



Interventie

Shantala Babymassage Individueel

Samenvatting

Doelgroep

De interventie richt zich op moeders die een risico hebben op laag sensitief opvoedgedrag met een baby van 6 weken tot 9 maanden oud. Dit zijn moeders die problemen of stress ervaren bij de opvoeding, de verzorging van de baby of het ouderschap, en moeders waarbij signalen aanwezig zijn van interactieproblemen tussen de moeder en haar baby, zoals moeders met een huilbaby of een prikkelbare baby.

Doel

De interventie richt zich op het verminderen van het risico op een onveilige gehechtheidsrelatie en het bevorderen van een veilige gehechtheidsrelatie tussen moeder en kind, door de sensitiviteit van de moeder tijdens de verzorging van de baby te vergroten.

Aanpak

De interventie combineert babymassage met opvoedingsvoorlichting en bestaat uit drie huisbezoeken van anderhalf uur die elke week plaatsvinden. De focus van de cursus ligt op het vergroten van de sensitiviteit van de moeder en het verbeteren van het contact tussen de moeder en de baby. In de interventie staat de behoefte van de moeder centraal. De docent leert de moeder haar eigen baby te masseren. Tijdens de babymassage staat het herkennen en interpreteren van, en prompt en gepast reageren op de signalen van de baby centraal. De moeder volgt het tempo van haar baby. De docent geeft tijdens het masseren direct feedback. De docent laat de moeder door middel van aanraking ervaren dat de baby aanraking prettig vindt.

Tijdens de cursus bespreekt de docent thema's gerelateerd aan de opvoeding en verzorging van de baby. Dit zijn standaard de thema's huilen, lichaamstaal en basiscommunicatie. Overige thema's zijn naar de behoefte van de moeder. De moeder krijgt tevens de ruimte om (opvoedkundige of verzorgings-) vragen te stellen. De docent gaat in op deze vragen en verwijst de moeder indien nodig door naar andere professionals. De docent stimuleert de moeder om tussen de huisbezoeken door en na afloop van de interventie door te gaan met het masseren door een concreet plan op te stellen.

Materiaal

Werving:

-Ernsttaxatiemodel (opgenomen in handboek)

Uitvoering:

- Handboek
- Zuivere amandelolie
- DVD over Shantala Babymassage
- Afsprakenbrief
- Sporttas
- Cursusboekje voor ouders
- 2 poppen
- Certificaat
- Handdoek, wikkeldoek en spuugdoekje

- (Yoga) mat
- Draagdoek
- CD met rustige muziek

Evaluatie:

- Evaluatieformulier deelnemers
- Interview deelnemers
- Interview docenten

Onderbouwing

Uit de literatuur blijkt dat sensitiviteit een belangrijke voorwaarde is voor het ontwikkelen van een veilige gehechtheidsrelatie, en dat interventies gericht op het vergroten van sensitiviteit effectiever zijn wanneer babymassage wordt toegepast. Babymassage is tevens positief gerelateerd aan verbeterd ouder-kind contact. Verder blijkt uit de literatuur dat kortdurende interventies met maximaal vijf sessies net zo effectief zijn in het vergroten van sensitiviteit als interventies met vijf tot zestien sessies. Shantala Babymassage Individueel combineert daarom babymassage en opvoedingsondersteuning door jeugdverpleegkundigen tijdens drie huisbezoeken.

De moeder leert de signalen van haar baby herkennen, wordt zich er meer bewust van dat de baby signalen geeft, en leert sensitieve opvoedvaardigheden. Dit wordt bereikt door de toepassing van modeling, actief leren, directe ervaring, feedback en oefening. Tijdens de babymassage kan de moeder het geleerde direct in de praktijk brengen. Bij het masseren komt tevens het hormoon oxytocine vrij, wat in verband staat met het opvoedgedrag van de moeder, het herkennen van sociale signalen van de baby en het verlagen van stress. Het risico op insensitief opvoedgedrag wordt verminderd door de moeder in informele setting opvoedingsondersteuning te bieden.

Onderzoek

In anderhalf jaar tijd zijn er 85 gezinnen bereikt. Dit waren met name multiprobleemgezinnen. De werving wordt nu zo ingezet dat ook gezinnen met lichtere problematiek worden bediend.

Uit de procesevaluatie blijkt dat docenten en deelnemers positief zijn over de cursus. Docenten en deelnemers geven aan dat de deelnemers de massagetechnieken leren, de signalen van de baby beter herkennen, weten wat de baby bedoelt met zijn of haar gedrag, zich gesteund voelen bij de omgang met hun baby, en dat het contact tussen de deelnemer en de baby verbetert. De baby's lijken volgens zowel docenten als deelnemers rustiger te worden van het masseren. De meeste deelnemers geven aan dat de baby minder huilt.

Erkenning

Erkend door

Deelcommissie jeugdgezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering d.d 21-01-2015

Oordeel: Goed onderbouwd

Toelichting:

Positief aan de interventie is de combinatie van opvoedingsondersteuning en babymassage gericht op een kwetsbare doelgroep, met als doel het bevorderen van een veilige hechting tussen ouder en kind. Dankzij de "op maat" aanpak is een individuele invulling mogelijk.

1. Probleemomschrijving

1.1 Probleem

Shantala Babymassage Individueel richt zich op het risico op een onveilige gehechtheidsrelatie tussen moeder en kind. Een gehechtheidsrelatie is een wederkerige, duurzame en affectieve relatie (een 'vertrouwensband') tussen het kind en zijn gehechtheidspersoon (Bowlby, 1969; 1988). De interventie beoogt het risico op een onveilige gehechtheidsrelatie tussen moeder en kind te verminderen en een veilige gehechtheidsrelatie te bevorderen, door de responsieve sensitiviteit van de moeder te verhogen.

Er worden vier verschillende gehechtheidstypen onderscheiden, namelijk onveilig-vermijndend (type A), veilig (type B), onveilig-ambivalent (type C) en gedesorganiseerd (type D) (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Main & Solomon, 1990). Veilig gehechte kinderen ontwikkelen zich het meest gunstig, terwijl onveilig en gedesorganiseerd gehechte kinderen negatieve ontwikkelingsuitkomsten laten zien (Thompson, 1999).

Volgens Ainsworth et al. (1978) is het voor de ontwikkeling van een veilige gehechtheidsrelatie van groot belang dat de gehechtheidspersoon sensitief en responsief reageert op de signalen en behoeften van het kind. De gehechtheidspersoon is sensitief wanneer het de signalen van het kind waarneemt en correct interpreteert, en prompt en gepast op deze signalen reageert (Ainsworth et al., 1978). Concreet is het de bedoeling dat de ouder snel op het signaal reageert, en dat de reactie past bij de behoefte van de baby. Bijvoorbeeld troosten bij verdriet, of voeding aanbieden bij honger.

Ook de mind-mindedness van de ouder is van belang voor het ontwikkelen van een veilige gehechtheidsrelatie (Meins, Fernyhough, Fradley, & Tuckey, 2001). Waar het begrip sensitiviteit gaat over sensitief en responsief reageren op de emotionele en fysieke behoeften, gaat het bij mind-mindedness ook om een sensitieve reactie op de mentale staat en behoeften van het kind (Meins, 1997). Mind-mindedness is te herkennen bij ouders als deze zich er meer van bewust raken dat hun baby een autonoom persoon is. Mind-mindedness gerelateerd aan sensitiviteit en een veilige gehechtheidsrelatie (Meins et al., 2001).

Vanwege de positieve relatie tussen sensitiviteit en mind-mindedness, worden deze begrippen in de huidige interventiebeschrijving samengenomen onder de noemer 'sensitiviteit'. Onder sensitiviteit verstaan we zowel de sensitieve reactie op de emotionele en fysieke behoeften, als op de mentale staat en behoeften van het kind.

1.2 Spreiding

In Figuur 1 (zie bijlage) staat de wereldwijde globale verdeling van de verschillende typen gehechtheidsrelaties. Deze verdeling is gebaseerd op cross-cultureel onderzoek onder zowel Westerse als niet-Westerse landen (Van IJzendoorn & Kroonenberg, 1988). De verdeling van de vier typen gehechtheid is in Nederland (nog) niet onderzocht.

De spreiding van de vier gehechtheidstypen is cultuurgebonden en komt niet in elk land overeen met de wereldwijde verdeling (Van IJzendoorn & Kroonenberg, 1988; Van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999). De spreiding van de typen gehechtheid verschilt bijvoorbeeld voor sociaaleconomische achtergronden. In Noord-Amerika komt gedesorganiseerde gehechtheid bijvoorbeeld vaker voor bij kinderen uit een lage sociaaleconomische klasse (25%) dan bij kinderen uit de middenklasse (15%; Van IJzendoorn et al., 1999). Vanwege culturele en sociaaleconomische verschillen kunnen we de wereldwijde verdeling niet rechtstreeks doortrekken naar Nederland.

Verder komt gedesorganiseerde gehechtheid vaker voor in verschillende klinische groepen. Onder middenklasse gezinnen in Noord-Amerika zijn kinderen met een neurologische afwijking zoals het syndroom van Down of autisme (35%), kinderen met een moeder verslaafd aan alcohol of drugs (43%), kinderen die door hun ouders mishandeld worden (48%), kinderen met een depressieve ouder (21%) en kinderen met een tienermoeder (23%) vaker gedesorganiseerd gehecht dan kinderen in de niet-klinische groep (15%; Van IJzendoorn et al., 1999).

1.3 Gevolgen

Gehechtheid en de ontwikkeling van het kind

De kwaliteit van de gehechtheidsrelatie is van invloed op de ontwikkeling van het kind (Zeanah & Boris, 2000). Een onveilige gehechtheidsrelatie op jonge leeftijd hangt bijvoorbeeld samen met eet-, slaap- en ontwikkelingsproblemen bij peuters (Juffer, Bakermans, & Van IJzendoorn, 2005) en met angststoornissen en ontwikkelings- en gedragsproblemen op latere leeftijd (e.g. Erickson, Sroufe, & Egeland, 1985; Greenberg, Speltz, DeKlyen, & Endriga, 1991; Olson, Bates, Sandy, & Lanthier, 2000; Van IJzendoorn et al., 1999; Warren et al., 1997).

Een veilige gehechtheidsrelatie hangt, in vergelijking tot een onveilige gehechtheidsrelatie, juist samen met gunstige ontwikkelingsuitkomsten, zoals een betere relatie met ouders en leeftijdsgenoten en een betere sociale ontwikkeling en competentie (e.g. Atkinson & Tardif, 2001; Sroufe, Egeland, Carlson, & Collins, 2005; Stams, Juffer, & Van IJzendoorn, 2002; Weinfield, Sroufe, Egeland, & Carlson, 1999). De kwaliteit van de gehechtheidsrelatie is relatief stabiel gedurende de eerste negentien levensjaren, mits de omstandigheden waarin het kind opgroeit, gelijk blijven (Fraleigh, 2002).

