

## TNO-rapport

TNO/CH 2011.028

# 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

## Behavioural and Societal Sciences

Wassenaarseweg 56  
2333 AL Leiden  
Postbus 2215  
2301 CE Leiden

[www.tno.nl](http://www.tno.nl)

T +31 88 866 90 00  
F +31 88 866 06 10  
[infodesk@tno.nl](mailto:infodesk@tno.nl)

Datum	Juni 2011
Auteur(s)	M. Klein Velderman <sup>1</sup> F.D. Pannebakker <sup>1</sup> R.G. Fukkink <sup>2</sup> M.S. de Wolff <sup>1</sup> P. van Dommelen <sup>3</sup> P.C.M. Luijk B.E. van Sleuwen <sup>1</sup> S.A. Reijneveld <sup>1,4</sup>
Aantal pagina's	48 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	2
Opdrachtgever	ZonMw project 15700.1013
Projectnummer	031.13142

Met dank aan:  
M.P.J. Eliens-Antonis<sup>5</sup>  
J.M. Hoogland<sup>5</sup>  
M. Kamphuis<sup>1</sup>  
M.P. L'Hoir<sup>1</sup>  
A.G.C. Vogels<sup>1</sup>  
I. van Kempen<sup>3</sup>  
C. Kaal<sup>1</sup>  
A. Rijpstra<sup>3</sup>  
M. Oude Veldhuis<sup>1</sup>

<sup>1</sup> TNO Child Health

<sup>2</sup> Universiteit van Amsterdam

<sup>3</sup> TNO Life Style

<sup>4</sup> Universitair Medisch Centrum Groningen

<sup>5</sup> Associatie voor Intensieve Thuisbehandeling

Alle rechten voorbehouden.

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

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

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



## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding .....</b>	<b>4</b>
1.1	Theoretische basis van K-VHT binnen de JGZ .....	4
1.2	K-VHT en excessief huilen.....	5
1.3	Vroeg signaleren en interveniëren .....	6
1.4	Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie van deze studie.....	6
<b>2</b>	<b>Methoden .....</b>	<b>8</b>
2.1	Onderzoeksopzet.....	8
2.2	Steekproef.....	8
2.3	Onderzoeksprocedure .....	10
2.4	Meetinstrumenten .....	11
2.5	De interventie .....	16
2.6	Verloop van het project .....	17
2.7	Analyses.....	18
<b>3</b>	<b>Resultaten .....</b>	<b>20</b>
3.1	Aantal deelnemers en achtergrondkenmerken steekproef.....	20
3.2	Opvoedingsgerelateerde stress en gevoel van competentie.....	22
3.3	Sociaal en emotioneel gedrag .....	27
3.4	Sensitieve responsiviteit .....	28
3.5	Tevredenheid ouders .....	30
3.6	Oordeel VHT-ers .....	30
3.7	Moderatoren van interventie-effecten .....	31
<b>4</b>	<b>Conclusies en Discussie.....</b>	<b>34</b>
4.1	De waarde van kleinschalig onderzoek .....	34
4.2	Het gebruik van effectgroottes .....	35
4.3	Sterkste effecten op spanning en ouderlijke competentie .....	36
4.4	Bescheiden effect op sensitieve responsiviteit .....	36
4.5	Een 'valse start' voor de interventiegroep.....	38
4.6	Moeilijk temperament.....	39
4.7	Behoeftte aan steun in de interventiegroep .....	39
4.8	Meer problematisch sociaal en emotioneel gedrag van kinderen in de interventiegroep .....	40
4.9	Conclusie .....	40
<b>5</b>	<b>Referenties.....</b>	<b>41</b>
	<b>Bijlage(n)</b>	
	A Schematische weergave onderzoeksrapport	
	B Instructiekaarten JGZ ten behoeve van werving van gezinnen	

# 1 Inleiding

Dit rapport beschrijft de resultaten van een studie naar kortdurende video-hometraining (K-VHT) uitgevoerd binnen de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) bij gezinnen met overmatige spanning als gevolg van een excessief huilende baby. Doel van het onderzoek was om de effectiviteit van een breed geïmplementeerde interventiemethode (K-VHT) te evalueren in gezinnen met opvoedingsspanning, stress, dan wel bezorgdheid als gevolg van blijvend overmatig huilen van een zuigeling. In aansluiting op Reijneveld e.a. (Reijneveld, Brugman, & Hirasings, 2001) werd overmatig huilen daarbij gedefinieerd als huilen waarbij de ouders zich zorgen maken over de mate van huilen. K-VHT werd aangeboden als deze zorgen na twee tot vier weken reguliere zorg en adviezen binnen de JGZ standhielden. De volgende onderzoeksvragen stonden in deze studie centraal:

- 1 Leidt K-VHT in de JGZ, toegepast in gezinnen met opvoedingsspanning als gevolg van blijvend overmatig huilende baby's, tot een reductie van opvoedingsgerelateerde stress en een toegenomen gevoel van competentie van deelnemende ouders?
- 2 Leidt K-VHT in de JGZ, in deze gezinnen tot positiever sociaal en emotioneel gedrag van interventiekinderen vergeleken met controlekinderen?
- 3 Leidt K-VHT in deze gezinnen tot een verbeterde ouderlijke sensitiviteit?
- 4 Hoe beoordelen de deelnemende ouders de opvoedingsondersteuning met behulp van K-VHT in de JGZ?
- 5 Hoe beoordelen de VHT-ers in de JGZ hun begeleiding van gezinnen middels K-VHT?
- 6 Zijn er ouder-, kind- (bv. temperament), gezins-, trainer-, of programmakenmerken aanwijsbaar die de effecten van K-VHT in het onderzoek modereren?
- 7 Zijn effecten op opvoedingsgerelateerde stress en sociaal en emotioneel gedrag van kinderen minimaal een half jaar na toepassing van K-VHT (op 1-jarige leeftijd) nog aantoonbaar?

## 1.1 Theoretische basis van K-VHT binnen de JGZ

K-VHT binnen de JGZ wordt toegepast om ouders die opvoedingsspanning/-vragen hebben te ondersteunen met als doel problemen in de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind (0-4 jaar) te voorkomen. K-VHT is gestoeld op verschillende theoretische grondbeginselen waaronder de gehechtheidstheorie (zie ook Kennedy, Landor, & Todd, 2010). Iedereen wordt geboren met de neiging om in tijden van spanning, verdriet of vreugde, de nabijheid te zoeken van een vertrouwde persoon. Indien kinderen hierin beantwoord worden met onvoorwaardelijke aanmoediging, steun en beschikbaarheid, geeft dit een gevoel van waardigheid en vertrouwen. Ouders die hun kind dergelijke positieve en stabiele reacties kunnen bieden, zijn een veilige basis van waaruit het kind de wereld verkent. Zo ontwikkelt het kind een 'veilige gehechtheid' (Bowlby, 1984), hetgeen geassocieerd is met een positieve ontwikkeling in verschillende domeinen. Daarentegen kan 'onveilige gehechtheid' gezien worden als een risicofactor in de ontwikkeling van kinderen (Greenberg, 1999). Sensitief opvoedgedrag is een belangrijke determinant van veilige gehechtheid (Van IJzendoorn, 1995). Echter, in stressvolle opvoedingssituaties kunnen ouders

minder sensitief reageren op hun kind. Zo vonden Raiha e.a. (2002) dat ouders van huilbaby's minder optimaal interacteerden met hun kind. Kang (2006) rapporteerde dat ouders met stress meer intrusief en vaker insensitief opvoedingsgedrag lieten zien. Evenzo lieten moeders met meer stress in de studie van Degroot (2003) minder positief affect en sensitiviteit in interactie met hun kind zien.

Om deze redenen staan in situaties met opvoedingsspanning binnen K-VHT de initiatieven van het kind en de sensitieve responsiviteit (Ainsworth, Bell, & Stayton, 1971) van de ouders centraal, om zodoende een veilige relatie en de ontwikkeling van het kind te bevorderen (zie ook Juffer, Bakermans-Kranenburg, & Van IJzendoorn, 2007). De sensitieve responsiviteit (Ainsworth e.a., 1971) van ouders voor de initiatieven van het kind, wordt bij K-VHT 'afstemming' genoemd.

Afstemming bestaat eruit dat het kind een initiatief neemt tot contact en ouders daarop sensitief en adequaat reageren. Kennedy en collega's (2010) beschreven hoe een met K-VHT vergelijkbare (en in feite op K-VHT gebaseerde) interventie effectief kan zijn in het bevorderen van sensitieve responsiviteit van moeders, hetgeen dus positief kan bijdragen aan veilige gehechtheid.

K-VHT is daarnaast gericht op het verlichten van de aan opvoeding gerelateerde stress. Eerder onderzoek heeft laten zien dat de opvoedingsbeleving van ouders positief kan veranderen als gevolg van opvoedondersteuning met behulp van K-VHT en verwante programma's (Fukkink, 2008; zie Paragraaf 1.4).

## 1.2 K-VHT en excessief huilen

Doordat K-VHT zich niet primair richt op het probleemgedrag van het kind (bv. huilen), maar op de mogelijkheid van ouders ook in stressvolle situaties sensitief te reageren, kan het bij veel opvoedings- dan wel omgangsvragen ingezet worden. De doelgroep voor deze studie zijn ouders die veel spanning ervaren door (blijvend) overmatig huilen van hun baby. Excessief huilen van het kind betreft één van de vroegste stressvolle ouderlijke situaties die bij ouders onzekerheden op kan roepen en daarbij de ouder-kind interactie kan verstoren. Excessief huilen wordt hierbij gedefinieerd als huilen waarbij de ouders zich zorgen maken over de mate van huilen; het gaat dus niet om de werkelijke huilduur maar om de perceptie van ouders. Dit betreft iets meer dan 8% van de ouders met een kind van 1-4 maanden (Reijneveld e.a., 2001).

Onderzoek duidt het verband tussen excessief huilen en potentieel zorgwekkende opvoedsituaties: ongeveer 1 op de 20 ouders in Nederland bleek schadelijke dingen te doen om het huilen van hun baby te verminderen (bv. smoren met handdoek). Dit is te beschouwen als kindermishandeling (Reijneveld, Van der Wal, Brugman, Hira Sing, & Verloove-Vanhorick, 2004). Het bleek dat de schadelijke acties al beginnen in de eerste maand en dat deze de eerste 6 maanden toenemen. Vooral bovengenoemde definitie van excessief huilen waar wordt uitgegaan van de perceptie van ouders, bleek samen te hangen met meer schadelijke acties door de ouders (Reijneveld e.a., 2004).

Voor preventie van potentieel zorgwekkende opvoedsituaties bij huilen is het enerzijds belangrijk te focussen op de reductie van huilen. Door deze stressor te verminderen zal de neiging tot riskante acties afnemen. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van effectief gebleken interventies. Zo blijkt uit een recente Nederlandse studie bij huilbaby's dat het geven van adviezen met betrekking tot regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie, al dan niet aangevuld met inbakeren, binnen een week een forse reductie van het huilen oplevert (Van Sleuwen e.a., 2006).

Bij het overgaan tot riskante acties spelen naast kindfactoren en het huilgedrag echter ook ouderfactoren een rol (Pauli-Pott, Becker, Mertesackera, & Beckmann, 2000), zoals vermoeidheid en spanning, lage stresstolerantie, insensitief opvoedgedrag of beperkte vermogens om te troosten. Anderzijds is het daarom belangrijk om in preventieprogramma's ook aan ouderfactoren aandacht te besteden. K-VHT grijpt juist hier op in. De kracht van K-VHT is dat het de ouder aan de hand van beelden van het eigen kind laat zien wat het kind nodig heeft. Initiatief van het kind wordt uitvergroet. Bij ouders die overmatig gefocust zijn op het huilen wordt de aandacht verlegd naar gezond gedrag van het kind. Gezonde, afgestemde interactieketens worden bekrachtigd en de ouders worden gerustgesteld. Op basis van eerder effectonderzoek (Fukkink, 2008) en de theoretische basis voor K-VHT is te veronderstellen dat K-VHT zodoende kan bijdragen aan het verbeteren van ouderlijke stress- en frustratieregulatie, een verhoogde sensitieve responsiviteit van de ouder en een verbeterde afstemming tussen ouder en kind, en daardoor ook aan het verminderen van riskante acties.

### **1.3 Vroeg signaleren en interveniëren**

Deze studie was gericht op een interventie voor gezinnen met excessief huilende baby's in de 1e tot en met 5e maand na de geboorte. Er zijn verscheidene redenen waarom juist dit vroege stadium van belang is voor het signaleren en interveniëren. Zo is van video-feedback interventies bekend dat het een effect heeft op de moeder-kind interactie (zie ook Paragraaf 1.4). Door het bevorderen van positief oudergedrag op een moment dat moeder en kind nog vorm geven aan de afstemming op elkaar, kan de ontwikkeling van een veilige gehechtheid van het kind bevorderd worden. Een veilige gehechtheid heeft een preventieve werking voor problemen op latere leeftijd en bevordert het welbevinden van het kind (Greenberg, 1999; Riksen-Walraven, 2002). Verder heeft onderzoek uitgewezen dat ouders al op deze jonge leeftijd riskante gedragingen toepassen als reactie op het huilgedrag van hun kinderen (Paragraaf 1.2). In het eerste half jaar bleken deze handelingen bovendien toe te nemen (Reijneveld e.a., 2004). Daarnaast vormen juist de baby's die na ongeveer 3 of 4 maanden nog overmatig blijven huilen een groep risicokinderen waarbij kind en gezin extra zorg nodig hebben en waarbij problemen op latere leeftijd te verwachten zijn ('persistent mother-infant distress syndrome'; Barr, 1998; Wolke, Rizzo, & Woods, 2002). Door vroegtijdig te interveniëren kan nadere problematiek mogelijk voorkomen worden. Het huilen is één van de eerste door het kind geïndiceerde stressvolle situaties waarmee ouders te maken krijgen. Huilen kan een voorbode zijn van problemen op het gebied van eten, slapen en ander gedrag (Zeifman, 2001). Door ouders te ondersteunen in het omgaan met het huidige overmatig huilen van hun kind en door het bevorderen van een positieve ouder-kind interactie, goede basiscommunicatie en intrinsieke copingvaardigheden kunnen mogelijk ook bij genoemde problemen in de toekomst riskante oudergedragingen voorkomen worden. Echter, over de effecten van interventieprogramma's op langere termijn is nog relatief weinig bekend.

### **1.4 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie van deze studie**

Zorgvuldig onderzoek naar de effectiviteit van K-VHT is zowel maatschappelijk als wetenschappelijk relevant. K-VHT binnen de JGZ wordt landelijk op veel plaatsen toegepast om ouders met opvoedingsspanning/-vragen te ondersteunen.

Programma's die, vergelijkbaar met K-VHT, gebruikmaken van video-feedback werden door de Inventgroep (Hermanns, Öry, & Schrijvers, 2005) voorgedragen als geschikte interventies ter preventie van externaliserende problemen van kinderen in de gezinssituatie bij signalen van risicoprocessen. K-VHT betreft daarbij een methode met een grote potentiële effectiviteit. Uit diverse studies bleek dat video-feedback interventies effectief kunnen zijn, bijvoorbeeld op het gebied van kernelementen van de basiscommunicatie (zoals oogcontact, actief taalgebruik; Sibbing, Kat, Grootenhuis, & Last, 2005), zelfvertrouwen van de ouder (Eliëns, 2005), verhogen van ouderlijke sensitiviteit (Juffer e.a., 2007; Klein Velderman, 2005), gehechtheid (Juffer, Hoksbergen, Riksen-Walraven, & Kohnstamm, 1997; Juffer e.a., 2007) en moeder-kind interactie (Wijnroks, 1994); of bijvoorbeeld in de ondersteuning van depressieve moeders en hun zuigelingen (Van Doesum, Hosman, & Riksen-Walraven, 2005).

In een recente meta-analyse van 28 studies (1792 gezinnen) naar de effectiviteit van video-feedback interventies bleken effecten van de interventieprogramma's gemiddeld positief te zijn op zowel het opvoedingsgedrag (Cohen's  $d = 0,51$ ) en de attitude van ouders ( $d = 0,37$ ), als de ontwikkeling van het kind ( $d = 0,33$ ; Fukkink, 2008). Kortere interventies bleken effectiever voor verbetering van de opvoedingsvaardigheden dan langere. Klein Velderman (2011) deed in een beschrijvende overzichtsstudie verslag van studies naar video-feedback interventies in het eerste levensjaar. Zij actualiseerde de resultaten van Fukkink (2008) met behulp van aanvullend literatuuronderzoek. Daaruit bleek dat de meeste studies als uitkomstmaat sensitieve responsiviteit van ouders hadden gehanteerd. Alle studies die effecten op deze uitkomstmaat rapporteerden, lieten een stijging in ouderlijke sensitieve responsiviteit zien. Dit bevestigt de positieve effecten op deze maat die beschreven werden in Fukkink's studie (2008). Klein Velderman (2011) ging ook in op studies die, vaak naast effecten op ouderlijke sensitieve responsiviteit, positieve effecten rapporteerden op gedrag en ontwikkeling van het kind, of daarnaast bijvoorbeeld het welbevinden van ouders. Dergelijke resultaten werden in een kleiner aantal studies beschreven. Ook dit rijmt met resultaten uit Fukkink's studie (2008), waaruit bleek dat de sterkste effecten van video-feedback interventies gevonden werden op het opvoedgedrag van ouders en minder sterke effecten op ouderlijke stress en de veranderingen in gedrag van kinderen. De overzichtsstudies van Fukkink (2008) en Klein Velderman (2011) laten ook zien dat een effectstudie van goede kwaliteit naar, specifiek, K-VHT momenteel niet beschikbaar is. Voorgaande onderzoeken kenden helaas een te zwakke opzet (o.a. door het ontbreken van controlegroepen; Fukkink, 2008). Bovendien is nog onvoldoende duidelijk welke ouder-, kind-, gezins-, trainer- en programmamakenmerken de effecten van K-VHT modereren.

## 2 Methoden

In dit hoofdstuk komen de in deze studie gehanteerde methoden aan bod. Voor een schematisch overzicht van de onderzoeksopzet verwijzen we naar Bijlage A.

