergegeven). Maar er zijn ook behoorlijk wat consulten geweest waarbij de ouders een negatieve score hebben gekregen op een van de vijf dimensies (bijv de ouder heeft onvoldoende aansluiting gevonden nog), en toch is het ééngespreksmodel **niet** aangeboden (deze aantallen zijn in rood weergegeven).

De meest voor de hand liggende verklaring is dat de registratie van het ééngespreksmodel in deze fase van invoering van de methodiek nog niet betrouwbaar was, en daarnaast is een verklaring gelegen in het feit dat we in deze tabel focussen op de vijf afzonderlijke dimensies terwijl de JGZ-professional bij het contactmoment altijd naar het totaalplaatje van het gezin kijkt: dus de ouder, het kind, en de omstandigheden. Deze brede blik is kenmerkend voor JGZ-professionals.

4.4 Hoe vaak wordt verwezen naar het vijfstappenmodel?

Ouders bij wie de JGZ-professional belemmeringen voor de hechtingsrelatie observeert, krijgen in principe het ééngespreksmodel aangeboden. Mocht de ouder onvoldoende geholpen zijn met het ééngespreksmodel, of mocht op voorhand al duidelijk zijn dat er de belemmeringen met betrekking tot de hechtingsrelatie groot is, dan wordt het gezin verwezen naar een meer intensieve interventie: het vijfstappenmodel.

Tabel 4.5 Frequenties van de vijf dimensies uitgesplit naar of het ééngespreksmodel is aangeboden (N= 1.139, 8 weken consult).

		ééngespreksmodel?	
		JA (n=60)	NEE (n=925)
Balans	Positief (n=844)	24 (3%)	820 (97%)
	Negatief (n=131)	36 (27%)	95 (73%)
Aansluiten	Positief (n=948)	45 (5%)	906 (95%)
	Negatief (n=31)	18 (58%)	13 (42%)
Comfort Ouder	Positief (n=923)	34 (4%)	889 (96%)
	Negatief (n=49)	25 (51%)	24 (49%)
Comfort Kind	Positief (n=916)	40 (4%)	876 (96%)
	Negatief (n=53)	19 (36%)	34 (64%)
Betrokkenheid	Positief (n=904)	37 (4%)	867 (96%)
	Negatief (n=64)	23 (36%)	41 (64%)
Voorspelbaarheid	Positief (n=881)	34 (4%)	847 (96%)
	Negatief (n=98)	26 (27%)	72 (73%)

Het verwijzen naar st. Kinderleven bij relatief grotere belemmeringen in de hechtingsrelatie is onderdeel van de methodiek van Paulien Kuipers, en hebben we om die reden ook in kaart gebracht worden.

In het Digitaal Dossier is geen aparte categorie opgenomen voor de verwijzing naar St Kinderleven. We hebben de verwijzingen in kaart gebracht met behulp van de opmerkingen die de JGZ-professionals in het Digitaal Dossier hebben genoteerd. Onder het tabblad ‘bijzonderheden hechting’ kan de JGZ-professional bijzonderheden met betrekking tot hechting op dat contactmoment noteren. Om beter zicht te krijgen op de verwijzingen hebben we al deze notities geïnventariseerd. Het databestand bevatte de gegevens van 5.989 bezoeken aan de JGZ door een groep van circa 1.000 ouders over een periode van 10 maanden. Van al die bezoeken is 4.148 keer (69%) tekst ingevuld in het vrije veld voor bijzonderheden met betrekking tot de hechting. Dat betekent dat in bijna driekwart van alle consulten de professional korte aantekeningen maakt over de hechting in het Digitaal Dossier. Heel vaak betreffen dit positieve opmerkingen, bijvoorbeeld:

- *“Moeder geniet ervan en ervaart geen drukte, de baby is makkelijk”*
- *“gemakkelijke jongen, liefdevolle aansluiting en balans”*.

Vaak worden in de opmerkingen de zorgen, die bij dimensies al aangevinkt zijn, kort toegelicht zodat de context duidelijk wordt, bijvoorbeeld:

- *“Moeder blijft zoeken, is vermoeid door slaapproblemen van beide jongens; de baby valt alleen nog in slaap met moeder, vader veel weg ivm werk”* .

- *“Nog geen goed ritme, moeite met inslapen en soms hazenslaapjes, kan pittig huilen maar is nu wel beter te troosten. Ouders nog zoekende naar juiste balans”.*

In die zorgen worden ook problemen benoemd die een belemmering kunnen vormen in de hechtingsrelatie, zoals een moeilijke of zelfs traumatische bevalling, problemen met de (borst)voeding of met slapen, bijvoorbeeld :

- *“de baby is niet altijd tevreden, heeft last van darmen en huid, liefdevolle moeder, ze sluit goed aan maar het is wel zwaar.”*
- *“Moeder heeft nog last van het overlijden van haar vader afgelopen jaar. Het is nu een moeilijke periode. Moeder kan er goed over praten met vader.”*
- *“de baby kan soms overstrekken, ziet er dan akelig uit, maar kan ook heel ontspannen zijn. Sinds het weekend gaat het drinken iets minder makkelijk, moeder is zoekende in deze structuur”*

Ten behoeve van het onderzoek hebben we alle aantekeningen ingedeeld³ in drie categorieën: categorie 1 zijn alle positieve opmerkingen, waarin wel melding gemaakt kan worden van eventuele zorgen in het verleden, maar bij het contactmoment zijn die zorgen verminderd of helemaal weg; bijvoorbeeld *“Betere hechting dan voorheen, meer betrokken. Positieve stijgende lijn”* of *“gaat steeds beter met gezin en ritme, erg genieten van elkaar”*

Opmerkingen waarin melding gemaakt wordt van zorgen die ten tijde van het contactmoment wel aanwezig zijn, hebben we onderverdeeld in ‘kleine’ en ‘grote’ zorgen. Relatief kleine zorgen zijn van meer tijdelijke aard, en komen regelmatig voor zoals problemen met het zoeken naar ritme met betrekking tot de voeding en het slapen, of het aanvoelen wat er aan de hand is als de baby van streek is (aansluiten), of bij overgangen: moeder gaat weer werken, de overgang van borst- naar flesvoeding, of een verhuizing. Voor dergelijke zorgen is de aandacht van de JGZ-professional en het ééngespreksmodel bij uitstek geschikt: de professional bevestigt tegenover de ouder wat goed gaat, geeft aan dat de zorgen van de ouders heel normaal zijn en ondersteunen zo het zelfvertrouwen van de ouder, en geeft eventueel enkele tips om ouder te ondersteunen.

Naast kleine zorgen zijn er ‘grote zorgen’, hieronder hebben de zorgen gerangschikt die niet meer binnen de normale bandbreedte vallen: het kan gaan om psychiatrische klachten van een van de ouders, of zodanige problemen dat er al hulpverlening aanwezig is in het gezin.

Een voorbeeld:

“Moeder is angstig, maakt de baby 's nachts nog een keer wakker voor een voeding en heeft nu veel last van nachtmerries omdat ze weer moet gaan werken en bang is om de baby alleen te laten. Ouders hebben tijdens zwangerschap al contact gehad met IMH, gaat nog starten, is opgestart via RIAGG.”

Of: *“Er was totaal geen binding van Moeder en kind, daarom spoedhuisplaatsing”.*

In Tabel 4.6 worden de frequenties van de drie groepen zorgen vermeld.

Bij driekwart (69%) van alle consulten blijken de JGZ-professionals bijzonderheden te vermelden met betrekking tot de hechtingsrelatie. Als we meer inzoomen op deze aantekeningen, dan gaat het voornamelijk om opmerkingen met een positieve strekking; 86% van de opmerkingen is positief. Het gaat goed in het gezin op dat moment, en eventueel worden zorgen uit het verleden benoemd, maar die spelen op dit moment geen rol meer. Bij 10% van de opmerkingen worden tijdelijke problemen en zorgen benoemd, en in 4% van de

³ Het coderen is door een onderzoeker gedaan, door een tweede onderzoeker gecontroleerd, en toen weer nagecheckt door de eerste onderzoeker

opmerkingen is sprake van 'grote, meer structurele problemen in het gezin, zoals psychiatrische problemen bij de ouder en/of meer ernstige belemmeringen in de hechting.

Tenslotte hebben we gecodeerd hoe vaak de Stichting Kinderleven vermeld wordt in deze opmerkingen: in totaal heeft de professional 57 keer in het Digitaal Dossier vermeld dat de Stichting Kinderleven ter sprake is geweest, of dat de professional hiernaar verwezen heeft. In enkele gevallen wordt gemeld dat de ouder hier niet voor open staat; andere ouders geven wel gehoor aan de verwijzing, en een enkele keer is naar een tussenoplossing gezocht waarbij Paulien Kuipers meekijkt.

Tabel 4.6 Hoe vaak heeft de JGZ-professional 'bijzonderheden mbt hechting' vermeld in het Digitale Dossier?

	Aantal bezoeken	Percentage van totaal van 5.989 consulten	
Professional heeft tekst ingevuld bij 'bijzonderheden hechting'	4.148	69%	
Professional heeft niets ingevuld bij 'bijzonderheden hechting'	1.841	31%	
<i>Indien tekst is ingevuld:</i>		% van 4.148 consulten waar bijzonderheden zijn ingevuld	% van het totale aantal consulten
Geen zorgen: huidige situatie geeft geen reden tot zorg	3589	86%	59%
Kleine, meer tijdelijke zorgen	405	10%	7%
Grote zorgen	154	4%	3%
Is St Kinderleven benoemd/ hiernaar verwezen?	57 (waarbij in 49 gezinnen sprake is van grote zorgen volgens professional)	1%	<1%

Van de 57 consulten waarin de Stichting Kinderleven ter sprake is geweest, of hiernaar verwezen werd, was in 49 gevallen sprake van 'grote zorgen in het gezin' volgens de JGZ professional. In de overige 8 gezinnen speelden kleine zorgen, of verliep de hechting volgens de professional positief. Blijkbaar waren er voor de JGZ-professional toch (andere?) redenen om naar Stichting Kinderleven te verwijzen, maar kan niet afgeleid worden uit het Digitaal Dossier

Alles bij elkaar genomen kunnen we vaststellen dat in 1% van alle 5889 consulten (57 keer) de JGZ-professional verwijst naar het vijfstappenmodel, zoals dat wordt aangeboden door Stichting Kinderleven. Wanneer een JGZ-professional in het dossier noteert dat er grote zorgen spelen in dit gezin, komt in 37% van die consulten (57 keer van de 154 consulten met grote zorgen) de Stichting Kinderleven ook ter sprake.

4.5 Samenhang met opleidingsniveau?

Vervolgens wilden we nagaan in hoeverre het opleidingsniveau van de ouders die gezien worden bij de contactmomenten een rol speelde bij het aanvinken van de vijf dimensies, het uitvoeren van het ééngespreksmodel of de verwijzing naar het 5 gespreksmodel. Het zou immers kunnen dat JGZ-professionals een dimensie eerder negatief beoordelen bij ouders met een lager opleidingsniveau, of dat het ééngespreksmodel vaker uitgevoerd wordt bij hoogopgeleide moeders, omdat de methodiek “talig” is. Om te kunnen toetsen of er een zekere samenhang met opleidingsniveau hebben we de frequenties van de vijf dimensies uitgesplitst naar opleidingsniveau van de moeder (zie Tabel 4.7).

Voor deze analyse zijn we uitgegaan van de gegevens van 1139 gezinnen op het 4 weken contactmoment. Opleidingsniveau is scheef verdeeld in deze groep: de helft van de moeders is hoog opgeleid (HBO of universitair), 28% heeft een opleiding gevolgd op een gemiddeld niveau (MBO, of alleen Havo of VWO), en 15% van de moeders is laag opgeleid (alleen basisonderwijs, speciaal onderwijs, Vmbo of Mavo).

Tabel 4.7 Frequenties van de 5 dimensies en ééngespreksmodel uitgesplitst naar opleidingsniveau van de moeder (N= 1139, 4 weken consult).

		Laag	Midden	Hoog	missing
ééngespreksmodel	Wel (n=50)	4 (8%)	15 (30%)	31 (62%)	241 (21%)
	Niet (n=847)	140 (17%)	268 (32%)	439 (56%)	
Balans	Positief (n=890)	139(16%)	280 (31%)	471 (53%)	116 (10%)
	Negatief (n=133)	22 (17%)	38 (29%)	73 (54%)	
Aansluiten	Positief (n=999)	157 (16%)	313 (32%)	529 (52%)	110 (10%)
	Negatief (n=30)	5 (17%)	8 (27%)	17 (57%)	
Comfort Ouder	Positief (n=971)	153 (16%)	310 (32%)	508 (53%)	120 (11%)
	Negatief (n=46)	6 (15%)	10 (34%)	30 (50%)	
Comfort Kind	Positief (n=959)	149 (16%)	310 (32%)	500 (52%)	129 (11%)
	Negatief (n=51)	11 (22%)	9 (18%)	31 (61%)	
Betrokkenheid	Positief (n=949)	150 (16%)	303 (32%)	496 (52%)	124 (11%)
	Negatief (n=66)	8 (12%)	14 (21%)	44 (67%)	
Voorspelbaarheid	Positief (n=927)	149 (16%)	297 (32%)	481 (52%)	112 (10%)
	Negatief (n=100)	13 (13%)	24 (24%)	63 (63%)	

Met behulp van een Chi²-toets is getoetst of de frequenties van de dimensies en het ééngespreksmodel willekeurig verdeeld zijn over de drie opleidingsgroepen (laag, midden, hoog). Dat bleek inderdaad het geval te zijn: voor geen van de dimensies werd een significante samenhang gevonden met opleidingsniveau. In Tabel 4.7 wordt vermeld dat het ééngespreksmodel weliswaar vaker aangeboden wordt aan bij moeders met een hoog opleidingsniveau (62% is hoogopgeleid) maar dit staat in verhouding met de populatie ouders die in zorg is bij JGZ Envida: daarvan is de meerderheid hoog opgeleid. Het ééngespreksmodel wordt dus niet vaker aangeboden aan hoger dan aan lager opgeleide moeders. Kortom: voor het signaleren van de vijf dimensies en het aanbieden van het ééngespreksmodel maakt het geen verschil of de JGZ-professional een hoog- of een laagopgeleide ouder voor zich heeft.

4.6 In hoeverre hangen de vijf dimensies onderling samen?

Tot nu toe is in beeld gebracht hoe vaak de afzonderlijke dimensies aangevinkt werden als minder optimaal door de JGZ-professionals van Envida. De resultaten lieten zien dat bij 2 tot 8% van de ouders in de onderzoeksperiode werd aangevinkt dat het functioneren op een van de vijf dimensies nog niet optimaal is (zie Tabel 4.4). Omdat het goed mogelijk is dat de dimensies van de aandachtspuntenlijst onderling samenhangen, zijn de onderlinge correlaties berekend. (Zie Tabel 4.8 voor de correlaties). Ook de samenhang tussen de dimensies en de registratie van zorgen, en of de JGZ-professional het ééngespreksmodel heeft uitgevoerd, hebben we in kaart gebracht.