Gevolgen voor de omgeving

De negatieve gevolgen van een onveilige gehechtheidsrelatie kunnen van grote invloed zijn op de omgeving. Gedragsproblemen hebben bijvoorbeeld zowel impact op het gezin als op de maatschappij en brengen hoge kosten met zich mee (Raaijmakers, Posthumus, Van Hout, Van Engeland, & Matthys, 2011; Knapp, 2003; Romeo, Knapp, & Scott, 2006). In 2010 stonden klachten rondom het gedrag van het kind op nummer één in de top tien aanmeldklachten in de jeugd-ggz (GGZ Nederland, 2013). Wanneer agressief gedrag van de kinderen niet afneemt wordt het risico op de ontwikkeling van een gedragsstoornis groter. Dit kan leiden tot delinquentie, middelengebruik, werkloosheid en hogere kosten voor hulpverlening (Raaijmakers et al., 2011).

2. Beschrijving interventie

2.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

De interventie richt zich op moeders met hun baby van zes weken tot negen maanden oud, waarbij een risico is op insensitief opvoedgedrag. Meer specifiek zijn dit moeders en baby's waarbij:

- . De moeder problemen of stress ervaart bij de opvoeding, de verzorging van haar baby of bij het ouderschap. Het risico op insensitief gedrag is groter in stressvolle opvoedingssituaties, zoals sociaal isolement, beperkte opvoedingsvaardigheden, een slechte gezondheid en ervaren stress in de relatie met de partner (Degroot, 2003; Kang, 2006; Raiha, Lehtonen, Huhtala, Saleva, & Kor 2002).
- . Er signalen aanwezig zijn van interactieproblemen tussen de moeder en haar baby. Dit zijn bijvoorbeeld moeders die moeite hebben om om te gaan met het huilen van de baby of moeders die weinig tot geen emotionele steun bieden aan de baby.

Hoewel de Shantala Babymassage Individueel zich specifiek op moeders richt, kunnen in de praktijk vaders ook deelnemen aan de interventie.

Intermediaire doelgroep

Shantala Babymassage Individueel richt zich niet op een intermediaire doelgroep.

Selectie van doelgroepen

Selectie doelgroep

Professionals binnen de jeugdgezondheidszorg (artsen en verpleegkundigen) beoordelen welke moeders en baby's tot de doelgroep van Shantala Babymassage Individueel horen. Tijdens elk contactmoment gaan de professionals in gesprek met ouders over onder andere de ervaringen van ouders met de opvoeding en verzorging van de baby, het ouderschap, en over het functioneren van de baby. Met behulp van het ernsttaxatiemodel, dat is opgenomen in het handboek van de interventie, beoordeelt de professional of er spanningen of zorgen zijn rondom het kind, de ouders of het gezin. Andere instrumenten die de draagkracht en draaglast van gezinnen of opvoedbelasting van gezinnen inventariseren kunnen hier ook voor ingezet worden.

Het ernsttaxatiemodel is ontwikkeld door het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) Rijnmond en behoort voor professionals die werkzaam zijn bij CJG Rijnmond tot de standaard werkwijze. Het model maakt gebruik van een vragenlijst die tijdens de reguliere contactmomenten wordt ingevuld en maakt het mogelijk om op gestructureerde wijze de situatie van een kind in een gezin in te schatten. Wanneer er spanningen of zorgen zijn, maakt de professional een aantekening in het elektronisch kinddossier.

Met behulp van het ernsttaxatiemodel en op basis van de informatie van de moeder, hun eigen kennis, ervaring en expertise, schatten de professionals in hoe ernstig de spanningen van de moeder zijn. Als er sprake is van verhoogde spanning biedt de professional de moeder Shantala Babymassage Individueel aan. Bij nood of crisis is andere hulpverlening op zijn plaats. De professional verwijst de moeder in dat geval door naar de juiste hulpverlening.

Indicatiecriteria

Indicatiecriteria voor deelname aan de interventie zijn volgens het Ernsttaxatiemodel:

- . Er is sprake van verhoogde spanning bij de opvoeding en/of het ouderschap. Volgens het Ernsttaxatiemodel is er sprake van verhoogde spanning als ouders chronische opvoedingsstress ervaren of wanneer de ouder zich

tekort voelt schieten.

De volgende signalen spelen hier een rol in:

Signalen bij de moeder:

- . Heeft depressieve klachten
- . Is alleenstaand
- . Is nog een tiener of jonge moeder (tot 24 jaar)
- . Heeft irreële opvattingen over het ouderschap
- . Heeft zelf nare jeugdervaringen
- . Is laagbegaafd
- . Was voornamelijk negatief over komst van de baby
- . Moeite met het ouderschap, zwangerschap of bevalling

Signalen in de interactie (voor zo ver te zien tijdens een consult)

- . Moeite om te gaan met het huilen van de baby
- . Moeite om aan te passen aan het temperament van de baby
- . Inadequaat aanraakgedrag en weinig affectief lichaamscontact
- . Weinig tot geen emotionele ondersteuning (troosten, aanmoedigen, ondersteunen)
- . Er wordt geen rekening gehouden met de baby er is weinig structuur
- . Er wordt nauwelijks gesproken tegen de baby

Contra-indicaties voor deelname aan de interventie zijn:

- . Moeder is niet in staat om te communiceren met de uitvoerder van de interventie
- . (Vermoeden van) kindermishandeling
- . Psychische problematiek van de moeder waarvoor behandeling door de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) noodzakelijk is
- . Langdurige huidandoening van de baby

Daarnaast zijn er contra-indicaties om babymassage uit te voeren tijdens de huisbezoeken, namelijk:

- . Koorts of ziekte van de baby

Een moeder-kindpaar komt in aanmerking voor de interventie als er minimaal één van de signalen bij de moeder en een signaal in de interactie wordt herkend.

2.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel van Shantala Babymassage Individueel is het verminderen van het risico op een onveilige gehechtheidsrelatie en het bevorderen van een veilige gehechtheidsrelatie tussen moeder en kind, door de sensitiviteit van de moeder tijdens de verzorging van de baby te vergroten. Sensitief opvoedgedrag is een belangrijke voorwaarde voor een veilige gehechtheidsrelatie (De Wolff & Van IJzendoorn, 1997; Goldsmith & Alansky, 1987; Meins et al., 2001).

De verwachting is dat de sensitiviteit van de moeder is vergroot wanneer de subdoelen na afloop van de interventie zijn bereikt.

Subdoelen

De subdoelen van de interventie zijn:

Algemeen

- . De moeder weet hoe ze positief contact kan maken met haar baby.
- . De moeder is zich ervan bewust dat haar baby signalen geeft en contact wil maken.
- . De moeder is zich ervan bewust hoe haar baby aanraking ervaart.
- . De moeder is zich bewust van het belang van oogcontact met haar baby.
- . De moeder maakt oogcontact met haar baby tijdens de interactie met haar baby.
- . De moeder is in staat om haar baby te masseren.

Tijdens de babymassage

- . De moeder herkent de signalen van haar baby.
- . De moeder interpreteert de signalen van haar baby correct.
- . De moeder reageert op tijd op de signalen van haar baby.
- . De moeder reageert op gepaste wijze op de signalen van haar baby.

2.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Signalering

Professionals binnen de jeugdgezondheidszorg (artsen en verpleegkundigen) melden een gezin aan bij de uitvoerder van Shantala Babymassage Individueel. De professionals maken een aantekening van de aanmelding in het elektronisch kinddossier. Na de aanmelding plant de uitvoerder van de interventie in overleg met de moeder direct alle drie de bezoeken. De uitvoerende verpleegkundigen worden verder in deze interventiebeschrijving de 'docenten' genoemd.

Inhoud

Shantala Babymassage Individueel is een combinatie van praktische babymassage en opvoedingsondersteuning aan huis. Uit de praktijk is gebleken dat drie huisbezoeken van anderhalf uur voldoende is om de moeder alle massagetechnieken aan te leren en om opvoedingsondersteuning te bieden. De moeders worden gestimuleerd om zowel tussen de huisbezoeken door als na afloop van de interventie te blijven masseren. Als de spanningen van de moeder rondom de opvoeding en/of het ouderschap met deze drie huisbezoeken nog niet zijn weggenomen, worden de spanningen teruggekoppeld aan en opgepakt in het reguliere proces van de jeugdgezondheidszorg.

Tussen de huisbezoeken zit ongeveer een week. De docent maakt na het derde huisbezoek een aantekening in het elektronisch kinddossier dat de interventie is afgerond. De docent maakt ook een aantekening in het elektronisch kinddossier wanneer hij of zij het gezin voor verdere hulp doorverwijst naar de jeugdverpleegkundige die de reguliere consulten doet. Het digitaal dossier is niet voor iedereen toegankelijk. Als de docent niet zelf in het dossier kan/mag, dan geeft de docent door aan de reguliere jeugdverpleegkundige dat de interventie is afgelopen. De reguliere jeugdverpleegkundige maakt een notitie in het dossier. Bij het volgende contactmoment vraagt de jeugdarts of jeugdverpleegkundige hoe het is gegaan met de babymassage.

Locatie en uitvoerders

Signalering

De interventie is ingebed binnen de jeugdgezondheidszorg. De jeugdverpleegkundigen en jeugdartsen signaleren de vragen en problemen die de moeder ervaart tijdens de reguliere consulten waarin de ontwikkeling en gezondheid van de baby gevolgd wordt. Deze consulten worden aangeboden aan alle ouders vanuit het basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg in het Centrum voor Jeugd en Gezin. Zij verwijzen de juiste doelgroep naar de Shantala Babymassage Individueel.

Uitvoering

Op dit moment wordt de interventie uitgevoerd bij gezinnen in Rotterdam door jeugdverpleegkundigen van het Centrum voor Jeugd en Gezin. Een aantal jeugdverpleegkundigen zijn geschoold om de interventie te kunnen uitvoeren. Deze uitvoerders worden 'docenten' genoemd om onderscheid te maken tussen hun rol als jeugdverpleegkundige en hun rol als docent Shantala Babymassage. De keuze om de interventie alleen door jeugdverpleegkundigen uit te laten voeren is gebaseerd op de specifieke kennis die jeugdverpleegkundigen hebben over de ontwikkeling van (jonge) kinderen en hun inbedding in het basistakenaanbod van de jeugdgezondheidszorg. De jeugdverpleegkundige die de interventie uitvoert, is nooit de vaste jeugdverpleegkundige van het gezin.

De interventie wordt uitgevoerd bij de moeder thuis in een rustige en warme ruimte. De docent doet de Shantala babymassage technieken voor op een pop en de moeder masseert zelf haar baby volgens deze technieken. Het onderdeel voelend voelen (aanraking van de moeder) voert de docent uit op de moeder. De overige onderdelen zijn een interactie tussen de docent en de moeder.

Inhoud van de interventie

Signalering

Professionals in de jeugdgezondheidszorg verwijzen de gezinnen door en zorgen ervoor dat de docenten de gegevens van de gezinnen krijgen. De docenten Shantala Babymassage zijn jeugdverpleegkundigen en maken deel uit van het Jeugdgezondheidszorgteam. Hierdoor hebben zij toegang tot de informatie die beschikbaar is in het dossier van het kind, en kunnen ze aantekeningen toevoegen

De docent neemt vervolgens telefonisch contact op met de deelnemer. Dit zijn overwegend moeders, maar in de praktijk zijn ook vaders welkom. In het gesprek vertelt de docent kort wat de interventie inhoudt en maakt de docent in overleg met de moeder een afspraak voor de drie huisbezoeken. De docent houdt rekening met de ideale omstandigheden voor de interventie. Voorbeelden hiervan zijn zo min mogelijk andere aanwezigen en een passend tijdstip, rekening houdend met het ritme van de baby (voeding, slaap, etc.). De docent noteert de afspraken op de afsprakenbrief en stuurt deze ter herinnering op naar de moeder.