### 2.1 Onderzoeksopzet

In een gecontroleerde, gerandomiseerde onderzoeksopzet zijn de effecten van K-VHT in de JGZ onderzocht. Er waren voor dit onderzoek drie meetmomenten in de gezinnen: (T1) een voormeting bij aanvang aan de studie, (T2) een eerste meting direct na de interventie in de interventiegroepen of in de controlegroepen zes weken na de voormeting, en (T3) een tweede, 'lange termijn', of 'follow-up' meting rondom de eerste verjaardag van het kind (zie Bijlage A).

### 2.2 Steekproef

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een tweestapssteekproef. De eerste stap betrof een steekproef van JGZ-organisaties, de tweede stap de selectie van gezinnen met zorgen over het huilen van hun baby in de leeftijd van maximaal vijf maanden. Beide steekproeven komen hieronder afzonderlijk aan bod.

#### *JGZ-organisaties*

Beoogd was om zes JGZ-organisaties te includeren in het onderzoek. De rol van jeugdartsen en -verpleegkundigen van deze organisaties was het werven van de gezinnen voor dit onderzoek (zie onderstaand). Verder werkten aan het onderzoek video-hometrainers (VHT-ers) mee die werkzaam waren bij betreffende JGZ-organisaties. Het betreft professionals die al ervaring hadden met het geven van K-VHT en getraind waren volgens de richtlijnen van de Associatie Intensieve Thuisbehandeling (AIT). Deelnemende JGZ-organisaties moesten dus in alle gevallen getrainde VHT-ers in dienst hebben. Deze organisaties werden in samenwerking met de AIT geworven. Werving werd al gestart tijdens het acquisitietraject voor deze studie. Uiteindelijk werd medewerking verkregen van negen JGZ-organisaties, namelijk: Yunio, Careyn, Zuidzorg, Thuiszorg Pantein, Vitras CMD, Icare, GGD Groningen, Vivent en Thebe JGZ. Werving van gezinnen vond plaats via deze deelnemende JGZ-organisaties.

Als een organisatie meedeed aan het onderzoek, werden er in principe twee instructies verzorgd door TNO om informatie over het onderzoek te geven en de wervingsprocedure toe te lichten: één voor K-VHT professionals die ervaring hebben in het geven van K-VHT binnen de JGZ en getraind zijn volgens de richtlijnen van de AIT, en één voor JGZ-medewerkers. Soms werden met een JGZ-instelling andere afspraken rondom instructie gemaakt. Dan werden bijvoorbeeld coördinatoren getraind die op hun beurt de JGZ-medewerkers verder schoolden. Of er waren bijvoorbeeld aparte scholingen voor verpleegkundigen en artsen. Ten behoeve van uniformiteit in de uitvoering van het onderzoek zijn door TNO draaiboeken geschreven voor K-VHT professionals en voor JGZ-medewerkers. Deze werden tijdens de instructiemomenten mondeling toegelicht. Toen de instroom van gezinnen in het onderzoek tegen bleek te vallen, zijn in 2010 extra instructiebijeenkomsten georganiseerd om aanvullende uitleg te geven over het selectieproces en voor het beantwoorden van vragen. Medewerkers hebben toen instructiekaarten uitgereikt gekregen waarop de procedure uit het draaiboek



kernachtig was samengevat (zie Bijlage B). De instructiekaarten boden een systematische weergave van het wervingsproces.

#### *Gezinnen met zorgen over huilen*

In dit onderzoek staan gezinnen centraal met blijvende zorgen over huilen van hun baby in de leeftijd tot en met 5 maanden. Dat wil zeggen dat zorgen standhielden na tenminste twee weken reguliere advisering vanuit het consultatiebureau. Voor dit onderzoek was duur van het huilen daarbij van ondergeschikt belang. Het ging vooral om ervaren zorgen of spanning door ouders (mede) als gevolg van het huilen van hun maximaal 5-maanden oude zuigeling. Was het huilen van de baby zorgelijk en zwaar? Hadden ouders het gevoel dat ze competent waren om met het huilen om te gaan? Het kon ook zijn dat de arts of verpleegkundige zelf de indruk kreeg dat de baby veel huilde in vergelijking met andere kinderen van dezelfde leeftijd, of dat de arts of verpleegkundige zich zorgen maakte over de wijze waarop de ouders omgingen met het huilen. In het algemeen gold: er bestonden zorgen over het huilen, ofwel bij de ouders ofwel bij de arts/verpleegkundige. Indien bij de JGZ-medewerker bekend was dat een medische oorzaak van het huilen was vastgesteld (zoals koemelkeiwit allergie, infectie, malrotatie of reflux) dan werden ouder en kind uitgesloten van deelname aan het onderzoek. Zij werden verder door de jeugdarts of -verpleegkundige begeleid en indien nodig verwezen voor aanvullende medische hulp.

Ouders met zorgen over huilen werden geworven door de jeugdverpleegkundigen en -artsen tijdens de reguliere zuigelingenhuisbezoeken en contactmomenten op het consultatiebureau. De meeste organisaties hanteren zes vaste contactmomenten tussen 0 en 5 maanden (zie voor een overzicht onderstaande tabel, Tabel 2.1). Naast deze vaste momenten hanteren veel consultatiebureaus vrijwillige inloopsprekuren voor ouders met vragen. De vaste contactmomenten, de inloopsprekuren en de telefonische contacten golden als mogelijkheden om te informeren naar het huilen van de baby en de mate waarin er zorgen bestonden.

Tabel 2.1: JGZ taakverdeling en contactmomenten 0-5 maanden.

Leeftijd	Contactmoment	Discipline
2 <sup>e</sup> week	Zuigelingenhuisbezoek	Verpleegkundige
4 <sup>e</sup> week	Consult	Arts
6 <sup>e</sup> week	Consult	Verpleegkundige
8 <sup>e</sup> week	Consult	Verpleegkundige
3 maanden	Consult	Arts
4 / 4,5 maand	Consult	Verpleegkundige

Bron: Nota BTP JGZ Taakverdeling en Contactmomenten 2001

De arts of verpleegkundige informeerde voor deze studie naar het huilgedrag van de baby en hoe de ouders zelf het huilen van de baby ervoeren (zie onderstaand voor in- en exclusiecriteria). Als de JGZ-medewerker constateerde dat er bij ouders zorgen bestonden over het huilen, kregen ouders van de JGZ-medewerker de folder met inschrijfformulier van het onderzoek 'Een onderzoek naar zorgen van ouders over huilen van hun baby'. In de folder werden kort de achtergronden van het onderzoek beschreven. In de folder zat een inschrijfformulier dat bestond uit een korte lijst met vragen naar achtergrondgegevens, zoals leeftijd van de ouders en de geboortedatum van het kind. Daarnaast werd ouders gevraagd de adresgegevens van hun CB te geven. Met dit inschrijfformulier gaven ouders aan dat ze mogelijk deel wilden nemen aan het onderzoek. Ouders konden dus later

nog zonder consequenties en zonder opgaaf van redenen besluiten dat ze toch niet geïnteresseerd waren in deelname.

Na het uitdelen van de folder met inschrijfformulier werd door de JGZ-medewerker de situatie rond huilen in kaart gebracht en ontvingen ouders de adviezen over 'regelmaat en voorspelbaarheid' conform de Actiz concept JGZ-richtlijn 'Aanpak van excessief huilen bij zuigelingen'. Twee weken na versturen van het inschrijfformulier en het starten van adviezen over regelmaat en voorspelbaarheid, nam de JGZ-medewerker contact op met de ouders om de stand van zaken met betrekking tot de zorgen over het huilen te bespreken. Ouders met blijvende zorgen over huilen die bereid waren tot deelname, werden random ingedeeld in één van de volgende vier groepen:

- 1 Controlegroep met observatie
- 2 Controlegroep zonder observatie
- 3 Interventiegroep met observatie
- 4 Interventiegroep zonder observatie.

'Met observatie' betekende dat het gezin in de thuissituatie twee keer (extra) gefilmd werd zodat wij de interactie tussen ouder en kind (sensitieve responsiviteit) konden observeren (Onderzoeksvraag 3). In de groepen 'zonder observatie' werden deze (extra) opnamen voor het observeren van sensitieve responsiviteit niet gemaakt.

Het streven was in dit onderzoek totaal 288 ouders en kinderen te includeren: 144 in de interventiegroep en 144 in de controlegroep. Deze aantallen waren gebaseerd op een powerberekening. Met effectief 115 ouders in zowel de interventie- als controlegroep kon met een power van 0,80 (alpha = 0,05, tweezijdig) een effectgrootte van 0,37 aangetoond worden. Dit sluit aan bij de gevonden effectgrootte van 0,37 voor de attitude van moeders in de meta-analyse van Fukkink (2008). Uitgaande van een uitval van 20 procent werd op basis hiervan de totale inclusie vastgesteld op 288 ouders/kinderen (144 per conditie).

Het streven was in de studie bij een deel van steekproef, namelijk bij 77 gezinnen in de interventie- en 77 in de controlegroep, sensitieve responsiviteit van moeders te observeren. Dit was gebaseerd op een tweede powerberekening. Met 61 observaties in zowel de interventie- als controlegroep kon met een power van 0,80 (alpha = 0,05, tweezijdig) een effectgrootte van 0,51 aangetoond worden, hetgeen aansluit bij de gevonden effectgrootte van 0,51 voor ouderlijk gedrag in de meta-analyse van Fukkink (2008). Eveneens rekening houdend met een uitval van 20% dienden per groep daarom 77 ouders/kinderen te worden geobserveerd (80 procent van 77 = 62). Observatie vond plaats bij een aselechte deelgroep van de ouders uit de onderzoekspopulatie (randomisatie vond plaats gelijktijdig met aselechte toewijzing aan interventie- en controleconditie, zie boven). Toen in 2010 bleek dat deze inclusie niet gehaald werd, is niet langer in een deel, maar in alle gezinnen die vanaf dat moment instroomden in de studie een extra observatie gepland.

### 2.3 Onderzoeksprocedure

JGZ-medewerkers konden gezinnen online registreren voor deelname aan het onderzoek. Direct na aanmelding vond de voormeting plaats. De voormeting, K-VHT (in de interventiegroep) en de eerste nameting werden steeds uitgevoerd met

de primaire opvoeder van de baby. In deze studie was dit steeds de moeder. Op de tweede nameting werd ook een vragenlijst aan de vaders gestuurd<sup>1</sup>.

Na de aanmelding voor deelname ontvingen moeders voor de voormeting per post een vragenlijst. Na terugzenden verschilde de procedure in de vier onderzoeksgroepen, te weten: (1) de controlegroep met observatie, (2) de controlegroep zonder observatie, (3) de interventiegroep met observatie en (4) de interventiegroep zonder observatie (zie ook Paragraaf 2.1). Moeders in groep 2 ontvingen zes weken na aanvang van de studie per post de tweede vragenlijst (zie ook Bijlage A). Voor de andere drie groepen gold dat de VHT-er bericht ontving dat zij in de 'observatiegroepen' (1 en 3; zie Paragraaf 2.1) een afspraak kon maken voor de eerste extra video-opname en in groep 4, de interventiegroep zonder extra observatie, een eerste interventiehuisbezoek kon plannen.

In de controlegezinnen met observatie nam het bezoek voor de eerste video-opname ongeveer een half uur in beslag. Het bezoek bestond uit een kennismaking met korte uitleg (5 minuten), video-opname van een badsessie (20 minuten), en een afsluiting (5 minuten). De VHT-er beperkte zich tot het filmen en gaf geen nadere opvoedingsondersteuning. Hiervoor konden ouders terecht bij hun jeugdverpleegkundige. Na afloop van het eerste bezoek maakte de VHT-er met de ouder(s) een afspraak voor de tweede filmopname voor observatie, 6 weken na het eerste bezoek. Dit bezoek bij het gezin thuis was vergelijkbaar met het eerste bezoek. Na afloop van het tweede bezoek gaf de VHT-er de moeder een tweede vragenlijst met retourenvelop (nameting).

In de interventiegroep met extra observatie (groep 3), begon het eerste huisbezoek met de video-opname voor observatie door het onderzoeksteam vóórdat de interventie volgens de gebruikelijke wijze ingezet werd (zie voor meer informatie over de interventie Paragraaf 2.5). Naast het geven van de K-VHT (drie keer filmen en drie keer nabespreken) werd van de VHT-er gevraagd om na elk huisbezoek een logboek in te vullen. Hierin beschreef de VHT-er aan de hand van een aantal vragen het verloop van dat huisbezoek (zie ook Paragraaf 2.3). Daarnaast werd dus gevraagd om twee extra video-opnamen ten behoeve van observaties van sensitief oudergedrag door het onderzoeksteam te maken, namelijk aan het begin van het eerste huisbezoek en tijdens het zesde (laatste) huisbezoek. De extra video-opname voor observatie tijdens het zesde en laatste huisbezoek kon plaatsvinden op een moment dat leek te passen binnen het huisbezoek, bijvoorbeeld voor het feedbackmoment. In beide interventiegroepen (3 en 4) lieten de VHT-ers tijdens het laatste huisbezoek de tweede vragenlijst en een retourenvelop bij moeder achter. In alle groepen ontvingen beide ouders rondom de eerste verjaardag van de kinderen per post een laatste schriftelijke vragenlijst (de tweede nameting).

## 2.4 Meetinstrumenten

In deze paragraaf komen de binnen het onderzoek gehanteerde meetinstrumenten aan bod. Beschrijving hiervan wordt geordend aan de hand van de onderzoeksvragen zoals geformuleerd in Hoofdstuk 1.

### *Opvoedingsgerelateerde stress en gevoel van competentie*

Meetinstrumenten in dit onderzoek betroffen de perceptie van het huilen, troostmethoden (incl. riskante gedragingen), dagelijkse beslommeringen, ouderlijke

---

<sup>1</sup> In dit rapport wordt regelmatig gesproken over de 'ouder' van het kind, waar dit voor de voormeting en eerste nameting dus de moeder betreft. Vergelijkingen van de nameting(en) met de voormeting zijn steeds gebaseerd op data van moeders.

competentie en door ouders ervaren steun, ten behoeve van het beantwoorden van zowel de eerste onderzoeksvraag, te weten “Leidt K-VHT in de JGZ, toegepast in gezinnen met opvoedingsspanning als gevolg van blijvend overmatig huilende baby’s, tot een reductie van opvoedingsgerelateerde stress en een toegenomen gevoel van competentie van deelnemende ouders?”, als de zevende onderzoeksvraag: “Zijn effecten op opvoedingsgerelateerde stress en sociaal en emotioneel gedrag van kinderen minimaal een half jaar na toepassing van K-VHT (op 1-jarige leeftijd nog aantoonbaar)?”

*Cry Perception Scale.* De gevalideerde Cry Perception Scale (Lester, Boukydis, Garcia-Coll, Holl, & Peucker, 1992) is gebruikt om de perceptie door ouders van het huilen van hun baby te meten. Deze vragenlijst werd eerder ook in het onderzoek van Van Sleuwen e.a. (2006) gebruikt. De ouder wordt middels 8 items gevraagd hoe het huilen van het kind klinkt (bv. niet dringend tot dringend, gezond tot ziek, opbeurend tot ongemakkelijk). Een hoger gemiddelde duidt op een negatievere perceptie van het huilen. Vervolgens wordt de ouder middels 3 items gevraagd hoe hij/zij zich voelt bij het huilen van de baby (bv. geïrriteerd of verdrietig). Ook hier geldt dat een hogere gemiddelde score een negatiever oordeel inhoudt. Tenslotte wordt ouders gevraagd of het huilen van hun kind hen het gevoel gaf voor hem/haar te willen zorgen: (1) helemaal niet, tot en met (7) absoluut. De CPS was onderdeel van de schriftelijke vragenlijst op T1 en T2 (zie Bijlage A).

*Vragenlijst Huilgedrag.* Troostmethoden van ouders zijn gemeten met de Vragenlijst Huilgedrag (Reijneveld e.a., 2004). Deze lijst gaat zeer specifiek in op omgaan met huilgedrag van het kind. Er wordt steeds gevraagd of ouders een bepaalde handeling verricht hebben in reactie op het huilen van hun kind (bv. wandelen, laten huilen, muziek aanzetten, smoren, voeding wijzigen, in eigen bed laten slapen); of zij dit afgelopen week nog gedaan hebben; en of het huilen door deze handeling verminderde. Onderdeel van deze vragenlijst zijn de vragen naar riskante gedragingen van ouders: smoren, schudden en slaan. Deze vragenlijst was onderdeel van de schriftelijke vragenlijst op T1, T2 en T3 (zie Bijlage A).

*Daily Hassles.* Om inzicht te krijgen in ouderlijke stress c.q. dagelijkse beslommeringen in de opvoedingssituatie, is, eveneens als onderdeel van de schriftelijke vragenlijst op T1, T2 en T3 (zie Bijlage A) de Nederlandse versie van de Parenting Daily Hassles-lijst (Crnic & Greenberg, 1990; Crnic & Booth, 1991) afgenomen. Deze lijst bestaat uit 20 items (bv. ‘Het is moeilijk om oppas te vinden’ of ‘Door de activiteiten van mijn kind(eren) kom ik niet toe aan mijn eigen behoeften’). Voor elk item (elke situatie) geven ouders aan hoeveel last deze hen hebben bezorgt op een 5-puntsschaal lopend van (0) geen last tot (4) grote last. Op basis van alle 20 items is een gemiddelde score berekend die het gemiddelde gevoel van ouderlijke dagelijkse beslommeringen weerspiegelt. Hogere scores op deze schaal duiden op meer dagelijkse beslommeringen. De Daily Hassles werd op T3 ook aan vaders voorgelegd.

*Ouderlijke competentie.* Om het gevoel van ouderlijke competentie bij de ouders te meten is in navolging van Riksen-Walraven e.a. (1996) een verkorte versie van de competentievragenlijst van Engfer en Gavranidou (1987) gebruikt (vragenlijst T1, T2 en T3; zie Bijlage A). De vragenlijst bestaat uit 20 items; bijvoorbeeld ‘Soms valt het me zwaar geduld te hebben met mijn kind’, of ‘Hoewel ik probeer alles goed te doen, heb ik toch problemen met mijn kind’. Antwoordcategorieën lopen van (1)

helemaal van toepassing, tot (3) helemaal niet van toepassing. Op basis van alle items is een samengestelde score berekend die het gemiddelde gevoel van ouderlijke competentie weerspiegelt. Hogere scores op deze schaal geven een sterker gevoel van competentie weer, gebaseerd op zelfvertrouwen en weinig angst tot overbelasting bij de ouders.