De uitkomsten laten zien dat alle dimensies onderling gematigd (tussen .30 tot .39) tot sterk (> .40) samenhangen, en dat alle samenhangen significant zijn. De gematigde correlaties zijn in geel gearceerd, en de sterke samenhangen zijn oranje weergegeven.

Tabel 4.8 Samenhangen tussen de vijf dimensies onderling (N=1139, 4 weken).

	Balans	Aansluiten	Betrokkenheid	Voorspelbaarheid	Comfort Ouder	Comfort Kind	zorgen genoteerd in DD?	ééngespreks model
Balans	1							
Aansluiten	,26**	1						
Betrokkenheid	,43**	,29**	1					
Voorspelbaarheid	,49**	,27**	,44**	1				
Comfort_Ouder	,45**	,27**	,47**	,34**	1			
Comfort_Kind	,42**	,18**	,32**	,29**	,35**	1		
zorgen genoteerd	,39**	,19**	,28**	,28**	,29**	,22**	1	
Ééngespreks model	,35**	,39**	,33**	,28**	,43**	,30**	,26**	1

** p < .01

Alle dimensies hangen ook significant samen met het noteren van zorgen in het vrije tekstveld (correlaties variëren tussen .19 en .39) en of het ééngespreksmodel is uitgevoerd (correlaties variëren tussen .26 en .42) zie Tabel 4.8. Met name de dimensie *Balans* hangt sterk samen met de andere dimensies, en ook met de registratie zorgen, en het aanbieden van het ééngespreksmodel; met andere woorden: deze dimensie biedt een goede indicatie van hechtingsproblemen. De correlatietabel laat verder zien dat de verschillende dimensies

deels dezelfde ouders identificeren als groep bij wie er belemmeringen aanwezig zijn voor de hechtingsrelatie. Met andere woorden; de informatie die de vijf dimensies oplevert over gezinnen, overlapt dus gedeeltelijk. Omdat de overlap tussen de dimensies echter niet volledig is zal het toch nodig zijn om alle vijf de dimensies afzonderlijk in kaart te brengen. Iedere dimensie vertegenwoordigt ook een uniek aspect van de ouder-kind relatie.

4.7 Samenvatting procesevaluatie op basis van de gegevens Digitaal Dossier

In dit deel van de procesevaluatie hebben we onszelf de volgende vragen gesteld:

- **Hoeveel ouders (en hun kinderen) komen in beeld met behulp van de vijf dimensies?**

De vijf dimensies worden bij 2 tot 8 % van alle 5889 JGZ consulten als 'minder optimaal' aangevinkt. Aansluiten heeft de laagste prevalentie met 2%, Comfort 3%, Betrokkenheid 6% en Balans en Voorspelbaarheid worden aangevinkt bij 8% van de consulten. De piek van het signaleren ligt op de leeftijd van 4 weken. In de tweede helft van het eerste jaar neemt de prevalentie af. De dimensies hangen onderling redelijk tot sterk samen. Het signaleren met behulp van de vijf dimensies en het aanbieden van het éénengespreksmodel is niet gevoelig voor het opleidingsniveau van de ouders.

- **Hoeveel ouders krijgen het éénengespreksmodel aangeboden en hoeveel ouders worden verwezen naar het vijfstappenmodel?**

Het éénengespreksmodel wordt in 4% van alle 5889 consulten aangeboden (151 keer), en in 1% vindt een verwijzing naar de Stichting Kinderleven plaats. Een meerderheid van de gesprekken vindt plaats bij consulten waarbij één van de dimensies als minder optimaal is aangevinkt. Als de JGZ-professional grote zorgen noteert in het veld 'bijzonderheden hechting' wordt in 37% van de bezoeken verwezen naar Kinderleven.

Deze cijfers moeten voorzichtig geïnterpreteerd in de zin dat bij herhaling van het onderzoek mogelijk andere percentages gevonden worden. Dit omdat de methodiek van Paulien Kuipers nog maar net ingevoerd was bij Envida op het moment dat deze proces-evaluatie is uitgevoerd. Het observeren van de ouder-kind relatie en dat bespreekbaar maken, en ook nog registreren in het dossier, vergt een behoorlijke omslag voor de JGZ-professionals, waar ze aan moeten wennen.

5 Procesevaluatie: competentie professionals

5.1 In hoeverre voelen de professionals zich voldoende toegerust?

Een en twintig JGZ-professionals van Envida hebben in januari 2016 een nascholing bijgewoond, die verzorgd werd door Stichting Kinderleven. Bij deze nascholing waren – naast de JGZ-professionals - ook 53 andere professionals aanwezig: jeugdhulpverleners, GZ psychologen, maatschappelijk werkers, en medewerkers van de kinderopvang.

Deze groep heeft bij deze scholing een korte schriftelijke vragenlijst '*Signaleren en bespreken hechting*' ingevuld over hun ervaringen op dat moment rond het thema hechting. Twee professionals hebben de lijst niet ingevuld. Gevraagd werd hoe vaak de professional op dat moment (voordat de scholing helemaal afgerond was) problemen in de ouder-kind relatie signaleerde en met de ouders bespreekbaar maakte, hoe vaak kinderen door hen doorverwezen werden voor hechtingsproblematiek, en hoe competent ze zich hierbij voelden. Alle professionals zijn al wel getraind in de methodiek van Paulien Kuipers, en werken ermee, maar de scholing is nog niet helemaal afgerond.

Eerst is nagegaan in hoeverre de vragen van de vragenlijst '*Signaleren en bespreken hechting*' onderling zinvol samenhangen. Dit leverde twee schalen op: een schaal 'Competentie' met drie items over de huidige competentie van de professional met betrekking tot het signaleren van hechtingsproblemen (Cronbach's alfa = .82) en een schaal 'Prevalentie': hoe vaak de professional dit soort problemen bij ouders signaleerde (Cronbach's alfa was .68).

Beide sub-schalen hebben we vervolgens ook gecombineerd in een Totaalscore voor competentie en prevalentie. Cronbach's alfa van deze Totaalscore was .75. De totale groep respondenten (zowel de JGZ-professionals als de andere professionals daarbuiten) voelden zich op het moment van de nascholingsbijeenkomst 'redelijk tot gematigd' competent om hechting te signaleren: 22% van de respondenten (n=15) had een score van 2 of lager (op een schaal van 0 tot 5) voor ervaren competentie. De gemiddelde score voor competentie was 2,52. In Tabel 5.1 worden de uitkomsten op de vragenlijst '*Signaleren en bespreken hechting*' gegeven.

Tabel 5.1 Uitkomsten op vragenlijst '*Signaleren en bespreken hechting*' onder professionals. bij de nascholing (N= 72).

	Prevalentie schaal (items 7 en 11)	Competentie schaal (item 8-10)	Totaalscore (items 7 t/m 11)
Gemiddelde score (0-5)	1,81	2,52	2,26
SD	1,01	0,84	0,74
Minimum score	1,00	1,00	1,00
Maximum score	4,50	4,33	4,40
Missing	13	5	14

Tabel 5.2 Verschillen tussen JGZ-professionals en andere professionals mbt ervaren competentie en hoe vaak hechtingsproblemen gesignaleerd worden (N= 72).

	Professional	N	Gemiddelde	SD
Totaalscore	JGZ-medewerker	18	2,24	,68
	Andere professional	40	2,27	,77
Competentieschaal	JGZ-medewerker	19	2,28	,63
	Andere professional	48	2,62	,89
Prevalentieschaal	JGZ-medewerker	18	2,17	1,22
	Andere professional	41	1,66	,88

Vervolgens zijn we nagegaan of er verschillen zijn tussen de 19 JGZ-professionals en de 53 andere professionals die deze vragenlijst ook hebben ingevuld. Met behulp van een t-toets is getoetst of de gemiddelden in beide groepen significant van elkaar verschillen. Dat bleek niet het geval te zijn: beide groepen professionals verschilden niet van elkaar op ervaren competentie en de prevalentieschaal. Dat wil zeggen: JGZ-professionals voelden zich – in de eindfase van de scholing in de methodiek van Paulien Kuipers – even competent op het gebied van het signaleren en bespreken hechtingsproblemen als de andere professionals, die dezelfde scholing hebben bijgewoond maar veelal in de jeugdhulpverlening werken.

Op basis van hun eigen inschatting was er ook geen verschil in hoe vaak de professionals hechtingsproblemen signaleren bij gezinnen: De JGZ-professionals kwamen op het oog uit op een iets hogere score voor de prevalentie (M= 2,17) dan de andere professionals (M= 1,66) maar die gemiddelden verschillen niet significant van elkaar (zie Tabel 5.2). Het feit dat we geen significante verschillen vinden, moet echter ook toegeschreven worden aan de kleine steekproef.

Verder moeten we de kanttekening maken dat het hier gaat om zelfrapportages: dus de subjectieve inschatting van de professionals zelf, hoe vaak ze zelf inschatten dat ze hechtingsproblemen signaleren bij gezinnen. Het zijn geen objectieve metingen van de frequenties.

5.2 Uitkomsten op het Meet Instrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI)

Dezelfde groep van 19 professionals heeft in het voorjaar van 2017 het Meet Instrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI) schriftelijk ingevuld. De MIDI beoogt 29 factoren in kaart te brengen die de invoering en implementatie van een bepaalde vernieuwing bevorderen ofwel belemmeren (Fleuren, Wiefferink, Paulussen 2004, 2010).

Voor dit onderzoek hebben we de invoering van het ééngespreksmodel geëvalueerd met behulp van de MIDI. Dat is weliswaar slechts een onderdeel van de methodiek van Paulien Kuipers (naast de aandachtspuntenlijst en de verwijzing naar het vijfstappenmodel), maar het ééngespreksmodel behelst de grootste verandering voor de JGZ-professionals. Het komt de betrouwbaarheid van de MIDI ten goede als één concrete vernieuwing uitgevraagd wordt.

Ten behoeve van dit onderzoek hebben we de algemene vraagstelling van de MIDI omgezet naar de invoering van het ééngespreksmodel. Dus de algemene vraag ‘de innovatie is in heldere stappen omschreven’ luidde nu “Het eengespreksmodel is in heldere stappen omschreven. Ik weet precies welke activiteiten in welke volgorde moeten worden uitgevoerd.”

Tabel 5.3 Beschrijvende uitkomsten op vijf schalen van de MIDI

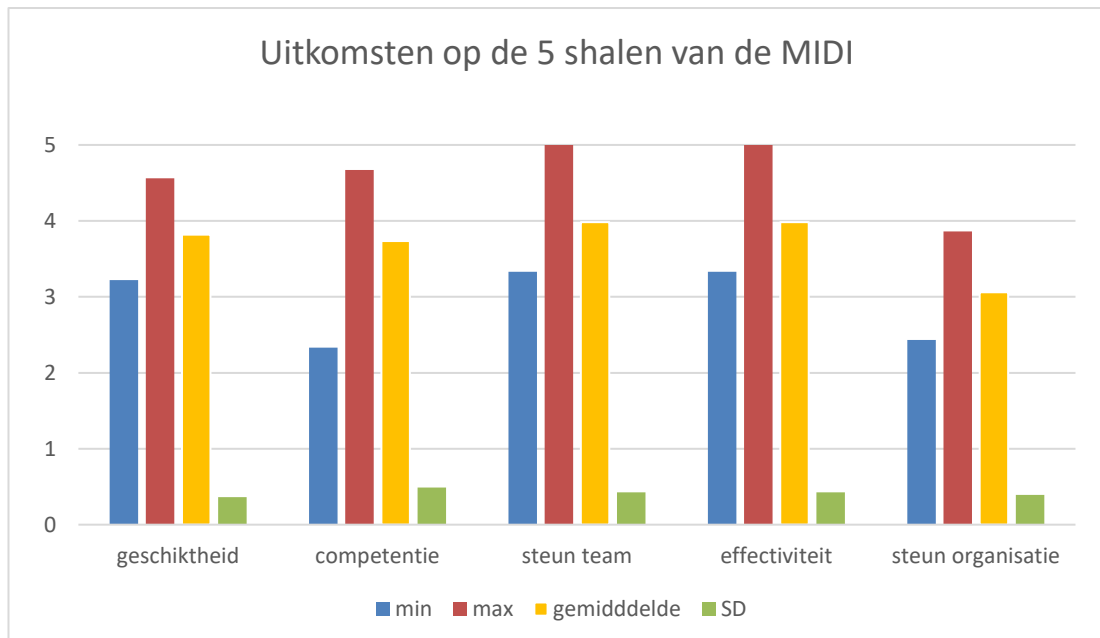
	α	Minimum	Maximum	Gemiddelde	SD
Schaal 1 Geschiktheid methodiek	,76	3,22	4,56	3,82	,36
Schaal 2 Ervaren competentie	,73	2,33	4,67	3,73	,49
Schaal 3 Steun van het team	,63	3,33	5,00	3,98	,43
Schaal 4 Effectiviteit methodiek	,70	3,33	5,00	3,98	,43
Schaal 5 Steun van de organisatie	,73	2,43	3,86	3,06	,39

Eerst zijn we op basis van de inhoud van de items nagegaan in hoeverre het mogelijk was de 29 losse vragen te clusteren in zinvolle schalen: dat leverde vijf schalen op die vermeld worden in Tabel 5.3. De eerste schaal "Geschiktheid van de methodiek" is een samenvoeging van 9 vragen (Cronbach's alfa was .76) en bevat onder andere de volgende stellingen:

- is in heldere stappen beschreven,
- is gebaseerd op feitelijk juiste kennis,
- biedt alle informatie en materialen die nodig zijn om er goed mee te kunnen werken,
- sluit goed aan bij hoe ik gewend ben om te werken,
- is geschikt voor mijn cliënten, de ouders.

De tweede schaal "Ervaren competentie" bevat de drie vragen die betrekking hebben op de vraag of het de professional lukt om met het ééngespreksmodel toe te passen, en of ze goed op de hoogte zijn van de inhoud van de nieuwe werkwijze.

Figuur 5.1 Grafische weergave van de beschrijvende uitkomsten op de 5 schalen.



Schaal 3 'Steun van het team' bevat drie vragen die iets zeggen over verwachtingen en steun van het team: 'verwacht de team coördinator dat u met de nieuwe werkwijze werkt', en 'kan op voldoende hulp van collega's rekenen'.

Schaal 4 'verwachte effectiviteit' heeft betrekking op drie vragen waarin aangegeven wordt dat de JGZ-professional verwacht dat het ééngespreksmodel daadwerkelijk een betere band tussen ouder en kind tot stand brengt: 'ik vind het belangrijk om met de nieuwe werkwijze betere band te bereiken', 'ik vind de effecten van de nieuwe werkwijze zichtbaar'.

Schaal 5 'steun van de organisatie' heeft betrekking op 7 vragen, te weten (alles hier noemen): worden medewerkers die weggaan worden vervangen door nieuwe? Is er voldoende personeel, voldoende financiële middelen, voldoende tijd beschikbaar om de nieuwe werkwijze te gebruiken, en sluit de werkwijze goed aan bij bestaande wetten en regels'.