Inhoud

De huisbezoeken hebben een vaste opbouw (zie Figuur 2 in de bijlage). De docent begint met een inleiding en geeft moeder de ruimte om ervaringen te delen. Daarna legt de docent de massagetechnieken uit aan de moeder, waarna het masseren van de baby volgt. Na het masseren is er ruimte om relevante thema's te bespreken en in te gaan op de vragen en behoeften van de moeder. Vervolgens vindt het onderdeel 'voelend voelen' plaats waarbij de docent de moeder verschillende vormen van aanraking laat ervaren. Daarna sluit de docent het bezoek af.

Inleiding/ervaring

Tijdens het eerste huisbezoek stelt de docent zich voor en maken de docent en de moeder kennis met elkaar. De docent legt de moeder uit wat Shantala babymassage inhoudt, wat er tijdens de huisbezoeken op het programma staat en dat de moeder vragen mag stellen. Bij het tweede en derde huisbezoek vraagt de docent de moeder naar haar ervaringen met de babymassage en met de opvoeding en verzorging van haar baby.

Shantala babymassage

Tijdens elk huisbezoek leert de moeder een ander lichaamsdeel masseren. De docent legt de technieken uit, doet de technieken voor en geeft de moeder feedback wanneer zij zelf de massage zelf uitvoert. De bewegingen worden telkens in dezelfde volgorde uitgevoerd. De nadruk ligt bij het masseren op het volgen van het tempo van de baby en met volle aandacht met je baby bezig zijn. De docent werkt aan het vergroten van de sensitiviteit van de moeder door de moeder alert te maken op de signalen van de baby (door de signalen te benoemen en te interpreteren), en door de moeder te laten zien hoe ze positief op de signalen kan reageren. Ook benoemt ze de reactie van de baby op de acties van de moeder. Bijvoorbeeld als de baby schrikt van een snelle beweging of juist de massage prettig vindt. De moeder oefent direct met het sensitief reageren op haar baby.

Bespreken thema's en ruimte voor opvoedingsvragen oftewel: Opvoedingsondersteuning

Daarnaast informeert de docent de moeder tenminste over het huilen, de lichaamstaal en de basiscommunicatie van baby's. De afstemming tussen moeder en baby staat hierbij centraal. De docent bespreekt bijvoorbeeld het maken van oogcontact, het inleven in je baby en het imiteren van elkaar (spiegelen). Ook gaat de docent in op opvoedings- en verzorgingsvragen van de moeder. Omdat de docent ook verpleegkundige is in de jeugdgezondheidszorg, kunnen deze vragen adequaat behandeld worden. In het handboek staan ook andere thema's beschreven zoals het slaapgedrag van baby's, het troosten van baby's en dragen in een draagdoek. Welke van deze thema's de docent tijdens de interventie bespreekt, is afhankelijk van de behoefte van de moeder.

Hieronder worden twee voorbeelden gegeven van de inhoud van de thema's.

. Voorbeeld inhoud thema huilen:

De docent informeert de moeder over de functie van het huilen, zodat de moeder zich ervan bewust wordt dat huilen voor baby's een manier van communiceren is. De docent legt uit dat het vaak voorkomt dat baby's huilen om prikkels te verwerken - het zogenaamde verhuilen - en dat dit hoort bij een normale ontwikkeling. Belangrijk is hierbij dat dit verhuilen in een veilige omgeving gebeurt en dat een moeder haar baby nooit alleen laat uithuilen. De docent laat de moeder aan de hand van het huilen van haar baby (indien dit zich voordoet tijdens het huisbezoek) zien en horen dat er verschillende manieren van huilen zijn. De docent kan de moeder wijzen op relevante informatie over huilen. Daarnaast informeert de docent de moeder over de

kenmerken van een huilbaby en geeft de moeder praktische tips over wat de moeder kan doen wanneer de baby veel huilt. De docent volgt hierbij de multidisciplinaire richtlijn van excessief huilen bij baby's (La Haye et al., 2013).

. Voorbeeld inhoud thema lichaamstaal:

De docent informeert de moeder over de functie van lichaamstaal. Met behulp van foto's en aan de hand van signalen van de baby legt de docent uit wat baby's met hun lichaamstaal duidelijk kunnen maken, zoals vermoeidheid en exploratiegedrag. De docent benadrukt dat baby's ook de lichaamstaal van de moeder begrijpen: wanneer de moeder verdrietig is maar opgewekt probeert te doen tegen de baby, zal de baby toch zien dat de moeder verdrietig is. Daarnaast oefent de docent met de moeder door de lichaamstaal van haar baby te volgen en interpreteren.

Voelend voelen

Binnen deze interventie wordt aangenomen dat als een ouder geen ervaring heeft met goed aanraken, de ouder dit ook niet over kan brengen op de baby. De docent laat de moeder daarom na het bespreken van de thema's voelen wat goed aanraken is (voelend voelen). De docent doet dit door over de kleding heen een ritmische strijkbeweging te maken over het lichaam van de moeder, dat voor ontspanning en vertrouwen zorgt. Elke handeling die de docent de moeder zelf laat ervaren, koppelt de docent aan de omgang met de baby. De docent kan bijvoorbeeld eerst een deken over de moeder heen leggen en de deken vervolgens abrupt weer wegtrekken. Daarna kan de docent de moeder zorgvuldig toedekken en vragen welke manier van toedekken de moeder prettiger vindt. Hierna wordt de link gelegd naar hoe een baby het toedekken ervaart.

Afsluiting

De docent sluit het huisbezoek af door ruimte te geven voor vragen en stelt mondeling met de moeder een plan op om tussen de huisbezoeken door te blijven masseren en het kind hierbij goed te observeren. Hierbij kijken ze bijvoorbeeld naar de dag(en), het tijdstip en de plek in huis dat de moeder de baby het best kan masseren.

Borging

De docent stimuleert de moeder om haar baby te blijven masseren. Aan het eind van elk huisbezoek spreekt de docent met de moeder af dat de moeder haar baby de komende week een aantal keer masseert. De docent bekijkt samen met de moeder hoe de moeder dit kan realiseren. Bijvoorbeeld door de dag door te nemen en te kijken welke momenten, omstandigheden en welke plek in huis het meest geschikt zou zijn voor de massage. Bij het volgende huisbezoek vraagt de docent of de moeder de baby heeft gemasseerd en wat haar ervaringen zijn.

Na afloop van het derde huisbezoek vult de docent samen met de moeder het evaluatieformulier in. De eerste vraag op dit formulier is: op welke dagen heb je je baby de afgelopen week gemasseerd? Deze vraag gebruikt de docent om samen met moeder te bespreken wat in het dagelijks leven haalbaar is.

De moeder vult samen met de docent een plan in met wanneer ze haar baby wil masseren. Na twee weken belt de docent de moeder om te vragen of zij haar baby nog masseert, wat haar ervaringen zijn met de babymassage en of zij nog vragen heeft. Indien nodig biedt de docent telefonische ondersteuning bij het inplannen van de babymassage. Bijvoorbeeld wanneer blijkt dat de gekozen momenten voor moeder niet haalbaar zijn.

2.4 Ontwikkelgeschiedenis

Betrokkenheid doelgroep

Van oorsprong wordt de Shantala Babymassage in groepsverband aangeboden. In de praktijk bleek dat vooral ouders om recreatieve redenen deelnamen aan de cursus. Die ouders en baby's die door hun omstandigheden meer zouden kunnen profiteren van de technieken die in de cursus worden geoefend, namen relatief weinig deel aan de groepscursus en maakten vaak de cursus niet af.

De organisatie heeft op verschillende manieren geprobeerd om moeders met een verhoogde (opvoed)stress deel te laten nemen aan de groepscursussen. Uiteindelijk is uit de evaluaties met de deelnemers gebleken dat een op maat gemaakte individuele interventie het beste past bij deze doelgroep. Meer moeders nemen nu deel aan Shantala Babymassage Individueel en er vallen minder deelnemers af.

Van groepscursus naar individuele interventie op maat

Hoewel het enthousiasme van moeders groot was, viel de deelname aan de groepscursus tegen. De moeders benoemden verschillende drempels:

- . de kosten voor deelname (€105 voor vijf bijeenkomsten);
- . problemen met agendaplanning;
- . problemen met vervoer naar de cursuslocatie.

Specifiek tienermoeders:

- . voelden zich niet op hun gemak tussen de andere moeders;
- . de cursustijden conflicteerden vaak met verplichte schooltijden.

Kort is toen nog geëxperimenteerd met een gratis groepscursus voor een kleine groep moeders die allen stress of problemen ervoeren bij de opvoeding, de verzorging van of interactie met hun baby, of het ouderschap. Deze groepscursus werd wisselend bezocht, omdat een gedeelte van de drempels hierdoor nog niet was weggenomen.

Uit gesprekken met de doelgroep, en pre- en verzorgverpleegkundigen bleek dat de voorkeur uitging naar een individuele interventie babymassage bij moeders thuis, omdat:

- . de moeders zich thuis veiliger voelen;
- . de moeders thuis hun eigen plek hebben;
- . het vervoersprobleem wegvalt;
- . de moeders minder geneigd zijn om af te zeggen;
- . het tijdstip van de cursus volledig op moeder en baby afgestemd kunnen worden.

Uit dit ontwikkelingsproces is Shantala Babymassage Individueel ontstaan. De individuele interventie wordt telkens aangepast als blijkt dat dit nodig is om de doelgroep beter te kunnen bedienen. Na elke interventie wordt Shantala Babymassage Individueel geëvalueerd met de deelnemers en aandachtspunten worden direct genoteerd in het dossier van de interventie.

Buitenlandse interventie

De interventie is ontwikkeld in Nederland, maar de massagetechnieken zijn afkomstig uit India.

Shantalamassage is beschreven door de Franse kinderarts Frederick Leboyer (Leboyer, 1976; 2002). Zijn boeken over Shantalamassage worden nog steeds gebruikt als basisboek voor de massagetechnieken. In India is Shantalamassage een vrij stevige massage in de vorm van dagelijkse verzorging direct na de geboorte. Door de stimulans van de bloedcirculatie raken de organen beter doorbloedt waardoor de weerstand van de baby vergroot wordt. De levenskansen zijn daardoor groter in een land waar de babysterfte hoog is.

In Nederland heeft babymassage een ander doel dan het vergroten van levenskansen. Om die reden zijn de massagetechnieken door Rita Bovekerk en Nance de Lange aangepast naar de Nederlandse situatie (Vakgroep Shantalamassage Docenten, 2014). De aanpassing die zij hebben gedaan, is dat de technieken nu minder stevig zijn dan bij de oorspronkelijke Shantalamassage.

In de interventie Shantala Babymassage Individueel worden de aangepaste Shantala baby massagetechnieken uitgevoerd in combinatie met uitleg over wat masseren is en wat aanraking met een mens doet. In Nederland is het namelijk niet vanzelfsprekend om je baby te masseren en is vaak onbekend wat goed aanraken is. Daarnaast wordt de babymassage ook gecombineerd met het informeren van de ouder over thema's gerelateerd aan de opvoeding en verzorging van de baby en het bieden van opvoedingsondersteuning.

