



Nederlands
Jeugdinstituut

Interventie

Kortdurende Video-Hometraining

Erkenning

Erkend door deelcommissie: Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 16 december 2017

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: (juni 2017).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Kortdurende Video-Hometraining'.

Naam auteur interventiebeschrijving: Marij Eliëns, Bert Prinsen.

Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

| | |
|---|----|
| Samenvatting | 4 |
| Korte samenvatting van de interventie..... | 4 |
| Doelgroep | 4 |
| Doel | 4 |
| Aanpak | 4 |
| Materiaal | 4 |
| Onderbouwing | 5 |
| Onderzoek..... | 5 |
| 1. Uitgebreide beschrijving | 5 |
| Beschrijving interventie..... | 6 |
| 1.1 Doelgroep | 6 |
| 1.2 Doel | 7 |
| 1.3 Aanpak..... | 8 |
| 2. Uitvoering..... | 13 |
| 3. Onderbouwing | 17 |
| 4. Onderzoek | 30 |
| 4.1 Onderzoek naar de uitvoering | 30 |
| 4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten | 31 |
| 5. Samenvatting Werkzame elementen | 35 |
| 6. Aangehaalde literatuur | 36 |

Samenvatting

Korte samenvatting van de interventie

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

Doelgroep

De uiteindelijke doelgroep van de interventie is het jonge kind van 0 tot 4 jaar (baby's, peuters, kleuters), wiens ouders opvoedingsspanning ervaren en lichte opvoedingsvragen hebben. Het gaat hierbij om baby's die veel huilen of baby's met een moeilijk temperament (onrustige baby's). Ook prematuur geboren kinderen en peuters met moeilijk gedrag en kinderen die problemen hebben met eten, slapen en met de zindelijkheid behoren tot de doelgroep. K-VHT richt zich op de ouders van deze kinderen.

Doel

Het uiteindelijke doel van K-VHT is om de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen te bevorderen, door verbeteren van het contact tussen ouders en kinderen en daarmee probleemgedrag te voorkomen of te verminderen. Om dit te bereiken richt KVHT zich primair op de kwaliteit van de ouder-kindinteractie door versterking van de ouderlijke responsieve sensitiviteit.

Aanpak

De ouders worden in de thuissituatie begeleid door middel van maximaal acht huisbezoeken met behulp van korte video-opnames die door een getrainde videohometrainer worden gemaakt. Er wordt een opname gemaakt van een dagelijks verzorgingsmoment (bad, spel- of eetsituatie). Deze video-opname wordt volgens beschreven richtlijnen teruggekeken met de ouders, waarbij de focus gericht is op de initiatieven van het kind om contact te maken met zijn ouders. Soms wordt er bij de introductie en de uitleg van de methodiek gebruikt gemaakt van voorlichtingsfilms. Ook de videohometrainer zelf wordt begeleid in het pedagogisch ondersteunen van de ouders met behulp van videofeedback.

Materiaal

Er is een handleiding beschikbaar, waarin de methodiek beschreven is voor de Jeugdgezondheidszorg 'Handleiding kortdurende video-hometraining in gezinnen met jonge kinderen. Voor professionals in de jeugdgezondheidszorg' (Eliëns & Prinsen, 2008). Verder is er het basisboek 'Video-hometraining in gezinnen' (Dekker & Biemans, 1994) en 'Baby's in Beeld' (Eliëns, 2005) met DVD, dat specifiek gericht is op het werken met jonge kinderen van 0-4 jaar. Er zijn vanaf 1979 veel publicaties en interne notities over video-hometraining verschenen en er is videovoorlichtingsmateriaal beschikbaar, gespecificeerd naar leeftijd, doelgroep en werksoort (zie verder www.aitnl.org). Recent (2015) is de DVD 'Rondom de Geboorte' uitgebracht, een coproductie van AIT, SAG (Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra) en Stichting Babywerk, met daarop

videovoorlichtingsmateriaal over contact maken met de baby voor de geboorte en in de eerste drie maanden na de geboorte.

Onderbouwing

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

Onderzoek

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

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

Uitgebreide beschrijving

Beschrijving interventie

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

De uiteindelijke doelgroep van de interventie is het jonge kind van 0 tot 4 jaar wiens ouders opvoedingsspanning ervaren en lichte opvoedingsvragen hebben. Het gaat hierbij om baby's die veel huilen of baby's met een moeilijk temperament (onrustige baby's). Ook prematuur geboren kinderen en peuters met moeilijk gedrag en kinderen die problemen hebben met eten, slapen en zindelijkheid behoren tot de doelgroep.

Intermediaire doelgroep

K-VHT richt zich op de ouders van kinderen van 0 tot 4 jaar, die spanning ervaren in de opvoeding of lichte opvoedingsvragen hebben. Het gaat om ouders waarbij opvoedvaardigheden tekortschieten, waarbij de interactie en het contact met het kind problematisch verloopt, waardoor de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind onder druk staat.

Selectie van doelgroepen

Een huisarts, een kinderarts, de jeugdverpleegkundige en/of de jeugdarts kunnen een indicatie voor K-VHT afgeven, waarna de hulpverlener (meestal een jeugdverpleegkundige) bepaalt of het gezin in aanmerking komt voor K-VHT aan de hand van de hulpvraag van de ouders. Zowel de indicatie(s) als contra-indicatie(s) worden gecheckt tijdens het eerste huisbezoek/intake door de jeugdverpleegkundige aan de hand van een gesprek met de ouders. In principe komen alle ouders met kinderen in de leeftijdscategorie 0-4 jaar, die opvoedingsvragen en/of -spanning en lichte problemen hebben, in aanmerking voor K-VHT. Bij de werving van (migranten) gezinnen met een lage SES worden extra indicatiecriteria gehanteerd:

- Er is een tolk beschikbaar. Dit kan een familielid zijn, die de Nederlandse taal spreekt of er kan gebruik gemaakt worden van een tolktelefoon;
- Het gezin is in staat om videovoorbeldmateriaal, eventueel vertaald en beschikbaar te bekijken als visueel hulpmiddel bij uitleg van de methodiek;
- Het gezin begrijpt de tekst van een eventuele aangepaste folder;
- Er is een gecertificeerde hulpverlener met dezelfde culturele achtergrond als het gezin, aanwezig in de organisatie, indien noodzakelijk.

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

altijd in samenwerking met de aanwezige hulpverleners in het gezin of ingebed in speciale projecten, die voor deze ouders bedoeld en aangepast zijn.

Contra-indicatie bij het kind:

- Gediagnosticeerde ontwikkelingsproblematiek volgens de DSM-V (ASS autisme spectrum stoornis, ADHD).

Contra-indicaties bij de ouder:

- Ouders met psychiatrische problematiek (borderline, depressie, persoonlijkheidsproblematiek);
- Ouders met verslavingsproblematiek (alcohol, drugs, kansspelen);
- Ouders met verstandelijk beperkte vermogens;
- Vermoedens van kindermishandeling.

Betrokkenheid doelgroep

De doelgroep was niet betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het uiteindelijke doel van K-VHT is om de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen te bevorderen en probleemgedrag te voorkomen of te verminderen. Om dit te bereiken richt KVHT zich primair op de kwaliteit van de ouder-kindinteractie door versterking van de ouderlijke responsieve sensitiviteit.

Subdoelen

De drie subdoelen van K-VHT zijn:

Subdoel 1. De kwaliteit van de interactie tussen ouders en kinderen verbetert doordat ouders sensitiever en responsiever zijn.

Op de videobeelden is dit onder andere te zien aan:

- de ouders begrijpen de signalen van de baby (ziet, voelt aan, leeft in, benoemt en begrijpt);
- de ouders reageren ondersteunend voor de ontwikkeling van het kind;
- de ouders gebruiken een intonatie die past bij de stemming van het kind;
- de ouders passen hun tempo aan aan het tempo van het kind.

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

Op de videobeelden is onder andere te zien aan:

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

Subdoel 3. Er is (weer) sprake van een wederzijds goed afgestemd contact.

Op de videobeelden is onder andere te zien aan:

- ouder en kind genieten op dezelfde momenten;
- ouder en kind kijken elkaar regelmatig aan;
- ouder en kind lachen naar elkaar.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

De videohometrainer, naar wie het gezin verwezen is, neemt telefonisch contact op met de ouder(s). Er wordt een afspraak gemaakt voor een huisbezoek van een uur voor een eerste kennismaking. Het kind is aanwezig tijdens het huisbezoek. Er wordt gezocht naar een tijdstip, waarop het kind wakker is. Het hele gezin wordt betrokken bij de video-opnames. Indien mogelijk wordt er tijdens het eerste huisbezoek meteen een video-opname gemaakt.

De videohometrainer komt maximaal acht keer bij de ouders op bezoek in de thuissituatie. Er wordt drie keer gefilmd en drie keer teruggekeken met de ouders tijdens zes huisbezoeken van gemiddeld een uur. Er kan nog een follow-up plaatsvinden van twee huisbezoeken (een keer filmen en een keer terugkijken), indien nodig. De follow-up kan ook telefonisch gebeuren, als er geen video-opname meer nodig is. Er vindt een vaste volgorde plaats in de planning van de maximaal acht huisbezoeken, indien mogelijk in een tijdsbestek van zes weken tot drie maanden.

De volgorde van uitvoering is:

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

De videohometrainer wordt zelf ook begeleid en gecoacht in het pedagogisch ondersteunen van de ouders. Het terugkijken van de video-opnamen door de videohometrainer met de ouders wordt ook regelmatig in beeld gebracht. De videohometrainer krijgt aan de hand van deze opnames feedback m.b.t. het deskundig volgens de methodiek en effectief bespreken van de videobeelden met de ouders. Daarvoor is een supervisiesysteem ontwikkeld. Dit betekent dat er een goed zicht is op de correcte toepassing van de methodiek door de videohometrainer.

Inhoud van de interventie

De ouders worden in de thuissituatie begeleid met behulp van korte video-opnames die door de videohometrainer in de thuissituatie worden gemaakt. Er wordt een opname gemaakt van een dagelijks verzorgingsmoment (bad-, spel- of eetsituatie), waarbij zowel de initiatieven van het kind om contact te maken met de ouders als de initiatieven van het kind om te ontwikkelen in beeld gebracht worden. Deze video-opname wordt volgens beschreven richtlijnen teruggekeken met de ouders. De focus is allereerst gericht op de initiatieven van het kind om contact te maken met zijn ouders. Door deze initiatieven te zien en te herkennen ontwikkelen ouders de mogelijkheid om sensitiever te gaan reageren. Daarbij krijgen ouders informatie aangereikt die nuttig en nodig is om prettig contact met hun kind te kunnen maken. De videohometrainer filmt de momenten waarop het kind een initiatief heeft om contact (toewending, aankijken) te maken en (indien

De videohometrainer signaleert daarnaast ook de momenten waarop de interactie (nog) niet goed verloopt en brengt in een later stadium een beperkte selectie van deze situaties aan de hand van de videobeelden op een uitnodigende manier in gesprek met ouders. Vertrekpunt hierbij is de oriëntatie op het initiatief van het kind 'wat heeft je kind hier (extra) nodig?' en 'hoe kun je je kind hierbij (extra) helpen?'. Door deze aanpak wordt gezonde ontwikkeling en adequaat handelen versterkt en wordt bevorderd dat op 'moeilijke momenten' enerzijds het contact kan worden hersteld doordat ouders hun kind beter begrijpen en anderzijds dat ouders inadequate reactiepatronen kunnen vervangen door adequate reacties. Op de vervolgonname komt dit in beeld en kan het ombuigen van 'nee-reeksen' naar 'ja-reeksen' extra worden bekrachtigd in de feedback. Bij jonge kinderen verdwijnt het meeste probleemgedrag bij (herstel van) het contact en een adequate pedagogische aanpak.

De selectie van de eerste beelden is daarbij belangrijk; de review wordt gestart met beelden waarop het kind contact zoekt met de ouder(s); de ouders openen zich emotioneel voor hun kind en voor het verkennen van nieuwe positieve mogelijkheden en het opnemen van nieuwe informatie.

Wanneer de ouders geen sensitieve respons geven aan het kind (hetgeen stress kan veroorzaken bij het kind), kunnen de ouders bij het terugkijken van de beelden alsnog na gaan denken wat een sensitieve respons geweest zou zijn. Ouders worden zich bewust van de behoeftes van het kind om zich gezond sociaal- en emotioneel te kunnen ontwikkelen en krijgen daar ook informatie over van de videohometrainer. In een volgende situatie kunnen ze opnieuw 'oefenen' daarin. Op iedere video-opname van 10 minuten van de alledaagse omgang tussen ouders en kind is een scala aan initiatieven te zien bij het kind.