*Sociale Steun Lijst-Discrepanties (SSL-D)*. Tenslotte is als onderdeel van de schriftelijke vragenlijst T1, T2 en T3 (zie Bijlage A) de SSL-D (Van Sonderen, 1993) afgenomen. Deze vragenlijst bestaat uit 34 items. Deze items hebben betrekking op allerlei vormen van ondersteunende interacties (waaronder 7 negatieve interacties), bijvoorbeeld 'een ruggesteuntje geven' of 'goede raad geven'. Er wordt in de vragenlijst gevraagd naar de mate waarin de verkregen ondersteuning overeenkomt met de behoefte van de respondent. Ouders gaven voor ieder item antwoord op een 4-puntsschaal: (1) mis ik, zou ik graag meer willen, (2) mis ik niet echt, maar het zou prettig zijn als het iets vaker gebeurde, (3) precies goed zo, ik zou niet vaker of minder vaak willen, en (4) gebeurt te vaak, het zou prettig zijn als het minder vaak gebeurde. Uit de antwoorden is afgeleid in welke mate moeders een tekort aan steun ervoeren (3 en 4 zijn daarvoor omgescoord in 1 en 1 is omgescoord in 3); een hogere score duidt op een hoger tekort aan steun uit de omgeving.

#### *Sociaal en emotioneel gedrag*

De Ages and Stages Questionnaire: Social Emotional (Squires, Bricker, & Twombly, 2002) is afgenomen ten behoeve van het beantwoorden van zowel de tweede onderzoeksvraag, te weten "Leidt K-VHT in de JGZ in deze gezinnen (met opvoedingsspanning als gevolg van blijvend overmatig huilende baby's) tot positiever sociaal en emotioneel gedrag van interventiekinderen vergeleken met controlekinderen?", als de zevende onderzoeksvraag: "Zijn effecten op opvoedingsgerelateerde stress en sociaal en emotioneel gedrag van kinderen minimaal een half jaar na toepassing van K-VHT (op 1-jarige leeftijd nog aantoonbaar)?" De ASQ:SE wordt voor kinderen van 6 tot en met 60 maanden oud gebruikt om sociaal en emotioneel gedrag op het gebied van zelfregulatie, volgzzaamheid, communicatie, adaptief gedrag, autonomie, emoties en interacties met anderen te meten. De ASQ:SE is afgenomen op de eerste nameting (T2) en op de tweede nameting ten tijde van de eerste verjaardag (T3). Op de follow-up meting (T3) werd de ASQ:SE ook aan vaders voorgelegd.

Op de eerste nameting waren de baby's in het onderzoek ongeveer 4 tot 8 maanden oud. Alhoewel de ASQ:SE niet genormeerd is voor kinderen jonger dan 6 maanden, zijn er op dit moment geen of nauwelijks handzame en gevalideerde instrumenten beschikbaar voor het signaleren van sociaal emotionele problematiek van kinderen in de vroege kindertijd (Boendermaker e.a., 2007; Klein Velderman, Hosman, & Paulussen, 2007). Daarbij is met name sprake van een lacune gedurende het eerste levensjaar. Voordeel van de ASQ:SE is dat het een beperkt aantal items kent (19 bij 6 maanden).

In dit rapport presenteren we ASQ:SE totaalscores. Een hoge totaalscore op de ASQ:SE duidt op problemen in de ontwikkeling van het kind, terwijl een lage score weerspiegelt dat het sociaal en emotioneel gedrag door de ouders als competent beschouwd wordt. Totaalscores op de '6 Month ASQ:SE' die hoger zijn dan 45, worden gezien als klinisch. Voor kinderen met dergelijke scores wordt verwijzing naar verdere diagnostiek geadviseerd (Squires e.a., 2002). De resultaten voor 4 en

5 maanden oude kinderen op de ASQ:SE moeten gezien de beschikbare normering met terughoudendheid bekeken worden.

#### *Sensitieve responsiviteit*

De derde onderzoeksvraag betrof sensitieve responsiviteit van ouders: “Leidt K-VHT in deze gezinnen (met opvoedingsspanning als gevolg van blijvend overmatig huilende baby's) tot een verbeterde ouderlijke sensitiviteit? Voor het vaststellen van een effect op de interactie tussen moeders en kinderen werd in de ‘observatiegezinnen’ een verzorgingssituatie - kind in bad - gefilmd. Er is gekozen voor ‘badsessies’, omdat dit een actie betreft, waarbij per definitie sprake is van een onvermijdelijke interactie tussen ouder en kind. Minimaal is hierbij sprake van fysieke interactie. Tevens is het een actie die elke ouder uitvoert, waardoor de observatie gestandaardiseerd kon plaatsvinden. Om de opnamemomenten in de controlegroep zoveel mogelijk te kunnen scheiden van reguliere zorg, bezochten de VHT-ers alleen gezinnen buiten hun eigen werkgebied. Zij beperkten zich tot het filmen en gaven geen nadere opvoedingsondersteuning.

Achteraf werd van iedere verzorgingssituatie 20 minuten film gebruikt door twee ervaren codeurs (te weten, De Wolff en Luijk) om op basis van de Ainsworth observatieschalen een score voor sensitiviteit van moeder en een score voor coöperatie van moeder te bepalen. Zij gaven beiden onafhankelijk van elkaar een score voor sensitiviteit en coöperatie voor zowel de voor- als nameting (T1 en T2) van ieder observatiegezin. Daarna bepaalden zij in samenspraak voor iedere observatie een consensusscore, welke gepresenteerd worden in de resultatensectie van dit rapport. De Ainsworth observatieschalen lopen van 1 (uiterst insensitieve of sterk interfererende ouder) tot en met 9 (uiterst sensitieve of coöperatieve ouder).

Verder zijn door drie getrainde codeurs uit Groot-Brittannië (te weten, Cross, Carr-Hopkins en Robertson) zeven aspecten van ouder- en kindgedrag gecodeerd met behulp van de CARE-index (Crittenden, 2000). De codeurs gaven ook een gemiddelde inschatting voor sensitief gedrag van de moeders ('global sensitivity'). De global sensitivity-schaal van de CARE-index loopt van 0 'volledig niet in staat om signalen van het kind te ontvangen of het kind te troosten, geen spel' tot en met 14 'wederzijds plezier met elkaar, dans'. Scores tussen 0 en 3 geven aan dat de interactie serieus verstoord ('seriously compromised') is. Scores van 4 tot 7 duiden op een zorgelijke interactie ('of concern'). Scores van 8 tot en met 14 zijn voldoende ('good enough'). In tegenstelling tot de scores op de Ainsworth observatieschalen, waren de CARE-index scores uitsluitend gebaseerd op de eerste 3 minuten vanaf het moment dat de moeder het kind in bad legde. Selectie van een fragment van 3 minuten is conform het protocol voor deze observatiemaat. Ook hier geldt dat voor iedere observatie door twee codeurs onafhankelijk een score werd bepaald. Daarna werd in samenspraak tussen de codeurs een consensusscore bepaald. Deze consensusscores worden gepresenteerd in dit rapport. Alle codeurs waren blind voor groepsindeling en andere data betreffende de gezinnen.

#### *Tevredenheid ouders*

Ten behoeve van de procesevaluatie (zie onderzoeksvraag 4) werd de deelnemende moeders in de interventiegroep op de eerste nameting (T2) gevraagd een evaluatievragenlijst in te vullen die verschillende onderdelen van de interventie evalueert zoals de duur van de interventie, de begeleiding door de VHT-er, hun algemene tevredenheid en de ervaren effectiviteit. Deze vragenlijst is voor dit onderzoek opgesteld. Hierbij werd aangesloten bij vragenlijsten uit

evaluatieonderzoek van een verwante video-feedbackmethodiek (Klein Velderman, 2005).

#### *Oordeel VHT-ers*

Onderzoeksvraag 5 luidt: "Hoe beoordelen de VHT-ers in de JGZ hun begeleiding van gezinnen middels K-VHT?" Om deze vraag te beantwoorden legden de VHT-ers na ieder interventiehuisbezoek in een kort gestructureerd logboek (vgl. Klein Velderman, 2005) hun ervaringen vast. Daarnaast werd de trainers gevraagd enkele demografische gegevens te noteren. Resultaten van deze logboeken geven inzicht in het interventieproces.

#### *Moderatoren van interventie-effecten*

Om moderatoren van interventie-effecten te onderzoeken (zie onderzoeksvraag 6), werden enkele ouder-, kind- (bv. temperament), gezins-, trainer- en programmakenmerken gemeten. Alle deelnemende ouders werd daarom gevraagd informatie te verstrekken over demografische gegevens zoals hun opleiding en leeftijd, en het geslacht van hun kind. Verder werd op de voormeting en eerste nameting de Infant Behaviour Questionnaire (IBQ; Rothbart, 1981) afgenomen. De IBQ meet temperament van de kinderen. Verschillende studies hebben aangetoond dat jonge kinderen met een moeilijk temperament mogelijk meer ontvankelijk zijn voor veranderingen in hun omgeving (Kochanska, 1995; Suomi, 1999; Van den Boom, 1988; 1994; zie ook Belsky, 1997; 1999). Juist deze kinderen profiteren mogelijk meer van opvoedingsondersteunende programma's (bv. Klein Velderman, Bakermans-Kranenburg, Juffer, & Van IJzendoorn, 2006). De IBQ werd in deze studie afgenomen om te kunnen bestuderen of moeilijk temperament van de kinderen de interventie-effecten mogelijk modereert (vgl. Klein Velderman e.a., 2006).

De IBQ bestond oorspronkelijk uit zes schalen Rothbart (1986). Echter, in navolging van Klein Velderman e.a. (Klein Velderman e.a., 2006) is de schaal 'Overall Reactivity' berekend door de gestandaardiseerde scores voor de schalen 'Smiling and Laughter' en 'Activity' af te trekken van de gestandaardiseerde scores voor de schaal 'Distress to Limitations'. In aansluiting hierop kregen moeders in deze studie de betreffende drie subschalen van de vragenlijst voorgelegd. Overall reactivity geeft een gestandaardiseerde score voor negatieve reactiviteit van de baby's. De IBQ werd afgenomen bij moeders als onderdeel van de T2 en T3 vragenlijsten.

Naast de IBQ is in navolging van Van Doesum e.a. (2005) bij moeders ook de CES-D (Bouma, Ranchor, Sanderman, & Van Sonderen, 1995) afgenomen. Deze vragenlijst werd ingevuld op de voormeting (T1) en op de tweede nameting (T3) om depressie van moeders te meten. Het instrument telt 20 eenvoudig en bondig geformuleerde items. Er wordt bij elk item gevraagd naar de toestand gedurende de afgelopen week. De antwoordcategorieën variëren van (0) zelden of nooit (minder dan 1 dag) tot en met (3) meestal of altijd (5-7 dagen). De schaal heeft dus een range van 0-60. Een hogere score duidt op meer gevoelens van depressie. De moeders met een score van 16 of hoger worden beschouwd als 'possible cases' (Bouma e.a., 1995).

Depressie van de moeder kan leiden tot problemen in de interactie tussen moeder en kind. Deze moeders zijn vaker angstig, minder responsief, minder actief betrokken en soms vijandig. Van Doesum en collega's (2005) deden onderzoek naar een video-feedback interventie in gezinnen met een score van 16 of hoger op de CES-D. Moeders die deze interventie kregen, lieten een significante verbetering

zien in hun sensitiviteit en responsiviteit, in vergelijking met een controlegroep die telefonische opvoedadviezen kreeg. Kinderen lieten op hun beurt een hogere betrokkenheid naar de moeder zien. Effecten van de interventie hielden zes maanden na het eind van de interventie stand. Het is niet duidelijk of deze interventie dezelfde effectiviteit had gekend in gezinnen met moeders zonder depressieve klachten. De interventie droeg in het onderzoek niet bij aan het verminderen van de depressie bij de moeders. In deze studie is depressie van moeder meegenomen om eventuele moderatie van interventie-effecten door depressie van moeder in kaart te brengen.

## 2.5 De interventie

K-VHT betreft een individuele vorm van begeleiding voor de ouder waarbij een deskundige, de VHT-er, dagelijkse contactmomenten tussen ouder en kind filmt (gedurende ongeveer een kwartier), analyseert en op een volgend moment met de ouder bespreekt. In de analyse van beeldmateriaal selecteert de VHT-er fragmenten waarop het kind contact zoekt met de ouders en aan de hand waarvan de VHT-er de ouders (verder) kan ondersteunen in hun (hulp)vraag. Dit laatste betreft beelden die gerelateerd zijn aan de hulpvraag en waarop te zien is dat de ouders sensitief responsief zijn en/of beelden waarop te zien is dat de ouders hun eigen oplossing vinden voor de vraag die ze gesteld hebben of waarop te zien is dat ouders nog moeite hebben met sensitief responsief reageren.

Gezinnen in de interventiegroep in de onderhavige studie kregen 3 K-VHT interventiehuisbezoeken aangeboden. Deze omvatten drie video-opnamen en drie terugkijkgesprekken. De video-opnamen werden vaak tijdens een apart huisbezoek gemaakt. De gezinnen werden dus doorgaans totaal zes keer thuis bezocht. Eventueel volgde nog één follow-up opname met een terugkijkgesprek.

Naar analogie van andere studies (zie bv. Juffer e.a., 2007; Van Doesum e.a., 2005) werd een vast moment gefilmd. Binnen deze studie konden VHT-ers voor het filmen van contactmomenten tussen moeder en kind kiezen uit vier situaties (niet elke situatie hoefde aan bod te komen en er kon ook meerdere keren dezelfde situatie gebruikt worden om opnamen te maken):

1. het verschonen van de luiers
2. het uit bed halen van de baby
3. de interactie voor of na de voeding
4. het badritueel

Het was nadrukkelijk niet de bedoeling dat de extra opnamen van het badritueel zoals gemaakt voor de onderzoeksobservaties (zie Paragraaf 2.3) ook gebruikt werden voor het nabespreken van de interactie tussen moeder en baby tijdens het tweede huisbezoek (dus voor de interventie, K-VHT).

Steeds een week na het filmen werd aan de hand van het beeldmateriaal met de betreffende ouder nabesproken. Bij deze nabespreking werd stilgestaan bij de behoefte van het kind aan contact, aandacht en leiding. De ontvangst door de ouder van contactinitiatieven van het kind werd besproken. De ouder-kind interactie werd belicht in een positieve sfeer waarbij de focus lag op geslaagde contactmomenten. Een interventiehuisbezoek waarin de nabespreking plaatsvond, duurde doorgaans ongeveer één uur.

Door de AIT (Associatie voor Interactiebegeleiding en Thuisbehandeling), ondersteund door het NJi (Nederlands Jeugdinstituut), is een landelijke gestandaardiseerde methodiekbeschrijving voor preventieve K-VHT in de JGZ



geschreven (Eliëns & Prinsen, 2008). Hiermee is het trainingsprogramma/draaiboek van de AIT en ZuidZorg Eindhoven gestandaardiseerd, waarmee voldaan is aan de gangbare kwaliteitseisen. Voor het huidige onderzoek naar de effectiviteit van K-VHT in de JGZ, ingezet in gezinnen met veelvuldig huilende baby's, werd deze gestandaardiseerde methodiek toegepast. De AIT droeg er zorg voor dat de VHT-ers die deelnamen in deze studie getraind waren volgens genoemde systematische methodiekbekrijving van Eliëns en Prinsen (2008). In deze training kwam aan bod welke elementen vast onderdeel dienen te zijn van de toepassing van K-VHT. Van TNO kregen zij in het kader van de studie aanvullend instructie over het implementatieplan van dit onderzoek. In het draaiboek dat zij ontvingen werd bijvoorbeeld stilgestaan bij het feit dat de opnamen altijd één van bovengenoemde vier contactmomenten betroffen.

Ouders in de controlegroep ontvingen alleen de gebruikelijke begeleiding vanuit de JGZ, zoals adviezen rondom regelmaat en prikkelreductie, inbakeren, voeding, advisering met betrekking tot kramp en antwoorden op andere vragen tijdens bezoeken aan het consultatiebureau. Zij ontvingen in het kader van dit onderzoek geen aanvullende informatie of begeleiding. Voor de gezinnen in de controlegroep gold dat ze tot het kind 1 jaar oud was, geen video-hometraining of interventies met behulp van een videocamera mochten ontvangen, ook niet voor andere problemen (bijvoorbeeld eten of slapen).

## 2.6 Verloop van het project

De oorspronkelijke planning was dat het project januari 2009 zou beginnen met zes JGZ-organisaties. Op dat moment waren echter slechts vier organisaties, en niet de beoogde zes, akkoord met deelname. Dit is toe te wijzen aan de vertraagde start van dit project. Het project was in een ronde van het ZonMw Preventieprogramma eerder (2006) afgewezen en heeft in de Zorg voor Jeugd ronde van 2007 een lang traject doorlopen voordat het gehonoreerd werd. Er was vanaf de eerste projectaanvraag bij ZonMw (2006) contact onderhouden met een zevental JGZ organisaties die bereid waren om deel te nemen aan het onderzoek. Helaas waren door de 'uitgestelde start' drie organisaties genoodzaakt af te haken (door deelname aan andere projecten, personele bezetting etc.).

Er zijn nieuwe verzoeken tot deelname uitgestuurd en vervolgens vonden nog tot en met maart van 2009 informatiebijeenkomsten plaats voor JGZ-medewerkers van ook nieuw geworven organisaties. De laatste van zes organisaties is pas in mei 2009 gestart met werven van gezinnen.

Naast deelname van de JGZ-organisaties verliep ook de instroom van gezinnen in de studie niet volgens plan. Er werden maar weinig gezinnen aangemeld.

Onduidelijkheden in de procedure van het onderzoek leek één van de knelpunten.