2.5 Vergelijkbare interventies

In Nederland uitgevoerd

Op het internet zijn veel verschillende aanbieders van een babymassage interventie te vinden, zowel op individueel als op groepsniveau. Twee van deze interventies zijn geregistreerd op www.loketgezondleven.nl, namelijk:

- . Babymassage van Zorggroep Oude en Nieuwe Land (niet beoordeeld)
- . Babymassage van Vivent (niet beoordeeld)

Daarnaast is er een video-feedback interventie geregistreerd op www.loketgezondleven.nl waar babymassage onderdeel van is:

- . Ouder-baby interventie (effectief volgens goede aanwijzingen)

Overeenkomsten en verschillen

Het belangrijkste verschil tussen Shantala Babymassage Individueel en de andere babymassage interventies, is dat Shantala Babymassage Individueel een preventieve individuele interventie op maat is en ingebed is in de jeugdgezondheidszorg. De belangrijkste overeenkomst is dat de ouders zowel babymassage leren als informatie krijgen over thema's gerelateerd aan de opvoeding en verzorging van hun kind.

Het belangrijkste verschil tussen Shantala Babymassage Individueel en de ouder-baby interventie, is dat de ouder-baby interventie een video-feedback interventie is en wordt uitgevoerd vanuit de geestelijke gezondheidszorg. De interventies hebben met elkaar gemeen dat ze zich richten op het verbeteren van het contact tussen moeder en kind en opvoedingsvoorlichting bieden. Babymassage is een onderdeel van de ouder-baby interventie.

Hieronder wordt dieper ingegaan op de specifieke overeenkomsten van en verschillen tussen Shantala Babymassage Individueel en de andere interventies.

Babymassage van Zorggroep Oude en Nieuwe Land

Overeenkomsten:

- . Bestaat net als Shantala Babymassage Individueel uit bijeenkomsten van anderhalf uur
- . Behandelt net als Shantala Babymassage Individueel massagetechnieken
- . Behandelt voor een deel dezelfde thema's als Shantala Babymassage Individueel zoals het dragen van de baby, tiltechnieken en andere praktische tips

Verschillen:

- . Is niet ingebed in de jeugdgezondheidszorg
- . Is geen interventie op maat
- . Is universele preventie in plaats van selectieve preventie
- . Bestaat uit vijf bijeenkomsten in plaats van drie
- . Bestaat uit groepsbijeenkomsten in plaats van individuele bijeenkomsten
- . Biedt wel babymassage 'aan huis' aan, maar enkel in kleine groepjes en niet individueel

Babymassage van Vivent:

Overeenkomsten:

- . Bestaat net als Shantala Babymassage Individueel uit bijeenkomsten van anderhalf uur
- . Behandelt net als Shantala Babymassage Individueel massagetechnieken
- . Behandelt voor een deel dezelfde thema's als Shantala Babymassage Individueel zoals huilen en troosten
- . Wordt net als Shantala Babymassage Individueel bij het gezin thuis uitgevoerd

Verschillen:

- . Is niet ingebed in de jeugdgezondheidszorg
- . Type preventie is niet bekend
- . Bestaat uit vijf bijeenkomsten in plaats van drie
- . Besteedt in tegenstelling tot Shantala Babymassage Individueel ook aandacht aan babygymnastiek

Ouder-baby interventie

Overeenkomsten:

- . Maakt net als Shantala Babymassage Individueel gebruik van babymassage
- . Richt zich net als Shantala Babymassage Individueel op het verbeteren van contact tussen ouder en kind
- . Vindt net als Shantala Babymassage Individueel plaats bij het gezin thuis
- . Biedt net als Shantala Babymassage Individueel praktische opvoedingsondersteuning op maat
- . Richt zich net als Shantala Babymassage Individueel op een risicogroep (depressieve moeders)
- . Huisbezoeken duren net als bij Shantala Babymassage Individueel ongeveer een tot anderhalf uur

Verschillen:

- . Is een video-feedback interventie om gedrag van baby en ouder te bespreken met de ouder en niet primair

gericht op babymassage

- . Is specifiek voor depressieve moeders die in behandeling zijn voor hun depressie, de doelgroep van Shantala Babymassage Individueel is breder en naar inzicht van de professional
- . Is voor kinderen tot twaalf maanden in plaats van negen maanden
- . Is een intensievere interventie die bestaat uit begeleiding van het gezin in de thuissituatie
- . Bestaat uit acht tot tien huisbezoeken in plaats van drie huisbezoeken

Toegevoegde waarde

De toegevoegde waarde van Shantala Babymassage Individueel is dat:

- . De interventie is ingebed in de jeugdgezondheidszorg;
- . De interventie is gericht op het verminderen van het risico van onveilige gehechtheidsrelatie en het bevorderen van een veilige gehechtheidsrelatie tussen moeder en kind, door het vergroten van de sensitiviteit van de moeder;
- . De interventie op maat is waarbij de behoefte en de vraag van de moeder centraal staan;
- . Er voor het gezin geen kosten aan zijn verbonden;
- . De moeder iets met haar baby onderneemt en de docent een zorgvraag in het gezin kan signaleren.

De drie genoemde vergelijkbare babymassage interventies zijn allen recreatief. De ouder-baby interventie, waar video-feedback centraal staat, is gericht op het verlenen van zorg aan ouders met psychische problematiek. Shantala Babymassage individueel richt zich specifiek op het voorkomen van problemen, door het risico op een onveilige gehechtheidsrelatie tussen moeder en kind te verminderen en een veilige gehechtheidsrelatie te bevorderen. Het vergroten van de sensitiviteit van de moeder staat hierbij centraal. Het is een praktische interventie waarbij de moeder samen met de baby bezig is, waarbij de docent in een informele setting opvoedings- en verzorgingsadvies over kan brengen en de tijd heeft om zorgen of problemen te signaleren.

Daarnaast zijn de meeste babymassage interventies op groepsniveau. Het voordeel van Shantala Babymassage Individueel is dat het vanwege de één op één aanpak een interventie op maat is. De docent speelt in op de specifieke wensen en behoeften van het specifieke gezin. Voor sommige ouders die in aanmerking komen voor Shantala Babymassage Individueel, zou het sociale aspect van de groepscursus een voordeel kunnen hebben. Waar dit mogelijk is, worden deze ouders hierop gewezen. De kosten van de groepscursus zijn dan wel voor rekening van de ouders. In sommige gevallen kunnen deze kosten gedeclareerd worden bij de zorgverzekering.

3. Onderbouwing

3.1 Oorzaken

Tot stand komen van een gehechtheidsrelatie

Ieder kind is van nature geneigd om zich te hechten (Bowlby, 1969). De aanwezigheid van een gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind is universeel (Weinfield et al., 1999), maar de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie verschilt (Van IJzendoorn, 2008). De kwaliteit van de gehechtheidsrelatie wordt bepaald door de manier waarop de ouder met het kind omgaat (Van IJzendoorn, 2008).

Kinderen met sensitieve moeders ervaren dat de moeders luisteren naar hun signalen en inspelen op hun behoeften. Deze kinderen zijn vaker veilig gehecht (Ainsworth, Bell, & Stayton, 1974). Kinderen met moeders die de negatieve emoties en stress van het kind consistent negeren of afwijzen, zijn vaker onveilig vermijndend gehecht. Kinderen met moeders die inconsistent reageren op de signalen en behoeften van het kind zijn vaker onveilig ambivalent gehecht (Ainsworth et al., 1974). Tot slot zijn kinderen met moeders die beangstigend gedrag vertonen vaker gedesorgeriseerd gehecht (Van IJzendoorn et al., 1999).

Beïnvloedbare determinanten van gehechtheid

De interactie tussen de ouder en het kind is bepalend voor de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie. Er zijn verschillende kenmerken van deze interactie die samenhangen met gehechtheid. Ten eerste is sensitiviteit van de ouder voorspellend voor een veilige gehechtheidsrelatie (De Wolff & Van IJzendoorn, 1997; Goldsmith & Alansky, 1987; Meins et al., 2001). Een sensitieve ouder herkent de signalen van het kind en weet wat het kind bedoelt. Deze ouder weet op het juiste moment en op gepaste wijze te reageren op de signalen van het kind (Ainsworth et al., 1978). Ten tweede is beangstigend gedrag van de ouder, zoals kindermishandeling,

gerelateerd aan een gedesorganiseerde gehechtheidsrelatie (e.g. Abrams, 2000; Abrams, Rifkin, & Hesse, 2006; Lyons-Ruth, Bronfman, & Parsons, 1999; Schuengel, Bakermans-Kranenburg, & Van IJzendoorn, 1999).

Ten derde is mind-mindedness, wat we binnen deze interventie zien als een onderdeel van sensitiviteit, gerelateerd aan en voorspellend voor een veilige gehechtheidsrelatie (Meins et al., 2001; 2002). Ouders die mind-minded zijn, zien hun baby als een individu met een eigen bewustzijn en intenties (Meins, 1997). Deze ouders zijn niet alleen sensitief naar de emotionele en fysieke behoeften van het kind, maar ook naar de mentale staat waarin het kind verkeerd (Meins, 1997). Mind-mindedness hangt samen met sensitiviteit (Meins et al., 2001).

Verder hangen ook de interactiekenmerken synchronie, wederkerigheid, emotionele steun, positieve attitude en stimulatie sterk samen met een veilige gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind (De Wolff & Van IJzendoorn, 1997). Synchronie is "de mate waarin de interactie wederkerig en wederzijds bevredigend is" (Isabella, Belsky, & Von Eye, 1989, p. 13). Wederkerigheid bestaat voor de moeder uit het aantal "positieve uitwisselingen waarbij zowel de moeder als de baby aandacht voor hetzelfde object hebben" en "de vaardigheid van de moeder om de prikkelbaarheid/opwinding van haar baby te reguleren, om haar baby te vermaken, en om responsief te reageren op de signalen van haar baby" (Kiser, Bates, Maslin, & Bayles, 1986, p. 71). Verder is emotionele steun "de mate waarin de moeders aandacht hebben en beschikbaar zijn voor de kinderen en ondersteunend zijn voor hun inspanningen" (Matas, Arend, & Sroufe, 1978, p. 350). Een positieve attitude wordt gezien als "de uiting van positief affect van de moeder naar de baby, de uiting van negatief affect naar de baby, en de mate waarin moeder en baby deelnemen aan wederkerige interacties" (Zaslow, Rabinovich, Suwalsky, & Klein, 1988, p. 290). Tot slot is wordt stimulatie gezien als "elke actie van de moeder gericht naar haar baby" (Miyake Chen, & Campos, 1985, p. 292).

Naast de interactie tussen ouder en kind, is ook de gehechtheidsrepresentatie van de ouder een determinant van de ouder-kind gehechtheid (Main et al., 1985; Van IJzendoorn, 1995; Waters, Vaughn, Posada, & Kondo-Ikemura, 1995). Een gehechtheidsrepresentatie is de huidige mentale representatie van de jeugdervaringen van een volwassene (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985). Een onveilige gehechtheidsrepresentatie van de ouder hangt samen met een onveilige ouder-kind gehechtheidsrelatie (Main et al., 1985; Van IJzendoorn, 1995; Waters et al., 1995). De kwaliteit van de gehechtheidsrelatie lijkt dus intergenerationeel overdraagbaar.