Er worden drie à vier momenten van geslaagde communicatie (tussen kind en ouder) en kindinitiatieven gedurende drie à vier minuten gefilmd. Bij elkaar wordt er tussen de negen tot zestien minuten gefilmd per bijeenkomst. Zo krijgt men een reeks van momenten van geslaagde interactie of een reeks van initiatieven van het kind te zien op de opname en niet een aaneengesloten observatie van wat er in het gezin gebeurt. Er moet sprake zijn van een toename van de geslaagde contactmomenten gedurende de begeleiding. De derde video-opname laat meer geslaagde contactmomenten zien en langere reeksen van geslaagde uitwisseling, dan de eerste video-opname. Voor ouders uit andere culturen is het visuele karakter van K-VHT vaak prettig. De initiatieven van de kinderen worden op de beelden meteen herkend door de ouders. Wanneer de ouders geen Nederlands spreken, wordt een tolk of een Nederlands sprekend familielid ingeschakeld bij het terugkijken van de beelden om de informatie over de ontwikkeling van het kind over te brengen.

Hoe gaat het bij baby's?

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

Hoe gaat het bij peuters?

Bij peuters kan er een opname gemaakt worden van een spelmoment en/of een verzorgingsmoment. De eerste keer wordt in overleg met de ouders een opname gemaakt in een voor ouders en kind redelijk ontspannen situatie, waarbij het kind wakker is en waarop ouder en kind samen actief zijn. Wanneer er bijvoorbeeld sprake is van eet- en/of slaapproblemen kan de tweede en derde keer een video-opname gemaakt worden van momenten waar de hulpvraag van de ouders ligt.

K-VHT in vier stappen

K-VHT verloopt in vier stappen. De eerste stap is de introductie aan de ouders. Pas wanneer de methodiek zorgvuldig aan de ouders is uitgelegd, kan men overgaan naar de tweede stap. Dat is het maken van de video-opname: het filmen en het analyseren ervan. De derde stap is dan het nabespreken van de film met de ouders en de ondersteuning in het verwerken van de informatie die ouders krijgen aan de hand van de beelden. De vierde stap is ouders helpen de informatie vast te blijven houden en de verandering te laten beklippen, waarna de K-VHT afgesloten wordt. In de praktijk vinden de introductie en eerste opname meestal plaats in het eerste huisbezoek.

Het terugkijken met ouders

Het terugkijken met ouders gebeurt aan de hand van een microanalyse (ook wel interactieanalyse genoemd) die de videohometrainer maakt, waarbij gedetailleerd gekeken wordt naar de interactie tussen ouders en kind. De videohometrainer geeft de ouders informatie tijdens het eerste terugkijkgesprek over 'gezonde' interactie. Voor elk type problematiek geldt dat de ouders door de videohometrainer geholpen wordt om de opvoedingsvaardigheden toe te passen, die ouders toepassen als er geen problemen zijn met het kind. Daarnaast geeft de videohometrainer voor elk type problematiek specifieke informatie over wat van belang is om het kind gezond te kunnen laten ontwikkelen. Zo zal bij moeilijk peutergedrag vooral het principe 'prettig leidinggeven' benadrukt worden. Bij moeilijk eten zal het accent vooral liggen op 'benoemen', 'conversatie' en 'leidinggeven'. Bij ouders van overmatig huilende baby's wordt in het eerste terugkijkgesprek informatie gegeven over het gebruik van intonatietaal, invoelen, het spiegelen van gezichtsexpressies en leiding geven aan de stemming van de baby. Wat kunnen ouders doen om de baby weer in een goede stemming te brengen, zoals ouders dat normaal gesproken van nature doen bij baby's die niet huilen. De videohometrainer filmt de (korte) momenten waarop de baby niet huilt en aandachtig is en actief bezig is met zijn ontwikkeling. Tijdens het terugkijken worden de ouders geattendeerd op deze momenten en wordt bekeken wat ouders kunnen doen om deze alerte momenten van aandacht vast te houden en uit te breiden. Op de videobeelden kan per moment bekeken worden wanneer en waardoor het kind in een stresssituatie raakt (bijv. bij het heftig huilen van een baby of peuter) en worden ouders geholpen door de videohometrainer om het kind te helpen de stress te reguleren, dit bevordert bij het kind de ontwikkeling van een adequaat systeem voor stressregulatie. Ouders gaan betere opvoedingsvaardigheden ontwikkelen en de kwaliteit van de interactie verbetert.

De tweede en derde keer terugkijken zijn bedoeld om ouders te laten zien dat het hen lukt de baby gemakkelijker te troosten en de aandacht van de baby langer vast te houden. De focus ligt dan op het uitvoeren (tweede video-opname) en het beklippen (derde video-opname) van de informatie uit het eerste terugkijkgesprek. Ouders ervaren op die manier hun eigen mogelijkheden (empowerment) en kunnen hun intuïtieve ouderschap weer oppakken.

2. Uitvoering

Materialen

- 'Video-hometraining in gezinnen', een basisboek;
- 'Baby's in beeld', een naslagwerk (incl. DVD) gericht op de begeleiding van ouders met jonge kinderen;
- Handleiding kortdurende video-hometraining in gezinnen met jonge kinderen voor professionals in de Jeugdgezondheidszorg';
- 'Handleiding video-hometraining in gezinnen met kinderen in de basisschoolleeftijd';
- Videovorlichtingsmateriaal, gespecificeerd naar leeftijd, doelgroep en werksoort;
- 'Rondom de Geboorte', DVD met informatie voor (aanstaande) ouders over contact met en de ontwikkeling van baby's en over sensitief responsief ouderschap.

Locatie en type organisatie

K-VHT wordt hoofdzakelijk uitgevoerd door de GGD's (afdeling Jeugdgezondheidszorg) in Nederland, die aangesloten zijn bij AIT. Er zijn 36 GGD's /JGZ-organisaties aangesloten bij AIT. Al deze organisaties staan vermeld op de website bij 'aangesloten organisaties' (<http://www.aitnl.org/aangesloten.html>).

Daarnaast kopen de gemeentes sinds de transitie in 2015 K-VHT in bij zorgaanbieders, die aangesloten zijn bij AIT (<http://www.aitnl.org/aangesloten.html>).

K-VHT wordt vanuit de GGD of vanuit de zorgaanbieders aangeboden in de gemeentes: Aduard, Aerdenhout, Alblasterdam, Alkmaar, Almelo, Almere, Alphen a/d Rijn, Amersfoort, Amsterdam, Amstelveen, Apeldoorn, Arnhem, Assen, Baarn, Barendrecht, Barneveld, Bilthoven, Boxmeer, Breda, Broek op Langendijk, Brummen, Bunnik, Bussum, Capelle a/d IJssel, Cuijk, Delft, Den Bosch, Den Haag, Den Helder, Deurne, Deventer, Didam, Doetinchem, Dordrecht, Drachten, Driehuis, Dronten, Echt, Ede, Eindhoven, Elst, Emmeloord, Emmen, Enschede, Ferwert, Franeker, Goes, Goirle, Goor, Gorinchem, Gouda, Groesbeek, Groningen, Haarlem, Hardenberg, Harderwijk, Haren, Heemskerk, Heerenveen, Heerlen, Heiligerlee, Hellevoetsluis, Helmond, Hengelo, Heukelom, Hilversum, Hoofddorp, Hogeveen, Hoogezand, Hoogvliet, Hoorn, Horst, Houten, IJsselstein, Kampen, Klazienaveen, Leeuwarden, Lelystad, Lielvelde, Lopik, Lunteren, Maarssen, Maastricht, Meerlo, Meppel, Middelburg, Middelstum, Nieuw Vennep, Nieuwegein, Nijkerk, Nijmegen, Oegstgeest, Oisterwijk, Ommen, Oosterhout, Oosterwolde, Oostrum, Oud-Beijerland, Oudenbosch, Ouderkerk a/d Amstel, Papenvoort, Pijnacker, Purmerend, Putten, Raalte, Raamsdonkveer, Rhon, Rijswijk, Roermond, Roosendaal, Rotterdam, Santpoort-Noord, Schagen, Schalkhaar, Scherpenzeel, Schiedam, St. Michielsgestel, Sliedrecht, Sneek, Soesterberg, Spijkenisse, Steenwijk, Ter Apel, Terborg, Terneuzen, Tiel, Tilburg, Twello, Ubbergen, Uden, Ugchelen, Utrecht, Veendam, Veenendaal, Veldhoven, Velp, Velsen-Noord, Velsbroek, Venlo, Vlaardingen, Voorschoten, Westzaan, Weurt, Wijdenes, Wijk bij Duurstede, Wilp, Winsum, Wolvega, Zaandam, Zandvoort, Zeist, Zoetermeer, Zoutkamp, Zuidhorn, Zutphen, Zwijndrecht, Zwolle.

De opleidingen kortdurende video-hometraining worden georganiseerd vanuit en door de samenwerkende partners van AIT. Deze partners/organisaties hebben eigen getrainde opleiders die, nadat zij ruime ervaring hebben opgebouwd als videohometrainer, door AIT zijn opgeleid, gecertificeerd en geregistreerd als VHT-opleider. Alle certificaten (K-VHT en K-VHT-opleider) zijn drie jaar geldig. Door middel van het volgen van een verplicht nascholingsprogramma (bestaande uit supervisies, intervisies, werk

ontwikkelingskringen en landelijke studie(mid)dagen) kan het certificaat driejaarlijks worden verlengd, waardoor kwaliteit gewaarborgd blijft. Informatie is op te vragen via het landelijk bureau van AIT:

Bezoekadres: Middenduinerweg 44, 2071 AN Santpoort-Noord

Postadres: Postbus 581, 2070 AN Santpoort-Noord

info@ait-spin.com

www.aitnl.org

Opleiding en competenties van de uitvoerders

De uitvoerders zijn de jeugdverpleegkundigen van de GGD, afdeling JGZ, of de ambulante hulpverleners vanuit een zorgaanbieder. Het opleidingstraject voor kortdurende video-hometraining verloopt als volgt:

De opleiding start met een introductiecursus van 2 dagen, waarin de deelnemers kennismaken met de methodiek.

Hierin komt o.a. aan bod:

- de theoretische achtergronden;
- het op adequate wijze filmen van de interactie;
- uitleg over en oefenen met de interactieanalyse aan de hand van voorbeeldmateriaal.
- 1^e praktijkoefening door het maken en op de cursus bespreken van video-opname in de eigen werksetting.

Na de introductiecursus volgt er een opleiding van 20 bijeenkomsten van 2 uur in kleine groepen (max 3 personen), waarbij de theorie, de praktijkvaardigheden en de implementatie van K-VHT in de werksetting aan de orde komen. Verplichte literatuur is de 'Handleiding kortdurende video-hometraining in gezinnen met jonge kinderen' (Eliëns & Prinsen, 2008) en 'Baby's in Beeld' (Eliëns, 2005). Om de opleiding met succes te kunnen voltooien, moeten er onder begeleiding van de supervisor (een opgeleide senior ervaren collega), 10 gezinnen worden begeleid met de methodiek. In de supervisiebijeenkomsten worden zowel beelden ingebracht van de (ontwikkeling in de) gezinnen als van het terugkijken naar de video-opnames, het contact tussen de videohometrainer en de ouders. In de beginfase worden alle videobeelden samen met de supervisor geanalyseerd en besproken en wordt het terugkijken met de ouders voorbereid. De te ontwikkelen specifieke vaardigheden staan in de handleiding genoemd. Veel aandacht is er voor implementatie in de organisatie en inbedding in het beleid van de organisatie.

De opleiding wordt afgesloten met een certificering en een certificaat dat 3 jaar geldig is. De gecertificeerde videohometrainer wordt opgenomen in het landelijk register van AIT.

Na de certificering neemt de videohometrainer deel aan het verplichte nascholingsprogramma. Dit nascholingsprogramma bestaat uit:

1. Individuele supervisie, waarin de videohometrainer supervisie ontvangt wat betreft de persoonlijke ontwikkeling.
2. Werk Ontwikkelings Kringen (WOK), waarin uitwisseling plaatsvindt met videohometrainers uit andere GGD-organisaties en andere zorgaanbieders.
3. Landelijke studie(mid)dagen, waarin de methodiek in een breder perspectief gezet wordt en recente ontwikkelingen en theoretische achtergronden belicht worden. Tevens vindt er uitwisseling plaats met andere werkvelden.