De volgende maatregelen zijn ingezet met als doel om de instroom te verbeteren:

- 1 Een vereenvoudigde aanmeldprocedure voor de JGZ-medewerker;
- 2 Instructiebijeenkomsten bij alle deelnemende organisaties om de nieuwe procedure uit te leggen;
- 3 Werving van extra JGZ organisaties;
- 4 Alternatieve, laagdrempelige wegen om ouders uit de doelgroep te informeren over het onderzoek;
- 5 Een grotere rol voor het AIT in het onderzoek.

In februari 2010 bleek dat de instroom traag bleef en kreeg TNO van ZonMw de voorwaarde om 50 nieuwe gezinnen te werven vóór 1 juli 2010. Alle JGZ-

medewerkers zijn toen geïnformeerd middels een brandbrief en een leuke gadget die aan het onderzoek herinnert. Om de medewerkers extra te motiveren voor het onderzoek, is een Iriſcheque van 10 euro beloofd aan alle medewerkers die een gezin aanmeldden. Voor de contactpersonen gold een bonus van 250 euro voor elke 7 gezinnen die voor het onderzoek werden aangemeld door de instelling. Deze laatste maatregelen hebben in 4 maanden tijd 16 nieuwe gezinnen opgeleverd. Echter, daarmee was het gestelde ultimatum niet gehaald.

Inspanningen om de instroom vlot te trekken hebben dus niet het gewenste resultaat gehad. Wat waren de belangrijkste knelpunten? Betrokken JGZ-medewerkers gaven aan dat mogelijk de adviezen met betrekking tot "Regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie" met betrekking tot de zorg voor baby's die veel huilen in de JGZ vruchten afwerpt. De concept JGZ-richtlijn excessief huilen die deze adviezen omvat is vastgesteld in oktober 2005. Vanaf toen zijn JGZ-organisaties geïnformeerd over de inhoud van de concept JGZ-richtlijn en zijn tot ongeveer halverwege 2007 JGZ-medewerkers getraind op de toepassing ervan. De verwachting is dat de inzet van de adviezen uit deze richtlijn met betrekking tot regelmaat, voorspelbaarheid en prikkelreductie, het huilen in relatief korte tijd doet afnemen, ofwel de situatie goed hanteerbaar maakt voor de ouders.

Verder bleek gaandeweg de studie dat baby's/gezinnen met huilproblemen met grotere regelmaat in het ziekenhuis komen. Waar het vanuit de JGZ voor het onderzoek moeilijk was gebleken om ouders met blijvende zorgen over huilen te signaleren, werden deze in de (52) ziekenhuizen waar de AIT mee samenwerkt nog wel gesignaleerd. Vaak betrof het ouders van baby's tussen de 2 en de 3 maanden oud (de doelgroep van deze studie). Meestal was geen sprake van een medische indicatie voor het huilen. De meeste gezinnen werden poliklinisch begeleid; regelmatig werd hierbij video-interactiebegeleiding (VIB) ingezet.

## 2.7 Analyses

De data in deze studie is geanalyseerd gebruikmakend van kwantitatieve analysetechnieken (met behulp van SPSS). Oorspronkelijk was het de bedoeling te controleren voor de leeftijd van de kinderen op de voormeting (één tot en met vijf maanden). Er was beoogd met behulp van variantieanalyse te onderzoeken of er verschillen op de uitkomstmaten waren in de nameting (zowel voor T2 als T3) tussen de interventiegroep en de controlegroep. Gepland was bij deze analyses te corrigeren voor de voormeting (T1) en tijdens de periode van het onderzoek verrichte handelingen om het excessief huilen tegen te gaan. Daarnaast zou in de analyses de invloed van andere modererende factoren onderzocht worden, zoals bijvoorbeeld temperament, depressie van moeder of kenmerken van de VHT-er. Echter, vanwege de kleine steekproefgrootte en daardoor het gebrek aan power voor het aantonen van statistisch significante verschillen tussen interventie- en controlegroep, worden in dit rapport geen toetsresultaten gepresenteerd. In de resultaten beschrijven we de groepen met behulp van gemiddelden en standaarddeviaties per meetmoment. Ook worden verschillen tussen de meetmomenten gepresenteerd. Ter aanduiding van de grootte van verschillen tussen de groepen en tussen de meetmomenten, presenteren we effectgroottes. Een effectgrootte is een maat voor sterkte van verbanden tussen twee variabelen op basis van een steekproef, waarbij een schatting wordt gemaakt van omvang van het verband zonder uitspraak te doen over of dit verband in de data te generaliseren is naar de populatie. Een positieve waarde duidt op een gunstig effect van de interventie of van tijd, bij een negatieve waarde is het effect averechts.

Een effectgrootte (Cohen's  $d$ ) van 0.0 duidt op geen aanwezig effect, een  $d$  van 0.20 staat voor een klein positief effect, een  $d$  van 0.50 voor een middelgroot positief effect en een  $d$  van 0.80 voor een groot positief effect.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> De formule voor effectgrootte ( $d$ ) = (gemiddelde op de nameting van de interventiegroep – gemiddelde van de controlegroep) / gepoolde standaarddeviatie (zie bv. The Cochrane Collaboration, 2002). Ook wordt in veel gevallen de voormeting in  $d$  verwerkt.

## 3 Resultaten

### 3.1 Aantal deelnemers en achtergrondkenmerken steekproef

Er werden door de negen deelnemende JGZ-organisaties 29 gezinnen aangemeld voor de studie. Van deze aanmeldingen vielen nog zes gezinnen af, omdat de ouders toch onvoldoende gemotiveerd waren voor het onderzoek (2 gezinnen), omdat het huilen niet langer als een probleem werd ervaren door de ouders (3 gezinnen), of omdat voor het kind meer hulp nodig was en K-VHT werd ingezet (1 *controle*gezin). De groep van 23 gezinnen die overbleef (80%), kreeg de eerste vragenlijst toegestuurd. Elf van deze gezinnen waren ingedeeld in de controlegroep en 12 in de interventiegroep (zie Tabel 3.1).

Tabel 3.1: Inclusie en respons van gezinnen in de studie voor de interventie- en controlegroep.

Aanmelding door JGZ		Inclusie in onderzoek		Voormeting		Eerste nameting		Tweede nameting	
Con-trole	K-VHT	Con-trole	K-VHT	Con-trole	K-VHT	Con-trole	K-VHT	Con-trole	K-VHT
14	25	11	12	10	11	8	10	8	9
29 (100%)		23 (80%)		21 (72%)		18 (62%)		17 (59%)	

Van de 23 geïncludeerde gezinnen stuurde één moeder uit de controlegroep (met observatie) haar vragenlijst niet terug omdat zij niet langer gemotiveerd was doordat het probleem (het huilen van de baby) voor haar goed hanteerbaar was geworden. In dit gezin werden door de VHT-er wel observatie-opnamen gemaakt. Door de Nederlandse codeurs zijn sensitiviteit en coöperatie (zie Paragraaf 2.3) voor deze observaties wel gecodeerd. Er zijn echter geen CARE-index scores (zie Paragraaf 2.3) voor deze moeder bepaald. Zij deed verder niet mee aan het onderzoek. Van één interventie moeder (interventiegroep met observatie) hebben we nooit de T1 vragenlijst retour ontvangen. De VHT-er was, ondanks protocol, wel al met K-VHT gestart in dit gezin. Overige metingen vonden wel plaats. De respons op de voormeting is hiermee 72 procent (21 van de benaderde 29 gezinnen). Tussen T1 en T2 beëindigden vier gezinnen hun deelname aan de studie. Tijdens de begeleiding die ingezet werd, zijn twee gezinnen uit de experimentele groep gestopt: beiden uit de interventiegroep met observatie. Bij één van deze gezinnen is wel een eerste VHT-opname gemaakt, maar de ouders waren niet meer gemotiveerd voor het vervolg omdat het huilen voor hun gevoel al voldoende was afgenomen. Van het andere gezin hebben wij van de VHT-er geen toelichting gekregen waarom hier gestopt werd. Van beide gezinnen zijn geen observatie-opnamen beschikbaar. Daarnaast stopten na de voormeting twee gezinnen uit de controlegroep (met observatie). Het eerste gezin omdat het huilen volgens moeder gestopt was en daardoor geen motivatie meer bestond voor verdere deelname aan de studie. Het andere gezin omdat er zorgen waren over pijn bij het kind als gevolg van een voedselallergie. Na aanpassing van de voeding ging het goed in het gezin en werd deelname beëindigd. Ook voor deze twee controle gezinnen zijn geen observatie-opnamen beschikbaar.

De respons tijdens de eerste nameting lag hiermee op 62 procent (18 van de benaderde 29 gezinnen). Dit betrof 8 gezinnen uit de controlegroep (7 met

observatie) en 10 uit de interventiegroep (8 met observatie). Van 17 gezinnen (59%) hebben we ook de tweede nametingvragenlijst (T3) rond de eerste verjaardag van de kinderen terug ontvangen. Één kind waarvoor we wel een T2 vragenlijst retour ontvingen, was nog geen één jaar toen deze studie afgesloten werd en viel daardoor af voor dit laatste meetmoment.

De onderzoeksgroep van 21 kinderen op T1 bestond uit 14 jongens (67%) en 7 meisjes (33%). De gemiddelde zwangerschapsduur was 39,3 weken, de baby's wogen bij de geboorte gemiddeld 3500 gram en waren ongeveer 50 centimeter lang. Eén kind had wegens vroeggeboorte in de couveuse gelegen, één kind had letsel na geboorte (vervormd hoofd). Er waren geen meerlingen in de groep, 15 kinderen waren het eerste kind, 5 het tweede en 1 kind was de derde in de kinderrij. De gemiddelde leeftijd van de kinderen bij start van de begeleiding was 10,2 weken.

Twee kinderen hadden eczeem en acht kinderen (meer dan 1/3 van de steekproef) hooikoorts. Bij drie kinderen was volgens bericht van de ouder sprake van een voedselallergie. In alle gevallen is niet duidelijk of deze diagnoses door een arts gesteld waren. Tenslotte zijn vijf van de 21 kinderen in het ziekenhuis opgenomen geweest, mogelijk om uit te sluiten of er fysieke redenen waren voor het huilen, zoals voedselallergie.

Ten tijde van de voormeting ontvingen 7 kinderen volledige borstvoeding, 11 kinderen werden gevoed met flesvoeding (kunstmatige zuigelingenvoeding), 2 kinderen kregen een combinatie van borstvoeding en kunstmatige zuigelingenvoeding en bij 1 kind werd kunstmatige zuigelingenvoeding met papvoeding gecombineerd. De baby's huilden ten tijde van de voormeting overdag ongeveer viereneenhalf uur en 's nachts ongeveer een uur. Deze gemiddelden zijn gebaseerd op een globale schatting van de moeders van het aantal uren dat de baby huilt.

De moeders waren bij geboorte van hun eerste kind gemiddeld 29 jaar oud. De onderzoeksgroep was relatief hoog opgeleid: 10 moeders hadden een universitaire of HBO-opleiding afgerond, negen moeders een middelbare beroepsopleiding, en twee moeders waren laag opgeleid. 19 van de 21 moeders uit deelnemende gezinnen waren in Nederland geboren. Beide moeders die niet in Nederland zijn geboren (Korea en Bulgarije) rekenden zichzelf overigens wel tot de Nederlandse bevolkingsgroep. Daarentegen gaven twee moeders die wel in Nederland waren geboren, in de vragenlijst aan bij een allochtone bevolkingsgroep te horen (respectievelijk Turks en Roma).

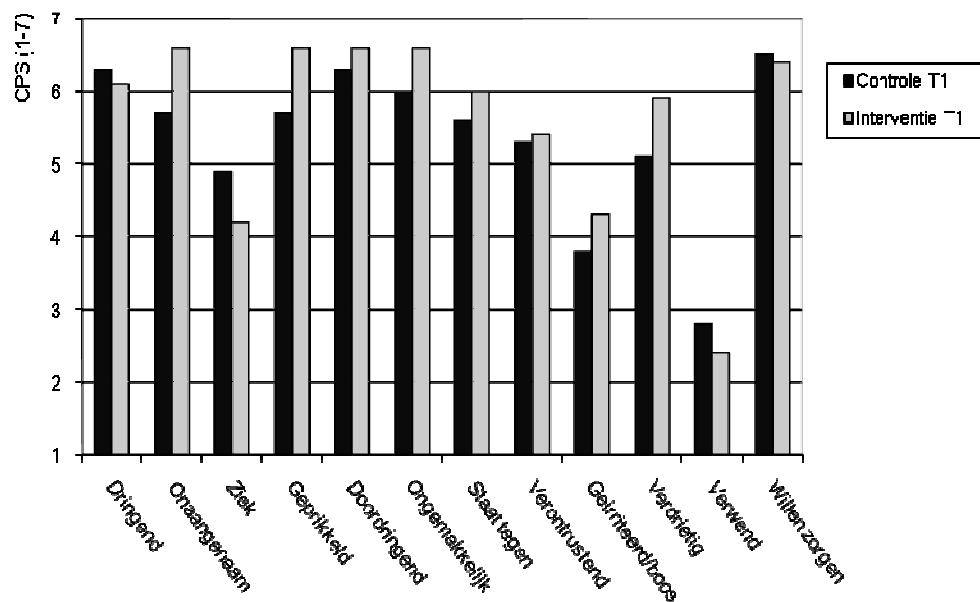
In alle gezinnen woonde de baby samen met zijn/haar moeder en haar partner, 17 ouders waren getrouwd en 4 samenwonend. De moeders werkten gemiddeld 26,8 uur per week voor de zwangerschap, en 17,7 uur per week na de zwangerschap. Twaalf ouderkoppels maakten voor hun kind gebruik van kinderopvang, 5 maakten geen gebruik van kinderopvang en voor 4 kinderen is dit onbekend.

Drie moeders hebben gedurende de gehele zwangerschap gerookt, 3 moeders zijn na een aantal weken zwangerschap gestopt en 15 moeders hebben niet gerookt tijdens de zwangerschap. Ten tijde van de studie rookten 5 moeders. In geen enkel gezin werd in huis gerookt.

### 3.2 Opvoedingsgerelateerde stress en gevoel van competentie

#### Zorgen van ouders over huilen

Deze studie was gericht op gezinnen met overmatige spanning door excessief huilen van een baby. Wat rapporteerden moeders in de vragenlijst op de voormeting over deze spanning of zorgen omtrent huilen? Figuur 3.1 geeft een beeld van de perceptie die moeders op T1 hadden van het huilen van hun kind, zoals gemeten met de CPS (zie Hoofdstuk 2). Met betrekking tot de eerste 8 items over hoe het huilen voor moeder klinkt, laten de resultaten zien dat zowel in de interventie- als de controlegroep de moeders het huilen van hun baby gemiddeld erg dringend, onaangenaam, geprikkeld, doordringend, ongemakkelijk en in iets mindere mate ziek vonden klinken. Het huilen bleek hen tegen te staan en klonk volgens hen erg verontrustend. Met drie volgende items in de CPS werd moeders gevraagd naar hun gevoel bij het huilen. Moeders in deze studie bleken zich op de voormeting vooral erg verdrietig te voelen door het huilen (zie Figuur 3.1). Tot slot bleek uit de CPS dat het huilen hen absoluut het gevoel gaf voor hun kind te willen zorgen.



Figuur 3.1: Huilperceptie (CPS) op T1, afzonderlijk voor moeders in de controle- en interventiegroep.

In onderzoeksvraag 1 staat een mogelijke afname in spanning bij ouders als gevolg van de interventie centraal. De vraag ten aanzien van huilperceptie is of de interventie geleid heeft tot een reductie van de negatieve perceptie van het huilen door moeders? De resultaten laten zien dat de interventie K-VHT in deze studie inderdaad heeft geleid tot een middelgroot positief effect op de huilperceptie van moeders. Er was een effect van de interventie op (A) hoe het huilen voor moeders klonk ( $d = 0.65$ ) en (B) op hoe moeders zich bij het huilen voelden ( $d = 0,67$ , zie Tabel 3.1).

Tabel 3.1: Resultaten huilperceptie moeders (CPS) voor moeders in de controle- en interventiegroep, op T1, T2 en het verschil van T2 met T1.

Huilperceptie	T1 voormeting			T2 1 <sup>e</sup> nameting			Verschil T2-T1			<i>d</i> *
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
A. Klank										
<b>Controlegroep</b>	10	5,74	0,69	8	3,95	1,03	8	-1,64	1,15	1,43
<b>Interventiegroep</b>	11	5,99	0,65	10	3,56	0,72	9	-2,42	1,24	1,95
<b>Vershil Interventie- &amp; controlegroep*</b>	<i>d</i> = -0,37			<i>d</i> = 0,45			<b><i>d</i> = 0,65</b>			
B. Gevoel										
<b>Controlegroep</b>	10	3,90	0,72	8	3,54	1,33	8	-0,29	1,45	0,20
<b>Interventiegroep</b>	11	4,18	1,03	10	2,83	1,12	9	-1,15	1,12	1,03
<b>Vershil Interventie- &amp; controlegroep*</b>	<i>d</i> = -0,32			<i>d</i> = 0,58			<b><i>d</i> = 0,67</b>			

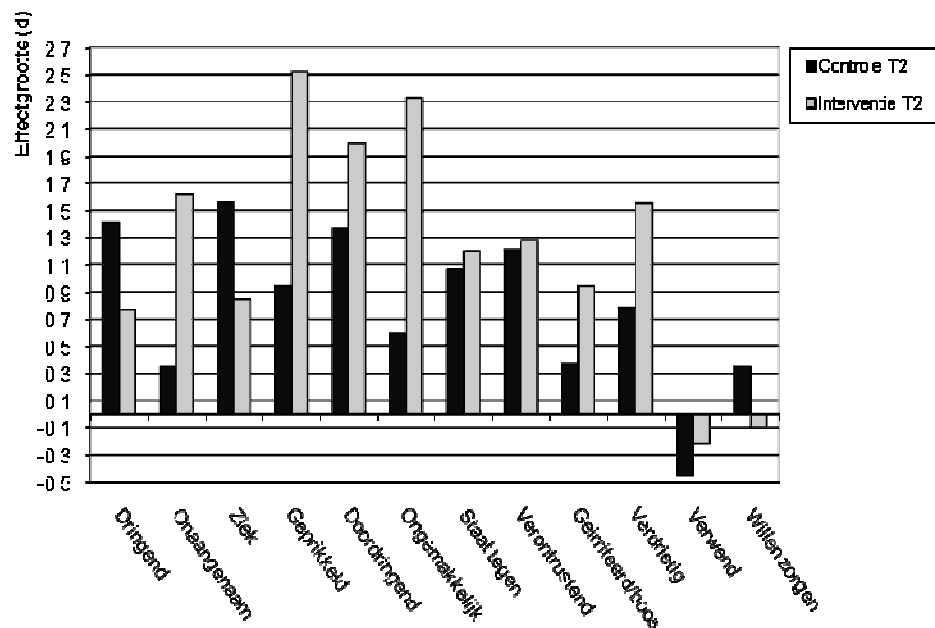
Gebruikte afkortingen: *M* = gemiddelde, *SD* = standaarddeviatie, *d* = effectgrootte.