3.2 Aan te pakken factoren

Shantala Babymassage Individueel richt zich op het vergroten van de sensitiviteit van de moeder. Mind-mindedness is verwerkt in de aanpak van de interventie en wordt gezien als onderdeel van sensitiviteit. Shantala Babymassage Individueel richt zich op een sensitieve reactie van de moeder op de emotionele, fysieke en mentale staat/behoeften van het kind.

Om de sensitiviteit van de moeder te vergroten, richt de interventie zich op het (sensitieve) gedrag van de moeder, maar ook op cognitieve processen zoals vaardigheden, kennis en bewustzijn. De self-efficacy theorie van Bandura (1997) stelt dat cognitieve processen een centrale rol spelen in het verwerven en behouden van nieuwe gedragspatronen.

Koppeling factoren en doelen

Het hoofddoel komt voort uit alle bovenstaande factoren:

. Het verminderen van het risico op een onveilige gehechtheidsrelatie en het bevorderen van een veilige gehechtheidsrelatie tussen moeder en kind, door de sensitiviteit van de moeder te vergroten.

De volgende subdoelen komen voort uit het gedrag van de moeder:

- . De moeder maakt oogcontact met haar baby tijdens de interactie met haar baby
- . De moeder herkent de signalen van haar baby (tijdens het masseren)
- . De moeder interpreteert de signalen van haar baby correct (tijdens het masseren)
- . De moeder reageert op tijd op de signalen van haar baby (tijdens het masseren)
- . De moeder reageert gepast op de signalen van haar baby (tijdens het masseren)

De volgende subdoelen komen voort uit de cognitieve processen van de moeder:

- . De moeder weet hoe ze positief contact kan maken met haar baby
- . De moeder is zich ervan bewust dat haar baby signalen geeft en contact wil maken
- . De moeder is zich ervan bewust hoe haar baby aanraking ervaart

- . De moeder is zich bewust van het belang van oogcontact met haar baby
- . De moeder is in staat om haar baby te masseren

3.3 Verantwoording

Verantwoording keuze aanpak

De interventie is met drie huisbezoeken van anderhalf uur een kortdurende interventie. Kortdurende interventies met maximaal vijf sessies zijn net zo effectief in het vergroten van sensitiviteit als interventies met vijf tot zestien sessies (Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, & Juffer, 2003). Daarnaast combineert de interventie babymassage en opvoedingsondersteuning, om de opvoedingsstress van de ouder te doen afnemen en de sensitiviteit van de moeder te vergroten (zie Figuur 3 in de bijlage). We zijn van mening dat juist deze combinatie een kracht is van de interventie. Uit onderzoek naar het vergroten van de sensitiviteit van depressieve moeders blijkt dat interventies gericht op sensitiviteit effectiever zijn wanneer babymassage wordt toegepast (Kersten Alvarez et al., 2011). Mogelijk speelt het hormoon oxytocine hierbij een rol. Dit hormoon wordt gerelateerd aan positief opvoedgedrag en het tegengaan van de (fysiologische) reactie op stress (Flinn, Ward, & Noone, 2005; Light et al., 2000).

Verder weten we uit de praktijk dat de deelnemers het fijn vinden dat ze met deze interventie actief bezig zijn, in plaats van alleen naar een voorlichting te luisteren of te praten. Door een leuke babymassage interventie aan te bieden waarbij de moeder samen met haar baby bezig is, verwachten we een informele setting te creëren tijdens de huisbezoeken. De verwachting is dat de moeder in deze setting eerder de adviezen van de docent opvolgt en de kans krijgt om vragen te stellen en zorgen te uiten. De docent krijgt de kans om belangrijke informatie en praktische tips over te brengen. Deze veronderstelling wordt ondersteund door de resultaten van de procesevaluatie.

Verantwoording werkzaamheid aanpak

Inzet van technieken om sensitieve reacties te bevorderen

Tijdens de huisbezoeken werkt de docent op verschillende manieren aan het vergroten van de sensitiviteit van de moeder. Voordat de moeder haar gedrag kan veranderen en sensitiever op haar baby kan reageren, zal ze eerst kennis moeten hebben van de wijze waarop ze positief kan communiceren met haar baby. De docent informeert (Schaalma & Kok, 2010) de moeder aan de hand van thema's (o.a. lichaamstaal, basiscommunicatie). De moeder leert dat haar baby signalen geeft, welke signalen dat zijn (verbaal zoals huilen en non-verbaal/lichaamstaal zoals oogcontact), hoe zij positief kan reageren op de signalen van haar baby en wat het belang is van het maken van oogcontact.

De docent laat de moeder aan de hand van situaties die zich voordoen tijdens het huisbezoek zien hoe de baby communiceert (bijvoorbeeld wanneer haar baby oogcontact zoekt, naar iets grijpt, brabbelt of huilt). De moeder wordt zich er hierdoor van bewust dat haar baby verschillende signalen geeft om met haar te communiceren. Daarna doet de docent voor (modeling; Bandura, 1986) hoe de moeder positief op het signaal kan reageren. De docent geeft de moeder vervolgens feedback over de wijze waarop zij reageert op de signalen, of bespreekt het signaal van de baby na wanneer de moeder het niet heeft herkend of er niet op is ingegaan. Indien nodig kan de docent voor het kind spreken, bijvoorbeeld als hij reageert op te koude handen, of een hard geluid buiten. Hierdoor wordt de moeder zich meer bewust van het bewustzijn van de baby.

Met behulp van de docent verwerft de moeder nieuwe vaardigheden op het gebied van sensitief opvoedgedrag. De moeder oefent deze vaardigheden tijdens het huisbezoek waardoor sprake is van actief leren (Bandura, 1986). De moeder maakt oogcontact wanneer ze met haar baby communiceert en zal zien dat haar baby positief op het oogcontact reageert. Er is sprake van directe ervaring (Ewell, 1977) en de moeder wordt zich bewust van het belang van het maken van oogcontact. Doordat de moeder tijdens het bezoek oefent met en feedback krijgt over haar sensitieve opvoedgedrag, wordt dit gedrag meer bekend en makkelijker uitvoerbaar voor de moeder. Volgens de theorie van interpersoonlijk gedrag kan dit gedrag daardoor makkelijker een gewoonte worden (Triandis, 1977). Voorwaarde is wel dat de moeder het sensitieve gedrag, onder andere door babymassage, ook na de huisbezoeken volhoudt.

Het aanleren van (baby)massagetechnieken

De belangrijkste techniek om de sensitiviteit van de moeder te vergroten, is de massage zelf.

Om de moeder massagetechnieken aan te leren en haar in staat te stellen om haar baby te masseren, maakt de interventie gebruik van feedback, actief leren (Bandura, 1986) en directe ervaring (Ewell, 1997). De docent leert de moeder massagetechnieken aan door haar te informeren (Schaalma & Kok, 2010), de technieken

voor te doen (modeling; Bandura, 1986), moeder de technieken te laten oefenen en direct feedback te geven tijdens de babymassage. Door deze feedback leert de moeder welke manier van aanraken de baby prettig vindt. Tijdens de massage reageert de baby op de aanrakingen door oogcontact te maken of juist weg te kijken als hij of zij moe wordt. De docent springt daarop in en spreekt hierin voor de baby als het de moeder nog niet lukt het signaal te interpreteren.

De rol van babymassage

Uit onderzoek naar het vergroten van sensitiviteit bij depressieve moeders blijkt dat interventies gericht op het vergroten van sensitiviteit effectiever zijn wanneer babymassage wordt toegepast, in vergelijking met interventies die geen babymassage toepassen (Kersten Alvarez et al., 2011). Daarnaast is babymassage gerelateerd aan verbeterd contact tussen de ouder en de baby (e.g. Kersten Alvarez et al., 2011; Onozawa, Glover, Adams, Modi, & Kumar, 2001; Simpson, 2001; Underdown, Barlow, Chung, & Stewart-Brown, 2009).

Volgens Kersten-Alvarez et al. (2011) wordt de invloed van babymassage op het contact tussen ouder en kind mogelijk verklaard doordat ouders tijdens de babymassage de signalen van hun kind beter leren herkennen en begrijpen. Dit verbetert de interactie tussen ouder en kind. Ook Lorenz, Moyse en Surguy (2005) geven aan dat babymassage ervoor kan zorgen dat ouders zich bewuster worden van de signalen die de baby geeft en dat babymassage de sensitiviteit van de ouders kan vergroten. Volgens Simpson (2001) bevordert babymassage een positieve ouder-kind interactie doordat ouders onder andere de signalen leren herkennen, oogcontact maken en tijdens de massage sensitief op de baby reageren.

Verder verwachten we dat babymassage effectief is in het vergroten van de sensitiviteit van de moeder, vanwege het vrijkomen van het hormoon oxytocine. Oxytocine is een hormoon dat zowel bij de ouder als bij het kind vrijkomt bij fysiek contact. Zowel masseren (Matthiesen, Ransjo-Arvidson, Nissen, & Uvnas-Moberg, 2001) als gemasseerd worden (Turner, Altemus, Enos, Cooper, & McGuinness, 1999) zorgt voor een toename in oxytocine. Oxytocine speelt een rol bij het (opvoed)gedrag van de ouder (Flinn et al., 2005). Uit onderzoek onder verschillende diersoorten blijkt dat een toename in oxytocine positief samenhangt met het opvoedgedrag van de moeder, zoals het (schoon)likken van de rattenpups (e.g. Algers & Uvnas-Moberg, 2007; Dwyer, 2008; Febo, Numan, & Ferris, 2005; Levy, Kendrick, Goode, Guevara-Guzman, & Keverne, 1995; Pederson, Vadlamudi, Boccia, & Amico, 2006; Williams, Gazal, Leshin, Stanko, & Anderson, 2001).

Ook onder mensen is oxytocine gerelateerd aan sensitief opvoedgedrag (Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn, 2008; Feldman, Gordon, Schneiderman, Weisman, & Zagoory-Sharon, 2010; Feldman, Weller, Zagoory-Sharon, & Levine, 2007). Feldman et al. (2007) vonden bijvoorbeeld een significante positieve correlatie tussen oxytocine en het opvoedgedrag van de moeder in de eerste periode na de geboorte van het kind. Een hoger niveau van oxytocine hing samen met meer positief affect, affectieve aanraking, oogcontact en communicatie met het kind. Feldman et al. (2007) vonden tevens dat een hoog niveau van oxytocine voorspellend is voor de kwaliteit van het gedrag van de moeder en de emotionele band met het kind.

Naast de positieve invloed van oxytocine op het opvoedgedrag, lijkt dit hormoon de moeder ook te helpen bij het herkennen van non-verbale, sociale signalen van de baby (Domes, Heinrichs, Michel, Berger, & Herpertz, 2007). Oxytocine lijkt ook de reactie op stress tegen te gaan (Light et al., 2000). Light et al. (2000) vonden dat moeders met een toename in het oxytocine niveau een minder verhoogde hartslag lieten zien ten tijde van stress, in vergelijking met moeders die een afname in het oxytocine niveau lieten zien.

