

vroeg



Professor Hedwig van Bakel

“Hulpaanbod te veel gericht op gezinnen die het redelijk doen”

- **Zorg voor allerkleinsten in de schijnwerpers**
- **Unieke vorm van integrale vroegdiagnostiek**
- **Ontwikkelingsstoornissen eerder ontdekken**

4 Steun in de rug voor ontwikkeling van zeer vroeggeboren baby's

Martine Jeukens-Visser, Eline Möller en Aleid Leemhuis

7 De doos van Pandora

Irene Mol

10 SINDA helpt ontwikkelingsstoornissen eerder ontdekken

Roselin van der Torren en Mijna Hadders-Algra

14 Hoe vroeger, hoe beter

Joëlla Hendriks

18 Professor Hedwig van Bakel: "Hulpaanbod te veel gericht op gezinnen die het redelijk doen"

Jan de Graaf

23 Omgaan met Hyperemesis Gravidarum

Anouk de Bruijn

26 Zorg voor allerkleinsten in de schijnwerpers

Louise van den Broek

32 Unieke vorm van integrale vroegdiagnostiek smaakt naar meer

Zillah Holtkamp

38 Maak van signaleren kindermishandeling teamwork

Ted Kloosterboer

41 De kracht van specialistische zorg in teamverband

Eva Leyen en Paula Wesselink

44 Gespecialiseerde kindzorg slaat aan

Marieke Klosters, namens Zigzagzorg

46 Huilbabyhulp binnen 24 uur brengt rust

Babyconsulenten Nederland

Rubrieken

17 De Vroegwerker: Naomi Zammattio. Reflectie op de dagelijkse praktijk

25 Vroeg nieuws

**28 Ouders aan het Woord
Een kindje met Down, nou en?**

Jan de Graaf

25 Vroeg nieuws

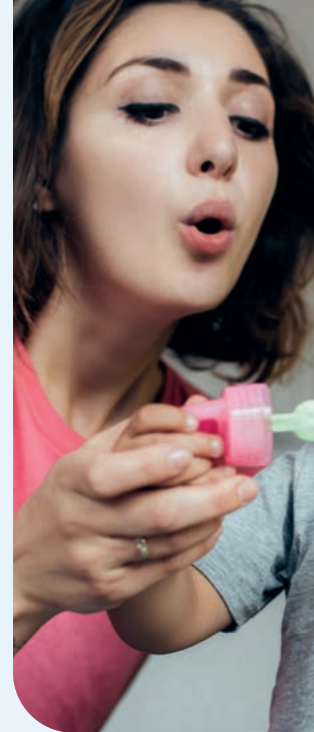
35 Vroeg nieuws

36 Kijk op de praktijk – een tweeluik

Marilene de Zeeuw en Paulien Kuipers

7

De doos van Pandora



32

Unieke vorm van integrale vroegdiagnostiek smaakt naar meer





18

Professor

Hedwig van Bakel:
"Hulpaanbod te veel gericht op gezinnen die het redelijk doen"



Meer alert



We sluiten de 40ste jaargang van VROEG af met de dikste editie ooit verschenen. Vanaf nu heeft ons magazine 48 pagina's. Dit betekent dat we voortaan nog meer informatie bieden aan professionals die met jonge kinderen of in de geboortezorg werken!

In deze wintereditie – we gaan met de vier seizoenen mee – onder meer een artikel over een onderwerp waarvoor binnen de zorgwereld nog weinig aandacht bestaat: ernstige zwangerschapsmisselijkheid of Hyperemesis Gravidarum. Vaak denken vrouwen met deze aandoening 'niet zeuren, het hoort erbij'. Uit het artikel van Anouk de Bruijn – die als psycholoog regelmatig met deze moeders werkt – wordt

duidelijk dat het veel meer is dan misselijk zijn en braken. Het 'verziekt' letterlijk een hele zwangerschap. Bovendien kan het ook na de bevalling nog veel impact hebben.

Heb je haar artikel gelezen dan hoop ik dat je er meer alert op bent. En dat geldt wellicht voor meer onderwerpen. Ik noem het interview met wetenschapper Hedwig van Bakel. Op basis van onderzoek brengt ze een aantal nuances aan in het denken over bijvoorbeeld gehechtheid. Of kijk naar de mooie ontwikkelingen binnen de begeleiding aan te vroeg geboren kinderen...

Want het 'veld' staat niet stil! Evenmin als VROEG!

Louise van den Broek,
hoofdredacteur

colofon

vroeg

redactie
Saskia Bakker
kinderarts /
IMH-specialist DAIMH

Marika Boonzaaijer
Kinderfysiotherapeut /
Docent-onderzoeker

Hanne Cools
GZ-psycholoog
kind en jeugd

Esther Fontein
orthopedagoog /
GZ-psycholoog

Richella Kloppers
logopedist / klinisch
gezondheidswetenschapper

Phineke Tielenius Kruythoff
Voorzorgverpleegkundige /
IMH-specialist DAIMH

hoofdredacteur
Louise van den Broek

bladmanagement
Jan de Graaf

vormgeving & opmaak
Dik Visser

Redactieadres en advertenties
DG Communicatie, Postbus 158,
1600 AD Enkhuizen

E vroeg@dgcommunicatie.nl
T 06-21905843
W www.vakbladvroeg.nl

Abonnementen
Verschijnt 4x p. j. prijs € 28,00; België € 31,00
Overig buitenland € 36,00 (prijswijzigingen voorbehouden).
Mits betaald per automatische incasso. Anders respectievelijk
€ 29,50; € 32,50 en € 37,50

Adresgegevens
Abonnementenland
Postbus 20
1910 AA Uitgeest
T 0251 - 25 79 24
E Klantenservice@aboland.nl
W Abonneren: www.bladenbox.nl

Wijzigingen/opzeggen
www.aboland.nl
Opzeggingen dien je
1 maand voor afloop van de
abonnementsperiode door te
geven aan Abonnementenland.

Steun in de rug voor ontwikkeling van zeer vroeggeboren baby's

Nederland is het enige land ter wereld met een jaar lang thuisbegeleiding van zeer vroeggeboren baby's: het TOP-programma is hiertoe ontwikkeld. De preventieve begeleiding vergroot niet alleen de ontwikkelingskansen van de kinderen, maar versterkt ook de vaders en moeders in hun ouderschap. Het unieke programma is evidence-based en wordt vergoed vanuit de basiszorgverzekering.

Martine Jekens-Visser, Eline Möller en Aleid Leemhuis

Jaarlijks worden in Nederland ongeveer 1.800 kinderen geboren na een zwangerschapsduur van minder dan 32 weken en/of met een geboortegewicht minder dan 1.500 gram. Hun lichaam is bij de geboorte onvoldoende volgroeid en ze hebben meer kans op ontwikkelingsproblemen. Door hun vaak lange verblijf op de Neonatale Intensive Care Unit (NICU) hebben ze bovendien een totaal andere start dan op tijd geboren baby's. Voor de ouders is een vroeggeboorte een ingrijpende gebeurtenis. De emoties die daarbij horen zijn normale reacties en worden vaak vanzelf minder. Maar een deel van de ouders geeft aan zich angstig, somber of schuldig te blijven voelen of ontwikkelt posttraumatische stressklachten.

Gemengde gevoelens

Het verlaten van het ziekenhuis met een zeer vroeggeboren baby gaat vaak gepaard met gemengde gevoelens. Ouders zijn blij dat ze met hun baby naar huis mogen, maar vinden het aan de andere kant reuze spannend om zelf voor hun baby te gaan zorgen. Daar komt bij dat deze baby's vaak ander of minder duidelijk gedrag laten zien dan op tijd geboren kinderen. Hierdoor kan het voor ouders moeilijker zijn om gedragssignalen van

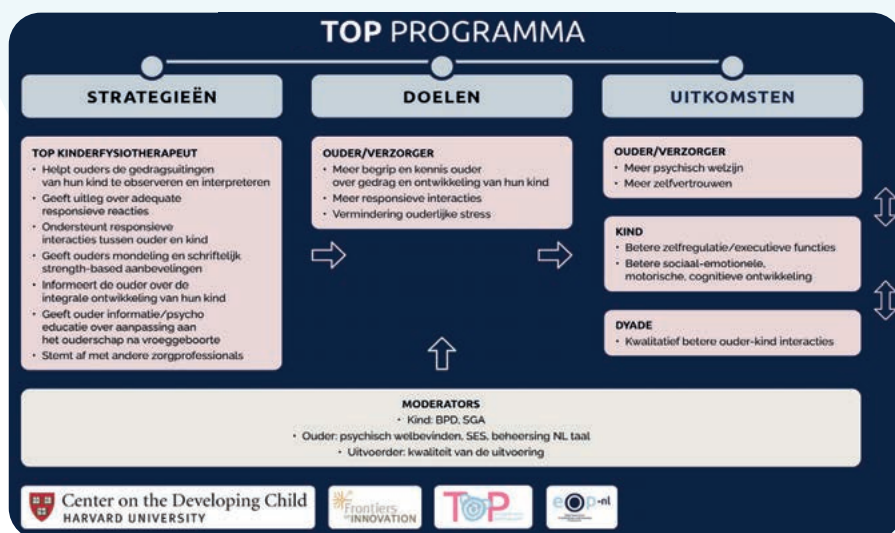
'Ouders vinden het vaak reuze spannend om zelf voor hun baby te gaan zorgen'

hun baby te begrijpen. Neem een baby die tijdens het spelen met de ouder weg kijkt, mondbewegingen maakt en onrustig beweegt. Dit zijn signalen van disregulatie in het motorisch en autonome systeem. De baby heeft dan een pauze nodig. De ouder kan co-regulatie bieden door bijvoorbeeld minder intensief contact te maken of meer fysieke steun te bieden. Als ouders de signalen en behoeften van hun kind goed herkennen en begrijpen – sensitief ouderschap dus – en hierop gepast en tijdig

reageren, heeft dit een positief effect op de ontwikkeling van een vroeggeboren baby.¹

TOP-programma

Een TOP-kinderfysiotherapeut ondersteunt het vroeggeboren kind en de ouders in het eerste jaar na ontslag uit het ziekenhuis. Het programma start binnen twee weken na thuiskomst van de baby en bestaat uit twaalf huisbezoeken van een uur, verspreid over het eerste jaar. De huisbezoeken vinden gemiddeld eenmaal per maand



Figuur 1. De Theory of Change van het TOP-programma laat op hoofdlijnen zien hoe de interventie werkt

TOP-kinderfysiotherapeut Marjolein kijkt met moeder mee bij het voeden van Noah en gaat samen met haar op zoek naar een prettige houding

Praktijkvoorbeeld

Noah werd geboren na een zwangerschap van 26 weken en opgenomen op de NICU. Na twaalf weken ziekenhuis mocht Noah eindelijk naar huis. Thuisgekomen was het best wennen voor Noah en zijn ouders Lieke en Koen. Ze waren blij, maar ook moe en onzeker over de zorg thuis. TOP-kinderfysiotherapeut Marjolein kwam na anderhalve week bij hen langs. Ouders vertelden haar dat Noah moeite had met in slaap vallen en vaak vermoeid was tijdens het drinken.