Vervolgens vindt driejaarlijks een kwaliteitstoetsing plaats waarvan een aantekening wordt gemaakt in de AIT-certificeringsbank. Voor een volledige beschrijving van de competenties en de opleiding van de uitvoerders verwijzen we naar de "Handleiding

kortdurende video-hometraining in gezinnen met jonge kinderen. Voor professionals in de jeugdgezondheidszorg" (Eliëns & Prinsen, 2008).

Er wordt uitgegaan van een bachelor niveau van de deelnemers bij aanvang van de opleiding.

Kwaliteitsbewaking

Er vindt standaard een driejaarlijkse kwaliteitstoets plaats, onder leiding van een ervaren, senior VHT-opleider en/of een AIT-gecommitteerde of de videohometrainer nog voldoet aan de volgende criteria:

- Het adequaat uitvoeren van een (beeld voor beeld) interactieanalyse van de video-opnamen, om gezinsinteractiepatronen te kunnen vaststellen en aan de hand hiervan aandachtspunten te formuleren zowel t.b.v. het bekrachtigen van wat goed gaat als t.b.v. het op gang brengen/ondersteunen van gewenste ontwikkeling;
- Het op activerende wijze samen met de ouders terugkijken en bespreken van de videobeelden;
- Sensitiviteit is aanwezig voor de diversiteit van interacties en opvattingen van ouders over ontwikkeling en opvoeding;
- Zich richten op de krachten in het gezin zonder de problemen en de risico's uit het oog te verliezen;
- Het zelfstandig uitvoeren van de K-VHT;
- Via videobeelden aantonen in de begeleiding en hulpverlening de basiscommunicatie te benutten;
- Het verwerken in schriftelijke rapportage van interactieanalyse en (gewenst) veranderingsproces;
- Voldoende actief gebleven in het helpen van gezinnen met behulp van K-VHT in de afgelopen drie jaar, met voldoende resultaat (aantal begeleidingen wordt tevoren vastgesteld);
- Bij de eerste follow-up is bij 75% sprake van een geslaagde begeleiding;
- De videohometrainer neemt deel aan verschillende deskundigheid bevorderende activiteiten, conform het AIT-nascholingsprogramma.

Randvoorwaarden

De randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie zijn:

- Er moeten onder begeleiding van een gecertificeerde supervisor, minimaal 10 gezinnen worden begeleid met de methodiek. In de supervisies worden zowel beelden ingebracht van de (ontwikkeling in de) gezinnen als van het contact tussen de videohometrainer en de ouders. In de beginfase worden alle videobeelden samen met de supervisor geanalyseerd en besproken en wordt het terugkijken met de ouders voorbereid;
- De organisatie stelt apparatuur (camera + laptop) van goede kwaliteit ter beschikking;
- De organisatie faciliteert de uitvoerder door tijd en middelen beschikbaar te stellen voor zowel de opleidingsuren alsook de huisbezoeken in de gezinnen;

- De organisatie heeft aandacht voor implementatie in de organisatie en inbedding in het beleid;
- De opleiding wordt afgesloten met een certificering;
- De organisatie sluit zich aan bij AIT en draagt de kosten voor methodiekgebruik, lidmaatschap en nascholingen;
- De gecertificeerde videohometrainer wordt opgenomen in het landelijk register van de AIT. Vervolgens vindt driejaarlijks een kwaliteitstoetsing plaats waarvan een aantekening wordt gemaakt in de AIT-certificeringsbank.

Implementatie

Implementatie wordt gewaarborgd door:

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

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

3) Monitoring; op dit moment (2016/2017) wordt er gewerkt aan een (eenvoudig) monitoringsinstrument in samenwerking met het Nederlands Jeugdinstituut om het effect van de methodiek te kunnen waarborgen en voor verdere implementatie te kunnen inzetten.

Kosten

Een K-VHT-traject (dus een totale begeleiding van één gezin) door een opgeleide, gecertificeerde videohometrainer kost maximaal 20 uren aan inzet.

Deze inzet bestaat uit maximaal 8 huisbezoeken van 1 uur (= 8 uur), gemiddeld een half uur reistijd per huisbezoek (= 4 uur), voorbereiding terugkijkgesprekken (= 4 uur), onderhouden eigen deskundigheid per traject (nascholing en kwaliteitsborging) en rapportagetijd (= 4 uur).

Materiaal kosten: €50,00 per traject (aanschaf videocamera, laptop, etc.)

Voor een totaal traject K-VHT rekenen de aangesloten organisaties gemiddeld €1850,-.

3. Onderbouwing

Probleem

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

Volgens Blokland (2010) kunnen ouders allerlei vragen en problemen hebben. Doorgaans kunnen deze binnen het gezin opgelost worden tijdens de dagelijkse opvoeding, of is informatie van buiten of een adviesgesprek voldoende. Als de moeilijkheden uitmonden in een crisis is meer hulp nodig. Soms erkent de ouder zelf zijn onmacht en gaat hulp zoeken. Maar het komt ook voor dat buitenstaanders constateren dat de opvoeding niet meer effectief is of dat de situatie bedreigend is voor een gezonde ontwikkeling van het kind. Blokland (2010) onderscheidt vier categorieën van opvoedingsondersteuning.

- **Alledaagse opvoedingsvragen**

Alledaagse opvoedingsvragen gaan over enkelvoudige en praktische problemen met een bepaald aspect van de ontwikkeling of opvoeding van kinderen. Meestal zijn het herkenbare situaties die ouders zelf nog goed kunnen hanteren. Een ouder maakt zich bijvoorbeeld niet echt ongerust, maar heeft behoefte aan aanvullende informatie of aan de mening van een onafhankelijke buitenstaander, een 'second opinion'.

- **Opvoedingsspanning**

Bij opvoedingsspanning kunnen ouders minder goed omgaan met hun opvoedvragen of -problemen. Het gaat om opvoedingsmoeilijkheden die vaak al een tijdje bestaan en spanning en ongerustheid veroorzaken. Ouders ervaren hun eigen handelen in de opvoeding als minder effectief en gaan op zoek naar alternatieven. Ouders met opvoedingsspanning kunnen zich onzeker en schuldig voelen en hebben behoefte aan steun en advies over hoe ze een bepaalde situatie het beste kunnen aanpakken.

- **Opvoedingscrisis**

Bij een opvoedingscrisis stapelen de spanningen zich op. In een opvoedingscrisis zijn ouders paniekerig en gespannen. Ze hebben het gevoel dat er echt iets moet gebeuren omdat het anders uit de hand loopt. In een crisis nemen ouders soms hun toevlucht tot noodgrepen, bijvoorbeeld slaan uit onmacht. Ouders voelen zich erg incompetent en beleven weinig plezier meer aan het ouderschap.

- **Opvoedingsnood**

Van opvoedingsnood is sprake als er langere tijd complexe problemen in de opvoeding bestaan. Vaak gaat het niet alleen om opvoedingsproblemen, maar zijn er ook andere problemen die daarop inwerken. Ouders ervaren hun eigen situatie als uitzichtloos en komen er zonder hulp van buitenaf niet meer uit. Opvoeden is een bron van teleurstelling

en frustratie geworden. In deze fase is meestal professionele hulp noodzakelijk om veranderingen te bewerkstelligen.

Alleen de ouders met alledaagse, lichte opvoedingsvragen en de ouders met opvoedingsspanning komen in aanmerking voor K-VHT.

Opvoedingsspanning en -stress heeft ook een negatieve invloed op het hechtingsproces, terwijl de kwaliteit van de gehechtheidrelatie op jonge leeftijd in belangrijke mate voorspelt hoe het kind zich op verschillende gebieden ontwikkelt. Zo blijkt uit een review van Schneider, Atkinson en Tardif (2001) dat er verband is tussen de kwaliteit van de gehechtheidrelatie op jonge leeftijd en de manier waarop het kind later omgaat met leeftijdgenoten en in staat is hechte vriendschappen op te bouwen. Ook de manier waarop een kind later met stressvolle situaties en gebeurtenissen kan omgaan (coping) houdt verband met de kwaliteit van de gehechtheid op jonge leeftijd (Van IJzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999). Daarnaast zijn ook positieve verbanden aangetoond tussen de kwaliteit van de gehechtheidrelatie en cognitieve vaardigheden en taalvaardigheden (Murray & Yingling, 2000; O'Connor & McCartney, 2007).

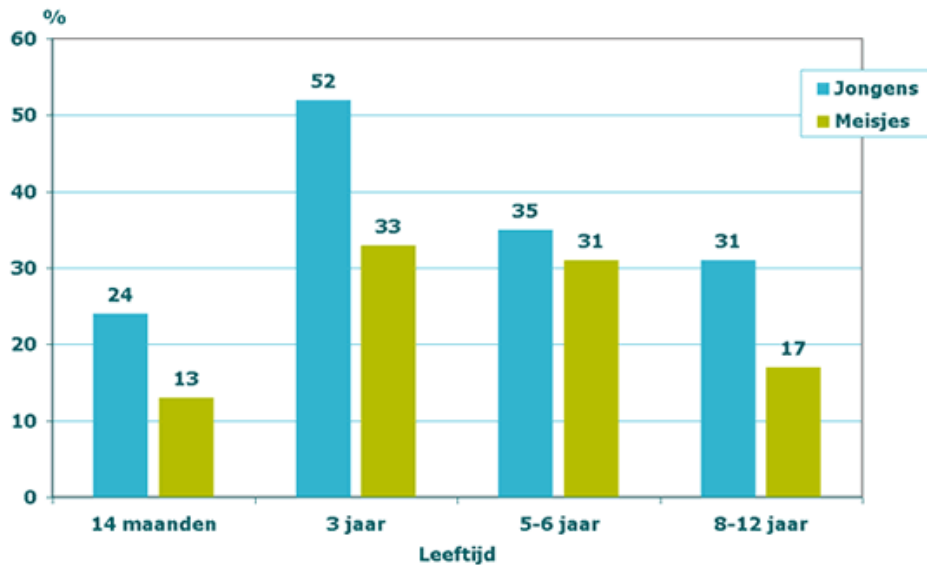
Ruim een kwart (26,3 procent) van ouders van kinderen van 0 tot 18 jaar heeft zich in het jaar voorafgaand aan het onderzoek zorgen gemaakt over de opvoeding, het gedrag of de ontwikkeling van hun kinderen. Dit blijkt uit het onderzoek Jeugd en Opgroeien (OJO) waarbij ruim 25.000 ouders gevraagd zijn vragen te beantwoorden over mogelijke kind- en opvoedproblemen. Om na te gaan hoeveel ouders opvoedingsproblemen ervaren is onderscheid gemaakt tussen opvoedingscompetentie en problemen in de ouder-kindinteractie. Bijna 17 procent van de ouders voelt zich incompetent als opvoeder en 12 procent is ontevreden over de relatie met hun kind (Bot, e.a., 2013).

In 2005 vond het onderzoek Peiling Jeugd en Gezondheid plaats, dat zich richtte op de leefsituatie, het welzijn, de tijdsbesteding en het voorzieningengebruik van 0-12 jarigen (Zeijl, Crone, Wiefferink, Keuzenkamp & Reijneveld, 2005).

Daarbij zijn medewerkers van de jeugdgezondheidszorg bevraagd over het voorkomen van psychosociale problemen van kinderen die bij hen komen. Onder die problemen vallen zowel externaliserende als internaliserende problemen (zoals angsten, depressieve gevoelens en psychosomatische klachten). In de rapportage worden de cijfers voor externaliserende problemen weergegeven als deel (percentage) van de psychosociale problemen.

Volgens medewerkers van de jeugdgezondheidszorg heeft tussen de 11 en 28 procent van de kinderen psychosociale problemen (zowel externaliserend als internaliserend). Van deze kinderen heeft tussen de 13 procent (bij meisjes van 14 maanden) en 52 procent (bij jongens van drie jaar) te kampen met gedragsproblemen zoals woedeaanvallen, driftbuien en agressief gedrag.

De ouders signaleren psychosociale problemen bij 4 procent van de kinderen van 14 maanden en bij 6 procent van de overige leeftijdsgroepen. Externaliserende problemen komen volgens hen voor bij 3 tot 9 procent van de kinderen, met een piek bij de leeftijd van 3 jaar.



Bron: Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S., Reijneveld, M. (2005).