Verder is babymassage ook gerelateerd aan verschillende effecten bij het kind. Field en Hernandez-Reif (2012) onderzochten het effect van babymassage onder baby's en peuters die moeite hadden om in slaap te vallen. Ouders masseerden hun kind een maand lang vijftien minuten voor het slapen gaan. Na afloop van de interventie vielen de kinderen makkelijker in slaap. Overdag sliepen de kinderen minder, waren de kinderen alerter en actiever, en vertoonden ze meer positief affect. Andere studies bevestigen de positieve invloed van babymassage op het slaapgedrag van de baby (Kelmanson & Adulas, 2006; Underdown et al., 2009). Underdown et al. (2009) vonden tevens dat babymassage van invloed is op hormonen die samenhangen met stress, en dat babymassage samenhangt met meer ontspanning en minder huilen van de baby. Hoewel dergelijke effecten bij het kind geen doel op zich zijn van de interventie, is de verwachting dat deze effecten bevorderlijk zijn voor het positieve contact tussen de moeder en haar baby.

De rol van (opvoedings-)ondersteuning

Shantala Babymassage Individueel wordt aangeboden aan moeders die stress ervaren in de opvoeding,

verzorging van de baby of het ouderschap, of een verhoogd risico hebben op deze vormen van stress of problemen in de interactie met de baby. Het is daarom naast het informeren over en vergroten van sensitief opvoedgedrag van belang om zorgen en stress bij de moeders weg te nemen. De docent biedt de moeder daarom informele opvoedingsondersteuning aan. Informeel zien we in dit verband vooral in de setting; een moeder kan in een ontspannen sfeer, vrij terloops haar vragen stellen. Informele steun bij de opvoeding is iets waar ouders steeds meer behoefte aan hebben (De Winter, 2008).

De opvoedingsondersteuning bestaat uit praktische steun bij de opvoeding en de verzorging van de baby, het informeren en voorlichten over de opvoeding en de ontwikkeling van de baby, en praktische tips, advies en feedback geven over de opvoedingsvaardigheden van de moeder. In de ondersteuning aan de moeder sluit de docent aan bij de behoefte van de moeder. De moeder wordt interactief en persoonlijk benaderd, door moeder de ruimte te geven om ervaringen te delen en vragen te stellen over andere (opvoedkundige) problemen. Waar nodig wordt moeder doorverwezen naar passende hulpverlening.

Samenvatting

Babymassage is gerelateerd aan verbeterd contact tussen ouder en kind (e.g. Kersten Alvarez et al., 2011; Onozawa et al., 2001; Simpson, 2001) en interventies gericht op het vergroten van sensitiviteit zijn effectiever wanneer de babymassage wordt toegepast (Kersten Alvarez et al., 2011). Shantala Babymassage Individueel combineert daarom babymassage en opvoedingsondersteuning binnen de setting van de jeugdgezondheidszorg. Dit is de kracht van de interventie.

De moeder leert de signalen van haar baby herkennen en wordt zich meer bewust van deze signalen. De docent leert de moeder sensitieve opvoedvaardigheden aan door toepassing van modeling, actief leren en directe ervaring. Tijdens de babymassage kan de moeder het geleerde direct in de praktijk brengen. Bij het masseren komt tevens het hormoon oxytocine vrij, wat in verband staat met het opvoedgedrag van de moeder, het herkennen van sociale signalen van de baby en het verlagen van stress. Het risico op insensitief opvoedgedrag wordt verminderd door de moeder in een informele setting opvoedingsondersteuning te bieden.

3.4 Werkzame elementen

- . De combinatie van babymassage en opvoedingsondersteuning (2, 3, 5)
- . De inbedding in het aanbod van de reguliere jeugdgezondheidszorg (2, 5)
- . Babymassage als techniek om de sensitiviteit te vergroten (2, 3, 5)
- . Steun bij bieden opvoedkundige problemen in een informele setting (2, 3, 5)
- . Informeren over, oefenen met en feedback geven over het sensitieve opvoedgedrag van de moeder (2, 3, 5)
- . Toepassing van directe ervaring en actief leren (2, 3, 5)
- . Inspelen op de behoefte van de moeder (2, 5)
- . De moeder laten ervaren dat de baby de massage prettig vindt (2, 5)

Betekenis scores:

2 = Veronderstelling in de aanpak

3 = Onderbouwing

5 = Praktijkervaringen

4. Uitvoering

4.1 Materialen

Alle materialen van de interventie zijn beschikbaar in het Nederlands.

Werving

Als hulpmiddel bij het doorverwijzen van gezinnen maken de professionals binnen de jeugdgezondheidszorg gebruik van het ernsttaxatiemodel. Dit model is bekend bij de professionals en is opgenomen in het handboek van de interventie. We gaan ervan uit dat de professionals voldoende kennis en expertise hebben om te beoordelen of een gezin in aanmerking komt voor de interventie als aanvulling op de reguliere zorg vanuit de jeugdgezondheidszorg.

Uitvoering

Voor de uitvoering van de interventie de volgende materialen nodig:

- . Sporttas

- . Afsprakenbrief
- . Draaiboek
- . 2 poppen (min. 60 cm, stoffen lijf)
- . (Yoga) mat
- . CD met rustige muziek
- . Zuivere amandelolie
- . DVD over Shantala Babymassage
- . Cursusboekje voor ouders
- . Zuivere amandelolie
- . Handdoek, wikkeldoek en spuugdoekje
- . Draagdoek

De moeder is verantwoordelijk voor het aanschaffen of beschikbaar stellen van de amandelolie, de handdoek en wikkeldoek, het spuugdoekje en de draagdoek. De docent brengt de moeders hiervan op de hoogte tijdens het telefoongesprek voorafgaand aan de interventie. De overige materialen neemt de docent mee naar het huisbezoek.

Evaluatie

Voor de evaluatie van de interventie is een korte vragenlijst beschikbaar die moeders na afloop van de interventie invullen. Daarnaast is er een interviewvragenlijst voor docenten en één voor moeders beschikbaar. Deze materialen kunnen opgevraagd worden bij Maatschap Shantala Babymassage.

4.2 Type organisatie

Professionals binnen de jeugdgezondheidszorg zijn verantwoordelijk voor de signalering en toeleiding van de moeders en baby's naar de docenten die de interventie uitvoeren. De interventie kan uitgevoerd worden door jeugdverpleegkundigen die werkzaam zijn binnen de jeugdgezondheidszorg en die voldoen aan de opleidingseisen zoals beschreven bij 'opleiding en competenties'. Op dit moment wordt de interventie uitgevoerd door jeugdverpleegkundigen die werkzaam zijn bij het Centrum voor Jeugd en Gezin. Het Centrum voor Jeugd en Gezin staat in verbinding met verschillende organisaties binnen de jeugdzorg en jeugdgezondheidszorg, waardoor deze jeugdverpleegkundigen de moeders indien nodig door kunnen verwijzen naar andere vormen van preventie of hulpverlening.

4.3 Opleidingen en competenties

Basisopleiding tot docent Shantala babymassage

De docent heeft de praktijkgerichte basisopleiding tot docent Shantala babymassage gevolgd en met succes afgerond, wat blijkt uit een certificaat van de Vakgroep Shantala Docenten (VSD). Tijdens de opleiding leren de cursisten de Shantala babymassagetechniek en hoe ze deze techniek kunnen toepassen op baby's. Daarnaast leren de cursisten de Shantala volwassenmassagetechniek voor het onderdeel voelend voelen. De babymassage wordt geoefend op poppen en de volwassenmassage wordt over de kleding heen op elkaar geoefend.

Naast het praktische masseren wordt er binnen de opleiding aandacht besteed aan onder andere de visie van Shantala babymassage, luisteren naar de vraag van de ouder, het opzetten van een cursus, en relevante thema's zoals lichaamstaal en basiscommunicatie. De opleiding wordt afgesloten met een eindopdracht. Deze opdracht bestaat uit het draaien van een (proef)groepscursus van vijf bijeenkomsten van twee uur, aan drie tot vijf ouders met hun baby. Dit wordt beoordeeld door de docent.

De verpleegkundige volgt ook de aanvullende module voor Shantala Babymassage Individueel. Hierin wordt ingegaan op de hechtingstheorie, de doelgroepen en het specifieke verloop van de huisbezoeken. De module wordt afgesloten met het uitvoeren van de interventie bij een proefgezin en een verslag hierover.

Aanvullende (opleidings-)eisen en competenties

Een docent heeft minimaal HBO werk- en denkniveau en is minstens 25 jaar. Een docent van Shantala Babymassage Individueel is tenminste twee jaar werkzaam binnen de jeugdgezondheidszorg als jeugdverpleegkundige. Competenties waarover een docent beschikt zijn: flexibel, zowel mondeling als schriftelijk communicatief vaardig, ervaring met één-op-één werk en huisbezoeken, kennis van didactische werkvormen, ervaring met de doelgroep, ervaring met vraaggericht werken, kennis van de opvoeding en ontwikkeling van kinderen, en kennis van de hechting tussen ouder/verzorger en kind.

4.4 Kwaliteitsbewaking

Docenten krijgen na het succesvol afronden van de opleiding een certificaat van de Maatschap Shantala Babymassage, waarmee ze lid kunnen worden van de VSD. Op de website van de VSD staan de contactgegevens van de docenten. Organisaties kunnen het certificaat opvragen of op de website controleren of de docent gecertificeerd is.

Aanvullende kwaliteitseisen voor na de certificering zijn in ontwikkeling door de VSD. Docenten worden door de VSD wel op de hoogte van nieuwe inzichten en ontwikkelingen in het veld, door middel van nieuwsbrieven (twee tot drie keer per jaar) en regiobijeenkomsten (aantal wisselt per regio). In de bijeenkomsten delen docenten hun ervaringen en overleggen ze bijvoorbeeld hoe ze de thema's van de interventie kunnen vormgeven. De VSD organiseert ook jaarlijks een congres. Verder neemt de docent na afloop van de interventie een evaluatievragenlijst af bij de moeder. Deze gegevens worden continu verwerkt en naar aanleiding van feedback wordt de interventie aangepast en verbeterd waar nodig.

4.5 Randvoorwaarden

De jeugdverpleegkundigen en andere professionals in de (jeugd)gezondheidszorg moeten bekend zijn met de interventie Shantala Babymassage Individueel. Zij moeten beschikken over de beoordelingscriteria, op basis waarvan ze bepalen of een moeder en baby in aanmerking komen voor de interventie. Ook kennis over gehechtheidsrelaties tussen ouder en kind en over sensitief opvoedgedrag is een voorwaarde. Deze kennis wordt verondersteld bij de professionals in de jeugdgezondheidszorg.

De JGZ-organisatie die de interventie uitvoert (in Rotterdam is dit het Centrum voor Jeugd en Gezin) moet enthousiaste en gemotiveerde medewerkers in dienst hebben die de opleiding tot docent Shantala Babymassage succesvol hebben afgerond. Binnen de jeugdgezondheidszorg moet bekend zijn wie de uitvoerders van de interventie zijn zodat zij direct contact met hen op kunnen nemen wanneer ze een gezin willen doorverwijzen. Er moeten folders en een bijgewerkte website van de interventie zijn, om ouders te informeren over de inhoud van Shantala Babymassage Individueel. De moeders moeten bereid zijn om de interventie van drie bezoeken af te ronden.