Marjolein legde uit dat dit veel voorkomt bij te vroeg geboren kinderen. Ze hielp de ouders de vermoeidheidssignalen van Noah te herkennen en vervolgens de aangeboden prikkels af te bouwen, zodat Noah in slaap kon vallen. Noah werd hierdoor rustiger en meer tevreden. Marjolein gaf ook tips over een goede houding tijdens het drinken. Na het tweede huisbezoek schakelde Marjolein een preventiebal logopediste in voor het drinken van Noah. Die hielp de ouders met de juiste fles en speen.

Lieke sliep na 4 maanden slecht en was angstig om Noah te verliezen. Marjolein raadde haar aan bij de huisarts een verwijzing naar een psycholoog te vragen. Die hielp Lieke bij de verwerking van de vroeggeboorte. Bij elk huisbezoek keken Noah's ouders samen met Marjolein opnieuw naar waar Noah in zijn ontwikkeling zat. Vervolgens bepaalden ze samen waar ze dit huisbezoek aan gingen werken.

Na een jaar sloot Marjolein het TOP-programma af. Noah ontwikkelde zich inmiddels heel goed: hij was zich volop aan het optrekken tot stand en speelde graag met zijn ouders op de grond.



plaats, maar in het begin meestal vaker. Het programma duurt één jaar. Is er vervolgens nog zorg nodig, dan wordt het kindje doorverwezen, bijvoorbeeld naar reguliere fysiotherapie of andere zorg.

Scan de QR-code om te lezen hoe ouders en een TOP-kinderfysiotherapeut de meerwaarde van het TOP programma beschrijven.

Werken aan responsiviteit

Het TOP-programma kent een 'theory of change' (TOC), die beschrijft hoe de interventie werkt. Dit model bestaat uit 'interventiestrategieën', 'doelen' en 'uitkomsten', zie figuur 1. De strategieën beschrijven wat de TOP-kinderfysiotherapeut doet en zijn wetenschappelijk onderbouwd.

Bij de eerste drie strategieën van de TOC kijkt de TOP-kinderfysiotherapeut samen met ouders naar het gedrag van hun kind en overleggen ze over een passende reactie. Dit kan heel praktisch zijn door bijvoorbeeld samen

te zoeken naar een comfortabele en goed gesteunde houding tijdens het voeden. Het samen kijken kan bij ouders het inzicht vergroten wat een passende reactie is op het gedrag van hun baby. Zo kan tijdens het spelen het contact met de moeder worden verbroken om samen te onderzoeken of het speeltje op dat moment passend is. Door breed te kijken naar het gedrag kan namelijk een andere verklaring gevonden worden waarom het spelen op dat moment te veel is. Bijvoorbeeld dat de baby last heeft van zijn buik door de voeding. Op die manier ontdekken ouders wat het gedrag van hun baby hen kan vertellen en wat een positieve reactie kan zijn.

Ouders hebben na een vroeggeboorte behoefte aan informatie. Daarom is psycho-educatie een belangrijk onderdeel van het TOP-programma. Tijdens de huisbezoeken geeft de TOP-kinderfysiotherapeut zowel algemene uitleg over de impact van vroeggeboorte als individuele toepasbare

'Ouders waarderen het TOP-programma met een dikke negen'

informatie aan ouders. Dat gebeurt met een strength-based benadering, waarbij voorop staat wat het kind kan en met oog voor de sterke kanten van de ouder (strategieën 4-6 uit de TOC). Ouders krijgen na afloop van ieder huisbezoek een gepersonaliseerd verslag met suggesties. Bij een foto wordt een positief geformuleerde aanbeveling gedaan die de ouder bevestigt in wat hij/zij goed doet. Ook kan een suggestie worden gegeven om het kind een stapje verder te helpen in de ontwikkeling. Met dit ouderverslag kunnen ouders de informatie teruglezen en delen met anderen. Door de korte lijn met de TOP-kinderfysiotherapeut kunnen ouders ook altijd direct bij iemand terecht met hun vragen.

Samenwerking met professionals

Gedurende het jaar dat de TOP-kinderfysiotherapeut bij het gezin aan huis komt, wordt een therapeutische relatie opgebouwd. De therapeut kijkt met een brede blik naar de ontwikkeling van het kind, het welbevinden van de ouder en de ouder-kindinteractie. Daarbij hoort ook een signalerende functie (de zevende strategie uit de TOC). Als ouders met hun kind op de neonatale follow-up komen, zorgt de TOP-kinderfysiotherapeut vooraf voor een rapportage over de ontwikkeling van het kind. Door het uitgebreide netwerk kan de TOP-kinderfysiotherapeut, als het nodig is, overleggen met andere zorgprofessionals zoals de kinderarts of preverbaal logopedist. Of meedenken over ondersteuning voor de ouder door een huisarts of psycholoog.

Meerwaarde aangetoond

De effecten van het TOP-programma zijn uitgebreid onderzocht. Uit Nederlands onderzoek blijkt dat moeders in de interventiegroep sensitiever zijn en de motorische, cognitieve en

gedragsontwikkeling van de kinderen significant beter is dan in de controlegroep.^{2,3,4} Dit effect op de cognitieve en motorische ontwikkeling is na 5 jaar nog steeds aanwezig.⁵ Na een implementatietraject is het TOP-programma sinds 2014 opgenomen in het basispakket van alle zorgverzekeraars.⁶ Landelijk begeleiden 115 TOP-kinderfysiotherapeuten inmiddels zo'n 80% van de doelgroep met het programma. Tijdens de implementatiefase werd recent wederom het effect hiervan onderzocht. Op tweejarige leeftijd hadden de kinderen die in het eerste jaar ondersteund waren een significant betere cognitieve ontwikkeling dan kinderen die het programma niet kregen.⁷

Ouders aan het woord

Ouders zijn erg tevreden over het TOP-programma en waarderen het met een gemiddelde van 9,2. Ze ervaren een positief effect op de ontwikkeling van hun kind, neem de volgende reactie van een ouder: *"We hebben ontzettend veel geleerd over de omgang met ons kindje, hoe we haar signalen kunnen interpreteren en hoe we haar kunnen ondersteunen in haar ontwikkeling. Dit heeft zeker bijgedragen aan haar ontwikkeling en hoe ver ze nu al daarin is."* Andere ouders vertellen dat ze gesteund worden in het ouderschap: *"We vonden de op maat aangeboden begeleiding van ons kind fijn."*

Borging kwaliteit

Het Expertisecentrum Ontwikkelingsondersteuning Prematuren (EOP) borgt de kwaliteit van de uitvoering van het TOP-programma door data-monitoring en kwaliteitseisen zoals verplichte nascholing, interventie en begeleiding van een minimaal aantal kinderen per jaar. Het TOP-programma wordt uitgevoerd door kinderfysiotherapeuten die de geaccrediteerde, eenjarige TOP-opleiding hebben voltooid en een contract hebben bij het EOP. Voor meer informatie zie www.top-eop.nl. Op basis van ervaringen of nieuwe inzichten wordt het TOP-programma verder doorontwikkeld. Momenteel loopt er een pilot naar een informatie-app voor ouders van vroeggeboren kinderen en de haalbaarheid van een aangepast TOP-programma voor kinderen die matig vroeggeboren zijn (tussen de 32-34 weken zwangerschapsduur).



Als je onzeker bent, word dit weggenomen en kun je hierin groeien." En een andere ouder: *"Bij vragen over ons kindje konden we bij haar terecht, maar ook als het met ons zelf niet zo goed ging."* ●

Bij dit artikel horen 7 referenties; deze zijn op te vragen via een mail aan vroeg@dgcommunicatie.nl

De auteurs zijn werkzaam bij het Amsterdam UMC. Dr. Martine Jekens-Visser als senior onderzoeker bij de afdeling Revalidatiegeneeskunde, dr. Eline Möller als senior onderzoeker/orthopedagoog bij het Expertisecentrum Ontwikkelingsondersteuning Prematuren, en dr. Aleid Leemhuis als kinderarts en chef de polikliniek van de neonatologie-nazorgpoli (Follow Me).



Het is even te veel geworden voor de baby. De baby kijkt weg van het speeltje en haar moeder, zoekt steun met haar handjes en sabbelt erop.



De doos van Pandora

Een zwangerschap legt zowel bij de aanstaande moeder als vader een emotioneel en relationeel veld bloot. De komst van hun baby vraagt om integratie van het eigen verleden als kind en volwassene in die van toekomstige ouder. Soms opent een zwangerschap onbedoeld 'de doos van Pandora'.

Irene Mol

Een zwangerschap kondigt voor ouders een nieuwe levensfase aan. Een periode van oriëntering en voorbereiding op een nieuw leven, nieuwe taken als ouder en een ontwikkeling naar een nieuwe identiteit als moeder en vader. Eigen ervaringen uit de kindertijd doen ertoe in de persoonlijke ontwikkeling naar ouderschap. Deze relationele ervaringen, als bewuste en onbewuste herinneringen opgeslagen in hoofd en lichaam, kleuren de wijze waarop verbinding met het nieuwe aanstaande leven gemaakt gaat worden.

Mannen en vrouwen maken tijdens de

**'Opstandig gedrag
brengt haar in
contact met de
eigen negatieve
jeugdervaringen'**

zwangerschap een verschillende ontwikkeling door. Vrouwen ervaren van binnenuit hoe nieuw leven in hun lichaam groeit, zien hun lichaam veran-

deren en voelen hoe zwangerschapshormonen van invloed zijn op de lichamelijke en geestelijke gesteldheid. Ook hebben ze een nieuwe plek in te nemen in de vrouwenlijn. Door de komst van een baby vindt er namelijk een verschuiving plaats van dochter naar moeder en van moeder naar oma. Het brengt aanstaande moeders in een psychisch proces waarin ze zich opnieuw hebben te verhouden tot hun moeder, tot zichzelf en tot het kind in zichzelf. Dit psychische proces boort krachten aan, legt kwetsbaarheden bloot of veroorzaakt een emotionele crisis. Mannen beleven deze periode meer van buitenaf. Zij kunnen zich in het proces dat hun vrouw doormaakt, makkelijk 'buitenstaander' voelen. Hetgeen ook bij hen onverwachte emoties en gevoelens kan oprakelen.

Margaret en Levi

Moeder Margaret is opgegroeid als enig kind met het gevoel dat zij niet de dochter is die haar moeder wilde. Als



meisje een wildebras, vaak opstandig en niet het brave, gehoorzame kind waar haar moeder naar verlangde. Haar vader is een stille man die voorname zijn eigen weg ging binnen het gezin. Hoewel haar vader Margaret nooit openlijk bekritiseerde zoals haar moeder deed, kwam hij ook niet voor haar op. Margaret groeit op met schaamte over wie zij is, altijd het gevoel een andere versie van zichzelf te moeten zijn.