Oorzaken

Kwaliteit van de interactie

Een eerste risicofactor is een zwakke sensitieve respons van de ouders die de kwaliteit van de ouder-kind interactie negatief beïnvloedt. De verbetering daarvan is tevens het eerste subdoel van K-VHT. De associatie tussen positieve emoties en de beschikbaarheid van sensitieve en responsieve verzorging wordt versterkt gedurende de kindertijd en is zowel waarneembaar in het gedrag als in de hersenstructuur (National Scientific Council on the Developing Child, 2004). Vroege ervaringen in de interactie tussen ouders en hun jonge kinderen worden dus in het brein opgeslagen en kunnen onomkeerbare 'littekens' nalaten (Schore, 1994). Tegelijkertijd is de ontwikkeling ook weer flexibel en is er sprake van een plasticiteit van het brein. In de jonge jaren ontwikkelen de hersenen zich snel en zijn ze erg vatbaar voor omgevingsinvloeden (Gunnar e.a., 2009). Onderzoeken laten zien dat met name de sensitieve afstemming veel invloed heeft op de vroege hersenontwikkeling van het jonge kind (Riksen-Walraven, 2002). Vroege emotionele ervaringen worden letterlijk ingebed in de structuur van het brein. Deze emotionele ervaringen vinden bij baby's en jonge kinderen plaats tijdens de interactie met de verzorger. Kinderen laten ongemak zien en huilen als ze zich hongerig, koud, nat of om een andere reden oncomfortabel voelen en ze ervaren positieve emoties als ze gevoed, verzorgd en vastgehouden worden. De sensitiviteit en de responsiviteit van de ouders hangt dus nauw samen met de kwaliteit van de interactie. Het is een risicofactor voor onveilige hechting en niet-optimale psychische ontwikkeling van het kind. Studies van onder andere Shaw en Winslow tonen aan dat zwakke responsiviteit bij de moeder bij kinderen van tien tot twaalf maanden gerelateerd is aan het voorkomen van agressie, drift en ongehoorzaamheid op de leeftijd van 1,5 jaar. Op 2-jarige leeftijd weerspiegelt dit zich in verminderde attentie, minder of niet-aanspreekbaar zijn en slaan en op 3-jarige leeftijd in problemen met andere kinderen. Op 6-jarige leeftijd bestaat er bij deze groep een verhoogde kans op vechten en stelen (Shaw & Winslow, 1997 in: Hosking, 2001).

De kwaliteit van de interactie hangt samen met de responsieve sensitiviteit van de ouders, draagt bij aan een goede hechting en aan de ontwikkeling van het kind op neurobiologisch niveau.

Hiermee hangt samen de stressregulatie. Jonge kinderen leren namelijk door middel van positieve interacties met belangrijke andere mensen de stress te reguleren. Voor het jonge kind geldt dat hij of zij om zichzelf rustig te krijgen afhankelijk is van afstemming of co-regulatie met een vertrouwde volwassene. Het zenuwstelsel van een baby beschikt namelijk nog niet over de mogelijkheden om zelf de stress te reguleren. In wederzijdse afstemming met een vertrouwde verzorger leert het kind gaandeweg hoe het adequaat met stress om kan gaan. Ouders en andere opvoeders doen als het ware voor hoe het kind dat zelf kan gaan doen en het kind ervaart de uitwerking hiervan, er is een ontwikkeling van co-regulatie naar zelfregulatie. Bovenstaande wordt bevestigd door onderzoek van Gunnar, Broderson, Nachmias, Buss & Rigatuso (1996). Uit hun longitudinaal onderzoek waarbij kinderen met respectievelijk 2, 4, 6 en 15 maanden onderzocht werden, bleek dat hoe groter de responsiviteit van de moeder, hoe veiliger gehecht en hoe lager het basiscortisolniveau van de baby was.

Stress is onvermijdelijk, opgroeiende kinderen hebben te maken met allerlei uitdagingen die stress op kunnen roepen, zowel voorspelbaar als onvoorspelbaar. Deze uitdagingen geven kinderen de mogelijkheid om te leren effectief om te gaan met stress, emoties te reguleren, en sociale, gedrags- en cognitieve omgangsstrategieën te ontwikkelen die nodig zijn om zulke obstakels te overwinnen. De aanwezigheid van een sensitieve en responsieve ouder helpt om kinderen te voorzien van vaardigheden die nodig zijn om op een gezonde manier met stress om te gaan (Gunnar e.a. 2009). Als dit niet adequaat gebeurt, zal het kind later moeite hebben met stressregulatie en het omgaan met spanningen (Riksen-Walraven, 2002). Als de stress niet gereguleerd wordt door de ouder of de emotionele stress langdurig is kan dit de zich ontwikkelende hersenstructuur van het jonge kind aantasten (National Scientific Council on the Developing Child, 2004). K-VHT biedt ouders een kans te voorkomen dat er zo'n verhoogde gevoeligheid ontstaat bij het kind, wat de gezonde sociaal-emotionele ontwikkeling negatief zou kunnen beïnvloeden.

Opvoedingsvaardigheden

Een tweede factor die het probleem veroorzaakt kan de stress zijn, die door de ouders ervaren wordt bij de opvoeding van het kind en die de opvoedingsvaardigheden van negatief beïnvloeden. De ouders ervaren zwakke opvoedingsvaardigheden en voelen zich niet competent. Er is veel onderzoek gedaan naar de gevolgen van 'early life stress'. Gebleken is dat daarbij een verandering optreedt in centrale neurobiologische systemen, wat een blijvende verhoogde gevoeligheid voor stress tot gevolg heeft. Deze verhoogde gevoeligheid brengt een verhoogd risico op psychopathologie met zich mee, zowel op kinderleeftijd als op volwassen leeftijd (Nemeroff, 2004; Perry, Pollard, Blakley, Baker & Vigilante, 2006). Stress van ouders is een risicofactor voor een laag-sensitieve opvoedingsstijl. Ook is een hoge mate van stress bij specifieke groepen (bijvoorbeeld huilbaby's) gerelateerd aan fysieke vormen van kindermishandeling. Ouders van jonge kinderen kunnen al in een vroeg stadium problemen hebben in de omgang met het kind; op babyleeftijd betreft het met name vragen over het gedrag, het eten, het huilen en het slapen van het kind. Ouders geven daarbij aan dat ze onzeker zijn of in een negatieve vicieuze cirkel zijn beland. Wanneer deze vragen/problemen niet in een vroeg stadium beantwoord/opgelost worden, bestaat een reële kans op problematiek op latere leeftijd. Kinderen die echter op jonge leeftijd basisvertrouwen ontwikkelen in zichzelf en de

mensen om hen heen, zullen toekomstige ontwikkelingstaken met meer vertrouwen tegemoet treden. De opvoedingsvaardigheden en de opvoedingsspanning die de ouders ervaren hangen nauw samen met de manier waarop de ouders de stress kunnen reguleren. Het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden is daarom het tweede subdoel van K-VHT.

Afgestemd contact

Bij opvoedingsspanning en -problemen en een inadequate sensitieve responsiviteit van de ouders staat de kwaliteit van het contact onder druk en is daarmee een derde risicofactor. De kwaliteit van het contact is een belangrijke factor in het ontwikkelen van een goede hechtingsrelatie. Uit onderzoek is bekend dat gemiddeld dertig tot veertig procent van de jonge kinderen geen veilige hechtingsrelatie ontwikkelt met zijn vaste verzorger(s) (Wijnroks, Janssen, Epskamp e.a., 2006). Tevens is uit onderzoek bekend dat de kwaliteit van de hechtingsrelatie (onder gelijkblijvende omstandigheden) over leeftijd behoorlijk stabiel is (Fraley, 2002). Onderzoek van Juffer, Bakermans en IJzendoorn (2005) toont aan dat hechtingsproblemen bij zuigelingen kunnen leiden tot latere slaap-, eet- en ontwikkelingsproblemen bij peuters. De kwaliteit van de hechting is een duidelijke beschermende dan wel bedreigende factor (Zeanah & Boris, 2000). Zo is hechting onder andere een belangrijke factor die de kwetsbaarheid voor psychische stoornissen beïnvloedt (Cassidy & Shaver, 1999). Een ongunstige ontwikkeling op jonge leeftijd vergroot ook het risico op (latere) problemen zoals kindermishandeling, onderwijsachterstanden en gedragsproblemen. Bij een gunstige ontwikkeling is het risico op problemen in de ontwikkeling bij deze kinderen kleiner dan bij kinderen waarbij het opbouwen van een veilige hechtingsrelatie niet lukt. Deze kinderen zijn angstig en kunnen niet optimaal gebruikmaken van de steun vanuit hun omgeving (opvoeders) bij het oplossen van alledaagse problemen. Een kind heeft van nature de behoefte om zich te hechten. Individuele verschillen in de kwaliteit van de gehechtheid worden dan ook bepaald door de omgeving (Van IJzendoorn, 2008, Stolk, Mesman, Zeijl e.a, 2008). Gedragsgenetische studies bevestigen dit, er blijkt namelijk weinig evidentie voor een genetisch effect voor gehechtheid en de gehechtheidskwaliteit (Bokhorst, 2004; Van IJzendoorn, 2008).

Overige risicofactoren

Daarnaast is er ook een aantal kenmerken van het kind, zoals vroeggeboorte (prematuuriteit), verstandelijke of lichamelijke beperkingen, autisme of een moeilijk temperament, die de ontwikkeling van een veilige gehechtheidsrelatie tussen kind en opvoeders kunnen bemoeilijken. Dat komt vooral doordat het voor opvoeders moeilijker is om consequent sensitief en responsief te reageren op signalen van het kind. Dit geldt vooral wanneer er sprake is van ernstige afwijkingen bij het kind. Beschermende factoren bij de opvoeders, zoals hoge sensitiviteit, kunnen de risicofactoren bij het kind vaak compenseren. Risicofactoren bij de ouders of verzorgers, zoals lage sensitiviteit, kunnen niet gecompenseerd worden door gunstige factoren bij het kind (Rigter, 2002; Van IJzendoorn, 2008).

Aan te pakken factoren

De risicofactoren die K-VHT aanpakt zijn:

- 1) Een zwakke sensitieve respons van de ouders. K-VHT heeft de focus op de versterking van de sensitieve respons van de ouders, waardoor de kwaliteit van de interactie verbetert. Het terugkijken naar videobeelden waarop de ouders geattendeerd worden op wat het kind nodig heeft om gezond te kunnen ontwikkelen verhoogt de

sensitiviteit van de ouders voor de intenties en ontwikkelingsbehoefes van het kind. Deze intenties en ontwikkelingsbehoefes worden visueel gemaakt voor de ouders en besproken met de ouders. De ouders zullen deze de initiatieven daardoor vaker en gemakkelijker kunnen herkennen in het vervolg en ook gemakkelijker responsief op de initiatieven van hun kind kunnen reageren.

2) Opvoedingsspanning en zwakke opvoedingsvaardigheden. De ouders ontwikkelen meer zelfvertrouwen en meer adequate opvoedingsvaardigheden door het terug zien van geslaagde momenten op de videobeelden. Opvoedingsstress vermindert of ouders voelen meer zelfvertrouwen. De ouders worden op die manier 'empowered' door hun eigen situatie.

Bij K-VHT ligt de focus op de hulpvraag van de ouders. Het is het vertrekpunt bij de begeleiding. Meestal zijn de vragen van ouders praktisch van aard: ouders willen graag een 'gebruiksaanwijzing' als zij onzeker zijn over 'de aanpak' van hun kind en/of problemen ervaren in de alledaagse omgang met hun kind, bijvoorbeeld met betrekking tot huilen, voeding/eten, slapen, zindelijkheid en 'dwars gedrag'. Ook kan het gaan om vragen over de omgang met het kind bij specifieke ontwikkelingsproblemen, bijvoorbeeld bij een te vroeggeboren kind, een kind met een 'moeilijk temperament' en/of een (mogelijke) achterstand in ontwikkeling.

3) Onplezierig contact. Essentieel bij K-VHT is de focus op het contact tussen ouders en kind. Het herstel van plezierig contact door een sensitieve afstemming is ook de basis van waaruit ouders positief leiding kunnen geven aan de ontwikkeling van het kind en een betere band met elkaar kunnen opbouwen. Hiermee kan K-VHT een positieve bijdrage leveren aan de hechtingsrelatie tussen ouder en kind. Op de beelden is per moment een toename te zien van beter en meer afgestemde interacties van de ouders met een direct effect op het gedrag van het kind, dat meer contact zoekt.

Verantwoording

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

Video-feedback

Een van de werkzame elementen van K-VHT, waarmee de doelen worden bereikt is het gebruik van videofeedback ter bevordering van de sensitieve respons van ouders.

De resultaten van overzichtsstudies naar de effecten van video-feedback bij ouders zijn eensgezind positief. De meta-analyse van Fukkink (2008) laat een positief effect zien van video-feedback, inclusief VHT-programma's, op het opvoedgedrag (a), op de opvoedbeleving (b) en op de ontwikkeling van het kind (c). Een meta-analyse van Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn en Juffer (2003) laat zien dat de effecten van sensitiviteitsprogramma's met video-feedback bovendien gunstig afsteken bij die van andere programma's, gelet op de sensitiviteit van de ouders.