\* Een hogere score op de CPS is ongunstig. De effectgrootte is zo weergegeven dat een positieve *d* een gunstig effect aanduidt (dus een afname tussen T1 en T2, dan wel een gunstigere score voor de interventiegroep vergeleken met de controlegroep).

*A. Klank van het huilen.* Op de voormeting klonk het huilen voor zowel de moeders in de controlegroep ( $M = 5,74$ ), als voor moeders in de interventiegroep ( $M = 5,99$ ) gemiddeld erg negatief (Tabel 3.1). Op de nameting klonk het huilen volgens moeders in beide groepen daarentegen gemiddeld tamelijk neutraal, hetgeen duidt op een positieve verandering tussen voor- en nameting in beide groepen. Het huilen werd op T2 door de moeders beoordeeld als minder dringend, onaangenaam, geprikkeld, doordringend en ongemakkelijk. Het klonk gezond in plaats van ziek en klonk niet langer verontrustend. Deze verschillen tussen T1 en T2 in huilperceptie zijn in beide onderzoeksgroepen erg groot te noemen ( $d = 1,43$  en  $1,95$ ). Echter, moeders die K-VHT ontvingen leken een sterkere positieve verandering te laten zien dan moeders die alleen reguliere zorg ontvingen. Dit verschil tussen interventie- en controlemoeders betrof vooral de perceptie van het huilen als veel minder onaangenaam, geprikkeld, doordringend en ongemakkelijk (zie Figuur 3.2).

*B. Gevoel bij het huilen.* De reguliere zorg in de controlegroep leidde slechts tot een kleine positieve verandering in gevoelens van moeders bij het huilen ( $d = 0,20$ ; 'Gevoel' in Tabel 3.1). K-VHT leidde daarentegen tussen de voor- en nameting tot een grote positieve verandering in het gevoel van moeders bij het huilen,  $d = 1,03$ . Door de interventie voelden moeders zich vooral minder geïrriteerd of boos en minder verdrietig door het huilen dan controlemoeders (zie Figuur 3.2).

Het gevoel van moeders om absoluut voor hun kind te willen zorgen als het huilde, hield in beide onderzoeksgroepen stand tussen T1 en T2. Op de voor- en nameting lagen gemiddelden op de schaal van (1) helemaal niet tot en met (7) absoluut voor dit CPS-item boven de 6.



Figuur 3.2: Positieve verschillen tussen T1 en T2 (weergegeven in  $d$ ), in huilperceptie van moeders (CPS), afzonderlijk voor de controle- en interventiegroep.

#### Troostmethoden

Ouders hanteerden verschillende troostmethoden om met het huilen van hun baby om te gaan. De troostmethoden die het meest werden toegepast op T1, T2 en T3 waren het meenemen van de baby in de kinderwagen en in de auto. Op T1 werd ook door iedereen een keer of meerdere keren genoemd dat ze de baby hebben vastgehouden of meedragen om het huilen te verminderen. De risicovolle gedragingen 'hand tegen mond' (smoren), 'tik geven', of 'door elkaar schudden' kwamen op geen van de meetmomenten en in geen van de groepen voor.

#### Dagelijkse beslommeringen

Moeders in onze studie hadden weinig last van spanningen tijdens hun dagelijkse bezigheden. De meeste moeders gaven op de voormeting aan dat dagelijkse bezigheden hen in de voorliggende week (0) geen, (1) een beetje, of slechts (2) enige last bezorgd hadden,  $M = 1,04$ . Dagelijkse bezigheden leken de interventie moeders voorafgaand aan de interventie iets meer last te bezorgen dan controle moeders ( $d = -0,20$ ).

Zes tot acht weken later, tijdens T2, was in beide onderzoeksgroepen de last die moeders van dagelijkse bezigheden ondervonden, afgenomen (zie Tabel 3.2). De interventie K-VHT leidde op korte termijn niet tot een sterkere afname van deze dagelijkse opvoedingsspanningen dan reguliere zorg ( $d = 0,18$ ). In de controlegroep rapporteerden moeders rond de eerste verjaardag van hun kind (T3) weer meer dagelijkse opvoedingsspanningen dan op T2. Er bestond in deze groep op T3 geen verschil meer met de voormeting ( $d = 0,06$ ). In de interventiegroep bleef het verschil met de voormeting op deze follow-up wel bestaan ( $d = 0,75$ ). Daarmee leek op de follow-up de interventie, ten opzichte van reguliere zorg, wel tot een middelgroot verschil in dagelijkse opvoedingsspanningen geleid te hebben ( $d = 0,57$ ).



Slechts een zeer beperkt aantal vaders heeft op T3 ook de vragenlijst ingevuld. Zij leken nauwelijks of geen last te hebben van dagelijkse opvoedingsspanning.

Tabel 3.2: Resultaten dagelijkse opvoedingsspanning (Daily Hassles) voor moeders (en vaders) in de controle- en interventiegroep, op T1, T2, T3 en het verschil van T2 en T3 met T1.

Daily Hassles	T1 voormeting			T2 1 <sup>e</sup> nameting			T3 2 <sup>e</sup> nameting (m)			T3 2 <sup>e</sup> nameting (v)		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<b>Controlegroep</b>	10	1,04	0,80	8	0,56	0,39	8	0,73	0,79	6	0,49	0,44
<b>Interventiegroep</b>	11	1,18	0,54	10	0,79	0,44	7	0,87	0,63	3	0,40	0,14
<b>Vershil Interventie- &amp; controlegroep</b>	<i>d</i> = -0,20			<i>d</i> = -0,55			<i>d</i> = -0,19			<i>d</i> = 0,25		

Daily Hassles	Vershil T2-T1				Vershil T3m-T1			
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>d</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>d</i>
<b>Controlegroep</b>	8	-0,22	0,49	0,44	8	-0,04	0,70	0,06
<b>Interventiegroep</b>	9	-0,29	0,37	0,80	7	-0,40	0,54	0,75
<b>Vershil Interventie- &amp; controlegroep</b>	<i>d</i> = 0,18				<i>d</i> = 0,57			

Gebruikte afkortingen: *M* = gemiddelde, *SD* = standaarddeviatie, *d* = effectgrootte, *m* = ingevuld door moeder, *v* = ingevuld door vader.

NB: De voormeting en eerste nameting (T1 en T2) werden door moeders ingevuld. De vergelijking tussen T3 en T1 betreft een vergelijking van door moeder ingevulde vragenlijsten.

\* Een hogere score op de Daily Hassles is ongunstig. De effectgrootte is zo weergegeven dat een positieve *d* een gunstig effect aanduidt (dus een afname tussen T1 en T2, dan wel een gunstigere score voor de interventiegroep vergeleken met de controlegroep).

### Ouderlijke competentie

Tabel 3.3: Resultaten ouderlijke competentie voor moeders in de controle- en interventiegroep, op T1, T2, T3 en het verschil van T2 en T3 met T1.

Ouderlijke competentie	T1 voormeting			T2 1e nameting			T3 2e nameting		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Controlegroep	10	2,67	0,25	8	2,80	0,17	8	2,82	0,20
Interventiegroep	11	2,41	0,20	10	2,82	0,13	7	2,89	0,64
Vershil Interventie- & controlegroep	<i>d</i> = -1,16			<i>d</i> = 0,11			<i>d</i> = 0,16		

Ouderlijke competentie	Vershil T2-T1				Vershil T3-T1			
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>d</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>d</i>
Controlegroep	8	0,16	0,17	0,95	8	0,18	0,26	0,71
Interventiegroep	9	0,37	0,20	1,87	7	0,44	0,67	0,66
Vershil Interventie- & controlegroep	<i>d</i> = 1,12				<i>d</i> = 0,53			

Gebruikte afkortingen: *M* = gemiddelde, *SD* = standaarddeviatie, *d* = effectgrootte.

\* De effectgrootte is zo weergegeven dat een positieve *d* een gunstig effect aanduidt (dus een toename tussen T1 en T2, dan wel een gunstigere score voor de interventiegroep vergeleken met de controlegroep).

Moeders in onze steekproef bleken zich tamelijk competent te voelen als ouder (zie Tabel 3.3). Op de voormeting was hun score voor ouderlijke competentie gemiddeld 2,54 ( $SD = 0,26$ ) op een 3-puntsschaal waarbij hogere scores een sterker gevoel van competentie weergeven. In beide groepen werd dit gevoel van competentie tussen de voor- en eerste nameting versterkt. Ook op de follow-up meting rondom de eerste verjaardag (T3) was het gevoel van competentie nog sterker dan op de voormeting. De toename in gevoel van ouderlijke competentie was sterker voor moeders in de interventiegroep dan voor moeders in de controlegroep. Direct na de interventie (T2) was sprake van een groot interventie-effect ( $d = 1,12$ ). Rondom de eerste verjaardag leek nog sprake van een middelgroot verschil tussen interventie- en controlemoeders ( $d = 0,53$ , zie Tabel 3.3). Gemiddeld was op T3 in de gehele steekproef de ouderlijke competentie gestegen naar 2,85 ( $SD = 0,44$ ).

#### Sociale steun

Ten aanzien van de eerste onderzoeksvraag is sociale steun het laatste concept dat in deze studie gemeten werd. SSL-D resultaten zijn weergegeven in Tabel 3.4. Een hogere score gaf aan dat de steun die moeders vanuit hun omgeving kregen *minder* overeenkwam met hun behoefte. Deze antwoorden duiden op meer behoefte aan steun in de vorm van bijvoorbeeld opbouwende kritiek, troost, complimenten, een luisterend oor, of een ruggesteuntje.

Op de voormeting leek sprake te zijn van een klein verschil tussen de controle- en interventiemoeders. De steun die moeders in de interventiegroep ten tijde van de voormeting ontvingen sloot minder goed aan bij hun behoefte dan de hulp die controlemoeders vanuit hun omgeving kregen. In de interventiegroep veranderde dit niet in de zes weken die volgden. Moeders in de controlegroep daarentegen waren op de nameting wel meer tevreden over de steun die zij vanuit hun omgeving verkregen ( $d = 0,89$ ). Dit betekent dat op T2 sprake leek te zijn van een middelgroot negatief interventie-effect op sociale steun (zie Tabel 3.4).

Tabel 3.4: Resultaten tekort aan steun ervaren door moeders (SSL-D) in de controle- en interventiegroep, op T1, T2, T3 en het verschil van T2 met T1 en T3 met T1.

Tekort aan steun	T1 voormeting			T2 1e nameting			T3 2e nameting		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<b>Controlegroep</b>	10	47,70	9,66	8	37,38	4,90	8	41,92	12,26
<b>Interventiegroep</b>	11	51,20	9,55	10	51,84	12,74	7	44,72	11,69
<b>Vershil</b>		$d = -0,36$			$d = -1,43$			$d = -0,23$	
<b>Interventie- &amp; controlegroep</b>									

Tekort aan steun	Vershil T2-T1				Vershil T3-T1			
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>d</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>d</i>
<b>Controlegroep</b>	8	-6,63	7,48	0,89	8	-2,08	13,40	0,16
<b>Interventiegroep</b>	9	0,02	14,10	0,00	7	-4,60	12,30	0,37
<b>Vershil Interventie- &amp; controlegroep</b>		$d = -0,58$				$d = 0,20$		

Gebruikte afkortingen: *M* = gemiddelde, *SD* = standaarddeviatie, *d* = effectgrootte.

\* Een hogere score op de SSL-D is ongunstig. De effectgrootte is zo weergegeven dat een positieve *d* een gunstig effect aanduidt (dus een afname tussen T1 en T2, dan wel een gunstigere score voor de interventiegroep vergeleken met de controlegroep).

Tijdens de follow-up (T3) neigden de resultaten op de SSL-D daarentegen wel naar een kleine positieve verandering als gevolg van de interventie ( $d = 0,20$ , zie Tabel 3.4). Dit is het gevolg van een stijging van het tekort aan steun tussen T2 en T3 bij moeders in de controlegroep. Daardoor is in de controlegroep, tussen de voormeting en de follow-up, geen verschil meer waarneembaar in de mate waarin de steun die moeders uit hun omgeving ontvingen aansloot bij hun behoefte ( $d = 0,16$ ). In de interventiegroep was het tekort aan ervaren steun door moeders tussen T2 en T3 juist afgenomen. Voor deze moeders leek de ervaren steun vanuit hun omgeving op T3 wel wat beter aan te sluiten bij hun behoeften ( $d = 0,37$ ) dan op de voormeting.

### 3.3 Sociaal en emotioneel gedrag

Voor de ASQ:SE zijn geen gegevens beschikbaar op de voormeting. In verband met de jonge leeftijd van de kinderen in het onderzoek, werd de ASQ:SE voor het eerst tijdens de eerste nameting afgenomen. Op dat moment bleken controlekinderen minder sociaal en emotioneel probleemgedrag te vertonen ( $M = 28,13$ ) dan interventiekinderen ( $M = 44,71$ ; zie Tabel 3.5). Er waren in de interventiegroep vier kinderen die gemiddeld ernstig probleemgedrag vertoonden ( $> 45$ ). In de controlegroep was op de eerste nameting één kind dat hoger scoorde dan de drempelwaarde van 45.

Ook op de follow-up meting rondom de eerste verjaardag van de kinderen, leek het gedrag van interventiekinderen volgens moeders problematischer dan dat van controlekinderen,  $d = -0,58$ . In beide groepen vond tussen deze beide meetmomenten wel een afname van probleemgedrag plaats. Deze afname leek iets sterker in de interventiegroep dan in de controlegroep ( $d = 0,22$ ). In de interventiegroep hadden op T3 nog twee kinderen een totaalscore op de ASQ:SE, ingevuld door hun moeder, van hoger dan 45, vergeleken met één kind in de controlegroep. De scores van vaders over deze kinderen lagen wel in de normale range.

Tabel 3.5: Resultaten sociaal en emotioneel gedrag (ASQ:SE) voor kinderen in de controlegroep en interventiegroep, op T2, T3 en het verschil van T3 met T2.

ASQ:SE	T2 1e nameting			T3 2e nameting (m)			T3 2e nameting (v)			Verschil T3m-T2			
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>d</i>
<b>Controlegroep</b>	8	28,13	18,50	8	23,21	19,90	8	23,75	9,54	8	-4,92	15,26	0,32
<b>Interventiegroep</b>	10	44,71	22,00	6	35,24	21,65	6	23,33	16,02	7	-9,35	24,23	0,39
<b>Vershil</b>		$d = -0,81$			$d = -0,58$			$d = 0,03$			$d = 0,22$		
<b>Interventie- &amp; controlegroep</b>													

Gebruikte afkortingen: *M* = gemiddelde, *SD* = standaarddeviatie, *d* = effectgrootte, m = ingevuld door moeder, v = ingevuld door vader.

NB: De eerste nameting (T2) werd door moeders ingevuld. De vergelijking tussen T3 en T2 betreft een vergelijking van door moeder ingevulde vragenlijsten.

\* Een hogere score op de ASQ:SE is ongunstig. De effectgrootte is zo weergegeven dat een positieve *d* een gunstig effect aanduidt (dus een afname tussen T2 en T3, dan wel een gunstigere score voor de interventiegroep vergeleken met de controlegroep).

Interventievaders bleken de ontwikkeling van hun kind op T3 gemiddeld positiever in te schatten dan interventie-moeders. Tussen de ASQ-SE scores door vaders uit de interventie- en uit de controlegroep bestond geen verschil.

### 3.4 Sensitieve responsiviteit

Tabel 3.6: Resultaten Ainsworth sensitiviteit en coöperatie door moeders, geobserveerd in de controle- en interventiegroep, op T1, T2 en het verschil van T2 met T1.

Ainsworth	T1 voormeting			T2 1e nameting			Verschil T1-T2			
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>d</i>
A. Sensitiviteit										
<b>Controlegroep</b>	8	6,09	1,51	8	6,34	1,80	8	0,25	1,08	0,23
<b>Interventiegroep</b>	8	6,16	1,48	8	6,63	1,45	8	0,47	1,66	0,28
<b>Vershil</b>	<i>d</i> = 0,04			<i>d</i> = 0,17			<b><i>d</i> = 0,16</b>			
<b>Interventie- &amp; controlegroep</b>										
B. Coöperatie										
<b>Controlegroep</b>	8	5,78	1,68	8	6,03	2,12	8	0,25	1,27	0,20
<b>Interventiegroep</b>	8	5,94	1,47	8	6,41	1,69	8	0,47	1,47	0,32
<b>Vershil</b>	<i>d</i> = 0,10			<i>d</i> = 0,20			<b><i>d</i> = 0,16</b>			
<b>Interventie- &amp; controlegroep</b>										

Gebruikte afkortingen: *M* = gemiddelde, *SD* = standaarddeviatie, *d* = effectgrootte.

\* De effectgrootte is zo weergegeven dat een positieve *d* een gunstig effect aanduidt (dus een toename tussen T1 en T2, dan wel een gunstigere score voor de interventiegroep vergeleken met de controlegroep).

Tabel 3.6 geeft een overzicht van de resultaten voor sensitieve responsiviteit en coöperatief gedrag van moeders zoals gemeten met de Ainsworth schaal. Zowel moeders in de interventiegroep als in de controlegroep stegen in hun sensitiviteit en coöperatie tussen de voor- en nameting. In deze stijging bestond geen verschil tussen beide groepen.

Op algehele sensitieve responsiviteit van moeder gemeten met de CARE-index werd wel een klein interventie-effect gevonden (zie Tabel 3.7). Op de voormeting leken moeders in de controlegroep sensitiever te zijn dan interventie-moeders ( $d = -0,31$ ). Na K-VHT was dit verschil opgeheven.