In figuur 5.1 worden de gemiddelden (minimale maximale waarde en de spreiding) in een figuur weergegeven. De lengte van de staven laat zien dat de gemiddelden op alle vijf schalen relatief hoog liggen. Met name schaal 1 Geschiktheid van de methodiek, schaal 3 Steun van het team en schaal 4 verwachte effectiviteit liggen hoog. De JGZ-professionals zijn het unaniem erover eens dat het ééngespreksmodel een adequate en effectieve methode is om de band tussen ouders en hun kind te verbeteren.

Op de schalen 'ervaren competentie' en steun van de organisatie liggen de gemiddelden iets lager: niet iedereen voelt zich voldoende competent (minimale waarde is 2,33 op een schaal van 1-5) en men ervaart de steun van de organisatie als gematigd (gemiddelde = 3,06 op schaal tussen 1 en 5).

5.3 Samenvatting schriftelijke vragenlijsten professionals

De vragenlijst '*Signaleren en bespreken hechting*' die 19 JGZ-professionals hebben ingevuld bij de nascholing liet zien dat men zich redelijk competent voelde in het signaleren van hechtingsproblemen. De medewerker schatte verder in dat hij/zij 1 keer in de maand een gezin signaleerde met hechtingsproblemen. Vanwege de kleine aantallen kunnen we geen verstrekkende conclusies trekken uit deze gegevens.

Anderhalf jaar later hebben dezelfde 19 professionals de MIDI ingevuld, die zicht geeft op bevorderende en belemmerende factoren voor de invoering. De methodiek van Paulien Kuipers geniet een groot vertrouwen bij de JGZ-professionals van Envida: de adequaatheid (past de methodiek bij de manier van werken en bij de ouders) en de verwachte effectiviteit worden hoog ingeschat. Niet iedereen voelt zich echter voldoende toegerust om het ééngespreksmodel te kunnen uitvoeren. Het focusgroep interview biedt daarover meer informatie; hieronder daarover meer.

5.4 Focusgroep interview

In het voorjaar van 2017 is een focusgroep interview gehouden met zeven JGZ-professionals van Envida: vijf jeugdartsen en twee jeugdverpleegkundigen. Het groepsgesprek duurde circa 1,5 uur en werd gekoppeld aan multidisciplinair overleg bij

Envida in Maastricht. Het groepsgebesprek werd geleid door een onderzoeker van TNO, die het gesprek heeft opgenomen en schriftelijke aantekening maakte. Op basis daarvan is een verslag geschreven waarin zoveel mogelijk letterlijk citaten van de professionals zijn opgenomen. Dit verslag is vooraf eerst ter goedkeuring voorgelegd aan de professionals.

5.4.1 *Wat is positief, wat is negatief?*

Om te beginnen is aan alle aanwezigen gevraagd om een positief en een negatief aspect van de methodiek van Paulien Kuipers te benoemen. De methodiek omschrijven we hierbij als het geheel van 3 elementen: de signalenlijst en de vijf dimensies die in het Digitaal Dossier geregistreerd wordt, het ééngespreksmodel, en de verwijzing naar het vijfstappenmodel, ofwel naar andere hulp zoals de GGZ of jeugd GGZ.

Met behulp van de volgende uitspraken, gaven de professionals aan wat zij positief waarderen aan de methodiek:

- *“Ik word nog meer dan in het verleden geprikkeld om naar het gezin te kijken”*
- *“de focus op hechting, die is nu vastgelegd in het DD. Zo kom je er bij ieder contact moment erop terug”.*
- *“We hebben nu meer handvatten om ouders alert te maken op hechting en om het ook in de toekomst onder de aandacht te houden en te kunnen bespreken met ouders. Dat is belangrijk”*
- *“De manier waarop je als professional het gesprek met de ouders voert is positief; dat gesprek is eigenlijk een heel intiem moment. Het verkennen van de ouder-kind band gaat nu makkelijker in vergelijking met voorheen, want je kan er als professional nu woorden aan geven”.*
- *“We beschikken over praktische tools om de band met het kind bespreekbaar te maken.”*
- *“Taal is belangrijk! Er wordt nu systematisch - samen met de ouders - aandacht besteed aan hechting door middel van het ééngespreksmodel. Dat geeft ons als professional de middelen om samen met de ouders de balans op te maken van hoe het nu gaat met hen beiden (ouder en kind), hen daarin mee nemen en het ook weer aan ouders terug te geven.”*
- *Het ééngespreksmodel is een enthousiasmerend systeem: “we hebben nu handvatten om hechting en de afstemming tussen ouders en kind gewoon te benoemen. De reacties van kinderen op dat benoemen zijn erg bijzonder, en stimuleren mij om ermee verder te gaan.”*

Punten die de JGZ-professionals negatief vinden, hebben allemaal te maken met de organisatie van de uitvoering ervan, niet zozeer met de methodiek zelf. De volgende uitspraken laten dat zien:

- *“De borging van de methodiek is naar mijn mening nog niet goed op orde; we hebben een training gevolgd van twee bijeenkomsten, maar dat is te weinig om het echt goed op pijl te houden.”*
Verschillende professionals zijn van mening dat de huidige scholing te beperkt is om het ééngespreksmodel echt goed te kunnen toepassen. Enkele professionals voelen zich nog erg onzeker over het uitvoeren van het ééngespreksmodel.
- *“De terugkoppeling van gezinnen die doorverwezen zijn voor het vijfstappenmodel kan volgens mij beter. Tussentijdse rapportages worden soms wel en soms niet teruggekoppeld.”* De professionals missen hierdoor naar eigen zeggen de mogelijkheid om iets te leren; namelijk of ze de verwijzing van gezinnen goed hebben gedaan.

- Bij het voeren van het ééngesprekmodel gaat de professional de gevoelens en het gedrag van het kind 'labelen', dat wil zeggen: de professional geeft betekenis aan de gevoelens en het gedrag van het kind. Sommige professionals zijn daarover erg onzeker. Met name de wijze waarop het ééngespreksmodel afgerond moet worden, blijkt voor sommigen een grote hobbel:

“Ik kan het gesprek wel voeren maar twijfel erg over de afronding van het gesprek, waarbij je als professional het gedrag van het kind gaat benoemen. Op die manier worden ouders aan het denken gezet. Eigenlijk zou ik meer professionele begeleiding nodig hebben bij het afronden van het gesprek; maar die begeleiding is op dit moment nog niet mogelijk.”
- De beschikbare tijd is een beperkende factor bij het uitvoeren van het ééngespreksmodel. Om het ééngespreksmodel helemaal te kunnen afronden heb je als professional meer tijd nodig dan er nu is; ondanks het feit dat de consulten met 5 minuten verlengd zijn.

5.4.2 Verwijzingen door de JZG

Na het bespreken van de positieve en negatieve punten, werd de JGZ-professionals gevraagd hoe het verwijzen precies in zijn werk gaat: wanneer verwijst een JGZ-professional naar het vijfstappenmodel (van Stichting Kinderleven), wanneer naar andere vormen van hulp en wat is hierover afgesproken?

Met Stichting Kinderleven is afgestemd dat Kinderleven de eerstelijnszorg (dus het vijfstappenmodel) aanbiedt wanneer in een gezin iets aan de hand is met de ouder-kind band of wanneer het primaire probleem te maken heeft met de hechting. De JGZ-professional schat naar eigen zeggen zelf in of de betrokken ouder baat zou kunnen hebben bij St. Kinderleven. In een enkel geval verwijst de JGZ-professional een ouder **niet** naar St. Kinderleven, omdat de professional inschat dat de ouders hiervoor niet openstaan. Het gebeurt ook dat de JGZ ouders wel adviseert om de hulp van Kinderleven in te roepen, maar dat ouders daar niet voor open staan.

Met betrekking tot de verwijzing bij andere problemen:

- Als de jeugdarts of verpleegkundige vaststelt dat er sprake is van psychiatrische problemen in een gezin dan verwijzen de JGZ-professionals naar Infant Mental Health van Virenze (Jeugd GGZ). Ook gezinnen met zwaardere of multi-probleem problematiek worden naar IMH Virenze verwezen.
- In deze regio is een Team Jeugd actief: zij vormen het toegangsteam voor jeugdhulp en jeugdbescherming. In het Team Jeugd zijn maatschappelijk werk, JGZ, jeugdhulp, en MEE zijn vertegenwoordigd. JGZ-professionals kunnen het team Jeugd benaderen voor consultatie en advies bij vragen over problemen in gezinnen.

5.4.3 Over de borging van de methodiek

Tijdens het groepsinterview bleek dat de JGZ-professionals kritisch waren over de borging van de methodiek. Alle JGZ-professionals hebben een training gevolgd van twee bijeenkomsten. Sommige professionals waren van mening dat deze huidige scholing nog te beperkt is om het ééngespreksmodel goed te kunnen toepassen in de dagelijkse praktijk. Verschillende professionals voelden zich erg onzeker over het uitvoeren van het ééngespreksmodel. Hierbij moet wel meegenomen worden dat de methodiek nog maar een

jaar ingevoerd is bij Envida. In de beginperiode (van een invoertraject) ligt het voor de hand dat nog niet alle professionals zich voldoende competent voelen om de methodiek uit te voeren, en dat er organisatorische knelpunten zijn.

De JGZ-organisatie heeft inmiddels stappen gezet om de borging te verbeteren. Er worden op dit moment twee extra JGZ-professionals (1 jeugdarts en 1 jeugdverpleegkundige) opgeleid als trainer in de methodiek van Paulien Kuipers. Deze nieuwe 'trainers' hebben onder andere de volgende taken:

- de trainers zullen de professionals van Envida gaan coachen bij het werken volgens de methodiek van Paulien Kuipers;
- de trainers gaan een ondersteunende rol spelen bij het doorverwijzen door JGZ (in hoeverre is de doorverwijzing terecht)
- de jeugdverpleegkundige van Envida neemt de 'moeder-kind groepen' van St Kinderleven over. Envida heeft hiervoor budget ontvangen. De moeder-baby groepen zijn een preventieve, laagdrempelige vorm van opvoedondersteuning; die tot nu altijd aangeboden door St Kinderleven zelf.

Vijf keer per jaar wordt een Intercollegiale Toetsing georganiseerd voor zowel artsen als verpleegkundigen, maar dat biedt blijkbaar te weinig ruimte voor het uitwisselen van ervaringen. Er is bij de JGZ-professionals behoefte aan meer ruimte voor intervisie of de mogelijkheid om casussen met elkaar te bespreken.

Tenslotte werd opgemerkt over de borging: *"Om goed met de methodiek te kunnen blijven werken, is het nodig dat we voldoende contactmomenten houden en dat er geen vaste momenten geschrappt gaan worden in het kader van de flexibilisering. Alleen zo kunnen we een vertrouwensband opbouwen met de ouders; dat is een voorwaarde voor de methodiek. Een goede relatie met ouders is cruciaal."*

5.4.4 Samenvatting en discussie focusgroep interview

In het focusgroep interview stonden twee vragen centraal, die we hieronder afzonderlijk toelichten

1. In hoeverre voelen de JGZ-professionals zich voldoende toegerust om met de methodiek te werken?

De methodiek omschrijven we hier als het geheel van drie onderdelen: het observeren, bespreken en registreren van signalen voor 5 dimensies, het uitvoeren van het ééngespreksmodel, en de verwijzing naar het vijfstappenmodel. Voor het gebruik van de vijf dimensies en het verwijzen voelden de professionals zich voldoende toegerust. Sommige professionals voelden zich echter nog onvoldoende vaardig om het ééngespreksmodel te kunnen toepassen. Ze hebben behoefte aan meer begeleiding bij het uitvoeren van het ééngespreksmodel, en meer ruimte voor intervisie.

Deze behoefte aan extra ruimte voor opleiding en intervisie is niet verwonderlijk gezien de grote omslag die de methodiek van JGZ-professionals vraagt. In plaats van adviseren vanuit de rol als deskundige, komt het in de methodiek van Paulien Kuipers veel meer aan op het zich inleven in de ouder. Dit vraagt een iets andere attitude: vanuit die attitude worden mogelijke belemmeringen in de prille band tussen ouder en kind samen met de ouder besproken, zonder dat de professional daarover een oordeel velt. Ook bij het voeren van het

ééngespreksmodel is het van belang dat de JGZ-professional met behulp van verbindende (niet -veroordelende) taal de ouder-kind band versterkt.

De JGZ organisatie Envida heeft nu zelf een betere begeleiding voor de professionals georganiseerd in de vorm van extra trainers, die gaan ondersteunen bij het ééngespreksmodel en de verwijzing naar het vijfstappenmodel.

2. In hoeverre zijn de JGZ-professionals tevreden over de methodiek en waar liggen nog verbeterpunten?

De professionals in de focusgroep zijn enthousiast over de methodiek van Paulien Kuipers: ze beschikken nu over een **hulpmiddel** waarmee ze iets intiems of iets gevoeligs zoals de band tussen ouder en kind bespreekbaar kunnen maken. Het lukt de professionals om de ouders hierin mee te nemen en bij een volgend consult weer terug te komen op eerder besproken thema's. Als het ééngespreksmodel goed uitgevoerd wordt, dan ervaren de professionals de reacties van een kind en diens ouder op het benoemen van zijn/haar gedrag als stimulerend. Deze reacties in gedrag van ouder en kind zijn stimuleren hen om door te gaan met deze methodiek. Verder prikkelt de methodiek de JGZ-professionals om, veel meer dan in het verleden, naar ouder-kind hechting te kijken.

Concrete verbeterpunten zijn volgens de professionals:

- De scholing in de methodiek mag uitgebreider zijn dan nu het geval is
- De professionals willen meer begeleiding bij het uitvoeren van het ééngespreksmodel.
- De professionals hebben behoefte aan meer ruimte voor intervisie of de mogelijkheid om casussen met elkaar te bespreken.

6 Impact evaluatie ééngespreksmodel

Bij de impact evaluatie – waarin de ouders centraal staan - wilden we de volgende vragen beantwoorden

- Hoe waarderen ouders die voor de reguliere contactmomenten in het 1e levensjaar komen de 'nieuwe werkwijze waarin aandacht gegeven wordt aan de hechting met behulp van de aandachtspuntenlijst en eventueel het 1 -gespreksmodel)?
- In hoeverre voelen de ouders zich geholpen door het één en het vijfstappenmodel, in de zin dat de band met hun kind verbeterd is?

6.1 De steekproef van 168 ouders

Alle ouders die de JGZ bezochten voor de contactmomenten op 4 weken, 8 weken, 3 en 4 maanden kregen een korte, schriftelijke vragenlijst mee naar huis met het verzoek of de ouders de lijst willen invullen en terugsturen naar een antwoordnummer. Om de drempel voor ouders tot invullen zo laag mogelijk te houden, bevatte de lijst nauwelijks persoonlijke achtergrondgegevens. Het gevolg hiervan is dat de gegevens van deze oudervragenlijsten niet gekoppeld kunnen worden aan de gegevens van het Digitaal Dossier (waarin meer informatie over de ouders is opgeslagen).