Een meta-analyse van Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn en Juffer (2003) laat zien dat de effecten van sensitiviteitsprogramma's met videofeedback bovendien gunstig afsteken bij die van andere programma's, gelet op de sensitiviteit van de ouders.

Het gebruik van video-opnames is essentieel bij K-VHT. Het doel van K-VHT is de sociaal-emotionele ontwikkeling van jonge kinderen bevorderen door het inzetten van videobeelden om de sensitieve respons van de ouders te verbeteren. Ouders worden zich door het zien van de videobeelden bewust van het belang van een sensitieve respons ten behoeve ontwikkeling van het kind. Elke video-opname is er meer sensitieve respons van de ouders te zien. Het belang van het video-feedback wordt beschreven door Fukkink in 'Video-feedback in breedbeeldperspectief' (2007), een meta-analyse van de effecten van video-feedback in gezinsprogramma's.

Het SCO-Kohnstamm Instituut voerde een meta-analyse uit, waarbij (binnen- en buitenlandse) onderzoeken naar het effect van videofeedback (in de hulpverlening aan gezinnen met pedagogische problemen) zijn doorgelicht (Fukkink, 2007; 2008). In het onderzoek wordt geordend weergegeven op welke manier videofeedback in de afgelopen jaren is benut in de hulpverlening aan gezinnen en werd gekeken naar de opzet en resultaten van onderzoek op dit gebied. De impact van videofeedback wordt al vroeg beschreven in de literatuur (Berger, 1978; Fuller & Manning, 1973 in: Fukkink, 2007). Nederlands en buitenlands onderzoek naar de effecten van soortgelijke interventies ondersteunen verder de uitgangspunten en opzet van VHT en K-VHT.

Een verklaring voor de aantrekkingskracht van het medium video is dat ouders zichzelf in interactie met hun kind zien en daardoor met bovengemiddelde aandacht en vaak met grote emotionele betrokkenheid naar zichzelf en hun kind op de videobeelden kijken (Dowrick, 1999; Fuller & Manning, 1973, Papoušek, 2000 in: Fukkink, 2007). Daarnaast maakt de video-opname het mogelijk om met enige afstand en ruimte voor reflectie naar zichzelf te kijken. Ouders kunnen bijvoorbeeld een discrepantie ontdekken tussen het beeld dat zij van zichzelf of hun kind hadden en de beelden die zij van zichzelf en hun kind zien (Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warney & Keren, 2004; Papoušek, 2000 in: Fukkink, 2007). Fukkink (2007) refereert hier aan Klein Velderman (2005) met de stelling dat het geloof in de positieve invloed van beelden in het algemeen niet nieuw is en ook spreekt uit verschillende aforismen als 'Zien doet geloven', 'Tell me and I forget, teach me and I learn, show me and I understand'.

Fukkink (2007) rapporteert dat videofeedback effectief is bij gezinnen met jonge kinderen. K-VHT richt zich op deze doelgroep. Er zijn statistisch significante effecten voor opvoedgedrag, opvoedingsbeleving/stress en de kinderlijke ontwikkeling. Uit de meta-analyse van 28 studies (n=1794 gezinnen) van 'videofeedbackinterventies' bleek dat het opnemen van interacties en het laten zien van de videobeelden – wat veelal is ingebed in een meer omvattend programma - leidt tot statistisch significante positieve effecten op het opvoedingsgedrag en de attitude van de ouders en de ontwikkeling van het kind. Ouders worden vaardiger in de interactie met hun jonge kind en ervaren minder problemen en meer plezier in hun rol als ouder.

Verder bleek dat kortere programma's effectiever zijn voor de verbetering van de opvoedingsvaardigheden. K-VHT is bij uitstek een kortdurend (max. 8 huisbezoeken) programma.

De effecten op de attitude van de ouders waren groter wanneer ouders (a) niet afkomstig zijn uit een risicogroep en (b) wanneer er met een focus op specifieke gedragselementen naar de opnames wordt gekeken. In de meta-analyse wordt ook onderscheid gemaakt tussen VHT/VIB-programma's en 'andere programma's'. Onderstaand overzicht maakt duidelijk dat VHT/VIB-programma's effectiever bleken dan de andere programma's.

Voor het gedrag van de ouder wordt bij de andere programma's een effectgrootte gemeld van 0.47 en voor VHT/VIB een effectgrootte van 0.76. Bij de attitude van de ouder zijn de effectgroottes respectievelijk 0.24 en 0.56 en voor de ontwikkeling van het kind 0.29 en 0.42. VHT/VIB-programma's bleken dus effectiever dan de andere programma's.

| | Gedrag ouder | Attitude ouder | Kind |
|--------------------|---------------|----------------|---------------|
| | Effectgrootte | Effectgrootte | Effectgrootte |
| Andere programma's | 0.47 | 0.24 | 0.29 |
| VHT/VIB | 0.76 | 0.56 | 0.42 |

Klein Velderman heeft in een publicatie in de uitgave "Video Interaction Guidance, A Relationship-Based Intervention to Promote Attunement, Empathy and Wellbeing" (Kennedy, Landor & Todd, 2011) beschreven en geconcludeerd dat in de meeste studies over videofeedback wordt gekozen voor het meten van de sensitieve responsiviteit van de ouders. Al deze studies rapporteren een toename van de sensitieve responsiviteit van de ouders (Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn & Juffer, 2003; Fukkink, 2008). Sommige studies rapporteren ook positieve effecten op het gedrag en op de ontwikkeling van het kind (Klein Velderman 200), ouderlijke welzijn of moeder-kindbinding (Juffer et al. 2005). Steeds meer onderzoek toont aan dat interventies die werken met videofeedback effectief zijn <http://www.versterkhetjongekind.nl/PF49-Video-feedback-interventie-brengt-gedragsverandering-in-opvoeden-teweeg.html>.

De interactieanalyse

Er wordt een analyse gemaakt van de interactie tussen ouders en kind. Centraal instrument hierbij is de analyse van de basiscommunicatie waarbij het vertrekpunt en ijkpunt altijd het initiatief van het kind is. In de ontspannen sfeer die de video-hometrainer initieert, is op iedere video-opname van 10 minuten van de alledaagse omgang tussen ouders en kind, een scala aan initiatieven te zien bij het kind, Daarbij zijn contact- en ontwikkelingsinitiatieven niet te scheiden maar wel te onderscheiden. Aan de hand van video-opnames worden de initiatieven van het kind en momenten van positieve interactie tussen ouder en kind in beeld gebracht. Dit is per moment op de videobeelden te zien. Door de beelden per moment te analyseren kan een sensitiviteit respons van de ouders elk moment vastgesteld worden. Door terug te spoelen, te werken met de slow-motionfunctie en door beelden stil te zetten kan men bovendien het interactiegedrag van ouders en kinderen, dat zich soms in een 'split-second' afspeelt, intensief nader analyseren. Op deze manier maakt een video-opname de ouders soms duidelijk hoeveel signalen hun kind geeft die zij hiervoor in de dagelijkse omgang, niet herkenden (Ladnier & Massanar, 2000 in: Fukkink, 2007).

Kinderen nemen van nature initiatieven nemen om positief contact te maken met hun ouders. Dit uitgangspunt is terug te vinden in verschillende theorieën over en

onderzoeken naar de interactie tussen ouders en jonge kinderen (Trevarthen,1979; Stern,1985; Papoušek & Papoušek,1999). Deze onderzoeken laten zien dat baby's en jonge kinderen een actieve inbreng hebben in de communicatie en dat de meeste ouders daar van nature 'afgestemd' op reageren. Onbewust zijn ouders meestal op een natuurlijke manier kwalitatief en kwantitatief aangepast aan het ontwikkelings- en communicatieniveau van het kind. Ze putten daarbij uit eigen ervaringen en uit eigen krachten, waarbij hun ontwikkeling als ouder in het ouderschap min of meer gelijk opgaat met de ontwikkeling(sbehoeftes) van hun kind. De mate van sensitiviteit en responsiviteit is daarbij van groot belang, omdat deze de kwaliteit van de interactie bepalen. Deze genoemde onderzoeken naar de interactiepatronen tussen ouders en jonge kinderen en de gehechtheidstheorie vormen het theoretisch kader, dat door Dekker en Biemans (1994) benut werd in het ontwikkelen van video-hometraining (VHT).

De kwaliteit van gehechtheid is van grote invloed op het welbevinden en de ontwikkeling van het kind. Bowlby beschrijft dat een jong kind een warme, intieme en continue relatie nodig heeft met zijn vaste verzorger om zich veilig te kunnen hechten. Gehechtheid is de affectieve band van een kind met zijn opvoeder die voor het kind zorgt en aan wie het kind troost ontleent in tijden van stress en spanning (Bowlby,1971). Een veilige hechtingsrelatie vormt de basis voor de verdere (sociaal-emotionele) ontwikkeling van het kind en vermindert het risico op het ontstaan van problemen (zie onder meer Van den Boom,1999; Goudena,1994; Riksen-Walraven,1989).

Allesbepalend voor een goede gehechtheidrelatie is de manier waarop het contact tussen opvoeders en kind verloopt. In het bijzonder gaat het dan om de gevoeligheid (sensitiviteit) of het reactievermogen (responsiviteit) van de opvoeder. De ouder moet zich kunnen inleven in de gevoelens en behoeftes van het kind. De Wolff en Van IJzendoorn (1997) toonden in een zeer omvangrijke meta-analyse het verband tussen sensitiviteit en gehechtheid aan. Bij sensitieve opvoeders is de kans op het ontstaan van een veilige gehechtheidrelatie tussen ouder en kind groter (Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn & Juffer, 2003).

Doordat met K-VHT de sensitieve respons verbeterd wordt (Klein Velderman e.a., 2011), wordt ook de kans op een veilige gehechtheidsrelatie tussen ouders en kind vergroot.

Hechting en gehechtheid worden beschreven in de gehechtheidstheorie van Bowlby (1971). Voor een veilige hechting is het van belang dat de opvoeder gevoelig is voor de signalen van het kind (bijvoorbeeld door het te troosten wanneer het huilt), de autonomie van het kind respecteert, en steun en structuur biedt. De gehechtheid van een kind weerspiegelt in feite de opvoedingsgeschiedenis die het kind met zijn opvoeder heeft (Van IJzendoorn, 2008). Het gedrag van kinderen laat zien of zij ervan uitgaan dat de opvoeder hun signalen zal opmerken en er zo nodig direct en adequaat op in zal gaan (veilig gehecht). Kinderen die op jonge leeftijd basisvertrouwen ontwikkelen in zichzelf en de mensen om hen heen, zullen toekomstige ontwikkelingstaken met meer vertrouwen tegemoet treden. Het risico op problemen in de ontwikkeling is bij deze kinderen kleiner dan bij kinderen waarbij het opbouwen van een veilige hechtingsrelatie niet lukt. Deze kinderen zijn angstig en kunnen niet optimaal gebruikmaken van de steun vanuit hun omgeving (opvoeders) bij het oplossen van alledaagse problemen. Een kind heeft van nature de behoefte om zich te hechten. Individuele verschillen in de kwaliteit van de gehechtheid worden dan ook bepaald door de omgeving (Van IJzendoorn, 2008; Stolk e.a., 2008). Gedragsgenetische studies bevestigen dit, er blijkt namelijk weinig evidentie voor een genetisch effect voor gehechtheid en de gehechtheidskwaliteit (Bokhorst, 2004; Van IJzendoorn, 2008).

Goed contact en een veilige hechting vormen daarmee de basis voor de gezonde ontwikkeling van het kind.

Met K-VHT worden de signalen van het kind uitvergroott door middel van de interactieanalyse van de videobeelden. Opvoeders merken de signalen gemakkelijker op en kunnen adequater reageren, ontwikkelen meer zelfvertrouwen en worden sensitiever (Klein Velderman, 2011).

Het onderzoek van Klein Velderman e.a. (2011) naar het effect van K-VHT bij veel huilen liet zien dat het werken met videobeelden met een interactieanalyse, zoals dat bij K-VHT gebruikelijk is, daadwerkelijk positieve effecten had op de sensitieve respons van de ouders. Vergelijkingen tussen de interventie- en de controlegroep lieten zien dat moeders als gevolg van K-VHT het huilen van hun kind als minder negatief leken te percipiëren en zich minder vervelend leken te voelen bij het huilen. Ook duiden de resultaten op een positief effect van de interventie op gevoel van ouderlijke competentie bij moeders. De sensitieve responsiviteit van moeders steeg tijdens het onderzoek in beide studiecondities. De toename leek iets groter in de interventiegroep. Tot slot leek de interventie ook op lange termijn te leiden tot een positiever competentiegevoel van moeders en bovendien tot minder dagelijkse opvoedingsspanningen.