Met uitzondering van de coöperatie-schaal voor kinderen, bestonden op alle CARE-index subschalen op T1 verschillen tussen de interventie- en controlegroep. In alle gevallen leken moeders en kinderen vervolgens een achterstand ten opzichte van de andere groep tussen beide meetmomenten (deels) goed te maken.

Interventiemoeders lieten bijvoorbeeld op de voormeting meer controlerend gedrag zien dan controlemoeders. Zij lieten hier vervolgens tussen de voor- en nameting een sterkere afname in zien dan controlemoeders ( $d = 0,75$ ). Zo ook leken controlemoeders op de voormeting minder responsief te zijn dan interventie-moeders. Hun afname in niet-responsief gedrag was tussen de voor- en nameting sterker dan voor interventie-moeders ( $d = -0,79$ ). Evenzo waren kinderen in de controlegroep op T1 passiever dan interventiekinderen. De afname in passief gedrag voor deze controlekinderen bleek echter iets sterker dan voor interventiekinderen ( $d = -0,44$ ).

Tabel 3.7: Resultaten CARE-index moeder-kind interactie, geobserveerd in de controle- en interventiegroep, op T1, T2 en het verschil van T2 met T1.

CARE-index	T1 voormeting				T2 1e nameting				Verschil T1-T2			
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	$\geq 8$ <i>n%</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	$\geq 8$ <i>n%</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>d</i>
A. Algehele sensitieve responsiviteit moeder												
<b>Controlegroep</b>	7	7,86	2,19	57%	7	10,00	3,55	71%	7	2,14	2,01	1,06
<b>Interventiegroep</b>	8	7,00	3,13	25%	8	10,00	3,13	75%	8	3,00	3,20	0,94
<b>Verschied Interventie- &amp; controlegroep</b>	<i>d</i> = -0,31				<i>d</i> = 0,00				<b><i>d</i> = 0,32</b>			
B. Sensitief gedrag moeder	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>d</i>
<b>Controlegroep</b>	7	7,86	2,19		7	10,00	3,55		7	2,14	2,01	1,06
<b>Interventiegroep</b>	8	6,94	3,22		8	10,00	3,13		8	3,06	3,06	1,00
<b>Verschied Interventie- &amp; controlegroep</b>	<i>d</i> = -0,33				<i>d</i> = 0,00				<b><i>d</i> = 0,35</b>			
C. Controlerend gedrag moeder	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>d</i>
<b>Controlegroep</b>	7	2,86	2,78		7	2,71	2,75		7	-0,14	2,23	-0,06
<b>Interventiegroep</b>	8	5,63	3,13		8	3,31	2,67		8	-2,31	3,35	-0,69
<b>Verschied Interventie- &amp; controlegroep</b>	<i>d</i> = -0,93				<i>d</i> = -0,22				<b><i>d</i> = 0,75</b>			
D. Niet-responsief gedrag moeder	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>d</i>
<b>Controlegroep</b>	7	3,29	1,91		7	1,29	1,47		7	-2,00	1,32	-1,51
<b>Interventiegroep</b>	8	1,38	2,49		8	0,69	0,84		8	-0,69	1,89	-0,36
<b>Verschied Interventie- &amp; controlegroep</b>	<i>d</i> = 0,85				<i>d</i> = 0,51				<b><i>d</i> = -0,79</b>			
E. Coöperatie kind	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>d</i>
<b>Controlegroep</b>	7	6,21	2,29		7	9,36	3,51		7	3,14	2,06	1,53
<b>Interventiegroep</b>	8	6,13	3,76		8	9,56	3,78		8	3,44	4,62	0,74
<b>Verschied Interventie- &amp; controlegroep</b>	<i>d</i> = -0,03				<i>d</i> = 0,06				<b><i>d</i> = 0,08</b>			
F. Moeilijk gedrag kind	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>d</i>
<b>Controlegroep</b>	7	3,43	2,39		7	1,29	0,99		7	-2,14	2,27	-0,94
<b>Interventiegroep</b>	8	5,38	4,59		8	2,63	2,08		8	-2,75	5,70	-0,48
<b>Verschied Interventie- &amp; controlegroep</b>	<i>d</i> = -0,52				<i>d</i> = -0,80				<b><i>d</i> = 0,14</b>			
G. Passief gedrag kind	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>d</i>
<b>Controlegroep</b>	7	3,64	3,17		7	1,57	1,48		7	-2,07	3,46	-0,60
<b>Interventiegroep</b>	8	1,44	1,95		8	0,56	0,56		8	-0,88	1,81	-0,48
<b>Verschied Interventie- &amp; controlegroep</b>	<i>d</i> = 0,85				<i>d</i> = 0,93				<b><i>d</i> = -0,44</b>			

Gebruikte afkortingen: *M* = gemiddelde, *SD* = standaarddeviatie, *d* = effectgrootte.

\* De effectgrootte is zo weergegeven dat een positieve *d* een gunstig effect aanduidt (dus positief verschil tussen T1 en T2, dan wel een gunstigere score voor de interventiegroep vergeleken met de controlegroep).

Voor de CARE-index is met betrekking tot de algehele sensitieve responsiviteit van moeders een categorisatie beschikbaar. In Tabel 3.7 is aangegeven hoeveel

procent van de moeders een score van acht of hoger had. Een score lager dan 8 duidt op een interactie met het kind die zorgelijk of ernstig verstoord te noemen is. De resultaten laten zien dat bij aanvang van de studie (T1) de moeder-kind interactie van zes (75%) van de moeders in de interventiegroep *zorgelijk*<sup>3</sup> te noemen was (scores van 4 tot en met 7). De overige twee moeders (25%) hadden een sensitieve responsiviteitscore in de voldoende range (score  $\geq 8$ ). In de controlegroep waren er op T1 drie moeders (43%) die een zorgelijke interactie lieten zien en vier (57%) die voldoende scoorden (zie Tabel 3.8).

Op de nameting waren er in de interventiegroep nog twee moeders die zorgelijk met hun kind interacteerden (25%). Zij scoorden bij aanvang respectievelijk een 4 en 4,5 en na de interventie een 6 en 5. Vier interventie-moeders waren van een zorgelijke score opgeschoven naar een voldoende score. De twee moeders die op T1 voldoende scoorden, deden dit ook op de nameting nog. Er waren geen interventie-moeders achteruit gegaan van een voldoende naar een zorgelijke categorie.

Ook in de controlegroep liet één moeder vooruitgang zien van een zorgelijke score op T1 naar een voldoende score zes weken later op T2. In de controlegroep liet totaal op de nameting 29% een zorgelijke en 71% voldoende sensitief responsieve interactie zien. Er waren op geen van de metingen en in geen van beide groepen moeders die een ernstig verstoord interactie met hun kind lieten zien (scores  $\leq 3$ ).

### 3.5 Tevredenheid ouders

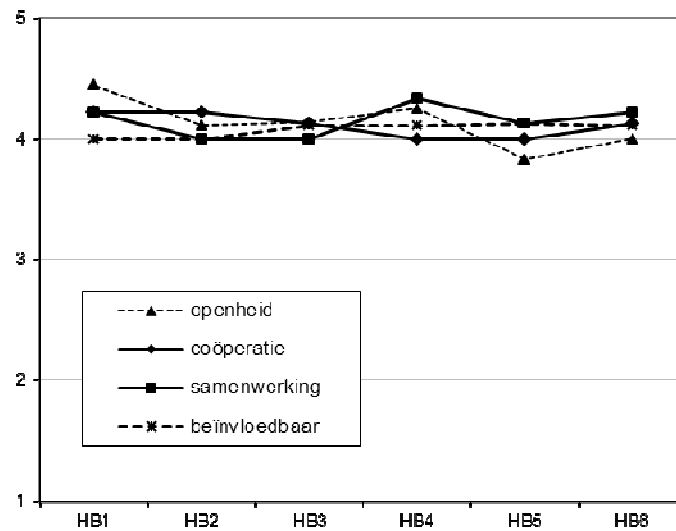
In de evaluatievragenlijst in de interventiegroep ( $n = 9$ ) gaf geen van de moeders aan de interventie te kort te vinden, acht moeders vonden de duur goed, en één moeder vond de interventie te lang duren. De duur van de huisbezoeken zelf werd door alle moeders als goed beoordeeld. Het bespreken van de videofragmenten vonden zeven moeders erg nuttig, twee vonden het een beetje nuttig. Verder werd de samenwerking door twee moeders als prettig ervaren, de resterende zeven moeders vonden samenwerking erg prettig.

### 3.6 Oordeel VHT-ers

Ervaringen van de VHT-ers tijdens de interventie, zoals geregistreerd na afloop van ieder huisbezoek in de gestructureerde logboeken, was beschikbaar voor 9 moeders. Tijdens het eerste huisbezoek gaven de VHT-ers in het logboek aan gemiddeld prettig met de moeders samen te kunnen werken. Ze gaven de samenwerking gemiddeld een score van 4,2 ( $SD = 0,4$ ) op een schaal van 1 (erg onprettig) tot en met 5 (erg prettig). Bij het laatste huisbezoek was de gemiddelde score gelijk; 4,2 ( $SD = 0,4$ ).

---

<sup>3</sup> Één moeder met een score van 3.5 is ook in de categorie 4-7 'zorgelijk' meegenomen.



Figuur 3.1: Verloop ervaringen van zes K-VHT huisbezoeken (HB1 t/m HB6) door video-hometrainers.

Figuur 3.1 geeft het verloop van ervaringen van de VHT-ers van huisbezoek tot huisbezoek weer. Te zien is dat volgens de video-hometrainers tijdens het eerste huisbezoek de mogelijkheid om moeders te beïnvloeden goed was; de gemiddelde score was 4,0 ( $SD = 0,5$ ) op een schaal van 1 (heel slecht) tot 5 (heel goed). Bij het laatste huisbezoek werd de mate waarin de moeders volgens de VHT-ers beïnvloedbaar waren, beoordeeld met een gemiddelde score van 4,1 ( $SD = 0,3$ ). De VHT-ers werd ook gevraagd de coöperatie met de moeder en de openheid van de moeder te beoordelen; tijdens het eerste huisbezoek waren deze scores respectievelijk 4,2 ( $SD = 0,4$ ) en 4,4 ( $SD = 0,5$ ) op een schaal van 1 tot 5 (hoe hoger de score, hoe beter de eigenschappen werden beoordeeld). Bij het laatste huisbezoek was dat respectievelijk 4,1 ( $SD = 0,6$ ) en 4,0 ( $SD = 0,5$ ). De gemiddelden van de verschillende beoordelingen waren hoog met elkaar gecorreleerd ( $r$  variërend van 0,75 – 0,94,  $p = 0,02$  –  $<0,001$ ).

### 3.7 Moderatoren van interventie-effecten

Zoals vermeld in Paragraaf 2.7 liet de omvang van de steekproef in dit onderzoek niet toe om te toetsen op moderatoren van interventie-effecten. Echter, het temperament van de kinderen en eventuele depressie van moeders is wel gemeten en presenteren wij op deze plaats als extra achtergrondkenmerk van de steekproef.

### Temperament kinderen

Het temperament van kinderen werd gemeten met behulp van de IBQ op T2 en T3. De resultaten worden weergegeven in Tabel 3.8. Scores voor 'Activity' betreffen de motorische beweeglijkheid van de kinderen. 'Distress' gaat over de mate waarin kinderen jengelen, huilen of gespannen raken als zij beperkt worden; bijvoorbeeld als speelgoed wordt afgenomen of zij moeten wachten op eten. 'Smiling and laughter' gaat over plezier van kinderen; positieve gezichtsuitdrukkingen, enthousiasme.

Vergelijking van IBQ-scores in beide onderzoeksgroepen geeft het beeld dat kinderen in de controlegroep volgens moeders meer activiteit lieten zien, minder distress vertoonden en gemiddeld minder negatief reactief (overall reactivity) waren dan kinderen in de interventiegroep. Alhoewel overall reactivity tussen T2 en T3 in beide groepen tamelijk stabiel bleef, leek het gevonden verschil in de negativiteit (overall reactivity) tussen interventie- en controlekinderen, op de follow-up meting nog iets groter te worden dan op T2 ( $d = -0,25$ ).

Tabel 3.8: Temperament van kinderen in de controle- en interventiegroep, op T1, T2 en T3 en de stabiliteit tussen deze meetmomenten.

Temperament kind	T2 1e nameting			T3 2e nameting			Stabiliteit: Verschil T2-T3			
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>d</i>
Activity										
Controlegroep	7	4,49	0,76	8	4,28	0,86	7	-0,40	0,83	0,49
Interventiegroep	9	3,97	0,91	7	3,71	0,62	6	-0,45	1,01	0,45
Vershil Interventie- & controlegroep		$d = 0,62$			$d = 0,75$		$d = 0,05$			
Distress										
Controlegroep	5	3,43	1,06	8	3,01	1,10	5	-0,56	0,97	0,58
Interventiegroep	7	3,19	0,87	7	3,65	0,72	4	0,03	1,33	-0,02
Vershil Interventie- & controlegroep		$d = 0,26$			$d = -0,68$		$d = 0,52$			
Smiling										
Controlegroep	7	5,50	0,62	8	5,80	0,61	7	0,34	0,52	0,65
Interventiegroep	9	5,36	1,00	7	5,65	0,70	6	0,38	0,83	0,45
Vershil Interventie- & controlegroep		$d = -0,16$			$d = -0,23$		$d = 0,05$			
Overall reactivity standardized										
Controlegroep	5	-0,59	1,62	8	-0,76	2,42	5	-0,09	2,24	0,04
Interventiegroep	7	0,20	1,84	7	0,87	1,63	4	0,60	0,66	-0,18
Vershil Interventie- & controlegroep		$d = -0,36$			$d = -0,78$		$d = -0,25$			

Gebruikte afkortingen: *M* = gemiddelde, *SD* = standaarddeviatie, *d* = effectgrootte.

\* De effectgrootte is zo weergegeven dat een positieve *d* een gunstig effect aanduidt (dus positief verschil tussen T1 en T2, dan wel een gunstigere score voor de interventiegroep vergeleken met de controlegroep).



*Depressie moeders*

In beide groepen had ten tijde van de voormeting een (groot) aantal moeders depressieve klachten. Respectievelijk 4 van de 10 controlemoeders en 10 van de 11 interventie moeders scoorden boven het CES-D afkappunt van 16. Tabel 3.9 laat zien dat slechts een klein aantal interventie moeders de CES-D op de follow-up meting invulde. De data die voor T3 beschikbaar zijn, laten zien dat ook rondom de eerste verjaardag van de kinderen nog twee moeders met depressieve klachten leken te kampen.

Tabel 3.9: Somscore van depressie van moeders (CES-D) en aantal moeders met een score gelijk aan of groter dan 16, in de controle- en interventiegroep, op T1 en T3.

Depressie	T1 voormeting				T3 2e nameting			
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<b>&gt;= 16</b> <i>n (%)</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<b>&gt;= 16</b> <i>n (%)</i>
Controlegroep	10	16,48	10,98	4 (40%)	7	12,20	9,23	2 (29%)
Interventiegroep	11	24,91	8,65	10 (91%)	3	6,11	2,01	0 (0%)

Gebruikte afkortingen: *M* = gemiddelde, *SD* = standaarddeviatie.

## 4 Conclusies en Discussie

In deze studie zijn het proces en de effectiviteit onderzocht van kortdurende video-hometraining (K-VHT) in de Nederlandse Jeugdgezondheidszorg (JGZ), toegepast bij gezinnen met spanning als gevolg van een excessief huilende baby. Gezinnen waarbij zorgen na twee weken reguliere begeleiding in de JGZ standhielden, werden random toegewezen aan de reguliere zorg conditie, of aan de conditie met K-VHT in aanvulling op deze reguliere zorg. Wegens een kleine steekproefgrootte ( $n = 21$ ) en daardoor een gebrek aan power voor het aantonen van statistische verschillen tussen de interventie- en controlegroep, werden in dit rapport geen statistische toetsresultaten gepresenteerd. We presenteerden effectgroottes als aanduiding voor de sterkte van verschillen tussen beide onderzoekscondities.

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.

Vergelijkingen tussen de interventie- en de controlegroep lieten zien dat moeders als gevolg van K-VHT het huilen van hun kind als minder negatief leken te percipiëren en zich minder vervelend leken te voelen bij het huilen. Ook duidden de resultaten op een positief effect van de interventie op gevoel van ouderlijke competentie bij moeders. De sensitieve responsiviteit van moeders steeg tijdens het onderzoek in beide studiecondities. De toename leek iets groter in de interventiegroep. Tot slot leek de interventie ook op lange termijn te leiden tot een positiever competentiegevoel van moeders en bovendien tot minder dagelijkse opvoedingsspanningen. In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten kritisch beschouwd. We gaan in op de keerzijde van de tegenvallende instroom en bespreken de implicaties van onze bevindingen.

### 4.1 De waarde van kleinschalig onderzoek

Een grote beperkende factor binnen deze studie was de tegenvallende instroom in het onderzoek. Met de gebruikte aanpak en ondanks alle inspanningen, zijn we er niet in geslaagd om de doelstellingen ten aanzien van de inclusie van gezinnen te behalen. Op basis van een powerberekening wisten we dat met 115 ouders in zowel de interventie- als controlegroep effectgroottes zoals gevonden in eerder onderzoek aangetoond konden worden. Aan het onderzoek namen uiteindelijk echter slechts 21 gezinnen deel. Wat is de waarde van onze resultaten die slechts gebaseerd zijn op een dergelijk kleine steekproef?