Als een bevoegde docent Shantala Babymassage (werkzaam als jeugdverpleegkundige binnen de jeugdgezondheidszorg) de interventie op aangepaste wijze wil uitvoeren, dient de docent dit te overleggen met de VSD. Een aangepaste interventie bestaat tenminste uit drie huisbezoeken van anderhalf uur en is ingebed in de jeugdgezondheidszorg. Bij de uitvoering van een aangepaste interventie moeten tenminste de werkzame elementen (zoals beschreven in hoofdstuk 3) behouden blijven.

4.6 Implementatie

Voor de interventie is een uitgebreid draaiboek beschikbaar. In het draaiboek is het ernsttaxatiemodel opgenomen, wat professionals gebruiken om te beoordelen of gezinnen in aanmerking komen voor de interventie. Voor de docenten is een opleiding tot docent Shantala babymassage beschikbaar. Op de website van de VSD staan de contactgegevens van de gecertificeerde docenten. De interventie kan geïmplementeerd worden door Centra voor Jeugd en Gezin of instellingen in de jeugdgezondheidszorg (JGZ-instelling). Op dit moment implementeert het Centrum voor Jeugd en Gezin Rotterdam-Rijnmond de interventie in Rotterdam.

De docent is of komt bij voorkeur in dienst bij het Centrum voor Jeugd en Gezin of de JGZ-instelling, om de afstand tussen de docent, de JGZ en de jeugdhulpverlening te verkleinen. Het Centrum voor Jeugd en Gezin of de JGZ-instelling is verantwoordelijk voor de bekendheid van de interventie en de contactgegevens van de docenten onder de professionals binnen de JGZ. Op die manier kunnen zij gezinnen toeleiden naar de interventie. Het ernsttaxatiemodel is beschikbaar om te beoordelen of gezinnen tot de juiste doelgroep behoren. Wanneer een gezin wordt aangemeld bij de docent, kan deze het draaiboek volgen voor de verdere uitvoering.

4.7 Kosten

Totale kosten interventie

De uitvoering de interventie bedraagt eenmalige kosten van de opleiding en de aanschaf van de materialen met een totaalbedrag van €778,87. De kosten per uitvoering van één interventie zijn €493,50. Hieronder worden deze kosten toegelicht.

Opleiding

De uitvoerder moet een opleiding tot docent Shantala babymassage hebben gevolgd. Deze opleiding kost €575 en bestaat uit vier opleidingsdagen van 9.30 tot 18.00 uur. Naast deze opleidingsdagen draait de cursist zelfstandig een proefcursus van vijf keer twee uur. De cursist schrijft hier een evaluatieverslag van. De geschatte tijdsbesteding aan de proefcursus is 30 uur. Daarna volgt de aparte module voor Shantala Babymassage individueel. Deze kost 150 euro inclusief boek en kost 3 uur, plus de uitvoering van de huisbezoeken bij een proefgezin.

Materialen

Een deel van de materialen krijgt de cursist tijdens de opleiding en zitten bij de kosten voor de opleiding inbegrepen. De overige materialen kosten in totaal €53,87 inclusief BTW.

Uitvoering

De uitvoering vraagt per huisbezoek een tijdsinvestering van 1.5 uur van de moeders en voor de gehele interventie 4.5 uur. Van de docenten vraagt de voorbereiding, uitvoering en evaluatie per huisbezoek een **tijdsinvestering van 3.5 uur en voor de gehele interventie 10.5 uur. De uitvoering van één interventie bedraagt 10.5 uur x €47 = €493.50.** Sinds 2012 wordt de uitvoering voor 50 gezinnen per jaar volledig gefinancierd door de Gemeente Rotterdam.

5. Onderzoek naar praktijkervaringen

A. Meijer, 2013 (interne publicatie).

B. Er is een procesevaluatie uitgevoerd om inzicht te krijgen in de succes- en faalfactoren van de interventie. Er zijn geanonimiseerde gegevens van de deelnemers geanalyseerd en semigestructureerde interviews afgenomen met drie docenten en met twee deelnemers van de interventie. Daarnaast is er een vragenlijst ingevuld door negentien deelnemers. We zijn ons ervan bewust dat de respons laag is. Het invoeren en implementeren van de standaard evaluatieformulieren kostte meer tijd dan verwacht. Voor deelnemers zijn er **barrières om de vragenlijst online in te vullen, of de vragenlijst na afloop van de interventie op te sturen.** Er wordt op dit moment actie ondernomen om dit proces beter te laten verlopen.

C. Bereik

Van januari 2012 t/m het eerste kwartaal van 2014 zijn 127 gezinnen bereikt. De gemiddelde leeftijd van de moeders was 25 jaar en van de baby's 1,5 maand. De meeste gezinnen waren een 'multiprobleem' gezin. Een **gezin wordt gezien als 'multiprobleem' wanneer tenminste één ouder en één kind langdurig kampt met een combinatie van psychosociale en sociaaleconomische problemen (Baartman & Dijkstra, 1987).** De gezinnen worden voornamelijk aangemeld door jeugdverpleegkundigen.

Interviews

De deelnemers zijn zeer tevreden over de interventie. Tijdens de interventie hebben ze de massagetechnieken goed aangeleerd. Daarnaast geven ze aan dat ze zich door de interventie meer bewust zijn van de signalen van de baby en de signalen beter herkennen. Ze voelen de baby beter aan en hebben de baby tijdens de interventie beter leren kennen. Ze geven ook aan dat de interventie een positieve invloed had op het contact met de baby, dat de baby rustiger werd van het masseren, en dat ze zich gesteund voelen bij de omgang met hun baby.

De docenten zijn ook tevreden over de uitvoering van de interventie. Ze zien tevens een positief effect van de interventie op de deelnemers, de baby en op het contact tussen de deelnemer en de baby. Volgens de docenten leren deelnemers door de interventie de massagetechnieken, zijn beter op de hoogte van het normale huilgedrag van baby's, en leren het nut van vertragend bezig zijn met de baby. Deelnemers lijken zich volgens de docenten ook meer bewust van signalen van de baby, letten beter op deze signalen en weten hier beter op in te spelen. De interventie lijkt onzekerheid weg te nemen en bevestigend te werken. De band tussen moeder en kind wordt volgens de docenten versterkt en de baby's lijken door de interventie rustiger te worden, beter te slapen en minder te huilen.

Vragenlijst

De negentien deelnemers zijn allen tevreden over de interventie. De meeste (veertien) deelnemers geven aan

dat ze hun baby ook buiten de huisbezoeken om masseren: gemiddeld twee tot drie dagen per week. Alle deelnemers geven aan dat ze kunnen masseren, de signalen van de baby herkennen, en weten wat de baby bedoelt met zijn of haar gedrag. De meeste deelnemers geven ook aan dat de baby minder huilt, het contact is verbeterd, ze de baby beter kunnen troosten, en dat ze meer oogcontact hebben. Een aantal deelnemers heeft ook geleerd om een rustmoment te nemen met hun baby. Als veranderingen bij de baby wordt door de deelnemers genoemd: beter slapen, is rustiger/meer ontspannen, voelt zich beter/is tevreden, en is meer oplettend.

Aanbevelingen

Uit de procesevaluatie blijken een aantal punten waarop de interventie verbeterd kan worden. De meeste verbeterpunten zijn al opgepakt en aan de andere verbeterpunten wordt binnenkort gewerkt. Uit de praktijk zullen in de toekomst mogelijk nog meer punten blijken waarop de interventie moet worden aangepast. De interventie wordt dan ook continu doorontwikkeld om het zo goed mogelijk af te laten stemmen op de doelgroep en de praktijk.

De verbeterpunten die uit de procesevaluatie blijken zijn:

- . De interventie werd voornamelijk aangeboden aan multiprobleemgezinnen. De interventie moet juist de moeders gaan bereiken die 'slechts' problemen of stress ervaren bij de opvoeding, de verzorging van of interactie met de baby of het ouderschap.
- . Het contact met andere moeders ontbreekt in de individuele interventie.
- . De reden van aanmelding is niet van alle gezinnen bekend.
- . De beschikbaar gestelde uren voor de uitvoering van de interventie blijkt niet altijd genoeg en er is geen ruimte voor rapportage.
- . De interventie en het verwijsprotocol van de interventie zijn niet bij alle jeugdverpleegkundigen even goed bekend.
- . Er kan meer gebruik gemaakt worden van muziek om een rustige omgeving te creëren
- . Een handboek, matje en tas zijn wenselijk voor de uitvoering.
- . Het verdient de aanbeveling om de interventie blijvend te evalueren met behulp van de tevredenheidsvragenlijst.
- . Het verdient ook de aanbeveling om een vragenlijst voor een voor- en nameting te ontwikkelen.

De interventie is op de volgende punten al aangepast:

- . In de interventie wordt meer gebruik gemaakt van muziek om een rustige omgeving te creëren.
- . De deelnemers van de interventie worden geattendeerd op activiteiten waarbij ze in contact kunnen komen met andere moeders.
- . De jeugdverpleegkundigen binnen de JGZ worden op de hoogte gebracht van de interventie. Hierbij wordt benadrukt dat er geen sprake hoeft te zijn van een multiprobleemgezin om het gezin door te verwijzen, maar dat het gezin ook doorverwezen kan worden bij lichtere problematiek.
- . De jeugdverpleegkundigen binnen de JGZ maken gebruik van het ernsttaxatiemodel om te bepalen welke gezinnen in aanmerking komen voor de interventie. Dit model is bekend bij de professionals, wordt reeds gebruikt binnen de JGZ en is opgenomen in het handboek van de interventie.
- . Er wordt na afloop van de interventie bij elk gezin de tevredenheidsvragenlijst afgenomen om de interventie te evalueren. Hier kan het gezin op aangeven of ze benaderd willen worden voor een interview.
- . Van elk gezin dat wordt aangemeld worden belangrijke gegevens geregistreerd, waaronder de reden van aanmelding.
- . De materialen zijn aangepast:
 - o Het handboek voor de individuele interventie is beschikbaar (was voorheen een mondelinge aanvulling op het handboek van de groepscursus).
 - o Boeken die voorheen bij de materialen hoorden, worden nu opgegeven als extra literatuur (de boeken werden in de praktijk weinig gebruikt).
 - o Een matje en tas zijn toegevoegd aan de materialen.

6. Onderzoek naar effectiviteit

6.1 Onderzoek in Nederland

Er is nog geen effectonderzoek gedaan naar de interventie.

6.2 Onderzoek naar vergelijkbare interventies

Er is nog geen effectonderzoek gedaan naar deze of een vergelijkbare interventie.