De vragenlijsten zijn door de JGZ professionals uitgedeeld aan de ouders over een periode van ruim een jaar: vanaf 1 september 2016 tot 1 november 2017. In totaal zijn 900 vragenlijsten op de diverse locaties van Envida meegegeven. Daarvan hebben we 168 oudervragenlijsten terug ontvangen over hun JGZ bezoek op 4 maanden. Het response percentage is dus 19%.

Tabel 6.1 Achtergrondkenmerken van de gezinnen waarvan oudervragenlijst is ingevuld (N=168).

	Aantal ouders	Percentage
Leeftijd van het kind		
Jonger dan 4 maanden	8	4,8%
4 maanden	120	72,3%
Ouder dan 4 maanden	38	22,8%
Geslacht kind		
Jongen	86	51,2%
Meisje	82	48,8%
Oudste in het gezin?		
1 ^e kind	103	61,3%
Volgend kind	65	38,7%
Wie heeft de lijst ingevuld?		
moeder	145	86,3%
vader	23	13,7%
Bij welke professional is ouder geweest?		
Jeugdarts	33	19,8%
Jeugdverpleegkundige	109	65,3%
beide professionals	20	12,0%
Weet niet	6	3,6%

Bijna driekwart (n=120, 71%) van de ouders heeft de vragenlijst ingevuld na afloop van het contactmoment op 4 maanden, bij de jeugdverpleegkundige. De respondenten waren voornamelijk moeders (86%) en een meerderheid van hun kinderen was de oudste in het gezin (61%), zie Tabel 6.1 voor een overzicht van de steekproef.

6.2 De oudervragenlijst over het JGZ bezoek

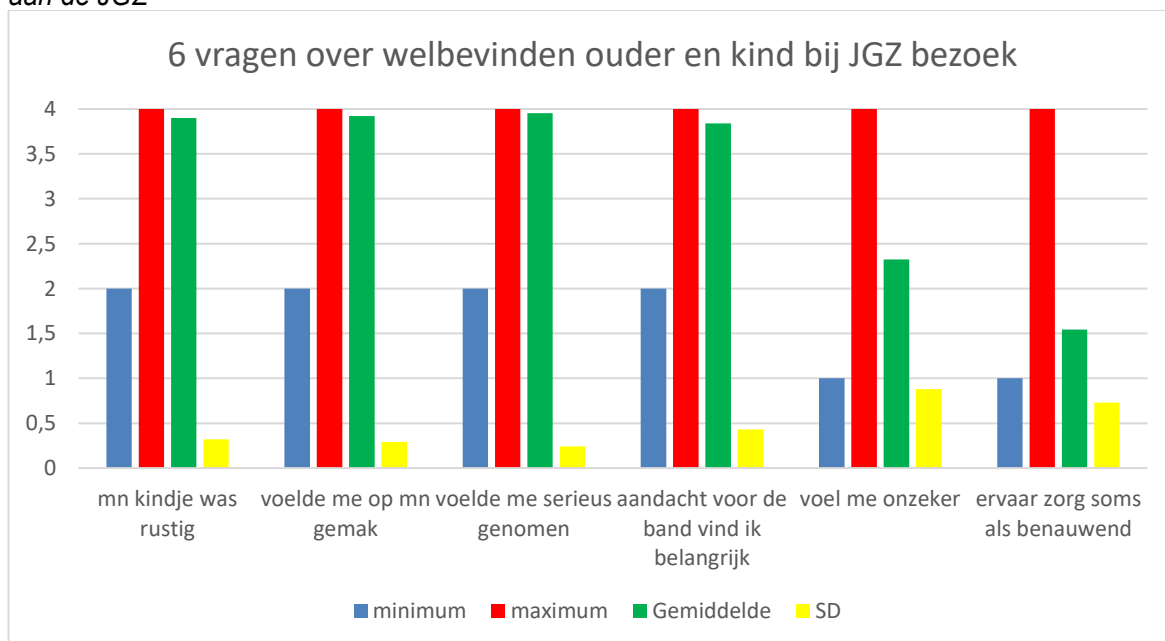
De vragenlijst die de 168 ouders ingevuld hebben na afloop van hun bezoek aan de JGZ, bevatte zes vragen (score 1-4, met 4 gunstig) aan de ouder over het welbevinden van ouder en kind tijdens het laatste bezoek aan de JGZ, bedoeld om een beeld te krijgen van hoe de ouder en kind zich voelden. De beide negatief gesteld items ('voel me onzeker als ouder' en 'soms ervaar ik de zorg over mijn kindje als benauwend') zijn gehercodeerd.

- Mijn kindje was rustig en op zijn gemak tijdens het laatste bezoek.
- Ik voelde me op m'n gemak tijdens het laatste bezoek
- Ik voelde me serieus genomen door de arts of verpleegkundige
- Ik vind het belangrijk dat er aandacht is voor de band tussen mij en met mijn kindje
- Ik voel me soms onzeker als ouder
- Soms ervaar ik de zorg over mijn kindje als benauwend

In figuur 6.1 worden de uitkomsten op de afzonderlijke vragen gegeven. De ouders hebben deze zes vragen behoorlijk positief ingevuld: alle kinderen waren op hun gemak bij het laatste bezoek aan de JGZ evenals hun ouders, men voelde zich heel serieus genomen en men vond aandacht voor de ouder-kind band belangrijk.

Op de vraag of de ouder zich wel eens onzeker voelde als ouder, lieten de ouders meer spreiding zien. Op een schaal van 1 tot 4 scoorden de ouders gemiddeld een 2,32. De helft van de 168 ouders was het helemaal eens of een beetje eens met deze stelling. Slechts 10% van de ouders was het helemaal of een beetje eens met de stelling "ik ervaar de zorg over mijn kindje als benauwend" (gemiddelde was 1,54 op een schaal van 1 tot 4).

Figuur 6.1 Gemiddelden, min., max en SD voor de vragen mbt welbevinden ouder bij bezoek aan de JGZ



De volgende vragen werden gesteld over de ervaren bejegening door de JGZ-professional :
De jeugdarts of jeugdverpleegkundige...

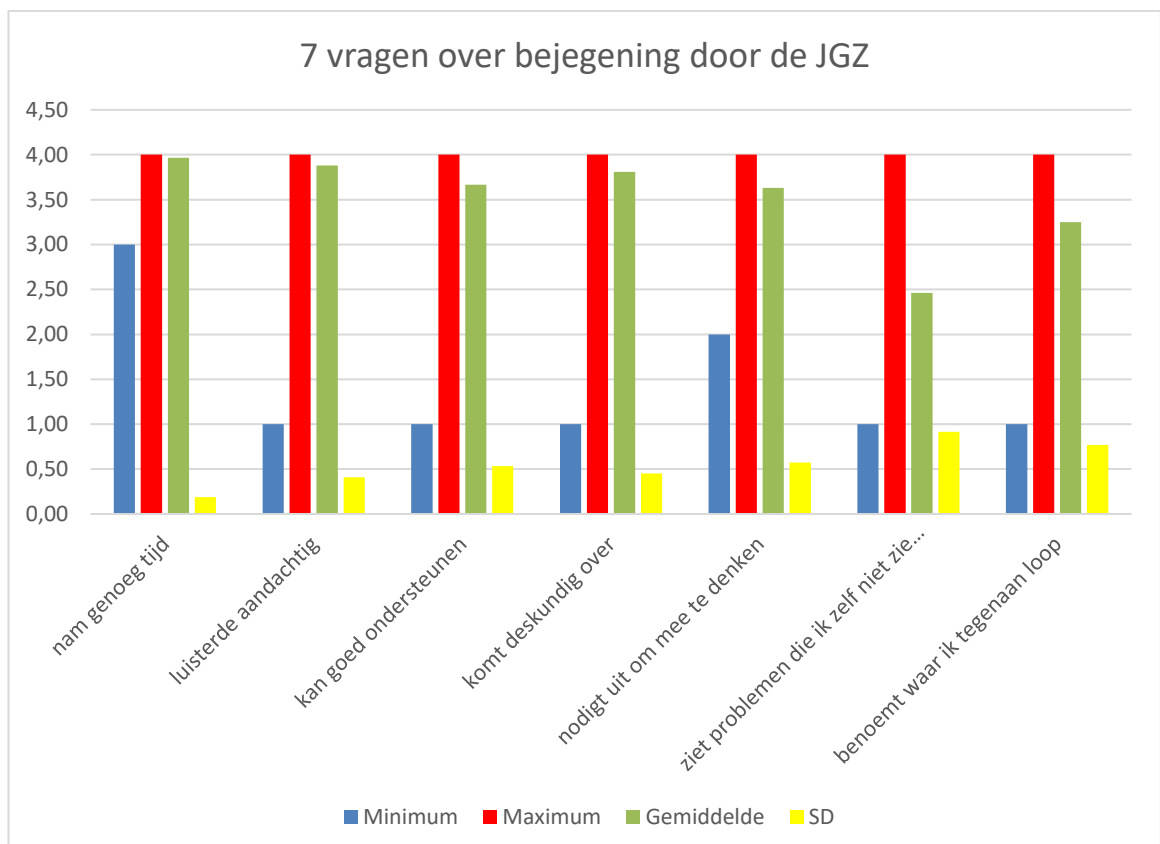
- nam genoeg tijd voor het consult
- luisterde aandachtig naar mij
- kan mij als ouder goed helpen of ondersteunen
- komt deskundig op mij over
- nodigt me uit om mee te denken over mijn kind
- ziet problemen die ik zelf niet direct zie
- kan goed benoemen waar ik als ouder tegenaan loop

Ook deze vragen over de bejegening door de JGZ-professional zijn positief beantwoord: de ouders zijn behoorlijk eensgezind in hun oordeel dat de JGZ-professional voldoende tijd nam, aandachtig luisterde, deskundig overkomt, en goed kan ondersteunen. In figuur 6.2 worden de uitkomsten grafisch weergegeven.

Om meer zicht te krijgen op eventuele verschillen tussen *subgroepen* van ouders hebben we t-toetsen uitgevoerd waarbij we subgroepen met elkaar vergelijken, zoals

- Moeders versus vaders
- Ouders van dochters versus ouders van een zoon,
- Ouders van 1^e kinderen versus ouders van volgende kinderen;
- Ouders die bij een jeugdarts geweest zijn versus ouders die bij de jeugdverpleegkundige zijn geweest.

Figuur 6.2 Gemiddelden, min., max en SD voor de vragen mbt bejegening door de JGZ



De vergelijkingen van groepen ouders leverden inderdaad enkele significante verschillen op de afzonderlijke vragen:

- Moeders (n=122, M=1,06; SD= 0,26) voelden zich meer serieus genomen door de JGZ-professional dan de vaders (n=23; M=1,00, SD=0).
- Ouders van jongens (n=86; M = 1,24; SD= 0,53) scoorden hoger dan ouders van meisjes (n=82; M= 1,07; SD= 0,26) op de vraag: "Ik vind het belangrijk dat er aandacht is voor de band tussen mij en mijn kindje"
- Ouders die bij de jeugdverpleegkundige zijn geweest (n=127; dit zijn 109 ouders die alleen bij de verpleegkundige zijn geweest en 18 ouders die zowel bij arts als verpleegkundige zijn geweest) scoren hoger dan ouders die alleen bij de jeugdarts geweest zijn (n=33) op de volgende stellingen:
 - "Ik voelde me op m'n gemak tijdens het laatste bezoek" (jeugdarts: M=1,00; SD =0 , verpleegkundige M= 1,10; SD=0,33);
 - "Ik voelde me serieus genomen door de arts of verpleegkundige" (jeugdarts: M=1,00; SD =0, verpleegkundige M= 1,07; SD = 0,27);
 - "de arts/verpleegkundige luisterde aandachtig naar mij" (jeugdarts: M=1,03; SD=0,17, verpleegkundige M= 1,14; SD= 0,45).
- Ouders van 1e kinderen (n=102; M=1,17; SD= 0,47) scoorden hoger op de stelling "de arts of verpleegkundige luisterde aandachtig naar mij" in vergelijking met ouders van volgende kinderen (n=63; M=1,03; SD= 0,18).

Deze verschillen kunnen we niet direct generaliseren naar andere JGZ-organisaties, of andere situaties, want we hebben de verschillen gevonden op afzonderlijke vragen (losse vragen dus), en de subgroepen die we vergeleken hebben verschillen sterk in omvang en spreiding.

De verschillen zijn wel significant. Deze uitkomsten geven ook aan dat de waardering van een consult aan de JGZ niet alleen bepaald wordt door de JGZ-professional en diens werkwijze, maar dat (achtergrond)kenmerken van de ouder ook een rol spelen. Moeders scoorden bijvoorbeeld hoger dan vaders op de stelling dat ze zich serieus genomen voelde door de (veelal vrouwelijke) JGZ-professional. Ouders van eerstgeboren kinderen beoordeelden de professionals hoger op de schaal voor aandachtig luisteren. Het kan goed zijn dat ouders van eerstgeboren kinderen meer behoefte hebben aan een luisterend oor en bevestiging dan ouders van volgende kinderen, en om die reden ook van mening zijn dat de professional goed kan luisteren. We kunnen deze verklaringen echter niet toetsen.

6.3 Waardering ouders van het bezoek aan de JGZ

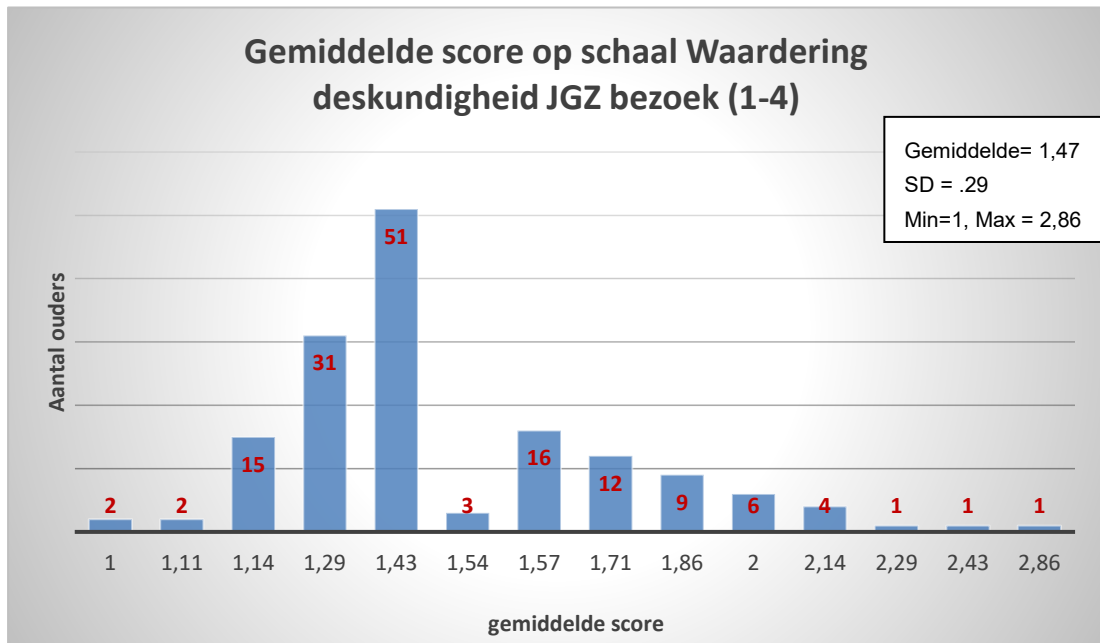
Vervolgens is nagegaan in hoeverre het mogelijk was om de afzonderlijke vragen in de ouderlijst samen te voegen tot zinvolle schalen met voldoende interne consistentie (gemeten met Cronbach's alpha). De eerste serie vragen over het welbevinden van ouder en kind bleken onderling onvoldoende samen te hangen. De set van 7 vragen over de waardering van het bezoek aan de JGZ bleek wel te clusteren tot een consistente schaal, die we aanduiden als 'Waardering deskundigheid van JGZ bezoek': Cronbach's alfa van de schaal was .76.