Margaret

Margaret neemt al vroeg het besluit zelf later geen kinderen te willen om haar 'kwade' genen niet verder door te geven. De partner die zij vond staat neutraal tegenover wel of geen kinderen. Hoewel ze binnen hun relatie veelal ieder hun eigen weg gaan, werkt dit voor hen als stel. Ze zijn tevreden met hoe hun leven verloopt. De relatie met haar moeder blijft moeizaam. Toch rijpt langzamerhand bij haar het gevoel dat ook zij het moederschap 'verdient'. Haar man schikt zich in haar kinderwens. Na een half jaar is Margaret zwanger. Gevoelens van vrees en opwinding wisselen zich af na deze ontdekking. Haar zwangerschap brengt in de relatie met haar moeder onverwacht iets positiefs. Haar moeder is opgetogen dat ze oma wordt. Voor het eerst beleeft Margaret dat ze in de ogen van haar moeder iets goed doet. Dan krijgt Margaret met 12 weken een miskraam, ze denkt zelf van een meisje. Margaret ervaart, naast diepe rouw, dat zij opnieuw faalt, voor zichzelf én voor haar moeder. Mede vanwege haar leeftijd besluiten haar man en zij er opnieuw voor te gaan. Vier maanden later is Margaret weer zwanger. Hoewel Margaret - net als haar man - blij is met deze nieuwe zwangerschap, is er ook angst om het kindje te verliezen. Ze probeert zo gezond mogelijk te leven, om elk risico te vermijden. Ze voelt met dit kindje echter minder een band dan bij haar vorige zwangerschap. Wel heeft haar zwangerschap opnieuw een positieve uitwerking op de relatie met haar moe-

der. Omdat Margaret haar bloeddruk begint te stijgen, wordt haar met 38 weken zwangerschap het advies gegeven om de geboorte te gaan inleiden. Daarop wordt Levi, middels een vacuümpomp, geboren. Levi heeft het even moeilijk om goed op gang te komen. Margaret krijgt hem kort op haar borst, waarna de kinderarts hem meeneemt om hem na te kijken. Hij knapt snel op en na een nachtje observatie mogen ze samen naar huis. Machteld en Levi ga ik pas ontmoeten wanneer Levi drie jaar oud is.

Onomkeerbare verbintenis

Ouderschap betekent het aangaan van een levenslange verbintenis die onomkeerbaar is. Ver voor de concrete zwangerschap uit kunnen sommige vrouwen of mannen al fantasieën hebben hoe het is om moeder of vader te worden. Deze fantasieën kunnen heel vaag zijn: 'ik had wel een wens ooit vader te worden', maar soms ook heel duidelijk uitgekristalliseerd: 'al vanaf heel jong af aan zie ik mij samen met mijn dochter-tje en ik weet al hoe ze moet heten'. Alle ouders nemen hierin hun eigen unieke verhaal mee. Het legt een eerste fundament onder de ouder-kindrelatie. Voor de kinderen is het uitermate belangrijk dit verhaal te kennen. Het vormt hun eerste bestaansrecht en de bodem waarop zij tot zelfbewuste personen kunnen groeien en ontwikkelen. Wanneer ouders naar Kinderleven komen, ben ik altijd nieuwsgierig naar de betekenisverlening op het eigen moeder- of vaderschap. Was er een kinderwens en wat motiveerde de



'Het verhaal over de eigen ontstaansgeschiedenis vormt de bodem om tot zelfbewuste personen uit te groeien'

ouder ertoe? Staan beide ouders daar op eenzelfde manier in? En wat betekent het om moeder of vader -van dit kind- te zijn?

Machteld en Levi, vervolg

Machteld, haar partner en Levi zijn inmiddels drie jaar verder en Machteld ervaart veel onmacht in de relatie met haar zoontje. Machteld omschrijft Levi als een boos en opstandig kind. Ze begrijpt hem vaak niet en schaamt zich om zijn gedrag. Levi wil niet met andere kinderen spelen en duwt hen gewoon van zich af. Machteld heeft een buurmeisje dat ze een leuk vriendinnetje voor Levi vindt. Het meisje komt graag bij het gezin spelen, maar elke keer als ze er is doet Levi heel raar tegen haar. Hij gromt en gooit met speelgoed en het buurmeisje mag nergens aankomen. Machteld is bang dat Levi opgroeit als een weinig sociaal jongetje.

Teleurstelling en verdriet

Tijdens de intake verkennen we de geschiedenis van het gezin. Machteld vertelt over de ambivalente relatie met haar moeder, haar reden om eerst geen kinderen te willen, de miskraam en uiteindelijk hoe het was om Levi te krijgen. De bevalling heeft Machteld als zwaar ervaren. Ze worstelt met haar band met Levi, deze is niet zoals ze zou willen. In haar hele verhaal klinkt teleurstelling en verdriet door: Levi is niet de zoon waar ze trots op kan zijn en zij is niet de moeder geworden waar ze trots op kan zijn. Oude twijfel steekt zijn kop op: 'misschien had ik toch nooit moeder



moeten worden'. Tussen moeder en Levi zie ik de hele sessie vrijwel geen contact. Levi speelt stoïcijns met de auto's en heeft ze allemaal op een rij gezet. Moeder wijst ernaar en vraagt: 'zou hij geen autisme hebben?'

Niet goed genoeg

De komst van Levi heeft oude angsten en twijfels bij moeder naar buiten gebracht. De doos van Pandora heeft zich geopend en het thema 'niet goed genoeg'-zijn staart moeder aan. Hoe kan ze een 'goed genoeg' moeder zijn als ze nooit een 'goed genoeg' kind is geweest?

Joan Raphael-Leff beschrijft in haar boek 'Pregnancy: the inside story' (1993) hoe elke ontwikkelingsfase ouders uitdaagt om eigen innerlijke vroegkinderlijke conflicten in de ouder-kindrelatie 'op te lossen': elk contact tussen ouder en kind omvat meer dan alleen de reële ontmoeting. Op de achtergrond vindt tegelijkertijd in drie opzichten een 'schaduw ontmoeting' plaats, namelijk dat van het eigen innerlijke kind zoals dat in de relatie tot de eigen ouders werd beleefd, dat van het gewenste en gefantaseerde kind wat tot de zwangerschap heeft geleid en het beeld van het daadwerkelijke kind dat zich tot een eigen persoontje begint te ontwikkelen.

Worsteling

Het is duidelijk dat Machteld worstelt met al deze beelden die zich opdringen wanneer ze met Levi samen is. Het boze en opstandige gedrag van Levi brengt haar in contact met haar eigen negatieve jeugdervaringen, met name de onmacht van haar moeder om haar opstandigheid als taal te zien in haar strijd voor autonomie en vrijheid. Machteld heeft als moeder geen antwoord op dit gedrag, behalve om het af te wijzen, zoals haar moeder ook bij haar deed.

Zodra we dit in een sessie verkennen, ontstaat bij Machteld ruimte om haar zoonje te zien als een gewoon klein jongetje van drie. Een jongetje dat niet alleen sturing nodig heeft, maar ook ruimte om zich op zijn eigen manier te ontwikkelen. En dat het veel meer haar eigen onmacht en pijn is die tussen haar en haar zoonje in staat. Hun relatie opent zich en voor het eerst ervaart zij het gevoel van hem te kunnen genieten. Door het gedrag van Levi, zijn ouders het gaan vermijden om ergens met hem naar toe te gaan. Ik moedig hen aan samen met Levi naar de speeltuin te gaan en dingen te ondernemen. Levi geniet van deze uitstapjes met zijn ouders.

Het gaat in alle opzichten beter tussen moeder en Levi. Toch blijft Levi's jaloezie naar het buurmeisje voor moeder een hardnekkig knelpunt. Levi 'dult' het niet als moeder het buurmeisje uitnodigt om te komen spelen en misdraagt zich elke keer behoorlijk. Moeder vindt dat zij toch als volwassene mag bepalen wie zij thuis uitnodigt en niet Levi. Samen met moeder verken ik haar relatie tot dit buurmeisje en moeders 'belang' dat zij haar zo graag ziet als een vriendinnetje voor Levi. Moeder vertelt dat ze zich tot dit meisje voelt aangetrokken. Het is een gezin waar veel speelt en moeder wil dit meisje beschermen. Ze ontfermt zich over haar en voelt zich als het ware een tweede moeder. Dit hoor ik terug in de woorden die Machteld kiest, de toon waarop zij spreekt en de emoties die onder de woorden schuil gaan. Vertegenwoordigt dit meisje wellicht de dochter die moeder niet heeft gekregen?'

Tranendal

Als ik mijn gedachte naar moeder uitspreek, verstart ze om daarna in tranen uit te barsten. Het verdriet om haar eerste kindje heeft moeder amper kunnen verwerken. Levi heeft zijn moeder heel goed geholpen doordat zijn jaloezie de vinger op de zere plek legde: hij kreeg bij moeder niet de plek van het gewenste kind. Moeder had die plek al weggegeven aan het zusje dat hij nooit heeft gekregen. Haar gevoelens mogen nu aan het licht komen: niet alleen de rouw om het verlies van dit eerste kind maar ook het verlies van haar fantasie dat dit meisje kon goedmaken waar zij in haar jeugd als dochter faalde.

De relatie tussen moeder en Levi herstelt zich. Met het ontrafelen van al deze onverwerkte emoties kan Pandora's doos zich langzamerhand sluiten. Moeder kan Levi steeds meer zien als een persoontje in zijn eigen uniciteit en niet als het schaduwkind dat iets goed te maken had in moeders eigen verleden. ●

SINDA helpt ontwikkelingsstoornissen eerder ontdekken

Baby's die veel huilen, weinig bewegen of nauwelijks variatie in spel laten zien. Zorgprofessionals zien regelmatig jonge kinderen met dergelijke klachten. De oorzaak kan lastig te achterhalen zijn - speelt er wellicht fase-problematiek, hebben tijdelijke (gezins)omstandigheden impact of is er een onderliggende ziekte bij het kind? Hoe fijn zou het zijn als je een hulpmiddel in handen hebt om dit onderscheid al in een vroeg stadium te maken. SINDA, een nieuw instrument voor vroegsignalering van ontwikkelingsstoornissen, helpt je hierbij. Drie praktijkvoorbeelden illustreren de meerwaarde.

Roselin van der Torren en Mijna Hadders-Algra

Casus 1: Veel huilen

Boaz is het eerste kind van ouders, geboren na een voldragen zwangerschap. Nu is hij 4 maanden oud en hij huilt veel. Ook heeft hij een voorkeurshouding naar rechts. Ouders vinden het thuis pittig met Boaz omdat hij dikwijls niet goed in zijn vel lijkt te zitten. Ze maken zich zorgen. Op het consultatiebureau ziet de jeugdarts een onrustig kindje met specifieke symptomen; overstrekken, huilen en een kwalitatief slechte motoriek. Ook de jeugdarts heeft weliswaar een niet-plus gevoel, maar nog weinig harde aanknopingspunten.*

In bovenstaande casus kan de jeugdarts een SINDA uitvoeren. De letters staan voor *Standardized Infant NeuroDevelopmental Assessment* en is een nieuw gevalideerd ontwikkelingsinstrument voor de eerstelijns en toe-

pasbaar bij baby's van 6 weken tot 1 jaar oud (bij prematuren op hun gecorrigeerde leeftijd). Het bestaat uit drie onderzoeksschalen: een neurologische schaal, een ontwikkelingsschaal en een socio-emotionele schaal. Elke schaal bevat een aantal kenmerken waar het kind een 0 (atypisch) of 1 (typisch) op kan scoren. De maximum score van de neurologische schaal is 28; bij een score van ≤ 21 heeft het kind een verhoogd risico op een ontwikkelingsstoornis en baat bij vroeger interventie. Op deze manier biedt SINDA snel en laagdrempelig inzicht in het huidige functioneren en het risico op

een ontwikkelingsstoornis (zie ook kader).