De resultaten van dit onderzoek kunnen gekoppeld worden aan het doel van K-VHT. Het onderzoek (Klein Velderman e.a., 2011) geeft aan dat de kwaliteit van de interactie tussen ouders en kinderen verbetert doordat ouders sensitiever en responsiever zijn, de opvoedingsvaardigheden van ouders verbeteren en de opvoedingsspanning is afneemt en door de verhoging van de sensitieve respons is er ook sprake van wederzijds goed afgestemd contact en een gezonde hechtingsrelatie, hetgeen uiteindelijk leidt tot een betere sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind, zodat probleemgedrag voorkomen of verminderd wordt.

Vroegtijdige ondersteuning op maat in de thuissituatie/eigen omgeving

Preventieprojecten en vroege interventies zijn dan van groot belang (Olds & Kitzman, 1993; Slade, 2002). Vroege interventies hebben altijd een curatief en (naar de toekomst toe) preventief aspect (De Gangi, 2000). Vanuit het reguliere begeleidingscircuit van de JGZ, kan met behulp van K-VHT een antwoord 'op maat' worden gegeven op de pedagogische vragen van ouders met jonge kinderen. Onder andere Sameroff onderstreept het belang hiervan omdat er zoveel aangeboren verschillen zijn tussen kinderen in gedragsstijl, ontwikkelingstempo, aanpassingsvermogen en activiteitsniveau, die mede de interactie tussen kind en ouder beïnvloeden (Sameroff in: Hermanns, 1992). Ook National Scientific Council on the Developing Child (2004) pleit voor vroegtijdige interventies die tegemoet kunnen komen aan de specifieke behoefte aan ondersteuning van ouder en kind en die zich richten op de emotionele ontwikkeling van kinderen. Hierbij geven zij aan dat het belangrijk is dat professionals vanuit organisaties die al een reguliere begeleidingstaak hebben (zoals de JGZ) de mogelijkheid hebben om deze vroegtijdige interventies in te zetten. Dit kan zijn ondersteuning in de omgang met uitdagingen die horen bij een bepaalde ontwikkelingsfase van het kind, maar ook ondersteuning wanneer er al emotionele of gedragsproblemen zijn.

Met K-VHT worden de ouders begeleid door een opgeleide en gecertificeerde jeugdverpleegkundige of hulpverlener, die het gemakkelijk kan inpassen in de huisbezoeken die gebracht worden bij de ouders thuis. Het is daarmee een preventieve

interventie, die relatief kort duurt en past in het zorgaanbod van een GGD of van een gemeente.

Risico's en problemen met betrekking tot de ontwikkeling van jonge kinderen worden veelal gesignaleerd door professionals in de (jeugd)gezondheidszorg middels directe observatie tijdens het consult én door de vragen die ouders stellen. De hulpvraag van de ouders wordt 'vertaald' naar praktische situaties in het alledaagse gezinsleven. Ook wordt het alledaagse gezinsleven in beeld gebracht door de videohometrainer. Deze filmt bijvoorbeeld het naar bed gaan of de maaltijd, een spel- of een verzorgingsmoment. Deze beelden worden geanalyseerd door de videohometrainer samen met de ouders. Daarbij is de centrale vraag; wat is de betekenis van het initiatief dat het kind neemt, wat bedoelt het ermee, en wat heeft het kind nodig van de ouders (aan invoelingsvermogen, interactie, contact) om zich goed te kunnen ontwikkelen. De ouders kunnen hun sensitiviteit beter ontwikkelen en kunnen 'op afstand' rustig nadenken over een adequate respons met behulp van de beelden.

Deskundigheid van de video-hometrainer

Bij K-VHT worden niet alleen de ouders, maar ook de hulpverlener intensief begeleid m.b.v. videofeedback. Het gaat hierbij om feedback op de eigen attitude en handelen met name in het overleg met de ouders tijdens de review. Regelmatig worden de terugkijkgesprekken met de ouders op video opgenomen en met de supervisor besproken. Deze videofeedback, die zowel gericht is op de kwaliteit van de communicatie als de inhoudelijke inbreng van de professional, is van grote waarde. Er ontstaat helder zicht en inzicht in de kwaliteit en de effectiviteit van de begeleiding en er kan indien nodig bijgesteld worden. Deze aanpak waarborgt de kwaliteit van de begeleiding in de gezinnen.

Een meta-analyse van Fukkink, Trienekens en Kramer (2010) laat zien dat dit een effectieve methode is om belangrijke interactievaardigheden van professionals te verbeteren. Door zichzelf terug te zien op video verbeteren professionals hun receptieve, informatieve en relationele vaardigheden. Het uitgevoerde onderzoek laat tevens zien dat video-feedback bijdraagt aan de verbetering van verbale, non-verbale en paralinguale aspecten van de communicatie in professionele settings. Het onderzoek liet een statistisch significant effect zien van de 'video feedback'-methodiek op de interactievaardigheden van professionals in diverse contactberoepen (ook wel aangeduid met 'interpersonal professionals'). Het geaggregeerde effect, berekend op basis van 217 experimentele vergelijkingen uit 33 experimentele studies met in totaal 1058 personen, is 0.40 standaarddeviatie ($se = 0.07$), oftewel een middelmatig groot effect. De effecten van de training zijn groter als programma's werken met een vaste observatielijst met doelvaardigheden die centraal staan in de training. De studie-uitkomsten hangen daarnaast samen met drie onderzoeksmatige kenmerken. De studieresultaten zijn positiever als de uitkomstmaten positieve vaardigheden meten in plaats van negatieve vaardigheden. Molaire uitkomstmaten, die zijn bepaald met een beoordelingsschaal, laten daarnaast grotere effecten zien dan micromaten, die zijn gescoord met behulp van 'event sampling'. Er is tevens een relatie tussen verschillen op de voormeting en de effecten bij de nameting, al is de invloed hiervan klein.

Bij signalering van kwetsbaarheid en/of ontwikkelingsproblemen bij kind en/of ouders geeft de analyse van de videobeelden waardevolle informatie voor het overleg met ouders en collega's. De videohometrainer is hierbij specifiek geschoold in het

gedetailleerd analyseren van de communicatiepatronen in het gezin, is deskundig op het gebied van de gezonde ontwikkeling van jonge kinderen.

Het terugkijken naar de basiscommunicatie aan de hand van videobeelden van het dagelijkse gezinsleven met een goed opgeleide professional geeft de ouders steun en zelfvertrouwen. Positieve momenten worden bekrachtigd en aandacht momenten worden besproken. Daarnaast krijgen de ouders informatie op maat over wat hun kind nodig heeft om zich gezond en leeftijdsadequaat te kunnen ontwikkelen, zodat ouders hun focus kunnen gaan leggen op het ondersteunen van de gezonde ontwikkeling van hun kind. De video-hometrainer wordt geschoold in de kennis en theorie over de normale sociaal-emotionele ontwikkeling. Op de beelden kan de video-hometrainer de normale ontwikkelingsinitiatieven van het kind herkennen en laten zien aan de ouders. Informatie en kennis hierover kan ondersteunend zijn in de omgang met uitdagingen die horen bij een bepaalde ontwikkelingsfase van het kind, maar ook ondersteuning wanneer er al emotionele of gedragsproblemen zijn, dat bovendien toegesneden is op de specifieke behoeftes van hun kind. Dit geldt ook voor de ouders uit andere culturen.

Van Rooijen-Mutsaers en Ince geven aan dat de (diversiteits)competenties van de (para)professionals van doorslaggevende belang zijn voor het slagen van interventies bij migrantenouders (Tan, Bekkema & Öry, 2008; Pels e.a., 2009; Pels, Naber, Peeters & Radstake, 2012 in; Van Rooijen-Mutsaers & Ince, 2013). Het gaat hier bij om kennis, vaardigheden en attituden. Met name de competente en de culturele achtergrond van de hulpverlener is van belang. Sensitiviteit van de professional en respect voor de culturele achtergrond van het gezin is volgens hen zelfs cruciaal voor het slagen van de vertrouwensband met gezinnen (Wayman & Lynch, 1991, in: Tan, Bekkema & Öry, 2008 in: Van Rooijen-Mutsaers & Ince, 2013).

Omdat de professional die K-VHT uitvoert, zelf in een blijvend supervisiesysteem zit, dat gericht is op kennis, vaardigheden en attitude en voortdurend begeleid wordt op sensitieve afstemming op de vraag van de ouders, is K-VHT ook geschikt voor migrantengezinnen..

Landelijk kwaliteitswaarborging- en supervisiesysteem

Elke nieuwe professional wordt opgeleid door een ervaren collega in het vakmanschap. Het is het 'meester-gezel'-model, waarin kennisoverdracht plaatsvindt en persoonlijke vaardigheden ontwikkeld worden. K-VHT kent na de certificering een duurzaam onderhouds- en supervisiesysteem van de gecertificeerde professional. Na de certificering wordt de professional duurzaam begeleid aan de hand van eigen video-opnames van de terugkijkgesprekken met de ouders, waarmee de kwaliteit van de uitvoering van de methodiek geborgd wordt. Na de certificering blijft elke video-hometrainer zich ontwikkelen en zich voortdurend bijscholen in kleine groepjes door supervisies en intervisies, in grotere kringen door scholingsbijeenkomsten, door specifieke studiedagen en door breder georiënteerde studiedagen. Daarnaast is er veel aandacht voor interne implementatie, waarbij ook kennis wordt overgedragen en intercollegiale intervisies plaatsvinden.

Door deze combinatie van werkzame elementen in de aanpak worden de doelen bij de doelgroep bereikt (Wels, 2001). Elk element op zich geeft niet het gewenste effect. Met alleen de informatie worden ouders niet geholpen. Met alleen de videobeelden ook niet en met een ongetrainde professional ook niet. De combinatie van beelden terugzien met het verkrijgen van informatie door een goedgeschoolde professional, is kenmerkend voor

K-VHT en heeft effect op de bewustwording en het inzicht van ouders én op hun gevoelens over en voor hun kind. Daarnaast is er een effect door en op het vakmanschap van de professional zelf.

Door de combinatie van deze werkzame elementen wordt het uiteindelijke doel van K-VHT bereikt.

K-VHT richt zich op het contact tussen ouder en kind. Een verbetering van het contact en de hechting tussen ouders en kind voorkomt of vermindert uiteindelijk sociaal-emotionele problemen bij het kind. K-VHT richt zich daarmee op factoren die bepalend zijn voor de ontwikkeling van jonge kinderen.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Relevant onderzoek naar de uitvoering:

a) Klein-Velderman e.a., 2011. "De effectiviteit van kortdurende video-hometraining in de jeugdgezondheidszorg bij gezinnen met overmatige spanning als gevolg van een excessief huilende baby": een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek.

b) Als overmatig huilen van een baby ondanks zorg van het consultatiebureau aanhoudt, kan de spanning in een gezin enorm oplopen. Uit analyses blijkt dat korte interventies met videofeedback de opvoedingsvaardigheden van ouders effectiever verbeteren dan langere programma's. Geldt dat ook voor de kortdurende preventieve video-hometraining (K-VHT)?

c) Resultaten

Vergelijkingen tussen de interventie- en de controlegroep lieten zien dat moeders als gevolg van K-VHT het huilen van hun kind als minder negatief leken te percipiëren en zich minder vervelend leken te voelen bij het huilen. Ook duiden de resultaten op een positief effect van de interventie op gevoel van ouderlijke competentie bij moeders. De sensitieve responsiviteit van moeders steeg tijdens het onderzoek in beide studiecondities. De toename leek groter in de interventiegroep. Tot slot leek de interventie ook op lange termijn te leiden tot een positiever competentiegevoel van moeders en bovendien tot minder dagelijkse opvoedingsspanningen. De procesevaluatie liet zien dat moeders in de interventiegroep tevreden waren over de steun die zij kregen middels K-VHT. Het bespreken van de videofragmenten vonden zij nuttig en de samenwerking met de video-hometrainer (VHT-er) prettig. Ook de VHT-ers waardeerden de samenwerking met moeders als prettig. Zij hadden het gevoel dat moeders open en coöperatief waren en dat K-VHT hen positief kon beïnvloeden.