Het gaat om een samenvoeging van de volgende vragen: de JGZ-professional...

- nam genoeg tijd voor het consult
- luisterde aandachtig naar mij
- kan mij als ouder goed helpen of ondersteunen
- komt deskundig op mij over
- nodigt me uit om mee te denken over mijn kind
- ziet problemen die ik zelf niet direct zie
- kan goed benoemen waar ik als ouder tegenaan loop

De gemiddelde score van de ouders op de schaal Waardering JGZ bezoek (tussen 1 en 4) was 1,39, en de maximale score was 2,89. In Figuur 6.3 worden de frequenties weergegeven. De ouders blijken op de schaal redelijk kritisch te zijn over hun bezoek aan de JGZ.

Figuur 6.3 Frequenties op de schaal Waardering ouder bezoek JGZ (n=154)



Op een schaal van 1-4 scoorde 70% van alle ouders tussen de 1 en 1,5. Een kwart (25%) heeft een score tussen 1,5 en 2 voor de Waardering JGZ bezoek, en slechts 5% van de ouders scoort boven de 2. De ouders konden in de vragenlijst een schriftelijke toelichting geven bij de vragen over hoe ze het bezoek aan de JGZ beleefd hadden. Hieronder worden die opmerkingen (positief en negatief) weergegeven. De opmerkingen geven meer inzicht in hoe ouders het bezoek aan de JGZ ervaren hebben.

Meer kritisch zijn de volgende opmerkingen van ouders over het JGZ bezoek:

- *Bij vorige bezoeken zei de arts het ene en bij een ander bezoek zei de verpleegkundige weer iets anders. Betere overeenstemming onderling bij het CB*
- *verpleegkundige is erg veel bezig met computer en lijkt daardoor niet te luisteren*
- *Er wordt niet teruggekomen op eerdere besproken zaken. Bijv bij eerder gesprek zat ik niet lekker in mijn vel, nu werd wel gevraagd of alles goed is, maar niet van: ik zie dat bij het vorige consult dat u niet zo lekker in uw vel zit. Hoe gaat het nu?"*
- *de verpleegkundige was wat onzeker; daardoor hingen de vragen als los zand aan elkaar*
- *de vraag over band tussen mij en dochter kwam beetje uit de lucht vallen in gesprek*
- *Er zullen vast mensen zijn die extra hulp of bevestiging nodig hebben, maar vooral bij een 2e kind heb ik zelf in ieder geval het idee dat ik prima weet hoe een band op te bouwen*
- *Onderwerp hechting is nog niet echt van toepassing; geen vragen of problemen hierover.*

Positief waren de volgende opmerkingen:

- *Fijn dat er aandacht is voor band met kind en ook voor mij als moeder, omdat ik de zorg voor twee kleine temperamentvolle kinderen als heel zwaar ervaar*
- *Een 1e kindje is wennen, alles is nieuw en spannend. Daardoor ervaar ik het soms als 'benauwend'; ik moet het wel goed doen. Tijdens het laatste bezoek voelde ik me op m'n gemak.*
- *Waar ik om mij heen alleen maar klachten hoor over consultatiebureaus, ben ik zeer tevreden over dat van ons!*
- *We hebben heel tevreden kindje, wij vinden de bezoeken aan het CB zeer fijn, we kunnen samen bespreken of hij zich goed ontwikkelt.*
- *Een zeer fijne samenwerking tussen mij en de medewerkers.*
- *Al onze bezoeken hebben we als zeer prettig ervaren. Soms hoor je negatieve ervaringen, hier kunnen wij totaal niet over meepraten. Het CB geeft je als ouder een nog beter gevoel en ze benaderen ons zeer positief.*
- *Zij gaf aan te zien dat beide kinderen veel aandacht vragen en dat dit heel pittig is; Dat was fijn. Ze stelde voor mij volgende week nog eens te bellen hoe het gaat.*
- *Voel me zeer goed gehoord en geholpen.*

Hoe ouders een bezoek aan de JGZ (en de extra aandacht die er is voor de hechting) ervaren, wordt door zeer verschillende kenmerken van die ouder en van de situatie bepaald. Sommige ouders zijn positief, en voelen zich duidelijk gesteund door de JGZ-professional. Maar er zijn ook ouders die naar eigen zeggen de extra aandacht voor hechting niet nodig vinden, omdat bij hen alles goed gaat. En er zijn ouders die kritisch in hun oordeel over het bezoek zijn, vanwege kleine negatieve ervaringen in de communicatie met de JGZ professional: een professional die teveel naar de computer kijkt, niet terugkomen op wat eerder gezegd is, dat de verpleegkundige en de arts niet op één lijn zouden zitten, of dat de vraag uit de lucht komt vallen.

Verder hebben we de ouders een losse vraag gesteld of zij denken *dat het laatste bezoek aan de JGZ een positieve invloed heeft op de band tussen u en uw kind*. Deze vraag is vaak positief beantwoord: 105 (66%) van de 160 ouders die de vragenlijst ingevuld hebben, beantwoordden deze vraag bevestigend, en 55 ouders (34%) (beantwoordt de vraag ontkennend (Zie Tabel 6.2).

De ouders konden in de vragenlijst hun antwoord ook nog toelichten (naar keuze). Dat leverde mooie voorbeelden op waarom ouders denken dat de JGZ wel kan bijdragen aan de ouder-kind relatie, maar ook van het tegendeel. Ouders die van mening zijn dat de JGZ wel relevant is voor de ouder-kind band:

- *Ik voel mij als moeder gerustgesteld dus mijn kind voelt dat ook.*
- *Ik heb vooral bevestiging gekregen dat de band wel goed zit.*
- *Zonder schuldgevoel heb ik moedermelk in Finland weggespoeld. Nu drinkt ze weer aan de borst.*
- *Het beaamt mijn vertrouwen in onze band.*
- *Ze denken mee en staan open en niet afwijzend als je het anders wilt doen. Fijne steun en wederzijds respect.*
- *Bevestiging dat het goed gaat.*
- *Goeie tips gekregen om ervoor te zorgen dat we nachtvoedingen kunnen afbouwen*

Heel wat ouders vulden in dat de ouder-kind relatie al goed is, en/of ze zijn van mening dat de ouder-kind relatie niet thuis hoort de bij de JGZ:

- *Geen invloed, niet positief en ook niet negatief*
- *Dat staat los van CB bezoek; CB bezoek kan mogelijk wel nieuwe inzichten geven*

- Niet relevant , er is geen verbetering nodig qua band
- Er is niets gezegd over de band tussen mijn zoon en mij; niet in positieve niet in negatieve zin
- Dit heeft toch niets met het CB te maken?
- Dat staat los van CB bezoek; CB bezoek kan mogelijk wel nieuwe inzichten geven
- Ik begrijp deze vraag niet

Naast de vraag of het bezoek bijdraagt aan de band, hebben we de ouders ook gevraagd of ze het belangrijk vinden DAT er tijdens het JGZ bezoek aandacht besteed wordt aan hechting: bijna alle ouders hebben die vraag bevestigend beantwoord: 86% van de ouders vindt dat zeker wel belangrijk, en nog eens 11% vindt die aandacht 'een beetje belangrijk'. Tot slot hebben we de ouders gevraagd of ze zich onzeker voelden: de helft van de ouders voelt zich soms onzeker als ouders (n= 86, 51%). Zie voor de frequenties Tabel 6.2.

Tabel 6.2. Frequenties van ouders op losse vragen over het JGZ bezoek

	Positieve invloed op de band? (n=160?)	Aandacht voor hechting is belangrijk (n=168)	Voel me soms onzeker als ouder (n=167?)
helemaal niet	18 (11%)	0 (0%)	39 (23,2%)
niet	37 (23%)	4 (2,4%)	42 (25%)
wel iets/ een beetje	63 (39%)	19 (11%)	79 (47%)
zeker wel	42 (26%)	145 (86%)	7 (2,4)

Samenvattend: Een meerderheid van de ouders die de vragenlijst heeft ingevuld (n= 105; 66%) is van mening dat het JGZ bezoek een positieve invloed heeft op de ouder-kind relatie, en bijna alle ouders (n=164, 97%) hebben aangekruist dat ze aandacht voor hechting belangrijk vinden. Het gaat hierbij wel om ouders die de moeite hebben genomen om de vragenlijst in te vullen en terug te sturen.

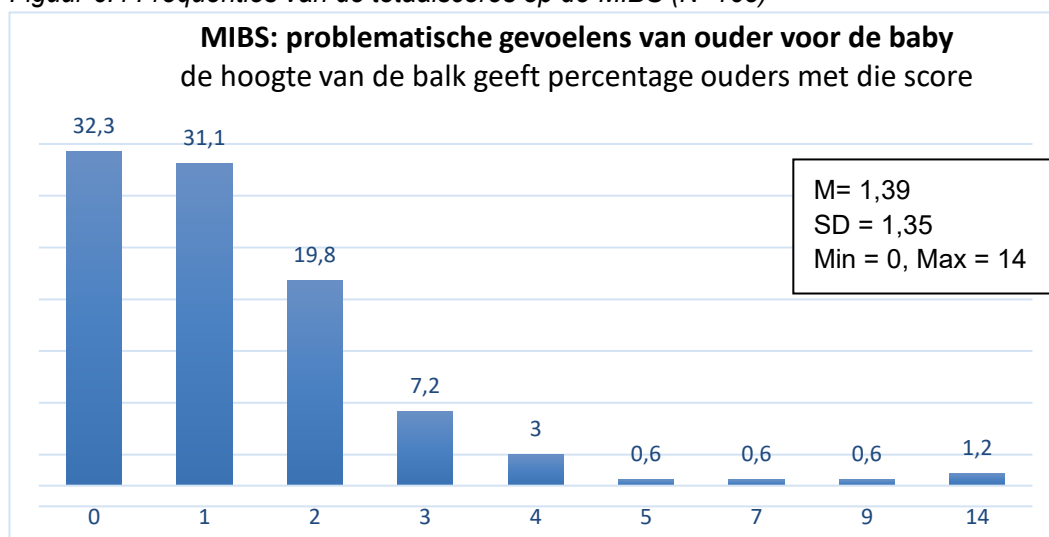
In de toelichting op de vraag over de invloed van het JGZ bezoek geven ouders echter ook regelmatig aan dat ze *zelf* die extra aandacht voor hechting niet nodig hebben, of dat ze van mening zijn dat aandacht voor hechting geen taak voor de JGZ is. Dergelijke uitspraken lijken haaks te staan op de eerder gegeven antwoorden over het belang van hechting. Hierbij moeten we in acht nemen dat geen gebruik is gemaakt van gevalideerde instrumenten (die zijn er niet) maar van 'eigen' vragenlijsten, die mogelijk dus ook geen betrouwbare informatie opleveren.

6.4 Mother-to-Infant Bonding Scale (MIBS)

De oudervragenlijst (N=168) bevatte naast de vragen over het bezoek aan de JGZ ook een bestaand instrument; de Mother-to-Infant Bonding Scale (MIBS; Taylor, 2005) om de problematische gevoelens van de ouder ten opzichte van de baby te meten. De totaalscore op de MIBS is een score tussen 0 en 24: hoe hoger de score, hoe meer verstoord de relatie is.

De gemiddelde score op de MIBS in de groep van 168 ouders was 1,39 (SD= 1,36, min.= 0, max. = 14). De ouders in deze onderzoeksgroep scoren hiermee opvallend gelijk aan de ouders in de studie van Van Bussel die een gemiddelde van 1,36 vond, met een maximale score van 10.

Figuur 6.4 Frequenties van de totaalscores op de MIBS (N=168)



Wanneer we de afkapwaarde van Bienfiet (2011) hanteren (>2), dan blijkt dat 105 ouders (66%) van de 161 ouders die deze vragenlijst hebben ingevuld, onder de afkapwaarde scoort. In deze 161 gezinnen zijn dus geen aanwijzingen aanwezig voor problemen met betrekking tot de ouder-kindrelatie), en 55 ouders (34%) scoort boven de afkapwaarde, hetgeen zou kunnen wijzen op een meer problematische relatie. We vonden een Cronbach's alfa voor de MIBS totaalscore van .67.

Tabel 6.3 Gemiddelden en SD's op de schaal voor Waardering, Invloed band en MIBS (N=168)

		Waardering van het bezoek (1-4)	Heeft bezoek invloed op de band?(1-4)	MIBS Totaalscore (0-14)
Geslacht kind	N	Gemiddelde (SD)	Gemiddelde (SD)	Gemiddelde (SD)
jongen	86	1,48 (.29)	2,71 (.98)	1,54 (.17)
meisje	81	1,49 (.29)	2,92 (.93)	2,25 (.25)
Oudste kind?				
oudste kind	100	1,50 (.30)	2,80 (.96)	1,37 (.14)
niet het oudste kind	60	1,46 (.26)	2,82 (.95)	2,55 (.32)
Wie vult in?				
Moeder	137	1,48 (.28)	2,82 (.98)	1,97 (.16)
Vader	23	1,51 (.32)	2,70 (.82)	1,53 (.32)
Welke prof?				
jeugdarts	31	1,45 (.22)	2,87 (.96)	1,86 (.32)
verpleegkundige	127	1,50 (.30)	2,80 (.94)	1,96 (.17)

6.5 Invloed achtergrondkenmerken op de oudervragenlijst?

Vervolgens zijn we nagegaan met behulp van een Chi^2 toets in hoeverre achtergrondkenmerken van de ouder en kind een rol spelen in de uitkomstmaten: de score van de ouder op de schaal voor 'Waardering bezoek aan de JGZ', op de vraag of het bezoek invloed heeft op de ouder-kind band, en op de MIBS (problematische gevoelens ten opzichte van de baby). Geen van de achtergrondkenmerken bleek significant samen te hangen met de uitkomst op de schaal voor de Waardering van het JGZ bezoek, op de vraag over de band, of op de MIBS. In Tabel 6.3 worden de gemiddelden van de groepen gegeven, uitgesplitst naar achtergrondkenmerk. De MIBS is een instrument dat oorspronkelijk ontwikkeld is voor moeders, maar deze uitkomsten laten zien dat het instrument ook bij vaders kan worden afgenomen: de gemiddelde score van de moeders lijkt op het oog weliswaar hoger ($M = 1,97$) dan de gemiddelde score van de vaders ($M = 1,53$) maar het verschil was niet significant.