De jeugdarts van Boaz voert de neurologische schaal van SINDA uit en vindt een score van 19. Het verhoogde risico, gecombineerd met specifieke klinische symptomen en een niet-plus gevoel bij ouders en professional, is voor de jeugdarts reden om Boaz te verwijzen naar de kinderneuroloog. Afhankelijk van regionale afspraken kan dit ook een algemeen kinderarts of kinderarts op een ontwikkelingspoli zijn. De kinderneuroloog ziet het kind en besluit tot aanvullende genetische en

'SINDA biedt snel en laagdrempelig inzicht in risico op een ontwikkelingsstoornis'



metabole diagnostiek. Parallel verwijst de jeugdarts alvast naar de kinderfysiotherapeut; niet alleen voor behandeling van de voorkeursohouding maar ook voor brede stimulatie van de motoriek en ontwikkeling. Ze houdt contact met ouders en ondersteunt hen in opgroevragen over Boaz. Uiteindelijk blijkt Boaz een metabole aandoening te hebben en wordt hij verder verwezen voor specialistische behandeling.

In deze casus biedt SINDA de jeugdarts een manier om het niet-pluis gevoel te expliciteren. Door de risicoscore wordt duidelijker dat de ontwikkeling van Boaz atypisch verloopt. Het is ook een argument om nu te verwijzen en niet af te wachten. Bij Boaz leidt dit tot een snellere diagnose, vroege start van therapie (waardoor de neuroplasticiteit van het jonge brein optimaal gebruikt wordt) en eerdere ondersteuning voor het gezin.

Casus 2:

Anders verlopende ontwikkeling

Farah* van 12 maanden komt bij de kinderfysiotherapeut omdat ouders opmerkten dat haar motoriek wat achterblijft ten opzichte van leeftijdsgenootjes. De kinderfysiotherapeut ziet een kind dat moeizaam zelfstandig tot zit komt, los zit met gestrekte benen, weinig romprotaties maakt en zich niet optrekt tot staan. Ze vraagt zich af wat de oorzaak zou kunnen zijn en besluit de neurologische schaal van SINDA uit te voeren. Farah scoort 20 punten en valt dus in de risicocategorie. Welke stappen kan de kinderfysiotherapeut nu zetten?

De uitslag van de neurologische schaal van SINDA bevestigt het vermoeden van de kinderfysiotherapeut dat er bij Farah iets speelt en dat ze een verhoogd risico op een ontwikkelingsstoornis loopt. Het klinische beeld doet

vermoeden dat er een achterstand in de ontwikkeling is. In zo'n geval kan het zinvol zijn om ook de ontwikkelingschaal en socio-emotionele schaal van SINDA te doen. De ontwikkelingschaal bevat 15 kenmerken per leeftijdsmaand en scoort de ontwikkeling op vier domeinen: grove motoriek, fijne motoriek, communicatie en cognitie. Een score van ≤ 7 (uit totaal 15 kenmerken) betekent een achterstand op meerdere domeinen en een verhoogd risico. De socio-emotionele schaal wordt leeftijdsonafhankelijk gescoord en bevat zes kenmerken op vier deelgebieden: interactie, emotionaliteit, zelfregulatie en reactiviteit.

Farah haalt 7 punten op de ontwikkelingschaal en scoort atypisch op het gebied van interactie op de socio-emotionele schaal. Hierdoor komt duidelijk naar voren dat bij Farah méér speelt dan alleen een motorische ach-



Casus 3:

Moeizaam ontspannen

Robin is het tweede kind van ouders, op tijd geboren en nu zes maanden oud. Hij is vaak onrustig en huilerig en ontspant moeilijk, vertellen zijn ouders. De jeugdarts ziet bij controle eveneens een geprikkeld kind wat niet comfortabel op de onderzoeksmat ligt en weinig exploreert. Ouders en jeugdarts maken zich zorgen.*

'Instrument bevordert samenwerking tussen kinderfysiotherapeuten en jeugdartsen'

terstand; ze loopt in haar gehele ontwikkeling achter en heeft een verhoogd risico op een ontwikkelingsstoornis. De kinderfysiotherapeut betreft de jeugdgezondheidszorg en via daar volgt een verwijzing naar een kinderarts. Daarnaast gaat de kinderfysiotherapeut aan de slag met stimulatie van de gehele ontwikkeling.

SINDA zorgt zo voor sneller én ander beleid: Farah wordt eerder verwezen en de kinderfysiotherapeut zet bredere therapie in. Daarnaast kunnen ouders via de jeugdgezondheidszorg eerder ondersteuning krijgen. SINDA kan zo een geschikt instrument zijn voor samenwerking tussen kinderfysiotherapeuten en jeugdartsen.

De jeugdarts voert een gehele SINDA uit waar Robin 24 punten op de neurologische schaal en 10 punten op de ontwikkelingsschaal scoort (beide niet in het risicogebied). Op de socio-emotionele schaal scoort hij atypisch op zelfregulatie en reactiviteit. De uitslag betekent dat Robin geen verhoogd risico heeft op een ontwikkelingsstoornis. Daardoor kan de jeugdarts ouders geruststellen en is geen verwijzing nodig.

Het primaire doel van de socio-emotionele schaal is ondersteuning en advies aan ouders. Atypische scores hierop hebben een lage voorspellende waarde. Dat is passend bij wetenschappelijk onderzoek naar het tem-

perament van baby's, en instrumenteel in wat de behoeftes van de baby zijn en geven richting aan het gesprek met ouders. In het geval van Robin voelen ouders zich serieus genomen in hun zorgen, adequaat gerustgesteld en kunnen ze aan de slag met ontspanning en co-regulatie.

Meerwaarde

De praktijkvoorbeelden maken duidelijk dat SINDA op meerdere manieren ouders en professional ondersteunt. Het kan een plus- of niet-plus gevoel beter specificeren wat ook beleid beïnvloedt. Het verhaal van Boaz toont bijvoorbeeld dat er dankzij SINDA eerder verwezen werd, waardoor de ontwikkeling tijdig ondersteund kon worden met vroege interventie.

SINDA kan ook een manier zijn om breed de ontwikkeling in kaart te brengen zodat scherper zichtbaar wordt of er achterstand speelt bij een kind, zoals de casus van Farah laat zien. Tot slot kan SINDA bij een gunstige uitslag ook de nodige geruststelling bieden, waardoor verdere zorg voorkomen wordt en ouders effectief ondersteund kunnen worden in de relatie met hun kind zoals het geval was bij Robin.

Een ander pluspunt is dat SINDA door haar ontwerp (zie kader) laagdrempelig inzetbaar is en makkelijk aan te

Drie schalen

De drie schalen van SINDA kunnen ingezet worden bij baby's van (gecorrigeerd) 6 weken tot 1 jaar oud. De neurologische schaal bevat 28 kenmerken over vijf domeinen: spontane bewegingen, hersenzenuwen, posturale reacties, tonus en reflexen. De kenmerken worden gestandaardiseerd (hetzelfde op elke leeftijd van de baby) en dichotoom gescoord: een 0 voor atypisch of een 1 voor typisch. Een risicoscore op de neurologische schaal (≤ 21) voorspelt cerebrale parese en/of verstandelijke beperking met een sensitiviteit van 83-100% en een specificiteit van 81-96%.

De ontwikkelingsschaal van SINDA kent 15 kenmerken per leeftijdsmaand, welke zijn verspreid over vier domeinen: 1) grove motoriek, 2) fijne motoriek, 3) communi-

catie en 4) cognitie. Ook hier wordt dichotoom gescoord. Een risicoscore (≤ 7) voorspelt een verstandelijke beperking met een sensitiviteit van 77% en een specificiteit van 92%. De socio-emotionele schaal is niet voorspellend bedoeld, maar ondersteunt de professional in de differentiaaldiagnose en biedt handvatten voor advisering naar ouders

De neurologische- en ontwikkelingsschaal kunnen zelfstandig gebruikt worden. De socio-emotionele schaal wordt beoordeeld tijdens afname van de andere schalen en bekijkt vier gedragingen: interactie, emotionaliteit, zelfregulatie en reactiviteit; dit laatste op houding, auditief en visueel gebied. Er is geen totaalscore voor deze schaal.



De gebruikte namen zijn fictief. ●

Roselin van der Torren, MSc is jeugdarts, aios M+G/jeugdgezondheid (eerste fase) bij TNO/SBOH en promovendus bij Tranzo, Tilburg. Prof. Dr. Mijna Hadders-Algra is em. hoogleraar Ontwikkelingsneurologie verbonden aan het Beatrix Kinderziekenhuis, Instituut voor Ontwikkelingsneurologie, Universitair Medisch Centrum Groningen. Dit artikel borduurt voort op een eerder artikel uit de wintereditie VROEG van 2022) waarin SINDA wordt uitgelegd.

Bij dit artikel horen 5 referenties; deze zijn op te vragen via vroeg@dgcommunicatie.nl



Figuren online

Aanvullend op hun artikel hebben de auteurs drie figuren beschikbaar gesteld, te weten:

- Een ingevuld (fictief) scoringsformulier SINDA Neuro schaal van casus Farah;
- Een ingevuld (fictief) scoringsformulier SINDA Ontwikkeling (6-12mnd) + SE schaal van casus Farah;
- Een leeg scoringsformulier SINDA Ontwikkeling (0-6 mnd).

De figuren vind je op onze website via de QR-code.



‘Met behulp van SINDA kun je een plus- of niet-plus gevoel beter specificeren’

leren met behulp van de handleiding plus de bijbehorende online video's. De

drie onderzoeksschalen kunnen deels onafhankelijk van elkaar uitgevoerd worden. Tot slot kan het inzetten van SINDA als een gemeenschappelijk instrument de samenwerking tussen jeugdarts, kinderfysiotherapeut (en andere eerstelijns professionals zoals kinderergotherapeuten en logopedisten), kinderarts en kinderneuroloog vergemakkelijken om het functioneren van baby's te evalueren. Tegelijkertijd kunnen risico's worden ingeschat. Zo is SINDA er voor baby's, ouders en professionals!

Hoe vroeger, hoe beter

In Midden-Brabant wordt Integrale Vroeghulp (IVH) al 20 jaar met succes ingezet. “Insteek is het idee dat hoe vroeger een kind de juiste ondersteuning krijgt, hoe beter”, vertelt pedagoge en IVH-coördinator Lindsay van der Lee. “Bijzonder aspect van de aanpak is dat we mét ouders praten in plaats van óver ouders.”