Idealiter hadden we uiteraard de resultaten gepresenteerd van een grootschalig RCT naar K-VHT: het hoogste niveau van effectiviteit op de effectladder. Op niveau 4 van de effectladder is er sprake van een goed omschreven, theoretisch onderbouwde en in de praktijk getoetste aanpak, waarbij bovendien is aangetoond dat de interventie beter is dan 'geen interventie' en een 'andere interventie'. Daarbij wordt experimenteel onderzoek terecht aangemerkt als ultiem goed (Bron: NJi). Echter, ook goed uitgewerkte case-studies, of meerdere  $n = 1$  studies kunnen op

deze trede van de ladder waardevolle informatie opleveren, zeker indien ten aanzien van een betreffend onderwerp nog weinig onderzoek beschikbaar is. Dit laatste is bij onze studie het geval. Er is niet eerder systematisch onderzoek gedaan naar de effectiviteit van K-VHT in de Nederlandse JGZ (Fukkink, 2008). En ook buiten Nederland is weinig bekend over de effectiviteit van deze kortdurende vorm van interventie ter bevordering van minder spanning in de opvoeding en meer sensitief ouderschap. De onderhavige studie was als praktijkonderzoek uniek in de beschikbaarheid van een vergelijkingsgroep en het gebruik van betrouwbare observatiematen voor de evaluatie van sensitief opvoedgedrag van moeders. In het onderzoek werd op zorgvuldige wijze informatie verzameld op ouder- en op kindniveau. Bovendien vond ook een meting op de middellange termijn plaats, rond de eerste verjaardag van de deelnemende kinderen. In ieder interventiegezin dat deelnam werd door de VHT-ers een interventielogboek bijgehouden. Dit schiep ruimte om ook het interventieproces in deze gezinnen in beeld te brengen.

Een recent in peer-reviewed tijdschrift gepubliceerd artikel van collega's in Groot-Brittannië (Kennedy e.a., 2010) bevestigt de wetenschappelijke relevantie van resultaten uit kleinschalig onderzoek zoals het onderzoek dat in dit rapport centraal staat. Kennedy en collega's (2010) deden onderzoek naar een soortgelijke vorm van videobegeleiding in Schotland en beschreven de resultaten van een pilot van 15 ouder-kind paren die 'care as usual' ontvingen en 8 ouder-kind paren die videobegeleiding kregen. Deze pilot bracht waardevolle, veelbelovende resultaten aan het licht waar het gaat om het bevorderen van sensitiviteit en mogelijk gehechtheid. Het onderhavige onderzoek van eigen bodem maakt vergelijking met de betreffende studie mogelijk. Interesse in de studieresultaten blijkt verder uit de publicatie van een eerste casus uit ons onderzoek zoals reeds uitgewerkt in een boekhoofdstuk (Klein Velderman, 2011) van een boek dat volledig gaat over video-hometraining.

## 4.2 Het gebruik van effectgroottes

Zeker omdat effectstudies op het terrein van K-VHT bij jonge kinderen nog erg beperkt zijn, besloten wij tot een zorgvuldige analyse van de door ons verzamelde informatie ( $n = 21$ ) in de vorm van een verkennende vergelijking tussen interventie- en controlegroep. Er werden daarbij in dit rapport geen  $p$ -waarden gepresenteerd. Dit wil niet zeggen dat bij toetsing alle vergelijkingen niet significant waren. Wij achtten het echter zinvoller om in dit geval een aanduiding te geven van omvang van verschillen en besloten daarbij alle toetsresultaten achterwege te laten. Wat is echter statistische significantie en kunnen we dat zomaar achterwege laten?

Het begrip significantie wordt in de statistiek gehanteerd om aan te geven of een gevonden onderzoeksresultaat geen toevallige bevinding is. De  $p$ -waarde komt tot stand op basis van het gevonden verschil tussen de interventie- en controlebehandeling en geeft aan hoe groot de kans is dat we ten onrechte de nulhypothese verwerpen (bv. video-hometraining en reguliere zorg zijn even effectief). De  $p$ -waarde is echter ook afhankelijk van het aantal respondenten in beide groepen (Verhagen, Ostelo, & Rademaker, 2006b). Een klein verschil in interventie-effect tussen interventie- en controlegroep kan in een onderzoek met veel respondenten dezelfde  $p$ -waarde opleveren als een groot verschil in effect tussen beide groepen in een kleinschalig onderzoek. Dit betekent ook dat wanneer geen bewijs gevonden wordt voor de werkzaamheid van een interventie, dit niet per definitie wil zeggen dat die interventie niet werkt. Er kunnen ook te weinig

respondenten in de studiecondities zijn om een verschil te kunnen aantonen (Verhagen e.a., 2006b). Dit laatste was in onze studie het geval. Door de tegenvallende instroom, hadden we erg weinig power om mogelijke effecten van K-VHT statistisch te onderbouwen.

De laatste decennia staat het gebruik van de significantietoets ter discussie (Van den Brandhof & Ten Broeke, 2009; Verhagen, Ostelo, & Rademaker, 2006a). Naast dat de  $p$ -waarde sterk beïnvloed wordt door de omvang van de steekproef, zijn de grootste kritiekpunten dat de  $p$ -waarde niets zegt over de grootte van het effect en dat de  $p$ -waarde als dichotoom criterium wordt gebruikt om beslissingen te nemen over effectiviteit van een interventie. Van den Brandhof en Ten Broeke (2009) schreven dat volgens internationale voorschriften in psychologisch onderzoek een significantietoets daarom niet is voorgeschreven. Daarentegen zou het gebruik van effectgrootte noodzakelijk zijn en worden betrouwbaarheidsintervallen sterk aangeraden. Verhagen en collega's (2006a) noemden het berekenen van de effectgrootte (al dan niet met betrouwbaarheidsinterval) dan ook als alternatief voor het toetsen op statistische significantie. Daarbij is een voordeel volgens deze auteurs dat je onderscheid kunt maken tussen geen verschil in effect gevonden, een klein verschil of een groot verschil. Precies dit hebben wij in deze studie gepoogd te doen met behulp van Cohen's  $d$ .

#### **4.3 Sterkste effecten op spanning en ouderlijke competentie**

De indicaties die we in deze studie vonden voor het effect van K-VHT op sensitieve responsiviteit van moeders zoals gemeten met de CARE-index (Crittenden, 2000;  $d = 0,32$ ), sociaal en emotionele ontwikkeling van kinderen (lange termijn,  $d = 0,22$ ), en gevoel van steun (lange termijn,  $d = 0,20$ ) waren bescheiden. De grootste verschillen tussen interventie- en controlemoeders in deze studie betroffen positieve veranderingen in de zorgen over en het gevoel omtrent huilen ( $d = 0,65$ - $0,67$ ), dagelijkse beslommeringen ( $d = 0,57$ ) en het gevoel van ouderlijke competentie van moeders ( $d = 1,12$ ). Een toename in het competentiegevoel van ouders hield ook stand op lange termijn ( $d = 0,53$ ). Ook eerder onderzoek naar video-feedback interventies beschreef effecten op zowel attitude van ouders (bv. zelfvertrouwen, Eliëns, 2005), gedrag van ouders (bv. sensitiviteit, Juffer e.a., 2007), als gedrag van het kind (bv. probleemgedrag, Klein Velderman, 2005). Echter, in een meta-analyse van Fukkink bleken de effecten van video-feedback interventies gemiddeld het sterkste op gedrag van ouders ( $d = 0,51$ ) en minder sterk op ouderlijke stress of attitude ( $d = 0,37$ ) en veranderingen in het gedrag of ontwikkeling van kinderen ( $d = 0,33$ ; Fukkink, 2008). In onze studie werden daarentegen dus de grootste effecten op spanning en attitude van ouders gevonden. Mogelijk komt dit doordat dit in het bijzonder het selectiecriterium was voor deelname van gezinnen aan het onderzoek. In ander onderzoek werden gezinnen vaak geselecteerd op basis van verstoorde moeder-kind interacties of relaties (bv. (Juffer e.a., 2007; Klein Velderman, 2005) en was dit wellicht nog explicieter de focus binnen de interventie.

#### **4.4 Bescheiden effect op sensitieve responsiviteit**

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. 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 interventieouders, is goed vergelijkbaar met de resultaten van de interventiegezinnen zoals gevonden in de eerder genoemde 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 videobegeleiding die moeders kregen was dit 88 procent. Bij ons waren deze percentages voor en na interventie respectievelijk 25 en 75 procent.

Wat opviel was dat controlemoeders in het onderzoek van Kennedy en collega's (2010) een afname in sensitieve responsiviteit lieten zien. In de onderhavige studie nam in beide groepen de positieve moeder-kind interactie toe, dus ook in de controlegroep. Een mogelijke verklaring hiervoor kan gezocht worden in onze keuze voor VHT-ers als persoon die de filmopnamen voor onze observaties maakte. Zij waren zorgvuldig geïnstrueerd om ouders geen opvoedingsadviezen te geven, maar ouders te verwijzen naar het consultatiebureau. Echter, het betrof uiteraard in alle gevallen een hulpverlener die getraind was om ouders normaal gesproken wel te ondersteunen. Zij waren gewend aan het thuis bezoeken van mensen, het maken van filmopnamen en het op hun gemak stellen van ouders. Wellicht dat hun bezoeken in de controlegroep en hun natuurlijke voorkomen tijdens deze bezoeken toch onbewust net dat luisterende oor of die vriendelijke persoon boden waar ouders behoefte aan hadden. Dit heeft mogelijk geresulteerd in een bepaalde verandering in de controlegroep.

Op basis van de Ainsworth observatieschalen leek sprake van een trend in dezelfde richting als het positieve verschil tussen de onderzoeksgroepen dat we vonden op basis van de CARE-index. Echter het kleine verschil in het voordeel van de interventiegroep werd niet gerepliceerd. De scores op de Ainsworth schalen lieten zien dat moeder gemiddeld redelijk sensitief responsief waren en enig respect voor de autonomie van hun kind aan het daglicht legden. Echter zij scoorden niet heel hoog op de observatieschalen en in beide groepen was slechts een kleine positieve verandering te zien in de moeder-kind interactie. Op de CARE-index scores traden juist wel grote veranderingen op tussen de voor- en nameting.

Naar de reden voor de discrepantie tussen de resultaten op basis van de Ainsworth observatieschalen versus de CARE-index kunnen we slechts gissen. Mogelijk werd binnen beide maten een ander kenmerk van de interactie uitgelicht. Een andere mogelijke verklaring is de selectie voor het fragmenten uit het beeldmateriaal die gebruikt werden door de codeurs. De codeurs van de CARE-index observaties gaven een aantal kritische kanttekeningen bij hun observaties. Het CARE-index protocol (Crittenden, 2004) schrijft voor om de scores te baseren op observatie van drie tot vijf minuten ouder-kind interactie waarbij ouders de instructie krijgen om met de baby te spelen of praten zoals ze dat normaal ook doen. In deze studie is het badritueel gefilmd dat vaak bestond uit vijf activiteiten: uitkleden, wassen met een washand, baden, afdrogen en aankleden. Dit zijn allemaal taakgeoriënteerde activiteiten die worden aangestuurd door de ouder. Het kind heeft geen

mogelijkheid om veel te veranderen in deze activiteiten. Er is een grote kans dat als gevolg hiervan de scores voor sensitiviteit en coöperatie lager uitvallen dan tijdens vrijspel. Zoals de codeurs het omschreven: “compared with other parents being coded for the CARE-index or with themselves in a free play situation, these parents are likely to look worse because of the task they are undertaking.” Op basis van deze uiteenzetting werd in deze studie besloten om alleen de eerste 3 minuten te observeren vanaf het moment dat de baby door moeder in bad gelegd werd. De interacties en posities leken die paar minuten meer ruimte te geven voor spel en positieve interactie dan tijdens het uitkleden, afdrogen en aankleden. De uitdaging die ouders in de badsessie hebben om positief met hun kind te interacteren is uiteraard hetzelfde in beide onderzoeksgroepen en op beide meetmomenten. Echter, voor de Ainsworth scores werd wel de volledige beeldopname van 20 minuten meegenomen in de coderingen. Daarmee was de uitdaging voor ouders om een hogere score te halen op deze observatiemaat wellicht groter. Misschien dat lagere scores en de kleinere toename in sensitiviteit en coöperatie op deze maat een gevolg zijn van deze selectie van beeldmateriaal.

#### 4.5 Een ‘valse start’ voor de interventiegroep

Ondanks ons betoog voor het gebruik van effectgroottes in psychologisch onderzoek, en ondanks de mogelijkheid om kleine, middelgrote en grote verschillen aan te duiden met behulp van effectgrootte, is enige terughoudendheid bij de interpretatie van met name de gevonden *kleine* verschillen in deze studie (ten aanzien van sensitiviteit en ervaren steun van moeders, en sociaal en emotioneel gedrag van de kinderen) op zijn plaats. Er zijn uiteraard namelijk naast steekproefomvang nog een heel aantal andere factoren die bijdragen aan of een interventie al dan niet effectief is. Denk aan het natuurlijk beloop, het feit dat men aan een onderzoek meedoet, dat ook reguliere zorg mogelijk plezierig is, dat zorgverleners aardig zijn, enzovoorts (Verhagen e.a., 2006b).

Het idee van een gerandomiseerd studiedesign zoals in deze studie is dat proefpersonen op basis van toeval (at random) worden toegewezen aan een van de studiearmen. Het beoogde resultaat is een gelijke verdeling van de eigenschappen van bekende en onbekende respondentkenmerken over de studiearmen. Na randomisatie verwacht je dat effecten van genoemde factoren als het natuurlijk beloop, placebo effecten, en ook meetfouten in beide groepen tegen elkaar wegvallen. Hierdoor meet je uiteindelijk alleen het “netto” effect van de interventie als verschil tussen de onderzoeksgroepen. Randomisatie is echter geen garantie dat deze factoren ook werkelijk gelijk verdeeld worden tussen studiegroepen, het toeval kan ongelukkig uitpakken. Bovendien is de kans op een ongelijke verdeling groter naarmate de steekproef kleiner is.

In onze studie was de steekproef zodanig klein, dat de kans klein was dat respondentkenmerken gelijk verdeeld waren over beide steekproeven. Vergelijking van beide groepen bracht ook inderdaad een aantal verschillen op de voormeting aan het licht. Interventiemoeders leken een negatievere perceptie te hebben van het huilen, meer dagelijkse opvoedingsspanning te ervaren, zich minder competent te voelen en zich minder gesteund te voelen vanuit de omgeving in vergelijking tot controlemoeders. Ook leken zij minder sensitief responsief in interactie met hun kind, vaker depressieve klachten te hebben en het temperament van hun kind als moeilijker te beoordelen.

#### 4.6 Moeilijk temperament

De kinderen in de interventiegroep werden door de moeders dus als 'moeilijker' gezien in vergelijking met de kinderen in de controlegroep. De IBQ-resultaten op de voormeting lieten zien dat kinderen in de interventiegroep volgens moeders minder actief waren, meer distress en een hogere negatieve reactiviteit vertoonden dan kinderen in de controlegroep. Het is onduidelijk hoe dat de effectiviteit van de interventie heeft beïnvloed.

Verondersteld kan worden dat ouders van kinderen met een moeilijk, negatief temperament meer stress ervaren dan ouders van kinderen met een makkelijker, positief temperament. Voor deze ouders is het gemiddeld moeilijker om sensitief en coöperatief te reageren op de signalen van hun baby en ze hebben meer behoefte aan sociale steun van de omgeving (Crockenberg, 1981). De moeders uit de interventiegroep in de onderhavige studie voelden zich voorafgaand aan de interventie inderdaad minder goed gesteund vanuit de omgeving dan de controlemoeders.

De uitgangssituatie leek voor de moeders in de experimentele groep dus moeilijker dan voor de moeders uit de controlegroep: ze hadden kinderen die passiever waren en vaker negatief reageerden en voelden zich minder goed gesteund door hun omgeving. Onderzoek van Klein Velderman en collega's (2006) liet echter zien dat juist de moeders met kinderen die het moeilijkste temperament hadden bij ondersteuning met een video-feedback interventie het meest van de interventie profiteerden. Onze onderzoeksresultaten lijken hier enigszins bij aan te sluiten. Ondanks de ongunstige start in de interventiegroep, werden toch bescheiden effecten gevonden op sensitieve responsiviteit van moeders (vgl. Klein Velderman e.a.2006).

#### 4.7 Behoeftte aan steun in de interventiegroep

We noemden eerder het verschil in ervaren steun tussen de onderzoeksgroepen tijdens de voormeting. Maar niet alleen op de voormeting leek in de interventiegroep een grotere behoefte te bestaan aan steun dan in de controlegroep. Na deelname aan K-VHT was dit niet veranderd. We vonden in deze studie op korte termijn een middelgroot *negatief* verschil tussen de interventiegroep en controlegroep voor wat betreft door moeder ervaren steun uit de omgeving. Er bestond op de nameting namelijk een groot verschil tussen beide groepen: De hulp die moeders uit hun omgeving ontvingen sloot in de beleving van interventie moeders duidelijk minder goed aan bij hun behoeften dan voor moeders in de controlegroep. De steun die de moeders met de interventie hadden gekregen hadden niet als resultaat gehad dat behoefte aan steun en ervaren steun meer in balans waren gekomen. Mogelijk waren de interventie moeders zich juist door de interventie meer bewust van hun behoefte aan bijvoorbeeld opbouwende kritiek, troost, complimenten, een luisterend oor of een ruggesteuntje. Daar wilden ze graag meer van ontvangen. Op termijn, tijdens de follow-up, nam deze behoefte aan meer steun wel wat af en was het verschil tussen beide groepen bijna verdwenen.

#### **4.8 Meer problematisch sociaal en emotioneel gedrag van kinderen in de interventiegroep**

De sociaal-emotionele ontwikkeling en het gedrag van kinderen werd in deze studie uitsluitend gemeten op beide nametingen. Opvallend was het grote verschil tussen de beide groepen direct na de interventie. Op dat moment bleek in de interventiegroep sprake van meer problematisch sociaal en emotioneel gedrag dan in de controlegroep. Doordat er geen voormeting was op deze maat, is niet duidelijk hoe dit verschil tussen beide groepen te verklaren is. Hoe verhoudt dit zich bijvoorbeeld tot de negatievere uitgangspositie waar in de interventiegroep sprake van leek te zijn? Of is in tegenstelling tot de verwachtingen als gevolg van de interventie een negatievere perceptie bij moeders ontstaan over het gedrag van hun kind? De laatste aanname lijkt niet te ruimen met de positieve effecten die we gevonden hebben op huilperceptie van moeders. Deze vragen zullen in deze studie echter onbeantwoord blijven. Op lange termijn leek in beide groepen sprake van een positieve ontwikkeling. In beide groepen nam problematisch gedrag volgens moeders af. Naar verhouding was deze afname in de interventiegroep iets sneller dan in de controlegroep. Tussen scores van vaders uit beide studiegroepen bestond ten aanzien van sociaal en emotioneel gedrag geen verschil.