Met andere woorden: de uitkomstmaten in dit onderzoek (Waardering JGZ bezoek, de vraag over de ouder-kind band, en de MIBS) lijken niet gevoelig te zijn voor de achtergrondkenmerken geslacht van het kind, vader of moeder, eerstgeboren of later geboren en bij welke professional de ouder is geweest.

Op de afzonderlijke vragen van de oudervragenlijst (dus de losse vragen, bijvoorbeeld 'in welke mate voelt u zich serieus genomen door de JGZ professional?') vonden we *wel* verschillen tussen vaders en moeders, of tussen jongens en meisjes. Moeders beoordeelden die ene vraag over 'serieus genomen worden' hoger dan de vaders. Wanneer we de losse vragen samenvoegen tot een schaal (waardoor de interne validiteit toeneemt) verdwijnen de eerder gevonden verschillen tussen vaders en moeders, of tussen jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen.

6.6 Samenhangen Waardering JGZ bezoek, totaalscore MIBS en 'heeft het bezoek invloed op de ouder-kind relatie'

Tenslotte is nagegaan of de uitkomstmaten onderling samenhangen: dat wil zeggen de Waardering van (de deskundigheid van) het JGZ bezoek, de opvatting van de ouder of het bezoek een positieve invloed heeft op de band, en de totaalscore op de MIBS (problematische gevoelens ten opzichte van de baby). We hebben ook nog twee losse vragen uit de ouderlijst meegenomen: vindt u aandacht voor hechting belangrijk? En voelt u zich wel eens onzeker als ouder? In Tabel 6.4 worden de samenhangen weergegeven: significante correlaties zijn in geel gearceerd.

De uitkomst op de MIBS (het enige gevalideerde instrument) hangt significant positief samen met de Waardering van het JGZ bezoek ($r = .18$). Dit betekent dat ouders met relatief veel problematische gevoelens voor hun baby, het JGZ bezoek iets positiever beoordelen dan ouders die gezonde gevoelens hebben voor hun baby. Dat kan erop wijzen dat de reguliere JGZ bezoeken in de beleving van ouders er vooral toe doen indien er 'problemen zijn'. Verder blijkt de MIBS samen te hangen met de vraag "ik vind het belangrijk dat er aandacht is voor hechting", en met zelf ingeschatte onzekerheid. Ouders die problematisch scoren op de MIBS, vinden de aandacht voor hechting belangrijk, maar voelen zichzelf niet onzeker als ouder (de samenhang is namelijk negatief).

Tabel 6.4 Spearman correlaties tussen waardering bezoek, invloed op de band en de MIBS (N=168).

	Waardering JGZ bezoek (1-4)	Positieve invloed band (1-4)	MIBS Problematische gevoelens voor de baby (0-14)	Ik vind het belangrijk dat er aandacht is voor de band (1-4)	Ik voel me soms onzeker als ouder (1-4)
Waardering JGZ bezoek	1,000				
Positieve invloed op de band tussen u en uw kind?	-,283**	1,000			
MIBS Totalscore	,185*	-,025	1,000		
Ik vind het belangrijk dat er aandacht is voor de band	,203*	-,301**	,209**	1,000	
Ik voel me soms onzeker als ouder	-,030	-,238**	-,262**	,045	1,000

* p < .05

** p < .001

De samenhangen geven nog meer onverwachte uitkomsten: de waardering van het JGZ bezoek hangt negatief samenhangt met de mening of het bezoek invloed heeft op de ouder-kind relatie ($r = -.28$). Deze samenhang hadden we niet verwacht en is lastig te interpreteren. Ouders die van mening zijn dat het JGZ bezoek wél bijdraagt aan de band met hun kind, bleken tegelijk ook wat kritischer/ negatiever te oordelen zijn over dat JGZ bezoek.

Om meer zicht te krijgen op de gevonden samenhangen, hebben we alle ouders ingedeeld in twee groepen op de belangrijkste uitkomstmaat: de MIBS. Ouders die op basis van de MIBS gezonde gevoelens hebben voor hun kind ($n=112$) versus de ouders die problematische gevoelens hebben ($n= 56$). In Tabel 6.5 worden de gemiddelden in beide groepen gepresenteerd.

De grootste groep van 112 ouders heeft een gezonde band met hun kind: zij blijken kritisch te oordelen over het JGZ bezoek: hun gemiddelde voor de waardering van het bezoek ($M= 1,45$) was significant lager dan de ouders met problematische gevoelens ($M= 1,57$, $p = .01$). Verder vindt de gezonde groep de aandacht voor hechting iets minder belangrijk, en geven ze vaker aan dat ze zich onzeker voelen als ouders: ($p = .007$). Op de relevantie van het bezoek voor de ouder-kind band scoorden beide groepen ouders niet verschillend.

Een interpretatie van de gevonden uitkomsten zou kunnen zijn dat in gezinnen waarin de ouder-kind band vanzelfsprekend tot stand komt, ouders minder behoefte aan extra hulp of steun van de JGZ bij het versterken van die band. Om die reden beoordelen de ouders het JGZ bezoek kritischer dan ouders die wel problematische gevoelens hebben voor hun kind. Ouders in de veilige groep geven bovendien vaker aan dat ze onzeker zijn als ouder: het zou ook kunnen dat deze ouders *andere* vragen hebben dan de ouder-kind relatie.

Tabel 6.5 Gemiddelden en SD's voor de Waardering JGZ bezoek, relevantie van het bezoek voor de band, aandacht voor hechting en onzekerheid uitgesplitst naar MIBS totaalscore (N=160)

		Waardering JGZ bezoek (1-4)	Heeft het JGZ bezoek een positieve invloed op de band (1-4)	Ik vind aandacht voor hechting belangrijk (1-4)	Voel me onzeker als ouder (1-4)
MIBS Totaalscore	N (%)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
NIET problematisch	112 (66%)	1,45 (.28) ^{**}	2,79 (.98)	1,09 (.38) [*]	2,85 (.90) [*]
WEL problematisch	56 (34%)	1,57 (.29) [*]	2,84 (.91)	1,29 (.49) [*]	2,34 (.75) [*]

* p < .05

6.7 Samenvatting impactevaluatie ééngespreksmodel

Bij de impact evaluatie – waarin de ouders centraal staan - wilden we de volgende vragen beantwoorden

Hoe waarden ouders die voor de reguliere contactmomenten in het 1e levensjaar komen de aandacht voor hechting met behulp van de vijf dimensies en eventueel het ééngespreksmodel?

Waardering ouders van het bezoek aan de JGZ

Er is gebruik gemaakt van een vragenlijst, die 168 ouders na afloop van het 4 maanden consult thuis hebben ingevuld. De antwoorden op 7 vragen (nam genoeg tijd, luisterde aandachtig naar mij, kan mij goed ondersteunen, komt deskundige over, nodigt uit om mee te denken over mijn kind, ziet problemen die ik zelf niet direct zie, en kan benoemen waar ik als ouder tegenaan loop) zijn samengevoegd tot een schaal "Waardering van het bezoek aan de JGZ" (alfa = .76). De gemiddelde score van de ouders op de schaal *Waardering JGZ bezoek* (tussen 1 en 4) was 1,47 en de maximale score was 2,89.

De ouders bleken redelijk kritisch te zijn over hun bezoek aan de JGZ. Op een schaal van 1 tot 4 scoort 70% van alle ouders tussen de 1 en 1,5, een kwart (25%) heeft een score tussen 1,5 en 2 voor de waardering, en slechts 5% van de ouders scoort boven de 2. Op basis van de losse opmerkingen van ouders concludeerden we dat hoe ouders een bezoek aan de JGZ (en de extra aandacht die er is voor de hechting) ervaren, door zeer verschillende kenmerken van de ouder en de situatie wordt bepaald.

Uit de analyses bleek verder dat ouders met een gezonde band met hun kind (n= 112, 66%) iets kritischer oordelen over het JGZ bezoek dan de ouders die een problematische band hebben (n=56, 34%). Als verklaring is geopperd dat ouders, in gezinnen waar de ouder-kind band soepel tot stand komt, minder behoefte hebben aan extra hulp of steun van de JGZ bij het versterken van die band, en daarom beoordelen zij het bezoek negatiever dan ouders in gezinnen waar wél strubbelingen aan de orde zijn voor de hechting.

Mening ouders over de invloed van het JGZ bezoek op ouder-kind band

Een meerderheid van de ouders die de vragenlijst heeft ingevuld (n= 105, 63%) is van mening dat het JGZ bezoek een positieve invloed heeft op de band met hun kind. Een kwart van alle ouders (n=42) is zelfs overtuigd van de relevantie van het JGZ bezoek voor de ouder-kind relatie. Bijna alle ouders die de vragenlijst hebben ingevuld (97%), geven aan dat dat ze aandacht in de JGZ voor hechting belangrijk vinden.

In de toelichting geven ouders aan dat het JGZ bezoek hen bevestiging gaf, en dat dit het vertrouwen van de ouder in de band met hun kind ten goede komt. Er zijn ook ouders die aangeven dat ze *zelf* die extra aandacht voor hechting niet nodig hebben, of dat ze van mening zijn dat aandacht voor hechting geen taak voor de JGZ is. Hiermee ontstaat een wat ambivalent beeld: aandacht voor hechting in de JGZ vinden veel ouders belangrijk. Tegelijk zijn enkele ouders van mening dat het thema hechting niet bij de JGZ thuishoort.

In hoeverre voelen de ouders zich geholpen door het ééngespreksmodel, in de zin dat de band met hun kind verbeterd is?

De belangrijkste uitkomstmaat in ons onderzoek is de Mother-to-Infant-Bonding Scale: een score voor problematische gevoelens van de ouder voor het kind. MIBS, omdat dit een gevalideerd instrument is. De ouders van Envida scoorden gemiddeld laag op de MIBS: het gemiddelde was 1,39, waarbij een hogere score duidt op meer problematische gevoelens bij de ouder over de baby. Een derde van de ouders die de vragenlijst heeft ingevuld, scoorde boven de afkapwaarde, wat wijst op een meer problematische hechtingsrelatie tussen ouder en kind. Deze cijfers komen exact overeen met de Nederlandse prevalentiecijfers van onveilige gehechtheidsrelaties (Van IJzendoorn et al., 2006).

Al op de leeftijd van 4 maanden blijkt dat in twee-derde van alle gezinnen in het werkgebied van Envida een gezonde ouder-kind relatie opgebouwd wordt. Dat is een heel positief en geruststellend beeld: de extra aandacht die de JGZ-professionals besteden aan het bespreekbaar maken van hechting en het ondersteunen van ouders bij het opbouwen van die band, kan ertoe leiden dat op jonge leeftijd in een meerderheid van de gezinnen het sein op groen staat voor het ontwikkelen van een veilige relatie: 66% van de ouders rapporteren de ouders gezonde, niet problematische gevoelens voor hun kind..

Dit onderzoek heeft uiteraard wel een aantal beperkingen die maken dat we dit positieve beeld met betrekking tot de hechting niet met 100% zekerheid aan de methodiek van Paulien Kuipers kunnen toeschrijven:

- De ouders waren vrij in hun keuze om de oudervragenlijst (die ze bij het JGZ bezoek mee naar huis kregen) in te vullen. We hebben dus geen aselechte groep, maar een selecte groep ouders in het onderzoek meegenomen, op basis van zelfselectie. Een selecte groep van ouders kan een te positief, of te eenzijdig beeld geven. Ouders van gezinnen waar de ouder-kind relatie problematisch is, zouden bijvoorbeeld minder geneigd kunnen zijn om de oudervragenlijst in te vullen.
- We hebben slechts één gevalideerd instrument kunnen gebruiken in dit onderzoek (de MIBS); alle andere gegevens die we via de ouders hebben opgevraagd zijn op basis van eigen, niet gevalideerde vragenlijsten (over de waardering van het bezoek, of over de relevantie van het bezoek voor de band).
- Omdat bij Envida ook SamenStarten toegepast wordt, kunnen we bevindingen met betrekking tot de hechtingsrelatie niet alleen toeschrijven aan de methodiek van Paulien Kuipers. In theorie kan ook SamenStarten een positieve bijdrage leveren aan de hechtingsrelatie tussen ouder en kind.

7 Impactevaluatie: het vijfstappenmodel

7.1 De steekproef van 22 ouders

Ouders die zich aangemeld aangemeld hebben voor de hulp van St Kinderleven, hebben twee schriftelijke vragenlijsten ontvangen via St. Kinderleven: een vragenlijst **voorafgaand** aan het hulptraject, en een vragenlijst **na afloop** van het hulptraject met vijf gesprekken .

- In de vragenlijst op de voormeting werd ouders gevraagd aan te geven wat volgens hen de problematiek in hun gezin is, hoe competent ze zich voelden als ouder en hun gevoelens tov hun kind (met behulp van de MIBS).
- In de vragenlijst na afloop werd gevraagd hoe ze de hulp van Stichting Kinderleven ervaren hebben, hoe competent de ouder zich voelden en wat hun gevoelens waren ten opzichte van hun kind (met behulp van de MBIS).

De ouders hebben de vragenlijsten in een gesloten envelop gedaan, dichtgeplakt en teruggegeven aan Stichting Kinderleven. Ook de professionals van St Kinderleven hebben zelf een vragenlijst over de gezinnen ingevuld die door hen behandeld werden. In totaal hebben 22 ouders een vragenlijst over hun kind en het vijfstappenmodel voorafgaand aan het hulptraject ingevuld. Slechts twee ouders hebben een vragenlijst na afloop van het hulptraject door Kinderleven ingevuld; dit beperkt de mogelijkheid om conclusies te trekken op basis van die nametingsvragenlijst behoorlijk.

De professionals van Kinderleven hebben over 19 ouders (van de 22) zelf ook informatie aangeleverd vanuit het perspectief van de hulpverlener bij de start van het hulptraject. We hebben dus een steekproef van 19 gezinnen die behandeld zijn bij Stichting Kinderleven, over wie ouder (voorafgaand) en professional (voorafgaand en na afloop van het hulptraject) informatie hebben gegeven via schriftelijke vragenlijsten. De leeftijden van de kinderen variëren: 59 % van de kinderen is jonger dan 2 jaar, de overige 40% is ouder dan 2 jaar, en het oudste kind dat behandeld is, is 9 jaar.