Joëlla Hendriks

Wanneer de ontwikkeling van een kind anders verloopt dan die van leeftijdgenootjes, is het voor ouders niet altijd duidelijk wat er aan de hand is. “Integrale Vroeghulp is een multidisciplinaire werkwijze die kan worden ingezet wanneer ouders zorgen hebben over de ontwikkeling van hun kindje”, vertelt IVH-coördinator Lindsay van der Lee. “Ik kan me heel goed voorstellen, ook als moeder, wat het met je doet als ouder wanneer je zorgen hebt over je kindje en geen idee hebt wat er precies aan de hand is.”

Toekomstbeeld in gedrang

Arts M+G/jeugdgezondheid Marieke Duif-Klessens onderschrijft haar woorden. Zij ziet kinderen vanaf 4 weken oud samen met hun ouders op het consultatiebureau in Drunen. “Over het algemeen komen ouders met een – in hun ogen – gezond kind. Toch signaleren we regelmatig zorgen over de ontwikkeling van het kindje. Dit kan voor ouders erg stressvol zijn. Hun toekomstbeeld over het gezond en gelukkig opgroeien van hun kind dreigt ineens in het gedrang te komen.” Samen met de ouders begint ze ver-

‘Bij Integrale Vroeghulp komen het medische en sociale domein samen’

volgens aan de puzzel om uit te zoeken wat er aan de hand is en wat dit betekent voor het gezin.

Marieke gelooft sterk in de kracht van preventie. “Door vroeg te signaleren en in te grijpen, bied je zowel het kind als de ouders uitzicht.” Daarom is ze sinds januari 2020 kernteamlid van Integrale Vroeghulp. Vanuit haar functie als arts M+G/jeugdgezondheid ondersteunt ze het team vooral met expertise op het sociaal-medische vlak. “In het kernteam van IVH vind ik altijd een laagdrempelige en waardevolle samen-

werkingspartner om te komen tot antwoorden op de vragen waar ouders mee worstelen.”

Zorgvraag staat centraal

De ontwikkelingsgebieden van jonge kinderen zijn onderling vaak met elkaar verweven. Dat maakt diagnosticeren lastig. Te meer daar het in veel gemeenten lang niet altijd duidelijk is waar het gezin het beste kan aankloppen om het probleem op te lossen. Dit geldt echter niet voor Midden-Brabant. Hier kunnen ouders, samen met hun kind en eventuele broertjes, zusjes en andere verzorgers, terecht bij Integrale Vroeghulp. Doen zij dit – of zelf, of omdat zij zijn doorverwezen – dan staat de vraag van de ouders centraal.

Breed kijken

Bij Integrale Vroeghulp komen het medische en sociale domein dus samen. “Binnen de zorg worden deze domeinen vaak apart beschouwd”, aldus Lindsay. “Op het moment dat die partijen met elkaar aan tafel zitten, kan



Lindsay van der Lee



Integrale Vroeghulp

Bij Integrale Vroeghulp werken verschillende organisaties samen die hulp bieden aan ouders van jonge kinderen met (een vermoeden van) ontwikkelingsproblemen. IVH wordt ingezet als er op meerdere vlakken zorgen zijn. Ouders worden ondersteund door een casemanager en krijgen advies van een multidisciplinair kernteam. Samen met de ouders wordt gekeken naar mogelijkheden voor passende ondersteuning. Door vroegsignalering en een goede en brede samenwerking krijgen kinderen zo snel mogelijk hulp, waardoor veel problemen en kosten voorkomen kunnen worden.

ding en dat vraagt om vakmanschap. De casemanager denkt met de ouders mee, is een vraagbaak en vormt voor hen een steunpilaar. "Juist door de inzet van zo'n casemanager als vast aanspreekpunt wordt Integrale Vroeghulp al jarenlang heel goed ontvangen door ouders."

Al 20 jaar succesvol

Dit jaar viert de regio Midden-Brabant een bijzonder jubileum: al 20 jaar lang werkt de samenwerkingsorganisatie met de IVH-interventie. Lindsay laat weten dat er alleen al in 2022, 257 kinderen tijdig voorzien zijn van de juiste hulp. "Wat wij hebben gezien is dat het hebben van één herkenbaar loket heel waardevol is. Vooral de sterke samenwerkingsverbanden en korte lijnen die bestaan met alle betrokken organisa-



er veel breder gekeken worden. Daarin zit de absolute kracht van Integrale Vroeghulp." Een traject begint altijd met vraagverheldering: waarbij hebben het kind maar ook de ouders hulp nodig? "De hulpvraag wordt vervolgens tijdens een centraal overleg voorgelegd aan het kernteam van experts die ieder vanuit de eigen discipline meekijken naar de problematiek. Het gaat om een zorgvuldig samengesteld team met lokale experts op elk vlak: een jeugd- of kinderrevalidatiearts, een logopedist, een kinderfysiotherapeut, een GZ-psycholoog en een professional met een achtergrond in het onderwijs. Daarmee voorkom je dat ouders met hun kind in allerlei losstaande trajecten tegelijk terecht komen."

Ouders praten mee

De brede blik is niet het enige aspect waar Lindsay en haar collega Marieke zo over te spreken zijn. "Het fijne aan

Integrale Vroeghulp is dat de ouders aansluiten bij dit overleg", vervolgt Lindsay. "Het maken van het plan voor het kind gaat dus altijd in directe samenspraak met de ouders." Zij merkt in dit verband op dat het niet altijd gemakkelijk is voor een ouder om zich kwetsbaar op te stellen door in het overleg de zorgen over hun kind uit te spreken. Integrale Vroeghulp biedt hen daarvoor echter een veilige plek. "Wij praten mét ouders in plaats van óver ouders."

Bij de vormgeving van het interventieprogramma is gekozen voor de inzet van een casemanager die de ouders op persoonlijke en betrokken wijze meeneemt in het proces. Hij of zij speelt een essentiële rol in de begelei-



Marieke Duif-Klessens

ties zijn hier debet aan. Deze zorgen ervoor dat de interventie al zolang een groot succes is. In de regio hebben we elf gemeenten waar Integrale Vroeghulp actief is. Daarbij werken we samen met meer dan vijftien partnerorganisaties. Naast het blijven verbinden met de partners, is doorontwikkeling voor ons een prioriteit."

Collectieve signalen

Een goede samenwerking zit voor coördinator Lindsay overigens niet alleen in de lijntjes met partners of gemeenten. "Vanuit Integrale Vroeghulp organiseren we ook meerdere keren per jaar ouderbijeenkomsten. Niet alleen om ouders op een laagdrempelige manier de mogelijkheid te geven elkaar te ontmoeten, maar ook om kennis op te doen over relevante thema's. Hiermee hopen we hen een plek van erkenning en herkenning te kunnen bieden."

Kernteamlid Marieke vult aan: "Door op al deze verschillende manieren in verbinding te staan met elkaar, hebben we in de afgelopen twee decennia veel collectieve signalen kunnen ophalen. Wij merken bijvoorbeeld dat wachtlijsten bij sommige instanties te ver oplopen en adresseren dat direct bij onze samenwerkingspartners en bij de desbetreffende gemeente. Hierdoor is Integrale Vroeghulp niet alleen een prachtig middel voor individuele casuïstiek, maar ook om te proberen veranderingen neer te leggen op de beleidstafel."

IVH-community

Kennis over en ervaringen met Integrale Vroeghulp worden gedeeld via de IVH Community op www.integralevroeghulp.nl. Hier is informatie te vinden voor professionals, gemeenten en ouders. Ook vind je hier een overzicht van alle regio's die werken met Integrale Vroeghulp.



'Het maken van een plan gaat altijd in directe samenspraak met de ouders'

Kostenbesparend

Ondanks het succes zijn er nog steeds twijfelende gemeenten. Marieke: "Sommige denken dat de inzet van interventies alleen maar meer druk op de zorg legt. Volstrekt onterecht. Het mooie aan IVH is juist dat er van de hulpvraag wordt uitgegaan. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat een probleem veel kleiner is dan het in eerste instantie leek te zijn. Of dat de hulpvraag snel wordt opgelost dankzij de tijdige signalering. De aanpak kan gemeenten dus juist ook op financieel vlak helpen."

Lindsay benadrukt nogmaals dat de vroegsignalering voor alle partijen van belang is. "77% van de kindjes die vorig jaar met hun ouders bij ons aanklopten waren tussen de 0 en 4 jaar oud. Het is van vitaal belang dat hulp op die kwetsbare leeftijd snel geboden kan worden. Ook voor gemeenten levert het enorm veel op als je direct de passende zorg kunt bieden. Dit zorgt ervoor dat je niet 'rond blijft diagnosticeren'. De insteek kan bovendien voorkomen dat de problematiek complexer wordt, waardoor er uiteindelijk meer specialistische zorg nodig is. Dit maakt dat IVH - naast dat het leed bespaart - kostenbesparend werkt."

Oproep

Arts M+G/jeugdgezondheid Marieke doet graag een oproep aan al haar collega's in het veld die (nog) niet met Integrale Vroeghulp werken. "Ik heb al die jaren mogen zien welke impact het kan hebben. Het is waardevol om als professional in de jeugdgezondheidszorg meer kennis op te doen over wat Integrale Vroeghulp inhoudt en wat het kan bieden in jouw regio. Kijk wat de mogelijkheden zijn binnen de gemeente waar je werkt. Doorverwijzen naar Integrale Vroeghulp betekent dat ouders en kind worden gehoord. Door dit vroeg signaleren en ingrijpen bieden we hen uitzicht op een betere toekomst. Ik geloof oprecht dat het dit doel is dat ons binnen de JGZ allemaal verbindt." ●

Joëlla Hendriks is werkzaam bij het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid op het thema Integrale Vroeghulp.

NCJ coördineert

De landelijke coördinatie van Integrale Vroeghulp ligt bij het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ). Wil je weten hoe expertise voor het jonge kind (Integrale Vroeghulp) in jouw regio is georganiseerd of Integrale Vroeghulp zelf vormgeven? Neem dan contact op via www.NCJ.nl.

De Vroegwerker

Reflectie op de dagelijkse praktijk

“Het is belangrijk dat een zorgprofessional tijdig de ernst van de eetproblematiek kan inschatten”, benadrukt Naomi Zammattio. “Plus de impact ervan op het gezin.” In Vlaanderen timmert zij op dit gebied flink aan de weg.



Wat is je achtergrond?

“In mijn bachelorscriptie verdiepte ik mij in eetproblemen en -stoornissen bij jonge kinderen. Verder volgde ik diverse trainingen en opleidingen in binnen- en buitenland rond problemen op dit gebied. Dit onderwerp sprak me niet alleen als zorgprofessional aan, maar ook als moeder van een dochter met een voedselallergie. Door een tekort aan ambulante ondersteuning, besloot ik een hulpverleningsinitiatief op te richten: ‘De Gezinspraktijk’. We bieden preventieve gezinsondersteuning en ouderbegeleiding aan voor jonge kinderen met een eetprobleem. Vertrekkend vanuit de unieke situatie van elk kind stemmen we behandelingstrajecten af op de aard en ernst van het eetprobleem. Ouders betrekken we via consultaties, video-interactiebegeleiding of huisbezoeken actief bij het traject.”