#### **4.9 Conclusie**

Het oorspronkelijke doel van het onderzoek was om de effectiviteit van K-VHT te onderzoeken in een grootschalig RCT. Daarbij zouden ook ouder-, kind-, gezins-, trainer- en programmakenmerken onderzocht worden als mogelijke moderatoren van effecten. Echter, de instroom voor dit project verliep niet goed, waardoor effectiviteit van K-VHT slechts binnen een kleine steekproef geëvalueerd kon worden en het analyseplan bijgesteld moest worden. Voor zowel conclusies over geobserveerde vooruitgang na deelname aan K-VHT als conclusies over het ontbreken hiervan, geldt dat deze door de kleine steekproef met de nodige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd.

Meer systematisch onderzoek naar K-VHT in de praktijk van de JGZ in Nederland is gewenst. Gezien verschuivingen in het werkveld, zoals de implementatie van de concept JGZ-richtlijn excessief huilen en zoals de inzet van hulpverlening aan moeders met zorgen over huilen op huilbaby's in ziekenhuizen, adviseren wij in toekomstig onderzoek naar K-VHT binnen de JGZ een focus op ouders met zorgen over de opvoeding van iets oudere kinderen (bv. peuters in plaats van baby's) te overwegen.

In dit onderzoek leek K-VHT op de eerste plaats een middel om ouderlijke stress te verlagen en het gevoel van ouderlijke competentie te vergroten. De verzamelde gegevens in deze studie bieden een bescheiden indicatie voor de effectiviteit van K-VHT. Gelet op de in deze studie gevonden indicaties voor een afname in ouderlijke stress, een verhoogd gevoel van opvoedcompetenties en een toename in sensitieve responsiviteit van moeders als gevolg van de interventie, kan begeleiding met K-VHT aangemerkt worden als een nuttige aanvulling op de reguliere begeleiding van ouders die zich zorgen maken over huilen.



## 5 Referenties

Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. J. (1971). Individual differences in Strange Situation behaviour of one-year-olds. In H.R.Schaffer (Ed.), (pp. 17-56). London: Academic Press.

Barr, R. G. (1998). Crying in the first year of life: Good news in the midst of distress. *Child: Care, Health and Development*, 24, 425-439.

Belsky, J. (1997). Theory testing, effect-size evaluation, and differential susceptibility to rearing influences: The case of mothering and attachment. *Child Development*, 68, 598-600.

Belsky, J. (1999). Interactional and contextual determinants of attachment security. In J.Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 249-264). New York: The Guilford Press.

Boendermaker, L., Harder, A., Speetjens, P., Van der Pijl, M., Bartelink, C., & Van Everdingen, J. (2007). *Jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut en Rijksuniversiteit Groningen.

Bouma, J., Ranchor, A. V., Sanderman, R., & Van Sonderen, E. (1995). *Het meten van symptomen van depressie met de CES-D: Een handleiding*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen.

Bowlby, J. (1984). *Attachment and loss. Volume 1: Attachment (Revised ed.)*. London: Penguin Books.

Crittenden, P. M. (2000). A dynamic-maturational exploration of the meaning of security and adaptation: Empirical, cultural and theoretical considerations. In P.M.Crittenden & A. H. Claussen (Eds.), *The organisation of attachment relationships: Maturation, culture and context*. ( Cambridge: Cambridge University Press.

Crittenden, P. M. (2004). *CARE-index coding manual: Unpublished manuscript*. Miami, FL: available from the author.

Crnic, K. A. & Booth, C. L. (1991). Mothers' and fathers' perceptions of daily hassles of parenting across early childhood. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 1043-1050.

Crnic, K. A. & Greenberg, M. T. (1990). Minor parenting stresses with young children. *Child Development*, 61, 1628-1637.

Crockenberg, S. B. (1981). Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. *Child Development*, 52, 857-865.

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.

Eliëns, M. & Prinsen, B. (2008). *Handleiding kortdurende video-hometraining in gezinnen met jonge kinderen*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

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

Engfer, A. & Gavranidou, M. (1987). Antecedents and consequences of maternal sensitivity: A longitudinal study. In H. Rauh & H. C. Steinhausen (Eds.), *Psychobiology and early development*. (pp. 71-99). Amsterdam: North Holland.

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

Greenberg, M. T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. In *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 469-496). New York: The Guilford Press.

Hermanns, J., Öry, F. G., & Schrijvers, A. J. P. (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: Eerder, sneller en beter: Een advies voor vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen*. Utrecht: Julius Centrum.

Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2007). *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention*. New York: Lawrence Erlbaum.

Juffer, F., Hoksbergen, R. A., Riksen-Walraven, J. M., & Kohnstamm, G. A. (1997). Early intervention in adoptive families: Supporting maternal sensitive responsiveness, infant-mother attachment, and infant competence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 1039-1050.

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.

Kennedy, H., Landor, M., & Todd, L. (2010). Video Interaction Guidance as a method to promote secure attachment. *Educational and Child Psychology*, 27, 59-72.

Klein Velderman, M. (2005). *The Leiden VIPP and VIPP-R study: Evaluation of a short-term preventive attachment-based intervention in infancy (Dissertation)*. Leiden: Mostert & Van Onderen!

Klein Velderman, M. (2011). VIG as a method to promote sensitive parent-child interaction in infancy. In H. Kennedy, M. Landor, & L. Todd (Eds.), *Video Interaction Guidance: A relationship-based intervention to promote attunement, empathy and wellbeing* (London: Jessica Kingsley Publishers).

Klein Velderman, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., & Van IJzendoorn, M. H. (2006). Effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant attachment: Differential susceptibility of highly reactive infants. *Journal of Family Psychology, 20*, 266-274.

Klein Velderman, M., Hosman, C. M. H., & Paulussen, T. G. W. M. (2007). *Onderzoeksprogrammering opvoed- en opgroei-ondersteuning*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven en Radboud Universiteit Nijmegen.

Kochanska, G. (1995). Children's temperament, mothers' discipline, and security of attachment: Multiple pathways to emerging internalization. *Child Development, 61*, 597-615.

Lester, B. M., Boukydis, C. F. Z., Garcia-Coll, C. T., Holl, W. T., & Peucker, M. (1992). Infantile colic: Cry characteristics, maternal perception of cry, and temperament. *Infant Behavior and Development, 28*, 15-26.

Pauli-Pott, K., Becker, K., Mertesackera, T., & Beckmann, D. (2000). Infants with "Colic": Mothers' perspectives on the crying problem. *Journal of Psychosomatic Research, 48*, 125-132.

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.

Reijneveld, S. A., Brugman, E., & Hirasig, R. A. (2001). Parental reports of excessive infant crying: The impact of varying definitions. *Pediatrics, 108*, 893-897.

Reijneveld, S. A., Van der Wal, M. F., Brugman, E., Hira Sing, R., & Verloove-Vanhorick, S. P. (2004). Infant crying and abuse. *Lancet, 364*, 1340-1342.

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

Riksen-Walraven, M. J., Meij, J. Th., Hubbard, F. O., & Zevalkink, J. (1996). Intervention in lower-class Surinam-Dutch families: Effects of mothers and infants. *International Journal of Behavioral Development, 19*, 739-756.

Rothbart, M. K. (1981). Measurement of temperament in infancy. *Child Development, 52*, 569-578.

Rothbart, M. K. (1986). Longitudinal observation of infant temperament. *Developmental Psychology, 22*, 356-365.

Sibbing, M. H. M., Kat, C. N., Grootenhuis, M. A., & Last, B. F. (2005). Positief effect van video-interactiebegeleiding in het ziekenhuis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 73, 209-214.

Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E. (2002). *Ages and Stages Questionnaire: Social-Emotional: A parent-completed, child monitoring system for social emotional behaviors*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

Suomi, S. J. (1999). Attachment in rhesus monkeys. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. (pp. 181-197). New York: Guilford Press.

The Cochrane Collaboration (2002). Meta-analysis of continuous data: Measuring the effect of treatment. *The Cochrane Collaboration open learning material, A1.*, verkregen van <http://www.cochrane-net.org/openlearning/HTML/modA1-A4.htm> op 12 oktober 2006.

Van den Boom, D. C. (1988). *Neonatal irritability and the development of attachment: Observation and intervention*. Proefschrift, Leiden: Universiteit Leiden.

Van den Boom, D. C. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development*, 65, 1457-1477.

Van den Brandhof, A. & Ten Broeke, A. (2009). Statistische fouten in psychologisch onderzoek. In *Kennislink.nl* (<http://www.kennislink.nl/publicaties/statistische-fouten-in-psychologisch-onderzoek>).

Van Doesum, K. T. M., Hosman, C. M. H., & Riksen-Walraven, J. M. (2005). A model-based intervention for depressed mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal*, 26, 157-176.

Van 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 Sleuwen, B. E., L'Hoir, M. P., Engelberts, A. C., Bussher, W. B., Westers, P., Blom, M. A. et al. (2006). Comparison of behavior modification with and without swaddling as interventions for excessive crying. *The Journal of Pediatrics*, 119, 512-517.

Van Sonderen, E. (1993). *Het meten van sociale steun met de Sociale Steun Lijst - Interacties (SSL-I) en Sociale Steun Lijst - Discrepanties (SSL-D): Een handleiding*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen.

Verhagen, A. P., Ostelo, R. W. J. G., & Rademaker, A. (2006a). Alternatieven voor de *p*-waarde. In R.W.J.G.Ostelo, A. P. Verhagen, & H. C. W. De Vet (Eds.), *Onderwijs in wetenschap: Lesbrieven voor paramedici [2e herziene druk]* (pp. 134-135). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Verhagen, A. P., Ostelo, R. W. J. G., & Rademaker, A. (2006b). Is de *p*-waarde wel zo significant? In R.W.J.G.Ostelo, A. P. Verhagen, & H. C. W. De Vet (Eds.), *Onderwijs in wetenschap: Lesbrieven voor paramedici [2e herziene druk]*. (pp. 129-133). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Wijnroks, A. (1994). *Dimensions of mother-infant interaction and the development of social and cognitive competence in preterm infants (Dissertation)*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

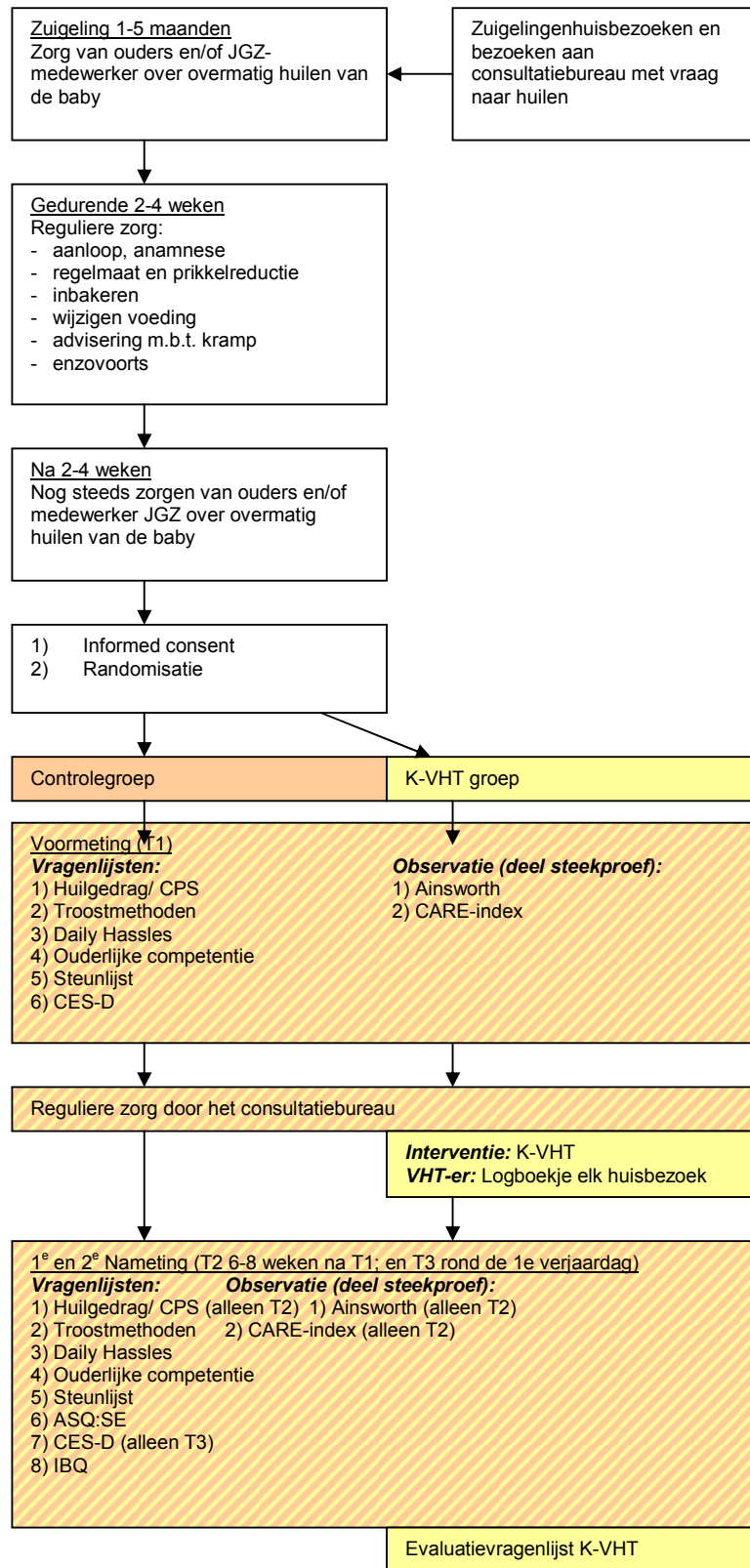
Wolke, D., Rizzo, P., & Woods, S. (2002). Persistent infant crying and hyperactivity problems in middle childhood. *Pediatrics*, *109*, 1054-1060.

Zeifman, D. M. (2001). Developmental aspects of crying: Infancy, childhood and beyond. In A.J.J.M.Vingerhoets & R. R. Cornelius (Eds.), *Adult crying, a biopsychosocial approach* (pp. 37-53). East Sussex: Brunner-Routledge.

## A Schematische weergave onderzoeksrapport

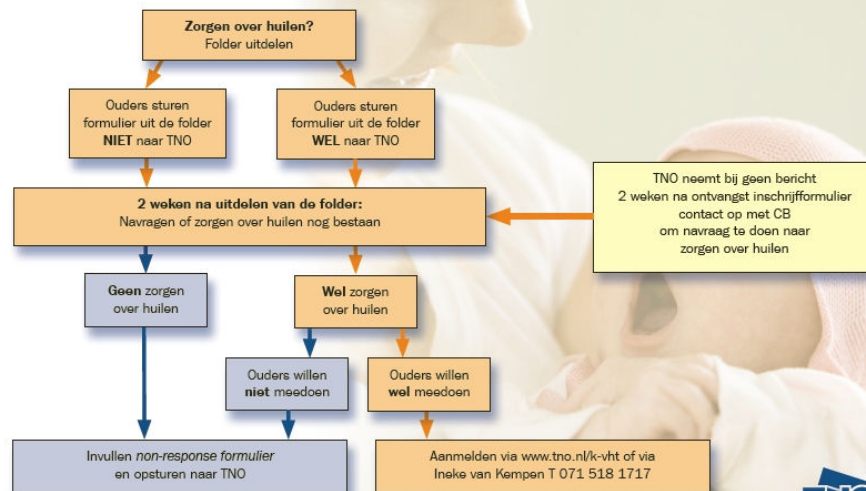
### Toelichting gebruikte afkortingen in Bijlage A (zie volgende pagina):

T1	Tijdstip 1 (voormeting)
T2	Tijdstip 2 (1e nameting)
T3	Tijdstip 3 (2e nameting)
K-VHT	Kortdurende video-hometraining
VHT-er	Video-hometrainer
CPS	Cry Perception Scale: perceptie van ouders over het huilen van hun baby
Steunlijst	Sociale Steun Lijst-Discrepanties: overeenkomst tussen ontvangen steun en behoefte
Ainsworth	Ainsworth sensitiviteitsschalen voor observatie van gedrag van moeders
CARE-index	Crittenden observatieschaal voor observatie van 7 aspecten van moeder- /kindgedrag
ASQ:SE	Ages and Stages Questionnaire: Social Emotional : sociaal en emotioneel kindgedrag
IBQ	Infant Behaviour Questionnaire: temperament van baby's



## B Instructiekaarten JGZ ten behoeve van werving van gezinnen

### Onderzoek naar zorgen over huilen en kortdurende video-hometraining (K-VHT) voor baby's tot en met 5 maanden



#### Aanmelden gezin

- Aanmelden via de link op de website: [www.tno.nl/k-vht](http://www.tno.nl/k-vht);  
Gebruikersnaam: XXXX wachtwoord: XXXXXXXX  
Na aanmelding verschijnt de **onderzoeksgroep** en het **onderzoeknummer** in beeld.
- Het toestemmingsformulier samen met de ouder invullen:
  - Vul op dit formulier het onderzoeknummer en datum van eerste zorgen in;
  - Stuur het toestemmingsformulier terug naar (postzegel niet nodig):

TNO Kwaliteit van Leven  
T.a.v. Mw. Ineke van Kempen  
Antwoordnummer 10080  
2300 VB Leiden

- Geef in het dossier van het kind aan dat het meedoet aan dit onderzoek;  
**Tot 1-jarige leeftijd geen K-VHT in dit gezin!**
- TNO ontvangt de aanmelding via de website, stuurt de 1<sup>e</sup> vragenlijst naar het gezin en neemt contact op met de VHT-er of VHT-coördinator.  
**LET OP: K-VHT start pas als TNO de 1<sup>e</sup> vragenlijst van ouders ontvangen heeft.**

Heeft u vragen of twijfelt u of een kind in aanmerking komt voor deelname?  
Bel Ineke van Kempen, 071 518 1717 of e-mail: [Ineke.vankempen@tno.nl](mailto:Ineke.vankempen@tno.nl)