In tabel 7.1 worden de achtergrondkenmerken van de steekproef beschreven. Het opleidingsniveau van de ouders is in de steekproef niet evenwichtig verdeeld; slechts drie ouders met een laag opleidingsniveau hebben de vragenlijst ingevuld. De ouders hebben zelf omschreven wat hun hulpvraag was: deze antwoorden zijn gecodeerd in vier categorieën: in bijna de helft van de gezinnen (n=10) was het primaire probleem een hechtingsprobleem, in 8 gevallen stond het lastige gedrag van het kind (druk agressief gedrag of niet willen eten of slapen voorop) en drie gevallen had de ouder zelf problemen zoals partnerproblemen, en in 1 gezin had het kind een chronische ziekte.

Alle ouders (n=10) bij wie het hechtingsprobleem het primaire probleem was, maakten zich zorgen over de ouder-kind band. Maar liefst 16 van de 22 ouders scoorden problematisch hoog op de MIBS, wat een aanwijzing kan zijn van verstoorde gevoelend ten aanzien van het kind. Er zijn ook zes ouders die problematisch scoren op de MIBS, en die zich geen zorgen maken over de band met hun kind. Deze uitkomst laat zien dat ouders zelf niet altijd goed kunnen inschatten of de band met hun kind gezond is.

Tenslotte speelde in vier van de 22 gezinnen psychische problematiek een rol bij een van de ouders: er was een moeder met een postnatale depressie, een angst stoornis, borderline, en ADD. Er was 1 vader met een belaste voorgeschiedenis. In drie gezinnen werd naast het 5 gespreksmodel ook nog andere hulp ingezet.

Tabel 7.1 Beschrijving van de steekproef van 22 ouders die het 5- gespreksmodel hebben ontvangen bij St Kinderleven

	Aantal ouders	Percentage
Leeftijd van het kind		
4 maanden of jonger	7	32%
5 -12 maanden	2	9%
1 tot 2 jaar	4	18%
2 tot 5 jaar	7	32%
5 jaar en ouder	2	9%
Geslacht kind		
Jongen	9	41%
Meisje	13	49%
Oudste in het gezin?		
1 ^e kind	11	50%
Volgend kind	11	50%
Opleidingsniveau ouder*		
Laag	3	14%
Midden	9	41%
Hoog	9	41%
Primaire problem volgens ouder		
Hechting	10	45%
Gedrag kind	8	36%
Ander probleem kind	1	5%
Probleem bij ouder (relatie)	3	14%
Ziet ouder lastig gedrag bij het kind?		
Ja	14	64%
Nee	8	36%
Maakt ouder zich zorgen over de band met kind?		
Ja	10	46%
Nee	12	54%
Problematische gevoelens tav baby (MIBS)		
Ja problematisch	16	73%
Nee, niet problematisch	6	27%
Belemmeren de problemen het dagelijks leven van kind volgens ouder?		
Ja	12	54%
Soms	5	23%
Nee	5	23%

Samenvattend kunnen we vaststellen dat de groep gezinnen die zich aangemeld hebben voor het vijfstappenmodel een kwetsbare groep vormen gezien hun uitkomsten op de voormeting. Er spelen behoorlijk zware problemen zowel bij de ouder als het kind. Zonder extra hulp en/of ondersteuning, zal de bredere psychosociale ontwikkeling van het kind bedreigd worden. Hieronder gaan we meer in detail in op deze uitkomsten.

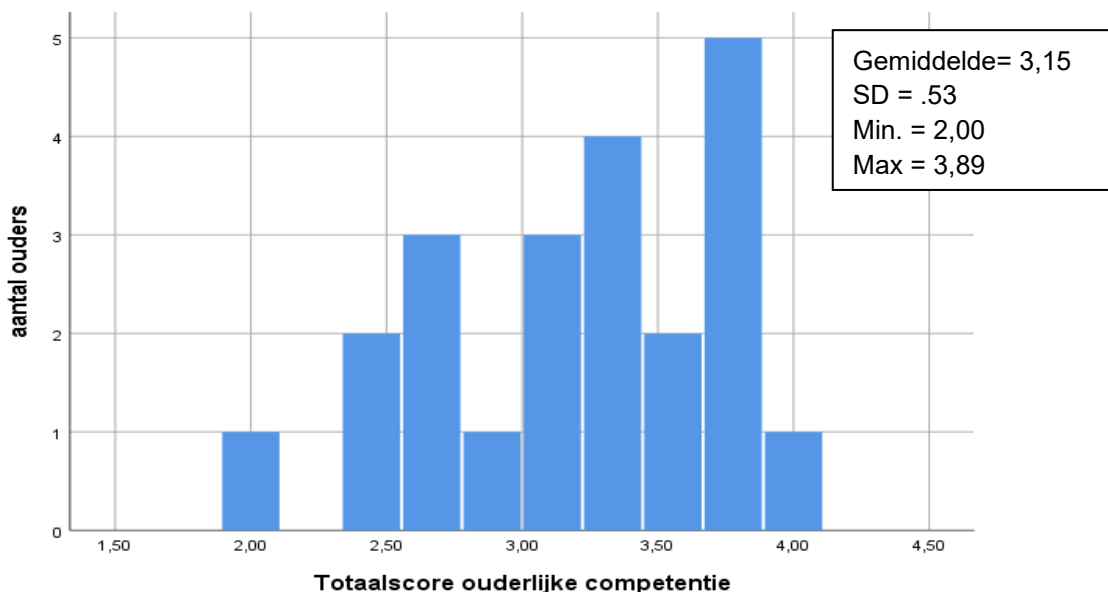
7.2 Voormeting Ouderlijke competentie en MIBS

De ouders hebben in de vragenlijst vooraf de volgende vragen beantwoord, die ontleend zijn aan een bestaande vragenlijst voor ouderlijke competentie (Opvoedingsbelasting Vragenlijst OBVL). Deze set van negen vragen hebben we samengevoegd tot een schaal voor Ouderlijke competentie (Cronbach's alfa was .83). Ouders werd gevraagd op een 4 puntschaal (helemaal niet mee eens, beetje mee oneens, beetje mee eens, helemaal mee eens?) aan te geven in hoeverre ze het eens waren met de volgende stellingen

- Ik heb het gevoel tijd te hebben voor mijn kind
- Ik heb het gevoel dat ik 'bewuste' aandacht heb voor mijn kind
- Ik heb het gevoel dat ik de behoefte van mijn kind goed aanvoel
- Het lukt mij om de leiding te nemen in het contact met mijn kind
- Ik durf op mijn eigen waarneming bij mijn kind te vertrouwen
- Ik herken patronen in het gedrag van mijn kind
- Ik voel dat ik dichtbij mijn kind sta
- Ik geniet van mijn kind
- Knuffelen met mijn kind voelt natuurlijk

De ouders scoorden gemiddeld een 3,15 op een 4 punt schaal, wat aangeeft dat de ouders zich behoorlijk competent voelden op de meting vooraf. Ervaren ouderlijke competentie hangt in deze kleine steekproef niet samen met het geslacht van het kind, leeftijd, of opleidingsniveau van de ouder.

Figuur 7.1. Scores van de ouders op ouderlijke competentie (1-4)



Verder hebben de ouders via Kinderleven de MIBS ingevuld die een indicatie geeft van problematische gevoelens van de ouder ten opzichte van het kind. De MIBS levert een totaalscore tussen 0 en 24 en een hogere score wijst op meer problematische gevoelens van de ouder ten aanzien van het kind.

In deze steekproef van 22 ouders vonden we een gemiddelde van 4,82 op de MBIS (Min = 0, Max score was 16, SD = 4.14). Dat is een zeer hoog gemiddelde. Ter vergelijking: het gemiddelde in de steekproef van Envida was 1.39, ruim drie punten lager. Wanneer het afkappunt van Bienfiet (≥ 2) toegepast wordt, dan blijkt dat driekwart ($n = 16$, 73%) van de

ouders die voor hulp aangeklopt hebben bij Stichting Kinderleven problematische gevoelens heeft over zijn/haar kind. In de steekproef van Envida was dit percentage 33%.

Met andere woorden: niet alle ouders die aangemeld zijn voor de hulp van St Kinderleven maken zich zorgen over de band met hun kind, ongeveer de helft van de kinderen laten lastig gedrag zien, en de MIBS geeft aan dat driekwart van deze ouders verstoorde of problematische gevoelens heeft over zijn/haar kind wat kan wijzen op een verstoorde hechtingsrelatie. Deze uitkomsten geven ook aan dat ouders zelf niet altijd goed kunnen inschatten of de relatie met hun kind goed is, iets wat in overeenstemming is met de literatuur (van IJzendoorn, 2008).

7.3 Overeenkomst tussen ouders en professionals op de voormeting

Van zowel ouders die aangemeld zijn voor de hulp van St Kinderleven als hun professional zijn gegevens over de gezinnen en hun problemen verzameld. Om te beginnen hebben we de samenhangen (Spearman's correlaties) in kaart gebracht tussen de oudervariabelen onderling en tussen de ouders en de professionals.

De uitkomst van de MIBS (problematische gevoelens tav het kind) hangt significant negatief samen met ouderlijke competentie ($r = -.67$) en met het feit of de ouder zich zorgen maakt ($r = -.62$). Ouders die verstoorde gevoelens hebben over hun kind, voelen zich minder competent als opvoeder, máár ze maken zich ook minder zorgen over de band met hun kind; wat hierboven ook al geconstateerd werd. Ouders en professionals stemmen wel sterk overeen in hun oordeel over de gedragsproblemen: de correlatie tussen ouders en professional is .79 wat betreft de gedragsproblemen van het kind.

Tabel 7.2 Spearman correlaties tussen ouderlijke competentie, MIBS, zorgen over gedrag en de band vooraf (N=22)

			Ouders		Professional
	MIBS	Ouderlijke competentie	Lastig gedrag Kind?	Zorgen over de band?	Lastig gedrag kind?
MIBS Totalscore	1				
Ouderlijke competentie	-,67**	1			
Lastig gedrag kind? (door ouder)	-,22	,09	1		
Zorgen over de band met Kind (door ouder)	-,61**	,68**	,12	1	
Lastig gedrag kind (door professional)	-,02	,22	,79**	,03	1

* $p < .05$

** $p < .001$

7.4 Nameting bij de ouders

Slechts twee ouders hebben een vragenlijst op de nameting ingevuld. We kunnen alleen hun uitkomsten beschrijven, het uitvoeren van statistische toetsen is niet mogelijk. Evenmin kunnen we gefundeerde uitspraken doen over de effectiviteit van het vijfstappenmodel op basis van twee vragenlijsten. Het is niet duidelijk waarom slechts twee van de twintig ouders een vragenlijst hebben teruggestuurd: mogelijk waren de vele vragenlijsten (vooraf en na afloop) in combinatie met de problemen waarvoor hulp gezocht werd, teveel gevraagd voor ouders.

Beide ouders (van een jongen van 24 maanden en meisje van 4 maanden) hadden bij aanvang van het begeleidingstraject de vraag dat ze een betere band met hun kind wilden. Alleen het jongentje liet lastig gedrag zien, en beide ouders maken zich zorgen over de band met hun kind. De gemiddelde voor ouderlijke competentie is bij beide hetzelfde gebleven: namelijk 3,17 op een schaal van 1 tot 4. Beide ouders voelden zich zowel vooraf als na afloop al redelijk competent. Beide ouders scoorden vooraf behoorlijk hoog op de MIBS (ze hadden respectievelijk een score van 11 en 12). Dat betekent dat beide ouders behoorlijke problematische gevoelens hadden ten aanzien van hun kind, wat wijst op een verstoorde hechtingsrelatie.

Op de nameting komen de beide ouders uit op score 1 en score 3 voor de MIBS. Een ouder is dus onder het afkappunt gezakt naar niet-problematisch; de andere ouder zit nog wel boven het afkappunt, maar ook hier is de daling aanzienlijk (van score 12 naar score 3). Beide ouders geven aan dat hun zorgen verminderd zijn, en beide ouders geven aan dat het contact met hun kind verbeterd is. De eerste ouder van een 2 jarig jongetje licht dat als volgt toe: "We knuffelen nu veel, meer echt contact, en hij praat". Ook de tweede ouder kan nu meer genieten en meer ontspannen omgaan met haar dochtertje van 4 maanden; "Het contact voelt natuurlijker aan, ik kijk beter naar mijn kind en naar haar behoeften."

7.5 Samenvatting impactevaluatie vijfstappenmodel

Bij de impact evaluatie van het vijfstappenmodel wilden we nagaan in hoeverre ouders zich geholpen voelen door het vijfstappenmodel, in de zin dat de band met hun kind verbeterd is. We hebben vragenlijsten bij ouders en bij professionals verzameld over de 22 gezinnen die het vijfstappenmodel van Stichting Kinderleven ontvangen hebben.

Op basis van de **vragenlijst vooraf** is vastgesteld dat deze groep gezinnen kwetsbaar is in de zin dat er relatief zware problemen spelen bij zowel de ouder (psychiatrische problemen, relatie problemen, belast verleden) als het kind (gedragsproblemen). Zonder extra hulp en/of ondersteuning, zal de hechtingsrelatie bedreigd worden en kan de bredere psychosociale ontwikkeling van het kind in de knel komen. Op de vragenlijst vooraf bleek verder dat de ouders zich vooraf zichzelf als redelijk competente ouder beoordeelden. Het is dan ook niet verwonderlijk dat ervaren competentie bij beide ouders die de nameting hebben ingevuld, gelijk is gebleven.

Op de Mother-to-Infant Bonding Scale (MIBS) bleek dat relatief veel ouders in deze kleine groep behoorlijk verstoorde of problematische gevoelens hebben over zijn/haar kind; maar liefst 73% van de ouders heeft een problematische score op de MIBS. Extra zorgelijk hierbij is dat deze ouders zelf niet altijd goed inschatten dat de band met hun kind niet goed is; een bevinding die nog eens onderstreept hoe belangrijk het is als JGZ-professionals ook

kijken naar die ouder-kind relatie zodat gezinnen de juiste ondersteuning krijgen en eventueel doorverwezen naar de juiste hulp zoals het vijfstappenmodel.

Omdat slechts twee ouders een vragenlijst op de nameting hebben ingevuld, kunnen we geen gefundeerde uitspraken doen over de effectiviteit van het vijfstappenmodel.