Waaruit bestaat je dagelijkse werk?

“Vroegdetectie en -interventie vanuit multidisciplinaire samenwerking zijn twee belangrijke pijlers binnen onze preventieve gezinsondersteuning. Ik luister en ondersteun ouders vanuit beide invalshoeken in het zoeken naar oplossingen voor het eetprobleem. Dit doe ik met oog voor andere regulatieproblemen, de ouder-kindrelatie en de interacties die uit die relatie voortvloeien. Daarnaast werk ik nauw samen met

onder meer een kinderpsychologe, diëtiste en preverbaal logopediste. Met multidisciplinair overleg sla ik een brug tussen de verschillende disciplines. Dat verrijkt zowel de behandelingsmogelijkheden als de ondersteuning aan het gezin.”

Wat is jouw affiniteit met signaleren en vroeghulp?

“Maar liefst een kwart van de ouders maakt zich zorgen over het eetgedrag van hun kind. Daarom is elke ouder met vragen welkom in onze praktijk. Te meer daar het niet altijd eenvoudig is uit te maken of er sprake is van een voorbijgaande fase, een ernstig eetprobleem of zelfs een eetstoornis. Daar komt bij dat de druk en stress rondom eten kan leiden tot verstoringen binnen de gezinsrelaties. Het is dus belangrijk dat een zorgprofessional tijdig de ernst van de eetproblematiek en de impact op het gezin kan inschatten. Zo kwam voor ons gezin de hulp te laat. Hierdoor escaleerde het eetprobleem en leidde het tot veel druk, stress, schaamte en machteloosheid. Dit zie ik ook regelmatig bij ouders die aankloppen bij mijn praktijk. Om die reden werken we vanuit een integratieve, gezinsgerichte aanpak, met juiste doorverwijzing bij ernstige eetstoornissen. Dit kan ervoor zorgen dat kinderen minder snel in levensbedreigende situaties terechtkomen, afhankelijk worden van sondevoe-

ding, of residentieel worden opgenomen.”

Wie of wat is voor jou een belangrijke inspiratiebron?

Naast mijn dochter, is kinderpsychiater dr. Binu Singh een inspiratiebron. Ze vertaalt de stem van het jonge kind naar het brede publiek. Mij inspireerde ze om als professionals écht te luisteren naar het jonge kind.”

Waar erger je je aan?

“In de praktijk zie ik regelmatig ouders die er alleen voor staan. Ze krijgen opmerkingen vanuit hun omgeving als ‘Breng hem maar eens een week bij mij’ of ‘Een kind hongert zichzelf niet uit, je moet strenger zijn’. Dit zijn kwetsende opmerkingen, die veel druk leggen op een gezin dat hulp nodig heeft. Het is volstrekt onterecht dat ouders als schuldigen worden aangeduid. In plaats daarvan verdienen ze juist een luisterend oor.”

Wat vind je een belangrijke uitdaging?

“Eén van mijn voornaamste uitdagingen is het vergroten van de bekendheid van ARFID -Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. Dit is belangrijk om vroegtijdig zowel de juiste alarmsignalen op te vangen als de risicofactoren in te schatten. Specifieke aandacht verdient de impact van ARFID op een gezinssysteem. Niet in de laatste plaats om escalatie te voorkomen.”

Professor Hedwig van Bakel:

“Hulpaanbod te veel gericht op gezinnen die het redelijk doen”

Infant Mental Health, kortweg IMH, vormt sinds jaar en dag het onderzoeksveld van prof. dr. Hedwig van Bakel. “De focus ligt op het ondersteunen van de ouder-kindrelatie en wel vanaf de kindertijd tot de kleuterleeftijd. Daarbij is met name oog voor de sociaal-emotionele ontwikkeling van jonge kinderen.” Hoewel de aanpak meer en meer navolging krijgt, maakt Van Bakel zich zorgen. “Een ouder-kindbril weten op te zetten betekent niet dat je ook ouder-kind behandelingen kunt uitvoeren. Daar komt bij dat nog weinig bekend is over de effectiviteit van veel interventies.” De wetenschapper kraakt meer noten om de geboorte- en jeugdzorg wakker te schudden.

Jan de Graaf

Hedwig van Bakel, tevens voorzitter van de DAIMH, is als docent en onderzoeker verbonden aan Tilburg University. “In mijn werk richt ik me met name op de kwaliteit van de vroege ouder-kindinteractie. Het accent ligt op de vraag hoe haperingen in die prille relatie zijn bij te sturen. Niet alleen via hulpverlening, maar ook via preventie. Dit laatste heeft natuurlijk de voorkeur.” Anders dan pakweg tien, twintig jaar geleden heeft tegenwoordige vrijwel iedere hulpverlener oog voor de ouder-kindrelatie. Bij dit goede nieuws plaatst Van Bakel wel een kanttekening. “Natuurlijk is het een goede zaak dat het relationele aspect meer en meer aandacht krijgt. Dat neemt niet weg dat er nog tal van witte vlekken zijn als het gaat om het daadwerkelijk in de praktijk toepassen van wetenschappelijke inzichten op dit gebied. Dit aspect is de afgelopen jaren verwaterd. Het lijkt soms of de praktijk gewoon doordendert, ook op punten waarop de wetenschap adviseert even een pas op de plaats te maken.”

Interveniëren op maat

Om dezelfde reden waarschuwt Van Bakel voor het niet klakkeloos overne-

men van wat in het buitenland gebeurt. In plaats daarvan pleit zij ervoor om bij buitenlandse bevindingen telkens te kijken in hoeverre die al dan niet zijn in te passen in onze structuur. “Veelal zal dan blijken dat het meerwaarde heeft om op basis van die ervaringen elders, iets te ontwikkelen dat aansluit op onze praktijk en cultuur. Nu zie ik nog te veel een houding van ‘Oh ik zie een interessante interventie, laten we die ook naar Nederland halen’. Daar moeten we paal en perk aan stellen, het moet op maat.” Dit laatste bedoelt de hoogleeraar letterlijk. “Elk gezin is uniek. Dit betekent dat je eerst terdege moet puzzelen om erachter te komen wat er speelt. Pas als het plaatje helder is, kun je gericht hulpverlenen, dus op een manier die aansluit bij de gezinsomstandigheden.”

Om haar woorden toe te lichten, wijst Van Bakel erop dat er met name veel

‘Investeren in ouder-kindrelatie behoeft meer verbinding tussen wetenschap en praktijk’

onderzoek komt uit Amerika. “Niet alleen de maatschappij, maar ook het systeem van jeugdhulpverlening verschilt daar hemelsbreed van het onze. Zo kent Amerika veel *evidence based* interventies die speciaal zijn ontwikkeld voor de meest kwetsbare groepen. Denk aan gezinnen die worstelen met chronisch geldgebrek en intergenerationale overdracht, dus echt de meest kwetsbaren aan de onderkant van de samenleving. Op het gebied van onder meer het verminderen van hun trauma’s zijn bijvoorbeeld fantastische programma’s ontwikkeld. Haal je die één-op-één naar onze samenleving, dan schiet je je doel voorbij. De problemen waar kwetsbare gezinnen hier mee worstelen zijn van een geheel andere aard. Die interventies werken dan niet of nauwelijks.”

Hetzelfde geldt voor veel groepsprogramma’s die in Amerika zijn ontwikkeld. “Vaak zit daar behoorlijk wat psy-

‘Veel energie stoppen we in het ondersteunen van ouders die een beetje onzeker zijn’

cho-educatie in, met een scala aan huiswerkopdrachten vol verbale informatie met ingewikkelde woorden en concepten. In plaats van zo'n interventie een-op-een over te nemen, kan het interessanter zijn om te kijken hoe je de belangrijkste elementen kunt vertalen naar onze situatie. Zelfs al is een programma mooi in stappen opgebouwd, dan nog moet het aangepast worden aan hoe onze samenleving in elkaar zit.”

Werkzame elementen

Overigens roept Van Bakel om dezelfde reden op om bestaande interventies op z'n tijd goed tegen het licht te houden. “De hulpverlening moet veel meer toe naar wat werkt voor wie, wanneer en waarom. Vaak zal het best moeilijk zijn om de werkzame elementen uit een interventie te halen. Neem alleen al het multimodale hulpaanbod. We stoppen daar van alles in: psycho-educatie, inspelen op emotieregulatie, werken aan jezelf onder controle houden, noem maar op. Vaak ook nog met het verzoek om daarbij video-opnames te maken. Door dit alles weten we lang niet altijd meer wat nou hetgeen is wat helpt. Het heeft echt meerwaarde om interventies regelmatig te ontleden in de daadwerkelijk werkzame mechanismes voor welke kinderen c.q. ouders en in welke situatie.”

Goed genoeg of niet

Haar pleidooi kreeg in juli ondersteuning tijdens het tweejaarlijkse WAIMH-congres in de Ierse hoofdstad Dublin. “Uit meerdere presentaties kwam naar voren dat de meeste onderzoekers kunnen aantonen dat een interventie vooral effectief is voor de meest extreme groep ouders die heel weinig bagage van zichzelf heeft. Zorgelijk is dat het profijt hiervan voor de hele middengroep eigenlijk beperkt is. Onderzoekers zien weinig vooruitgang bij gezinnen die het redelijk goed doen. En juist op die middengroepen richten we nu voornamelijk onze pijlen

in Nederland. We besteden dus veel geld en tijd aan het ondersteunen van ouders die een beetje onzeker zijn. Waarvan je je kunt afvragen ‘is het niet al goed genoeg’. Natuurlijk zullen ook veel van deze ouders baat hebben bij ondersteuning vanuit de IMH-visie, maar er is veel en veel meer winst te behalen door van ‘heel laag’ naar ‘iets beter’ te gaan.”

Tijd en aandacht

Richting ouders adviseert Van Bakel de lat vanaf de geboorte niet te hoog te leggen. “Natuurlijk draagt een goede relatie tussen ouder en baby zonder meer bij aan een goede ontwikkeling. Dit helpt een kind om zijn eigen gedrag te reguleren op het moment dat ‘ie van slag is. Maar ouders hoeven heus niet alsmaar goed afgestemd te zijn. Het gaat er vooral om dat zij in die eerste periode veel tijd en oprechte aandacht aan hun baby geven.” Lukt dat niet, dan is er ook zeker nog hoop. “Na die eerste duizend dagen valt er met een juiste begeleiding veel te herstellen. Om de relatie met hun kind in de eerste duizend dagen goed te laten verlopen is het vooral van belang dat ouders vertrouwen op hun intuïtie. Plus de rust en tijd nemen om hun kind te leren kennen, bij voorkeur zonder tussenkomst van al te veel professionals.”