De indicaties die in deze studie gevonden werden voor het effect van K-VHT op sociaal en emotionele ontwikkeling van kinderen (lange termijn, $d = 0,22$), en gevoel van steun (lange termijn, $d = 0,20$) waren bescheiden. De grootste verschillen tussen interventie- en controlemoeders in deze studie betroffen positieve veranderingen in de zorgen over en het gevoel omtrent huilen ($d = 0,65-0,67$), dagelijkse beslommingen ($d = 0,57$) en het gevoel van ouderlijke competentie van moeders ($d = 1,12$). Een toename in het competentiegevoel van ouders in de interventiegroep hield ook stand op lange termijn ($d = 0,53$).

Moeders in dit onderzoek waren geselecteerd op basis van hun zorgen over en spanningen als gevolg van het overmatig huilen van hun baby. Na afloop van de interventie percipieerden moeders in de interventiegroep het huilen van hun baby als veel minder onaangenaam, geprikkeld, doordringend en ongemakkelijk dan controlemoeders. Ook voelden zij zich door het huilen minder geïrriteerd of boos en minder verdrietig dan controlemoeders.

In deze studie vonden we slechts een klein positief verschil tussen de interventie- en controlegroep op sensitieve responsiviteit van moeders zoals gemeten met de CARE-index ($d = 0,32$). Dit interventie-effect had statistisch significant geweest bij een steekproefgrootte met de beoogde omvang van 77 per studieconditie. Bovendien traden

ook een aantal belangrijke verschuivingen op in de categorieën van interactiekwaliteit: De kwaliteit van interactie tussen moeder en kind na de interventie minder vaak van zorgelijke en vaker van voldoende kwaliteit leek te zijn.

De in deze studie gevonden stijging in CARE-index sensitieve responsiviteit van interventie-moeders, is goed vergelijkbaar met de resultaten van de interventiegezinnen zoals gevonden in de eerdergenoemde Britse studie (Kennedy e.a., 2010). In het betreffende onderzoek nam de algehele sensitieve responsiviteit van moeders in de interventieconditie gemiddeld toe met 3,13 punten; in dit onderzoek was dit 3,00. Gemiddeld had in de Britse studie 25 procent van de moeders in de interventiegroep voorafgaand aan de interventie een interactiescore die voldoende te noemen was. Na de video-hometraining die de moeders kregen was dit 88 procent. In dit Nederlandse onderzoek waren deze percentages voor en na interventie respectievelijk 25 en 75 procent.

Samengevat

Vergelijkingen tussen de interventie- en de controlegroep lieten zien dat moeders als gevolg van K-VHT het huilen van hun kind als minder negatief leken te percipiëren en zich minder vervelend leken te voelen bij het huilen. Ook duiden de resultaten op een positief effect van de interventie op gevoel van ouderlijke competentie bij moeders. De sensitieve responsiviteit van moeders steeg tijdens het onderzoek in beide studiecondities. De toename leek iets groter in de interventiegroep. Tot slot leek de interventie ook op lange termijn te leiden tot een positiever competentiegevoel van moeders en bovendien tot minder dagelijkse opvoedingsspanningen.

Publicatie over dit onderzoek:

<http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/de-effectiviteit-van-kortdurende-video-hometraining-in-de-jeugdgezondheidszorg-bij-gezinnen-met-over/samenvatting/>

2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Er is geen effectiviteitsonderzoek uitgevoerd naar de effecten van K-VHT bij de doelgroep van deze beschrijving. Wel is er een effectonderzoek uitgevoerd naar een klinische variant van de methodiek voor de ouders van prematuur geboren kinderen, die in een later stadium tot de doelgroep van K-VHT kunnen gaan horen.

Relevant effectonderzoek 1:

Er is een effectonderzoek (RCT) uitgevoerd naar het effect van de methodiek in een klinische setting. De ouders van premature kinderen werden begeleid in een zeer vroeg stadium met de methodiek. Twee promovendi hebben in 7 Nederlandse ziekenhuizen gekeken op couveuseafdelingen (NICU en Medium Care) naar de effecten van de interventie bij ouders van ernstig en matig geboren premature kinderen.

De interventie wordt hier niet K-VHT genoemd, maar video-interactiebegeleiding (VIB) en is qua inhoud, uitvoering en aanpak hetzelfde, alleen uitgevoerd in een klinische setting.

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

b) Het proefschrift is onderverdeeld in vier delen; Deel I, waarin de achtergrond (hoofdstuk 1) en opzet van de studie (hoofdstuk 2) wordt beschreven; Deel II, waarin de

effectiviteit van VIB wordt geëvalueerd (hoofdstuk 3); Deel III, waarin de impact van prematuriteit op zowel moeders als vaders van matig als ernstig te vroeg geboren kinderen op een maand (hoofdstuk 4) en zes maanden (hoofdstuk 5) na de geboorte wordt onderzocht; en tenslotte Deel IV waarin een samenvatting van de belangrijkste resultaten wordt gegeven en bediscussieerd (hoofdstuk 6).

Om de effecten van VIB bij ouders in gezinnen met premature kinderen goed in kaart te kunnen brengen, is in 2009 een multicenter gerandomiseerd onderzoek met controle groep opgezet (Tooten e.a., 2012). Dit onderzoek had tevens als doel de band tussen ouders en hun premature kind nader te onderzoeken. Het streven was om 210 pasgeboren kinderen met hun ouders in het onderzoek te includeren. In zes algemene ziekenhuizen werden op de kraamafdelingen 70 gezinnen met op tijd geboren kinderen (≥ 37 weken zwangerschapsduur) en 70 gezinnen met matig te vroeggeboren kinderen ($\geq 32-37$ weken zwangerschapsduur) geworven. Daarnaast werden er in twee gespecialiseerde ziekenhuizen op de Neonatale Intensive Care Units (NICU's) 70 gezinnen met ernstig te vroeggeboren kinderen (< 32 weken zwangerschapsduur) geworven. De deelnemende gezinnen werden verdeeld in drie groepen: (1) een referentiegroep (gezinnen met op tijd geboren kinderen die de standaard ziekenhuiszorg ontvangen), (2) een controlegroep (gezinnen met premature kinderen die de standaard ziekenhuis zorg ontvangen), en (3) een interventiegroep (gezinnen met premature kinderen die in aanvulling op de standaard ziekenhuiszorg tevens VIB ontvangen). Gezinnen in de referentiegroep (1) werden eenmaal binnen 24 uur na de bevalling gefilmd. Gezinnen in de controlegroep (2) werden tweemaal gefilmd, respectievelijk binnen 24 uur na de bevalling en na 7 dagen. Gezinnen in de interventiegroep (3) werden driemaal gefilmd worden, binnen 24 uur, na 3 dagen en na 7 dagen. De ouders in de interventie groep ontvingen videofeedback op de gemaakte videobeelden van VIB. De ouders in de referentie- en controlegroep daarentegen kregen de videobeelden niet te zien, noch ontvingen zij videofeedback. De dataverzameling vond plaats tijdens de eerste zes maanden na de geboorte met gebruikmaking van observaties, vragenlijsten en semigestructureerde interviews. De primaire uitkomstmaten waren de kwaliteit van de ouder-kindrelatie en interactiegedrag.

c) Resultaten laten zien dat VIB het sensitieve en afgestemde interactieve gedrag van ouders significant verbetert en het afstandelijke gedrag significant vermindert. VIB had daarentegen geen effect heeft op het verminderen van ernstig negatief en intrusief gedrag van ouders. Wat betreft de vorming van een band tussen ouder en kind, bleek dat, zoals verwacht, VIB een positieve invloed had. Ouders ondervonden namelijk minder hechtingsproblemen, beleefden meer gevoelens van plezier en rapporteerden meer verzorgend gedrag. Deze effecten waren het sterkst bij vaders van te vroeggeboren kinderen, die VIB hadden ontvangen. VIB bleek echter geen effect te hebben op ervaren stress, bezorgdheid en welbevinden van de ouders. Opmerkelijk was voorts dat VIB

met name ook effectief was voor moeders die de premature geboorte als zeer traumatisch hadden ervaren. Zij lieten, na VIB, beter afgestemde interacties zien en gaven aan een betere band met hun baby te hebben, vergeleken met moeders die geen VIB hadden ontvangen.

Relevant effectonderzoek 2:

a) Hoffenkamp H.N. (2015). Parenting on the Threshold of Viability. The impact of preterm birth on parental care. Tilburg University.

b) Het proefschrift bestaat uit vier observationele studies (Hoofdstukken 2, 3, 4 en 5) die gericht zijn op de eerste en tweede doelstelling en een experimentele studie (Hoofdstuk 6) die gericht is op de derde doelstelling van het onderzoek. De onderzoeksresultaten zijn gebaseerd op een steekproef van 231 moeders en 223 vaders van 81 a terme geboren kinderen (zwangerschapsduur van 37 weken of meer), 75 matig prematuur geboren kinderen (zwangerschapsduur tussen de 32 en 37 weken) en 75 extreem prematuur geboren kinderen (zwangerschapsduur van minder dan 32 weken), die werden geworven in acht Nederlandse ziekenhuizen. De deelnemende gezinnen werden gevolgd vanaf de geboorte tot zes maanden postpartum. Om de kwaliteit van ouderschap, i.c. de ouder-kind band, gehechtheid en interactiegedrag van de ouder, te onderzoeken is in de studies gebruik gemaakt van verschillende variabelen en onderzoeksmethoden. De kwaliteit van de band tussen ouder en baby werd gemeten door middel van vragenlijsten en een visueel instrument, de gehechtheidsrepresentaties (d.w.z. de ideeën en verwachtingen) die ouders hebben over hun baby werden beoordeeld met behulp van interviews en het interactiegedrag van ouders werd beoordeeld op basis van video-observaties. Tevens werd door middel van vragenlijsten, medische dossiers en interviews informatie verkregen over kind-, ouder- en omgevingskenmerken, alsook de ervaringen, percepties, emoties en ervaren stress van ouders in de periode direct na de geboorte.

c) Effectiviteit van Video-interactiebegeleiding na vroeggeboorte

De vijfde studie (Hoofdstuk 6) betreft een onderzoek naar de effectiviteit van Video Interactie Begeleiding (VIB) in de ziekenhuissetting, bij ouders van matig en extreem prematuur geboren baby's. VIB is een preventieve, gedragsmatige videofeedback interventie die onder meer wordt ingezet om de kwaliteit van de ouder-kind relatie te ondersteunen na vroeggeboorte. In een multicenter gerandomiseerd onderzoek met controlegroep (RCT) werd gedurende de eerste zes postpartum maanden geëvalueerd welke effecten VIB heeft op het interactiegedrag van ouders, de kwaliteit van de hechtingsrelatie tussen ouder en baby, alsook de ervaren psychologische stress van ouders en hun welbevinden.

De resultaten toonden aan dat VIB in de eerste week na vroeggeboorte effectief is in het verhogen van sensitief gedrag en het verminderen van afstandelijk gedrag van ouders tijdens dagelijkse ouder-kind interacties. VIB bleek al na twee sessies te leiden tot een kleine gedragsverbetering bij moeders en een middelgrote gedragsverbetering bij vaders. Het interventie-effect was echter kortdurend en doofde na drie weken uit. Verder bleek VIB een positieve invloed te hebben op de kwaliteit van de ouder-baby band en relatie, met name voor vaders. Daarnaast bevestigden de resultaten van deze studie de rol van traumatische ervaringen als risicofactor voor problemen in de moeder-kind relatie. Moeders die de vroeggeboorte als zeer traumatisch hadden ervaren bleken namelijk meer problemen te hebben in de interactie en relatie met hun baby. Deze subgroep van moeders bleek in het bijzonder gebaat bij de VIB-interventie. Er werd bij hen een kortdurende, maar grote gedragsverbetering geconstateerd. VIB bleek daarentegen niet

effectief in het verminderen van expliciet negatief en intrusief gedrag van ouders. Bovendien werden de aan prematuriteit gerelateerde zorgen, psychologische stress en negatieve emoties van ouders (zoals gevoelens van depressiviteit, angst en woede) niet beïnvloed door de interventie.

Ten aanzien van de derde doelstelling (*evaluatie van de effectiviteit van Video-interactiebegeleiding na vroeggeboorte*) kan worden gesteld dat VIB op de korte termijn succesvol is in het vergroten van de ouderlijke sensitiviteit en betrokkenheid, vooral bij vaders en bij getraumatiseerde moeders. Gezien het feit dat prematuur geboren baby's een vaak stressvolle ziekenhuisopname ondergaan gedurende de meest kwetsbare periode van hersenontwikkeling, lijkt het zinvol om een interventie aan te bieden die de sensitiviteit en het vermogen tot afstemming bij ouders vergroot tijdens het ziekenhuisverblijf. Wanneer er bij ouders echter sprake is van extreme niveaus van stress en negatieve emoties of wanneer zijn of haar gedragingen worden gekenmerkt door negativiteit en intrusiviteit, lijkt VIB ter ondersteuning van de ouder-kind relatie niet afdoende te zijn.