7. Overige informatie

8. Aangehaalde literatuur

- Abrams, K. Y. (2000). Pathways to disorganization: A study concerning varying types of parental frightened behaviors as related to infant disorganized attachment. Unpublished doctoral dissertation, University of California at Berkeley.
- Abrams, K., Rifkin, A., & Hesse, E. (2006). Examining the role of parental frightened/frightening subtypes in predicting disorganized attachment within a brief observation procedure. *Development and Psychopathology*, 18, 345-361.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. J. (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M. P. M. Richards (Ed.), *The integration of a child into a social world* (pp. 99-135). London: Cambridge University Press.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Algiers, B., & Uvnas-Moberg, K. (2007). Maternal behavior in pigs. *Hormones and Behavior*, 52, 78-85.
- Baartman, H., & Dijkstra, J.S. (1987). 'Multi-problem gezinnen, II : de opvoedingsproblematiek'.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., & Van IJzendoorn, M.H. (2008). Oxytocin receptor (OXTR) and serotonin transporter (5-HTT) genes associated with observed parenting. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 3 (2), 128-134.
- Bakermans, M. J., Van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129 (2), 195-215.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Approach*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York, NY: Freeman.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (Vol. 1). Attachment. New York: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. New York: Basic Books.
- De Winter, M. (2008). Het moderne van kindermishandeling. In: W. Koops, B. Levering & M. de Winter (red.). *Opvoeding als spiegel van de beschaving*. Amsterdam: SWP. p. 150-165.
- De Wolff, M. S., & Van IJzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68 (4), 571-591.
- Degroat, J. S. (2003). Parental stress and emotion attributions as correlates of maternal positive affect and sensitivity during interaction with young children. *Dissertation Abstract International: Sect.B.: The Sciences and Engineering*, 64, 2383.
- Domes, G., Heinrichs, M., Michel, A., Berger, C., & Herpertz, S. C. (2007). Oxytocin improves "mind-reading" in humans. *Biological Psychiatry*, 61, 731-733.
- Dwyer, C. M. (2008). Individual variation in the expression of maternal behaviour: A review of the neuroendocrine mechanisms in the sheep. *Journal of Neuroendocrinology*, 20, 526-534.
- Erickson, M. F., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behaviour problems in preschool in a high-risk sample. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 147-166.
- Ewell, P. T. (1997). Organizing for learning: A point of entry. Draft prepared for discussion at the 1997 AAHE Summer Academy at Snowbird. National Center for Higher Education Management Systems (NCHEMS). Available: http://www.intime.uni.edu/model/learning/learn_summary.html
- Febo, M., Numan, M., & Ferris, C. F. (2005). Functional magnetic resonance imaging shows oxytocin activates brain regions associated with mother-pup bonding during suckling. *Journal of Neuroscience*, 25, 11637-11644.
- Feldman, R., Gordon, I., Schneiderman, I., Weisman, O., & Zagoory-Sharon, O. (2010). Natural variations in maternal and paternal care are associated with systematic changes in oxytocin following parent-infant contact. *Psychoneuroendocrinology*, 35 (8), 1133-1141.
- Feldman, R., Weller, A., Zagoory-Sharon, O., & Levine, A. (2007). Evidence for a neuroendocrinological foundation of human affiliation: Plasma oxytocin levels across pregnancy and the postpartum period predict mother-infant bonding. *Psychological Science*, 18, 965-970.
- Flinn, M., Ward, C., & Noone, R. (2005). Hormones and the human family. In D. M. Buss (ed), *The handbook of evolutionary psychology* (pp. 552-580). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- 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.
- Greenberg, M. T., Speltz, M. L., & DeKlyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of

disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 5, 191-213.

GGZ Nederland. (2013). Factsheet specialistische jeugd-GGZ. Amersfoort: GGZ Nederland.

Goldsmith, H. H., & Alansky, J. A. (1987). Maternal and infant temperamental predictors of attachment - A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (6), 805-816.

Isabella, R. A., Belsky, J., & Von Eye, A. (1989). Origins of infant-mother attachment: An examination of interactional synchrony during the infant's first year. *Developmental Psychology*, 62, 906-917.

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

Kang, M. J. (2006). Quality of mother-infant interaction assessed by the Emotional Availability Scale: Associations with maternal psychological well-being, child behavior problems and child cognitive functioning. *Dissertation Abstract International: Sect.B.: The Sciences and Engineering*, 66, 3674.

Kelmanson, I. A., & Adulas, E. I. (2006). Massage therapy and sleep behaviour in infants born with low birth weight. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 12, 200-205.

Kersten-Alvarez, L. E., Hosman, C. M. H., Riksen-Walraven, J. M., Van Doesum, K. T. M., & Hoefnagels, C. (2011). Which preventive interventions effectively enhance depressed mothers' sensitivity? A meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 32 (3), 362-376.

Kiser, L. J., Bates, J. E., Maslin, C. A., & Bayles, K. (1986). Mother-infant play at six months as a predictor of attachment security of thirteen months. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 68-75.

Knapp, M. (2003). Hidden costs of mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 477-478.

La Haye, W., Engelberts, A. C., Tiemens-van Putten, I. K. F., Van Vlimmeren, L. A., De Ruiter, M., Lucassen, P. L. B. J., Nossent, S., Van Noort, M., Van Gameren-Oosterom, H. B. M., Boere-Boonekamp, M. M., L'Hoir, M. P. L., & Van Sleuwen, B. E. (2013). Multidisciplinaire richtlijn: "Preventie, signalering, diagnostiek en behandeling van excessief huilen bij baby's". Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.

Leboyer, F. (1976). *Loving hands: The traditional art of baby massage*. NY: Newmarket Press.

Leboyer, F. (2002). *Shantala babymassage: Een traditionele kunst*. Katwijk Zh: Pantha Rei.

Levy, F., Kendrick, K. M., Goode, J. A., Guevara-Guzman, R., & Keverne, E. (1995). Oxytocin and vasopressin release in the olfactory bulb of parturient ewes. *Brain Research*, 16, 197-206.

Light, K. C., Smith, T. E., Johns, J. M., Brownley, K. A., Hofheimer, J. A., & Amico, J. A. (2000). Oxytocin responsivity in mothers of infants: A preliminary study of relationships with blood pressure during laboratory stress and normal ambulatory activity. *Health Psychology*, 19, 560-567.

Lorenz, L., Moyses, K., & Surguy, H. (2005). The benefits of babymassage. *Paediatric Nursing*, 17 (2), 15-18.

Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Parsons, E. (1999). Maternal disrupted affective communication, maternal frightened or frightening behaviour, and infant disorganized attachment strategies. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64, 172-192.

Maatschap Shantala Babymassage. (2013). *Draaiboek Shantala Babymassage Individueel*. Papendrecht: Maatschap Shantala Babymassage.

Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 66-104.

Matas, L., Arend, R. A., & Sroufe, L. A. (1978). The relationship between quality of attachment and later competence. *Child Development*, 49, 547-556.

Matthiesen, A. S., Ransjo-Arvidson, A. B., Nissen, E., & Uvnas-Moberg, K. (2001). Postpartum maternal oxytocin release by newborn: Effects of infant hand massage and sucking. *Birth*, 28, 13-19.

Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (red.), *Growing points of attachment theory and research* (pp. 66-104). Society for Research in Child Development.

Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying disorganized/disoriented infants during the Ainsworth Strange Situation. In M. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (Eds), *Attachment in the preschool year* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.

Meijer, D. (2013). *Procesevaluatie Shantala Babymassage Individueel*. Papendrecht: Maatschap Shantala Babymassage.

Meins, E. (1997). *Security of attachment and the social development of cognition*. Hove, U. K.: Psychology Press.

Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., & Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (5), 637-648.

Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Das Gupta, M., Fradley, E., & Tuckey, M. (2002). Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. *Child Development*, 73,

1715-1726.

Miyake, K., Chen, S. J., & Campos, J. J. (1985). Infant temperament, mother's mode of interaction, and attachment in Japan: An interim report. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment theory and research* (pp. 276-297). Monographs of the Society for Research in Child Development, 50 (1-2, Serial No. 209).

Olson, S. L., Bates, J. E., Sandy, J. M., & Lanthier, R. (2000). Early developmental precursors of externalizing behavior in middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 119-133.

Onozawa, K., Glover, V., Adams, D., Modi, N., & Kumar, R. C. (2001). Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 63, 201-207.

Pederson, C. A., Vadlamudi, S. V., Boccia, M. L., & Amico, J. A. (2006). Maternal behaviour deficits in nulliparous oxytocin knockout mice. *Genes, Brain and Behavior*, 5, 274-281.

Raaijmakers, M. A. J., Posthumus, J. A., Van Hout, B., Van Engeland H., & Matthys, W. (2011). Cross-sectional study into the costs and impact on family functioning of 4-year-old children with aggressive behavior. *Prevention Science*, 12 (2), 192-200.

Raiha, H., Lehtonen, L., Huhtala, V., Saleva, K., & Korvenranta, H. (2002). Excessively crying infant in the family: Mother-infant, father-infant and mother-father interaction. *Child: Care, Health and Development*, 28, 419-429.

Romeo, R., Knapp, M., & Scott, S. (2006). Economic cost of severe antisocial behaviour in children-and who pays it. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 547-553

Schaalma, H., Kok, G., Meertens, R., & Burg, J. (2010). *Theorieën en methodieken van verandering*. In J. Brug, P. van Assema & L. Lechner (red.). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: Een planmatige aanpak* (7de druk, pp 123-149). Assen: Van Gorcum.

Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (1999). Frightening maternal behavior linking unresolved loss and disorganized infant attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 54-63.

Simpson, R. (2001). Babymassage classes and the work of the international association of infant massage. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 7, 25-33.

Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). *The development of the person. The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford Press.

Stams, G. J. J. M., Juffer, F., & Van IJzendoorn, M. H. (2002). Maternal sensitivity, infant attachment, and temperament in early childhood predict adjustment in middle childhood: The case of adopted children and their biologically unrelated parents. *Developmental Psychology*, 38, 806-821.

Thompson, R. A. (1999). Early attachment and later development. In: Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds), *Handbook of Attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 265-286). New York: The Guilford Press.

Triandis, H. C. (1977). *Interpersonal behavior*. Monterey, CA: Brooks/Cole.

Turner, R. A., Altemus, M., Enos, T., Cooper, B., & McGuinness, T. (1999). Preliminary research on plasma oxytocin in normal cycling women: Investigating emotion and interpersonal distress. *Psychiatry*, 62, 97-113.

Underdown, A., Barlow, J., Chung, V., & Stewart-Brown, S. (2009). *Massage intervention for promoting mental and physical health in infants aged under six months*. The Cochrane Library, 1.

Vakgroep Shantalamassage docenten. Shantalamassage retrieved september 2, 2014, from:

<http://www.shantala.nl/overige-shantala-specialisaties/shantalamassage/>.

Van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.

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

Van IJzendoorn, M. H., & Kroonenberg, P. M. (1988). Cross-cultural patterns of attachment: A meta-analysis of the Strange Situation. *Child Development*, 59, 147-156.

Van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.

Warren, S. L., Huston, L., Egeland, B., & Sroufe, A. (1997). Child and Adolescent Anxiety Disorders and Early Attachment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36 (5), 637-644.

Waters, E., Vaughn, B. E., Posada, G., & Kondo-Ikemura, K. (1995). Caregiving, cultural, and cognitive perspectives on secure-base behaviour and working models: New growing points of attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60 (2-3, Serial No. 244).

Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., Egeland, B., & Carlson, E. A. (1999). Individual differences in infant-caregiver

attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 68-88). New York: Guilford Press.

Williams, G. L., Gazal, O. S., Leshin, L. S., Stanko, R. L., & Anderson, L. L. (2001). Psychological regulation of maternal behaviour in heifers: Roles of genital stimulation, intracerebral oxytocin release, and ovarian steroids. *Biology of Reproduction*, 65, 295-300.

Zaslow, M. J., Rabinovich, B. A., Suwalsky, J. T. D., & Klein, R. P. (1988). The role of social context in the prediction of secure and insecure/avoidant infant-mother attachment. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 9, 287-299.

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.

Deze informatie is op 22 november 2015 gedownload van www.nji.nl.

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 Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