Gepaste ondersteuning

Een en ander neemt niet weg dat professionele hulp effectief bij kan dragen aan het ontwikkelen van een gezonde ouder-kindrelatie. “Bij twijfels over het contact tussen ouder en kind is het zeker zaak om een vinger aan de pols te houden. Maar nogmaals, vaak er

als hulpverlener voor dat je te veel gaat problematiseren. Ouders hoeven niet 100 procent van de tijd die ze met hun kinderen doorbrengen optimaal afgestemd te zijn. In de praktijk zie je dat soms doorslaan. Kijk maar eens naar het enorme aanbod aan gehechtheids cursussen en -trainingen. Op zich prima natuurlijk, maar het is mijn ervaring dat die veelheid in het aanbod ouders ook onzeker maakt. We moeten er dus voor oppassen dat we gehechtheid niet overwaarderen. Als ouders het op hoofdlijnen redelijk tot goed doen, is het beter om terughoudend te zijn met allerlei adviezen.” Professionele hulp is wel hard nodig wanneer de ouder-kindrelatie om welke reden dan ook echt onder druk staat. “Dié gezinnen moeten we juist in een pril stadium ondersteunen.” Van Bakel realiseert zich dat de afweging wanneer ‘goed genoeg’ niet meer volstaat, lastig kan zijn. “Het blijft een persoonlijke inschatting op basis van kennis en ervaring bij welke score op welk instrument of bij welk gedrag de alarmbellen moeten gaan rinkelen. Daar wordt momenteel veel onderzoek naar gedaan, maar dat staat nog in de kinderschoenen. Er kan namelijk geen cijfertje aan worden gehangen. Zo van ‘als een ouder 50% van de tijd adequaat reageert, dan gaat het goed met de gehechtheidsrelatie’. Het lijkt niet zozeer te gaan over de manier van reageren op bijvoorbeeld het huilen en het van slag zijn van hun kind, maar vooral dát ze dit doen. Bied als professional gepaste ondersteuning. Doe dat als het even kan met mate en pas als de ontwikkeling echt de verkeerde kant op gaat.”



Spin in het IMH-web

Als voorzitter van Vereniging DAIMH vervult Hedwig van Bakel een actieve rol in zowel het waarborgen van de kwaliteit van het IMH-vakgebied als de verdere uitrol hiervan. De vereniging biedt een onderkomen aan professionals die betrokken zijn bij de geestelijke gezondheidszorg van nog ongebooren kinderen, baby's, peuters, kleuters en hun ouders. Centraal staat het uitwisselen van kennis en kunde over Infant Mental Health. De toekomst voor de DAIMH ziet Van Bakel zonnig in. "Meer en meer professionals houden zich immers bezig met zwangeren en jonge kinderen. Ik verwacht dan ook dat er nog meer professies bijkomen. Niet alleen degenen die een IMH-specialist of IMH-consulent registratie hebben maar ook andere beroepsgroepen die het IMH-sensitief denken omarmen. De laatste jaren zie je al dat die zich aansluiten bij de DAIMH voor onder meer de netwerkverbinding. Via ons blijft men op de hoogte van relevant wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast blijven we een beroepsvereniging die ondersteunend werkt en de registraties van IMH-deskundigen beheert."

Dr. Hedwig van Bakel:
"Ouders hoeven niet alsmaar
100% goed afgestemd te zijn"

opgroeien binnen een context van relaties. En dat deze relaties altijd invloed hebben op gedrag en ontwikkeling. Juist dáár zijn zwangeren en gezinnen met jonge kinderen echt bij gebaat. Plus dat je als professional duidelijk het onderscheid weet te maken waar de grens van je professie ligt. Nu lijkt het soms te gemakkelijk om en passant in de behandeling ook nadrukkelijk aandacht te besteden aan de ouder-kindrelatie. Maar niet iedereen hoeft dat te kunnen, het vereist specifieke expertise en ervaring waarbij ook ethische aspecten een rol spelen."

Valkuil

Toewerken naar een nieuwe stip op de horizon vereist in de eerste plaats veel samenwerking en goede ketenzorg. Daar bovenop hoopt Van Bakel dat het IMH-sensitief denken en doen, veel meer dan nu het geval is, vaste grond onder de voeten krijgt. "IMH sensitief werken betekent dat je er in je werk altijd rekening mee houdt dat kinderen

In de ogen van Van Bakel is het veel effectiever als iedereen een IMH-sensitieve antenne heeft. "Het ondersteunen en behandelen mogen vervolgens diegenen doen die dat vanuit hun basisberoep kunnen en weten van 'dit kan ik wel en niet'. Zij aarzelen bovendien niet om wanneer nodig door te verwijzen, bijvoorbeeld naar iemand met veel meer psychotherapeutische

bagage in huis om een gezin te ondersteunen. Het is een valkuil om IMH te zien als iets dat we er allemaal wel even bijdoen. Niet voor niets vereist het werken vanuit de IMH-visie een gespecialiseerde opleiding en training. Dat is nodig om het relationeel denken op een juiste manier te integreren in de dagelijkse werkzaamheden van de professional. En wel zo dat het aansluit bij de functie-eisen, het takenpakket en de wettelijk bepaalde kaders van het specialisme van zowel professionals als van de organisaties waar men werkzaam is."

Werelden verbinden

Over de gehele linie hoopt Van Bakel dat wetenschap en praktijk elkaar beter weten te vinden. "Daar schort het nu soms aan. Regelmatig merk ik dat de praktijk te weinig kennis neemt van de wetenschap." De onderzoekswereld gaat evenmin vrij uit. "Er vindt soms te weinig onderzoek plaats naar wat in de praktijk leeft. En we bieden vanuit de wetenschap onze praktijkprofessionals te weinig handvatten waar zij echt mee uit de voeten kunnen. Zo hebben we heel lang vanuit de wetenschap geroepen dat het vormen van veilige gehechtheidsrelaties met ouders dé mijlpaal is voor een gezonde ontwikkeling van jonge kinderen. Maar we zijn niet in staat geweest het praktijkveld te voorzien van valide instrumenten om de kwaliteit van deze relatie goed in kaart te brengen." Zij hoopt op meer verbinding tussen wetenschap en praktijk. "Dus dat datgene wat daadwerkelijk aan het licht komt in wetenschappelijk onderzoek, binnen de kortste keren zijn weg vindt naar de praktijk. Bijvoorbeeld door goede en betrouwbare platforms. Ook de DAIMH kan hierbij een rol spelen. Plus dat de ervaringen hiermee binnen de hulpverlening weer landen bij onderzoekers. Zo niet, dan ben ik bang dat die twee werelden steeds verder uit elkaar zullen lopen, terwijl het juist zo nodig is om die verbinding te krijgen." ●

Omgaan met Hyperemesis Gravidarum

Zo'n twintig keer per dag overgeven, dus geen voeding en vocht binnen kunnen houden, en je ziek moeten melden van je werk. Plus geen enkele prikkel kunnen verdragen. En dat maandenlang, met soms meerdere ziekenhuisopnames. Ieder jaar weer treft dit lot duizenden zwangere vrouwen. Zij lijden aan Hyperemesis Gravidarum oftewel ernstige zwangerschapsmisselijkheid. Met welke begeleiding zijn deze zwangeren gebaat?

Anouk de Bruijn

Uit de geboortecijfers van het CBS blijkt dat in Nederland jaarlijks ongeveer 2000 tot 4000 vrouwen Hyperemesis Gravidarum (HG) krijgen. Het werkelijke aantal zal hoger liggen, doordat veel vrouwen met forse klachten van misselijkheid dit niet rapporteren bij hun zorgverleners, omdat ze denken dat misselijkheid erbij hoort.

Kenmerken

HG is een potentieel levensbedreigende zwangerschapsaandoening. Daarom moet één op de 100 tot 150 zwangere vrouwen met HG worden opgenomen in het ziekenhuis. Er is geen test om de diagnose vast te stellen. Kenmerken zijn gewichtsverlies, ondervoeding, uitdroging en verlies van functioneren in het dagelijks leven door extreme misselijkheid en/of braken. De aandoening kan – als deze zich maandenlang voortsleept – gevolgen hebben voor de gezondheid van moeder en baby. De misselijkheid kan

'Gedachten aan een abortus of wens voor een miskraam komen geregeld voor'

bestaan uit een droge (extreme misselijkheid zonder braken) en natte (met braken) variant. De gradatie van de impact kan per vrouw verschillen.

Vanwege de fysieke klachten van HG wordt het dagelijkse functioneren van een zwangere vrouw ernstig beperkt. Wanneer er sprake is van ernstige HG, zal zij zich voortijdig ziek moeten melden van haar werk. Het huishouden en de zorg voor eventuele andere kinderen zal moeizaam zijn of helemaal niet meer gaan. Vaak kunnen vrouwen met HG allerlei sensorische prikkels niet verdragen en komen ze in een sociaal isolement terecht. Dit kan leiden tot mentale klachten zoals somberheid, angst en uitputting. Gedachten aan een abortus of wens voor een mis-

kraam komen geregeld voor bij vrouwen met HG.

De impact van (ernstige) HG is helaas niet altijd meteen na de bevalling verdwenen. Hoewel het braken meestal direct stopt na de bevalling, kan het misselijkheidsgevoel nog regelmatig terugkomen. Daarnaast kan HG een lang mentaal herstel vergen. Vaak overheersen nog schuld- en schaamtegevoelens bij vrouwen die het hebben meegemaakt, bijvoorbeeld doordat ze niet hebben kunnen genieten van de zwangerschap of zelfs gehoopt hebben op een miskraam.

Begeleiding

Als psycholoog kan je ontzettend veel betekenen voor deze vrouwen. Niet



'Soms geeft simpelweg het aanraken van de buik al nare fysieke sensaties'

alleen tijdens de zwangerschap, maar ook in de periode daarna.

Tijdens de zwangerschap

Veel vrouwen die voor de eerste keer HG meemaken zullen zelf geen hulp zoeken bij een psycholoog. Ze zijn vaak zo ziek, dat er geen ruimte is om daarvoor een verwijzing te vragen bij de huisarts of om überhaupt te denken aan therapie. Toch zou het wenselijk zijn dat zij, bijvoorbeeld via de verloskundige, gewezen worden op de mogelijkheid van laagdrempelige begeleiding door een psycholoog die affiniteit en ervaring heeft met psychische klachten rondom zwangerschap en geboorte.

De begeleiding zal dan niet kunnen bestaan uit de traditionele sessies van

45-60 minuten. In plaats daarvan zal er, in afstemming met de zwangere en haar netwerk, maatwerk moeten worden geboden over de wijze waarop de mentale ondersteuning plaats kan vinden. Dit kan bijvoorbeeld bestaan uit korte telefonische of beeldbel sessies of mailcontact. Erkenning geven aan alle gevoelens en gedachten van de zwangere dient centraal te staan tijdens deze korte momenten van contact. Daarnaast kan de zwangere vrouw aangemoedigd worden om in een dagboek kleine momenten op te schrijven waar ze blij van werd of die wel waren gelukt.