8 CONCLUSIES, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

8.1 Conclusies

De belangrijkste conclusies met betrekking tot de werkzaamheid van methodiek van Paulien Kuipers die we kunnen trekken op basis van onze bevindingen, zijn:

1. De JGZ-professionals zijn enthousiast over de methodiek: ze beschikken over een praktisch hulpmiddel waarmee ze de ouder-kind band bespreekbaar kunnen maken. Verder zijn ze van mening dat het ééngespreksmodel een adequate en effectieve methode is om de band tussen ouders en hun kind te verbeteren. Het enthousiasme laat zien dat de methodiek goed aansluit bij de werkwijze van de JGZ-professional.
2. Twee tot acht procent van de ouders die de JGZ bezoeken in het eerste jaar, komen door de methodiek van Paulien Kuipers met mogelijke hechtingsproblematiek. Met behulp van de vijf dimensies worden ouders gevonden bij wie belemmeringen in de prille hechtingsrelatie aan de orde zijn. In al deze gevallen versterkt de JGZ-professional de relatie door de belemmeringen met de ouder te bespreken. Het ééngespreksmodel wordt in 4% van alle consulten aangeboden en in 1% vindt een verwijzing naar het vijfstappenmodel plaats.
3. De vijf dimensies (Aansluiten, Comfort, Betrokkenheid, Balans en Voorspelbaarheid) blijken valide te zijn: onderling hangen de dimensies goed samen, en er is een zinvolle samenhang met het noteren van zorgen door de JGZ-professional in het dossier en het aanbieden van het ééngespreksmodel.
4. We vinden eerste aanwijzingen voor de effectiviteit van de methodiek:
 - Een meerderheid van de ouders die de vragenlijst hebben ingevuld (63%) is van mening dat het JGZ bezoek op 4 maanden een positieve invloed heeft op de ouder-kind relatie.
 - In twee-derde van alle gezinnen in het werkgebied van Envida blijkt dat op de leeftijd van 4 maanden een gezonde ouder-kind relatie tot stand komt.
5. Belangrijke conclusies met betrekking tot de procesevaluatie bij de JGZ-professionals:
 - Dankzij de handvatten van het verbindend taalgebruik, is het nu gemakkelijker geworden voor JGZ-professionals om het gesprek met ouders over hechting aan te gaan. Dit gesprek zal hierdoor naar alle waarschijnlijkheid minder vaak uit de weggegaan worden. Daar staat tegenover dat er voldoende beschikbare tijd moet zijn voor de JGZ professional om dit gesprek met ouders aan te gaan.
 - De professionals van Envida voelden zich voldoende toegerust voor het gebruik van de vijf dimensies en het verwijzen naar het vijfstappenmodel.
 - Sommige professionals voelen zich nog onzeker om het ééngespreksmodel goed te kunnen uitvoeren. De JGZ-professionals hebben behoefte aan meer begeleiding bij het uitvoeren van het ééngespreksmodel, en meer ruimte voor intervisie.

8.2 Discussie

Een meerderheid van de ouders die de vragenlijst hebben ingevuld (n=105, 66%) was van mening dat het JGZ bezoek op 4 maanden een positieve invloed heeft op de ouder-kind relatie. Dit laat zien dat de JGZ-professionals de methodiek waarmee ze ouders en kind in hun kwetsbare eerste relatievorming ondersteunen, succesvol toepassen. Verder lieten onze uitkomsten zien dat in twee-derde van alle gezinnen op de leeftijd van 4 maanden een gezonde ouder-kind relatie tot stand komt.

Met andere woorden: de extra aandacht die de JGZ-professionals besteden aan het bespreekbaar maken van hechting en het ondersteunen van ouders bij het opbouwen van die band, *kan* eraan bijdragen dat op jonge leeftijd in een meerderheid van de gezinnen het sein op groen staat voor het ontwikkelen van een veilige relatie. Omdat bij Envida ook SamenStarten toegepast wordt, kunnen we deze positieve bevinding met betrekking tot de hechtingsrelatie niet alleen toeschrijven aan de methodiek van Paulien Kuipers.

Op basis van de MBIS vonden we in de steekproef van 168 ouders dat driekwart van de ouders gezonde gevoelens koestert voor zijn haar kind in het eerste levensjaar. Dit stemt overeen met Nederlandse prevalentie cijfers voor veilige en onveilige hechting (Van IJzendoorn et al., 2006). Deze uitkomst laat ook zien dat ouders op deze jonge leeftijd openstaan voor een gesprek over belemmeringen en obstakels in de prille relatie met hun baby. Alle ouders moeten in de eerste maanden de aansluiting vinden van hun dagelijkse activiteiten op hun pasgeboren baby, en vrijwel alle ouders ervaren wel eens momenten van onzekerheid.

Sterk aan de methodiek van Paulien Kuipers is dat de methodiek juist ingezet wordt op het moment dat ouders vaak nog zoekende zijn in de omgang en verzorging van de baby, en hoe ze hun dagelijkse activiteiten moeten afstemmen op de behoeften van de baby. Om die reden zal een gesprek over hechting tijdens de vroege contactmomenten minder vreemd overkomen dan op latere leeftijd. Met andere woorden: de vroege timing van de methodiek is een sterke kant omdat ouders op dat moment meer openstaan voor dit thema.

De vroege timing heeft nog een tweede voordeel: namelijk dat de methodiek echt preventief is in de zin dat de band die *nog in ontwikkeling is* al in de goede richting wordt "opgeduwd", in plaats van het bijstellen van een band die al onveilig is. Alle andere interventies die in Nederland beschikbaar zijn voor gehechtheid zoals Basic Trust (Polderman et al., 2011) en de VIPP-SD (Juffer et al., 2008) worden in de regel pas ingezet vanaf de leeftijd van een jaar, als de hechtingsrelatie al tot stand gekomen is. In beide gevallen wordt dat de veilige relatie feitelijk gerepareerd.

Een ander sterk punt van de methodiek van Paulien Kuipers is dat de methodiek niet enkel signaleert, maar ook een laagdrempelige interventie biedt en een doorverwijzing biedt bij meer ernstige problematiek. Een bijkomend voordeel is dat die interventie ook meteen tijdens het contactmoment aangeboden wordt: ouders hoeven niet ergens anders heen of een extra afspraak te maken. De JGZ-professional kan het gesprek over hechting meteen voeren in hetzelfde contactmoment. Dit vraagt overigens wel veel deskundigheid van de JGZ-professional: naast signaleren en bespreken moeten ze ook het ééngespreksmodel toepassen in een beperkte tijd. In het ééngespreksmodel komt het aan op het kiezen van de juiste bewoordingen, en op de juiste timing. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de professionals behoefte hebben aan meer scholing en meer intervisie bij het uitvoeren van de methodiek.

In dit onderzoek hebben we niet kunnen vaststellen of die groep van 63% van de gezinnen die op 4 maanden als 'veilig' uit de bus komt (gemeten met de MIBS), ook nog op de leeftijd van 12 maanden (als de hechtingsrelatie gevormd is) veilig gehecht is. Er is alle reden om te verwachten dat ouders die op 4 maanden gezonde gevoelens hebben voor hun baby, ook op de leeftijd van 12 maanden een veilige band hebben met hun kind, maar we hebben dat niet kunnen meten.

In theorie kan het voorkomen van stressvolle gebeurtenissen zoals een echtscheiding, een ziekenhuisopname, of een traumatische ervaring samengaan met een onveilige relatie. De hechtingsrelatie is immers in de vroege periode nog flexibel en kan veranderen van veilig naar onveilig.

Het vijfstappenmodel, toegepast bij ouders met baby's of peuters met intensieve relatieproblematiek bleek in twee gezinnen positief effect te sorteren: in beide gezinnen bleek de hoge, problematische score op de MIBS behoorlijk gedaald te zijn op de nameting. Beide ouders geven bovendien aan dat ze zich geholpen voelen, dat de band met hun kind verbeterd is, en dat ze nu meer ontspannen kunnen omgaan met hun kind. Hierbij moet meteen de kanttekening geplaatst worden dat we van slechts twee gezinnen een nametingsvragenlijst hebben ontvangen, dus deze conclusie kan niet zondermeer generaliseerd worden.

Verder vonden we dat hoe ouders een bezoek aan de JGZ - en de extra aandacht voor hechting- ervaren, door zeer verschillende kenmerken van zowel de ouder als de situatie bepaald wordt. Het zal om die reden nooit mogelijk zijn om een methodiek te ontwikkelen die door alle ouders gewaardeerd wordt. In de studie bleek dat ouders met een gezonde band met hun kind (n= 112, 66%) iets kritischer oordeelden over het JGZ bezoek dan de ouders die een problematische band hebben (n=56). Als verklaring is geopperd dat ouders, in gezinnen waar de ouder-kind band soepel tot stand komt, minder behoefte hebben aan extra hulp of steun van de JGZ bij het versterken van die band, en daarom het bezoek negatiever beoordelen dan ouders die wel te maken hebben met belemmeringen in de hechting.

Dit onderzoek heeft tenslotte nog enkele beperkingen, die we hier opsommen

- De ouders waren vrij in hun keuze om de oudervragenlijst (die ze bij het JGZ bezoek mee naar huis kregen) in te vullen. We hebben dus geen aselechte groep, maar een selecte groep ouders in het onderzoek meegenomen, op basis van zelfselectie. Een selecte groep van ouders kan een te positief, of te eenzijdig beeld geven. Ouders van gezinnen waar de ouder-kind relatie problematisch is, zouden bijvoorbeeld minder geneigd kunnen zijn om de oudervragenlijst in te vullen.
- In het huidige onderzoek hebben we diverse metingen verricht bij ouders, professionals en op basis van het Digitaal Dossier; op basis waarvan we alleen beschrijvende uitspraken kunnen doen. Om causale uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit van de methode is een RCT nodig met een interventie- en een controlegroep.
- We hebben slechts één gevalideerd instrument kunnen gebruiken in dit onderzoek (de MIBS); alle andere gegevens die we via de ouders hebben opgevraagd zijn op basis van eigen, niet gevalideerde vragenlijsten (over de waardering van het bezoek, of over de relevantie van het bezoek voor de band).

8.3 Aanbevelingen

1. JGZ-professionals blijken goed in staat te zijn om ouders op een positieve manier te ondersteunen in het opbouwen van een veilige band met hun kindje. Zowel professionals als ouders in Limburg zijn enthousiast over de werkwijze, en we vinden aanwijzingen voor de effectiviteit. Om die reden verdient het aanbeveling de methodiek van Paulien Kuipers verder te ontwikkelen. De vroege timing van de methodiek en het feit dat zowel gesignaleerd als ondersteund wordt zijn sterke kanten.
2. Gegeven de eerste aanwijzingen voor de effectiviteit, en het feit dat de methodiek goed aan te sluit bij de werkwijze van de JGZ-professional, is het aan te bevelen de methodiek ook op andere plaatsen in Nederland in te zetten, en verder te onderzoeken op effectiviteit.
3. Professionals die gaan leren om te 'helpen hechten' hebben een nieuwe attitude en grondhouding nodig die meer gekleurd wordt door medemenselijkheid als door het deskundige adviesmodel. Voor JGZ-professionals betekent dit een behoorlijke omslag in de manier waarop zij werken met ouders.
4. De huidige scholing voor de methodiek van Paulien Kuipers (binnen een tijdsbestek van totaal zes dagdelen en een coaching-on-the-job-moment) is niet voldoende toereikend om een totale attitude-omslag bij de professional te kunnen maken. Dat pleit voor een plaats van deze scholing in de landelijke opleiding voor jeugdartsen en verpleegkundigen, zodat van meet af aan deze methodieken meegenomen kunnen worden bij de beroepsvorming.
5. Met de methodiek hebben we een positief en werkbaar instrument in handen om hechting onder de aandacht te brengen in de JGZ. Het is aan te bevelen dat (onderdelen uit) de methodiek ook benut gaan worden in de huidige opleidingen voor jeugdarts en jeugdverpleegkundige.
6. Meer voorlichting aan ouders is wenselijk over de noodzaak van positieve relatievorming, en de invloed daarvan op de ontwikkeling van het kind. Zo kan meer begrip ontstaan voor het feit dat hechting een thema is dat heel goed thuishoort bij de JGZ, omdat hechting heel vroeg in de ontwikkeling plaatsvindt, en het ondersteunen ervan dus per definitie preventief is.

9 Referenties

- Bateman, A. & Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Bartelink, C. (2010). *Wat werkt bij hechtingsproblemen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Dunnink, T. (2008). Verdere professionalisering van de jeugdgezondheidszorg. *Jeugd en Co Kennis*, 2(2), 60-61.
- Groh, A. M., Roisman, G. I., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Fearon, R. P. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: A meta-analytic study. *Child Development*, 83, 591–610.
- Hoppenbrouwers, K., De Cock, P., Jeugdgezondheidszorg, D., Guérin, C., Van den Branden, M. S., & Devogelaer, N. (2010). *Onderzoek naar de wetenschappelijke state of the art op het vlak van preventieve gezondheidszorg voor kinderen onder de 3 jaar. Onderzoeksrapport in opdracht van Kind en Gezin, Brussel*.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2008). *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention*. New York: Lawrence Erlbaum
- Kuipers, P. (2015). *Eerste hulp bij hechting. Taal voor ouders en hun jonge kind*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Petterson, D., Gravesteyn, C., & Peschier, C. (2017). De kracht van alledaags ouderschap. Versterken van levensvaardigheden van ouders. *Pedagogiek*, 37(1), 29-46:
- Polderman, N., Kellaert-Knol, M. G., & Stams, G. J. J. M. (2011). The basic trust method: an attachment-based specialized form of VIG. In: H. Kennedy, M. Landor, L. Todd (Eds.), *Video interaction guidance: a relationship-based intervention to promote attunement, empathy and wellbeing*. London: Jessica Kingsley
- Polderman, N., Kamphuis, M. & Stams, G. J. J. M. (2015). Screenen op problematische gehechtheid is hard nodig. *Medisch Contact*, 29/30, 1410-1412.
- Stor, P., & Storsbergen, H. (2006). *Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis. Het herkennen van hechtingsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking*. Uitgeverij Lemma BV.
- Taylor, A., Atkins, R., Kumar, R., Adams, D., & Glover, V. (2005). A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. *Archives of Women's Mental Health*, 8(1), 45-51.
- van Bussel, J. C., Spitz, B., & Demyttenaere, K. (2010). Three self-report questionnaires of the early mother-to-infant bond: reliability and validity of the Dutch version of the MPAS, PBQ and MIBS. *Archives of Women's Mental Health*, 13(5), 373-384.
- van IJzendoorn, M. H. & Juffer, F. (2006). The Emanuel Milller Memorial Lecture. Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socioemotional, and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1228 - 1245.
- van IJzendoorn, M. H. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2010). *Gehechtheid en trauma*. Amsterdam: Hogrefe.
- van IJzendoorn, M. H. (2008). *Opvoeding over de grens. Gehechtheid, trauma en veerkracht*. Amsterdam: Boom Academic.
- Wittkowski, A., Wieck, A., & Mann, S. (2007). An evaluation of two bonding questionnaires: a comparison of the Mother-to-Infant Bonding Scale with the Postpartum Bonding Questionnaire in a sample of primiparous mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 10(4), 171-175.

Bijlage

LIJST met IE nummers zoals vastgelegd bij de IE bank te Luxemburg

Onderdeel van de methodiek	IE Nummer vastgelegd bij de IE bank te Luxemburg
Aandachtspunten band ouder(s) - baby 0-3 maanden en 6 maanden -2 jaar	IE 84495
Hechting Bespreekbaar maken, risicofactoren, do not...	IE 84495
Eéngespreksmodel en vijfstappenmodel	IE 59919
Syllabus basistraining Focus op hechting	IE 82334
Folder voor ouders: een fijne band met je baby	IE 109231
Moeder-babygroep	IE 82338
Boek: eerste hulp bij hechting	IE 109231