5. Samenvatting Werkzame elementen

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

- Het werken met video-feedback.
- De interactieanalyse.
- Vroegtijdige ondersteuning op maat in de thuissituatie/eigen omgeving.
- Deskundigheid van de video-hometrainer en de kwaliteitswaarborging door het supervisiesysteem.

6. Aangehaalde literatuur

- Bakermans-Kranenburg, M.J., M.H. Van IJzendoorn & F. Juffer (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, nummer 129, p.195-215.
- Blokland, G. (2010). 'Over opvoeden gesproken : methodiekboek pedagogisch adviseren'. Amsterdam: SWP Uitgeverij.
- Bokhorst, C. (2004). *Attachment in twins. A behavioral genetic study on infant-mother and infant-father attachment*. Proefschrift Universiteit Leiden.
- Boom, D. van den (1999). *Ouders op de voorgrond. Een educatieve lijn voor 0 tot 18 jaar*. Utrecht: Sardes.
- Bot, S., Roos, S. de, Sadiraj, K., ... [et al.] (2013). 'Terecht in de jeugdzorg : voorspellers van kind-en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik'. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).
- Bowlby, J. (1971). *Attachment and loss. Volume 1: Attachment*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Cassidy, J., & Shaver, P. (1999). *Handbook of attachment*. Londen: Guilford.
- De Gangi, G. (2000). *Pediatric disorders of regulation in affect and behavior*. San Diego: Academic Press.
- Dekker, J.M. & Biemans, H.M.B. (1994). *Videohometraining in gezinnen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Eliëns, M. (2005). *Baby's in beeld. Video-hometraining en video-interactiebegeleiding bij kwetsbare baby's*. Amsterdam: SWP.
- Eliëns, M. & Prinsen, B. (2011). *Handleiding kortdurende video-hometraining in gezinnen met jonge kinderen: Voor professionals in de jeugdgezondheidszorg*. Amsterdam: SWP.
- Fraley, R.C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-Analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 123-151.
- Fukkink, R. (2007). *Video-feedback in breedbeeldperspectief: Een meta-analyse van de effecten van video-feedback in gezinsprogramma's*. Amsterdam: SCO-Kohnstamm Instituut.
- Fukkink, R. (2008). Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review*, 28, 904-916.
- Fukkink, R.G., Trienekens, N., & Kramer, L. (2010). *Video-feedback in opleiding en training: Leren in beeld gebracht*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

- Goudena, P.P. (1994). Ontwikkelingsopgaven en opvoedingsopgaven. In J. Rispens, P.P. Goudena & J.J.M. Groenendaal (red.). *Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Gunnar, M.R., Broderson, L., Nachmias, M., Buss, K., & Rigatuso, J. (1996). Stress reactivity and attachment security. *Developmental psychobiology*, 29, 191-204.
- Gunnar, M. R., Herrera, A., & Hostinar, C.E. (2009). Stress and early brain development. In: Tremblay, R.E., Barr, R.G., Peters, R.V., Boivin, M., eds. *Encyclopedia on early childhood development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of excellence for early childhood development; 2009: 1-8. Beschikbaar op <http://www.child-encyclopedia.com/documents/Gunnar-Herrera-HostinarANGxp.pdf>.
- Hermanns, J.M.A. (1992). *Het sociale kapitaal van jonge kinderen: jonge kinderen, opvoeders en opvoedingsondersteuning*. Amsterdam: SWP.
- Hoffenkamp, H. N., Tooten, A., van Bakel, H. J. A., Vingerhoets, A. J. J. M., & Winkel, F. W. (2010). Medical Health status of newborn infants and parental bonding after childbirth: a comparison between families with preterm and full term infants (abstract). *Infant Mental Health Journal*, 32(3), 269-270.
- Hoffenkamp, H. N., Tooten, A., Hall, R. A. S., Croon, M. A., Braeken, J., Winkel, F. W., Vingerhoets, A. J. J. M., & van Bakel, H. J. A. (2012). The impact of premature childbirth on parental bonding. *Evolutionary Psychology*, 10 (3), 542-561.
- Hoffenkamp, H. N., Tooten, A., Hall, R. A. S., & van Bakel, H. J. A. (2012). Sustaining early development (abstract). *Infant Mental Health Journal*, 33, 85-86.
- Hoffenkamp, H. N., Braeken, J., Hall, R. A. S., Tooten, A., Vingerhoets, A. J. J. M., & van Bakel, H. J. A. (2015). Parenting in complex conditions: does preterm birth provide a context for the development of less optimal Parental behavior? *Journal of Pediatric Psychology*, 40 (6), 559-571. <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jsv007>.
- Hoffenkamp, H. N., Tooten, A., Hall, R. A. S., Braeken, J., Eliens, M. P. J., Vingerhoets, A. J. J. M., & van Bakel, H. J. A. (2015). Effectiveness of hospital-based video interaction guidance on parental interactive behavior, bonding, and stress after preterm birth: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83 (2), 416-429. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038401>
- Hoffenkamp, H. (2015). Parenting on the threshold of viability: the impact of preterm birth on parental care. Tilburg University.
- Hosking, G. (2001). Nursery Crimes. *Relational Justice*, January edition.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J., & IJzendoorn, M.H. van (2005). The importance of parenting in the development of disorganized attachment: Evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 263-274.

- Kennedy, H., Landor M., Todd, L.,(red) (2011). *Video Interaction Guidance. A Relationship-Based Intervention to Promote Attunement, Empathy and Wellbeing*. Jessica Kingsley Publishers. London and Philadelphia.
- Klein Velderman, M. (2005). *The Leiden VIPP and VIPP-R study. Evaluation of a short-term preventive attachment-based intervention in infancy*. Proefschrift Universiteit Leiden. Leiden: Mostert & Van Onderen.
- Klein Velderman, M., Pannebakker, F.D., Fukkink, R.G., De Wolff, M.S. et al. (2011). *De effectiviteit van kortdurende video-hometraining in de jeugdgezondheidszorg: Resultaten van een studie in gezinnen met overmatige spanning als gevolg van een excessief huilende baby*. [The effects of short-term VIG in preventive child healthcare: Results of a study in families with worries about excessive infant crying.]. Leiden: TNO, Department of Child Health.
- Murray, A.D. en J.L.Yingling (2000), Competence in language at 24 months: Relations with attachment security and home situation. *Journal of Genetic Psychology*, nummer 16, p.133-140.
- National Scientific Council on the Developing Child, *Children's emotional development is built into the architecture of their brains*. (2004), working paper no.2.
- Nemeroff, C.B. (2004). Neurobiological consequences of childhood trauma. *Journal of clinical psychiatry*, 65, 18-28.
- O'Connor, E. en K. McCartney (2007), Attachment and cognitive skills: An investigation of mediating mechanisms. *Journal of Applied Developmental Psychology*, nummer 28, p.458-476.
- Olds, D.L., & Kitzman, H. (1993). Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *The future of children*, 3, 53-92.
- Papoušek, M. & Papoušek, H. (1999). Early integration of experience. The interplay of nature and culture. In A.F. Kalverboer, B. Hopkins, & L. Genta (Eds.). *Current issues in developmental psychology. Biopsychological perspectives*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Perry, B.D., Pollard, R.A., Blakley, T.L., Baker, W.L., & Vigilante, D. (2006). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and 'use-dependent' development of the brain: How 'stairs' become 'traits'. *Infant mental health journal*, 16, 271-291.
- Rigter J. (2002), 'Ontwikkelingspathologie bij kinderen en jeugdigen'. Bussum, Uitgeverij Couthinho.
- Riksen-Walraven, J.M.A. (1989). Meten in perspectief. Een levensloopmodel als achtergrond bij het meten en beïnvloeden van gedrag en interacties. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 23, 16-33.
- Riksen-Walraven, J.M. (2002). *Wie het kleine niet eert.... over de grote invloed van vroege sociale ervaringen*. Nijmegen: Katholieke Universiteit (Oratie).

- Schneider, B.H., L. Atkinson en C. Tardif (2001), Child-parent attachment and children's peer relations: A Quantitative review'. *Developmental Psychology*, nummer 37, p.86-100.
- Schore, A. (1994). *Affect regulation and the origin of self: The neurobiology of emotional development*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Slade, A. (2002). Keeping the baby in mind: A critical factor in perinatal mental health. *Bulletin of zero to three*, 22, 10-16.
- Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books/London: Karnac Books.
- Stolk, M.N., Mesman, J., Zeijl, J. van, Alink, L.R.A., Bakermans-Kranenburg, M.J., IJzendoorn, M.H. van, Juffer, F., & Koot, H.M. (2008). Early parenting intervention: Family risk and first-time parenting related to intervention effectiveness. *Journal of Child and Family Studies*, 17, 55-83.
- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy. A description of primary intersubjectivity. In M. Bullowa, *Before Speech. The beginning of interpersonal communication*. Cambridge: Cambridge University press.
- Tooten, A., Hoffenkamp, H. N., van Bakel, H. J. A., Vingerhoets, A. J. J. M., & Winkel, F.W. (2010). Parental psychological stress responses and parental bonding after childbirth: a comparison between families with preterm and full term infants (abstract). *Infant Mental Health Journal*, 32(3), 282.
- Tooten, A., Hoffenkamp, H. N., Hall, R. A. S., Winkel, F. W., Eliens, M., Vingerhoets, A. J. J. M., & van Bakel, H. J. A. (2012). The effectiveness of video interaction guidance in parents of premature infants: a multicenter randomised controlled trial. *BMC Pediatrics*, 12 (76), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2431-12-76>.
- Tooten, A., Hoffenkamp, H. N., Hall, R. A. S., Braeken, J., Vingerhoets, A. J. J. M., & van Bakel, H. J. A. (2013). Parental perceptions and experiences after childbirth: a comparison between mothers and fathers of term and preterm infants. *Birth*, 40 (3), 164-171. <http://dx.doi.org/10.1111/birth.12052>
- Tooten, A., Hall, R. A. S., Hoffenkamp, H. N., Braeken, J., Vingerhoets, A. J. J. M., & van Bakel, H. J. A. (2014). Maternal and paternal infant representations: a comparison between parents of term and preterm infants. *Infant Behavior and Development*, 37 (3), 366---379. <http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2014.05.004>
- Tooten, A. (2014). First connections. The impact of preterm birth on mothers and fathers. Tilburg University.
- Van Bakel, H. J. A., Hoffenkamp, H. N., Tooten, A., Hall, R. A. S., Ter Beek, M., & Hartman, E. E. (2013). Moody Blues: affect interpretation of infant Facial expressions and negative affect in mothers of preterm and term infants. *Psychological Topics*, 22 (2), 351-366.

- Van Bakel, H. J. A., Tooten, A., Hoffenkamp, H. N., & Hall, R. A. S. (2015). Prematuriteit en video-interactiebegeleiding: de wetenschap in beeld. In: M. P. J. Eliens (Ed.), *Handleiding video-interactiebegeleiding in de gezondheidszorg*. SWP, Amsterdam.
- Van IJzendoorn, M.H., C. Schuengel en M.J. Bakermans-Kranenburg (1999), Disorganized attachment in early childhood: A meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae, in: 'Development and Psychopathology', nummer 11, p.225-249.
- Van IJzendoorn, M.H. (2008). *Opvoeding over de grens: Gehechtheid, trauma en veerkracht*. Amsterdam: Boom uitgeverij.
- Van der Veen, M. & Prinsen, B. (2010). *Handleiding video-hometraining in gezinnen met kinderen in de basisschoolleeftijd. Voor professionals in het maatschappelijk werk*. Amsterdam SWP.
- Van Rooijen-Mutsaers, K. & Ince, D. (2013). *Wat werkt bij migrantenjeugd en hun ouders?*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Wels, P.M.A. (2001). *Helpen met beelden. Video in de hulpverlening aan gezinnen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Wijnroks, L., Janssen, C., Epskamp, S., Kloosterman, D., Mispelblom Beyer, I., Post, T., Stor, P. & Storsbergen, H. (2006). *Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis. Het onderkennen van hechtingsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking*. Utrecht: Uitgeverij LEMMA.
- Zeanah, C. H., & Boris, N. W. (2000). Disturbances and disorders of attachment in early childhood. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (2nd ed., pp. 353 – 368). New York: Guilford Press.
- Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S., Reijneveld, M. (2005). 'Kinderen in Nederland'. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).
- Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S., Reijneveld, M. (2005). *Peiling Jeugd en Gezondheid (PJG) / 0- tot 12-jarigen onderzoek in 'Kinderen in Nederland'*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)

Samenwerking erkenningstraject

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