Bij forse HG is een zwangere vooral bezig met overleven en het ziek zijn. Daardoor is er vaak minder ruimte om

te fantaseren over de baby die in haar groeit. Gevolg is dat deze vrouwen minder genieten van de zwangerschap en minder contact met de baby in de buik maken. Soms simpelweg omdat het aanraken van de buik al nare fysieke sensaties geeft. Als psycholoog kan je samen met de vrouw gaan onderzoeken op welke manier het wel mogelijk is om korte momentjes van contact te maken met de baby. Dit kan door aanraking, maar ook door ertegen te praten, ook over hoe ziek men zich voelt, maar dat de baby daar niets aan kan doen. Belangrijk is om de partner hierbij te betrekken; mogelijk kan hij namens de moeder praten tegen de baby en uitleggen wat er aan de hand is.

Na de zwangerschap

De meeste vrouwen met HG worden in de praktijk pas na de bevalling gezien door een psycholoog. In de eerste postpartum maanden kunnen mentale klachten ontstaan zoals schuldgevoe-

lens ('ik heb informatie opgezocht over een abortus'), somberheid, gevoel van falen van het lijf of zelfverwijt.

Daarnaast kan er sprake zijn van (fysieke) herbelevingen. Wanneer ze in hun omgeving worden geconfronteerd met een zwangerschap, kunnen zij zich bijvoorbeeld fysiek opnieuw miselijk gaan voelen. Het is ook mogelijk dat er pas mentale klachten ontstaan op het moment dat er een wens ontstaat voor een volgend kindje. Sowieso ontstaan er dan vaak angstklachten om opnieuw HG te krijgen.

Wanneer psychologische behandeling is geïndiceerd zal deze zich in eerste instantie richten op het verwerken van de nare herinneringen aan de zwangerschap. Een EMDR-behandeling kan de emotionele lading van die herinneringen verminderen en helpen meer adaptieve betekenissen te geven aan wat de vrouw is overkomen.

Bijvoorbeeld dat ze aan het overleven was, dat ze echt vreselijk ziek was en dat het normaal is om onder die abnormale omstandigheden gedachten over een abortus of miskraam te hebben.

Zijn de nare herinneringen van hun emotionele lading ontdaan, dan kan er meer mildheid ontstaan. Vrouwen kunnen dan vanuit rust terugkijken op hun zwangerschap. Zo ontstaat er ook meer vertrouwen om een volgende zwangerschap aan te kunnen.

Nieuwe zwangerschap

Voelt een vrouw hiervoor, dan kan binnen de psychologische behandeling in samenspraak een plan worden gemaakt om vrouw en partner hier zo optimaal mogelijk op voor te bereiden. Zo kunnen zij al afspraken maken met hun omgeving - werk, grootouders en vrienden over wat zij nodig hebben om een eventuele volgende HG te kunnen doorstaan. De omgeving kan bijvoorbeeld steunende berichten of

'In de meeste gevallen ziet een psycholoog vrouwen met HG pas na de bevalling'

kaartjes sturen als bezoek niet mogelijk is. Daarmee voelt de zwangere dat er aan haar gedacht wordt. Ook kan je adviseren om nu al een steunende boodschap in te spreken voor zichzelf om af te luisteren als ze tijdens haar nieuwe zwangerschap weer in zo'n vreselijke situatie terechtkomt en zich machteloos voelt. Of een paar kleine babyschoentjes op het nachtkastje zetten om zichzelf eraan te helpen herinneren waarvoor ze het doet.

Er kan ook samen met de vrouw en haar partner worden nagedacht hoe ze de verbinding met haar eerste kindje dat al in het gezin aanwezig is kan behouden op momenten dat ze zich

erg ziek voelt. Zo kan ze al verhaaltjes en liedjes voor het slapen gaan opnemen om af te spelen wanneer ze zelf haar kindje niet op bed kan leggen. Het is belangrijk dat ook aan dit kindje wordt uitgelegd wat er aan de hand is met mama. Dit kan bijvoorbeeld met het prentenboek 'Mama is het spuugzat' van de hand van Suzan van Velthoven. ●

Anouk T.C.E. de Bruijn (info@debruijnpsychologie.nl) is GZ-psycholoog en Infant Mental Health (IMH) Specialist en is zelfstandig gevestigd in Breda. Anouk is EMDR-practitioner en verbonden aan de Special Interest Group van de Vereniging EMDR Nederland. Ze werkt tevens als docent bij IMH Nederland.



Stichting ZEHG

Voor meer informatie over HG wordt verwezen naar Stichting ZEHG (zehg.nl). Vanuit de stichting zijn er ook besloten Facebook-groepen waarin lotgenoten ervaringen kunnen delen en steun kunnen vinden.



Hulp bij eetvragen

Het Voedingscentrum helpt bij het beantwoorden van eetvragen van zwangeren en ouders van jonge kinderen. Hiervoor heeft het centrum voor professionals nieuwe webpagina's ingericht.

Op de webpagina's vind je praktische informatie en gratis ondersteunende materialen. Niet alleen voor jezelf, maar ook voor (aanstaande) ouders tijdens het consult. Er zijn pagina's voor verloskundigen/gynacologen, kraamverzorgenden en JGZ-professionals.

vakbladvroeg.nl

Hier vind je meer informatie over de berichten op deze pagina.



Kwaliteit hechtingsrelaties

Er is geen relatie tussen ontwikkelingsstoornissen en onveilige gehechtheid. Dit blijkt uit een grote internationale overzichtsstudie naar de kwaliteit van gehechtheidsrelaties van jonge kinderen met hun ouders.

Steun in de rug



Kinderfonds Franniez ondersteunt chronisch zieke kinderen met een uniek verzamelsysteem. Centraal staan gekleurde plaatjes die hen moed en troost bieden.

De Franniez Methode bestaat uit een verzamelsysteem en een digitaal dagboek. Een spiraal met het verhaal van een chronisch ziek kind vormt de basis. Voor elke ingrijpende behandeling, maar ook voor een goede of een slechte dag, krijg het kind stickers met een betekenis. Die plakt het kind aan

beide zijden van een Franniez-trede op de spiraal. Resultaat: een kleurrijk 'dagboek' dat het kind houvast biedt om te vertellen over de behandelingen. De Franniez worden uitgereikt in het ziekenhuis of door de thuiszorg en de methode wordt helemaal gratis aangeboden door Kinderfonds Franniez.

Het onderzoek vat de resultaten samen van 285 studies waaraan meer dan 20.000 kind-ouderparen deelnamen. De mate waarin een ouder signalen van een kind interpreteert, plus hierop reageert, kan wél een rol spelen. De onderzoekers hebben verder ontdekt dat vermijdende gehechtheid in de loop der jaren minder lijkt voor te komen, iets dat zij beschouwen als bemoedigend. Daar staat tegenover dat een opeenstapeling van risicofactoren wel samenhangt met een lagere kans op veilige gehechtheidsrelaties. Hierbij kun je denken aan armoede, slechte huisvesting, werkloosheid, mishandeling en verwaarlozing. Volgens de onderzoekers, benadrukken de resultaten het belang van het ondersteunen van ouders en gezinnen in de vroegkinderlijke periode.

Zorg voor allerkleinsten in de schijnwerpers

Infant Mental Health BinnensteBuiten. Dát is de titel van een luxe uitgegeven 84 pagina's dik magazine in een gouden jasje. In essays, artikelen en interviews wordt uitgebreid stilgestaan bij verleden, heden en toekomst van IMH in ons land. Het magazine is een gezamenlijk initiatief van DAIMH, Vakblad Vroeg en BOX | Bureau Ouder-kind Xpertise.

Louise van den Broek

Infant Mental Health (IMH) is een multidisciplinair vakgebied dat zich richt op het versterken van de emotionele gezondheid van zwangeren en gezinnen met jonge kinderen. De focus ligt op het bevorderen van een positieve ontwikkeling van het jonge kind binnen een relationeel kader. Daarom is er veel aandacht voor de ouder-kindrelatie.

Brede insteek

Rond IMH vinden tal van scholingen plaats. Alleen richten deze zich voornamelijk op het versterken van de inhoudskennis en veel minder op de implementatie hiervan. Daarom hebben BOX | Bureau Ouder-kind Xpertise en Vakblad Vroeg de handen ineengeslagen. Zij besloten gezamenlijk een IMH Glossy uit te brengen waarin juist de contextkennis en de professionele zelfkennis in de schijnwerpers staan. De inspiratiegids geeft een beeld van de ontwikkeling van het IMH-werkveld

Krachten en dilemma's

Met trots presenteer ik als voorzitter van de DAIMH deze IMH-glossy. Op een volstrekt originele manier geeft het magazine een inspirerend overzicht van de krachten en de dilemma's rond IMH anno 2023. Ik hoop dat iedere professional met een brede belangstelling in de IMH-visie nieuwe inzichten put uit dit inspirerende magazine.

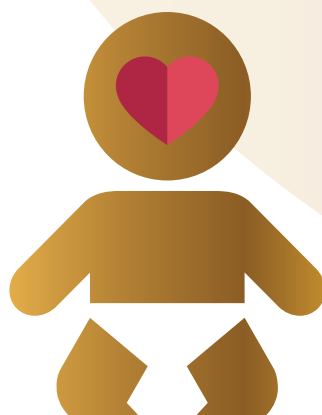
*Hedwig van Bakel,
bijzonder hoogleraar Infant Mental Health en voorzitter DAIMH*

en schetst de kansen voor de komende jaren. Dit laatste gebeurt onder meer aan de hand van interviews met professionals die delen hoe zij vanuit de IMH-visie hun werk doen. In meerdere klinische artikelen staan auteurs tevens stil bij IMH-behandelingen.

De opzet is het uitnodigen tot 'gluren bij de burens'. Daarbij laat de glossy de hele breedte van het IMH-vakgebied zien. De inhoud richt zich zowel op bekend worden met verhalen van collega's uit het veld, als het stimuleren van meer uitwisseling en samenwerking over de grenzen van vakgebieden heen. In een aantal interviews zijn professionals geportretteerd die de IMH-visie integreren in een specifiek vakgebied. Verder bevat het magazine artikelen die vanuit verschillende invalshoeken uitnodigen tot verdieping en reflectie.

Toekomstbestendige verdieping

Bijzonder zijn de twee essays die in de glossy staan. De eerste is van de hand van Marja Rexwinkel, getiteld 'Succes dreigt in eigen staart te bijten'. Hierin pleit zij voor doorontwikkeling van het IMH-gedachtegoed: de tijd is rijp voor een discussie over essentiële dilemma's. Samengevat verdienen met





Afname meerdere exemplaren

De IMH-glossy leent zich bij uitstek om breed te verspreiden onder medewerkers en studenten. Nu direct, maar ook bijvoorbeeld als kerstcadeau of om het afstuderen van studenten extra glans te geven. Met het oog hierop bieden we korting bij afname van meerdere exemplaren. Hiervoor gelden, excl. de verzendkosten, speciale tarieven.

Ook die vind je via het scannen van de QR-code op onze website.



name de volgende zaken reflectie en discussie:

1. Ordenen en integrale analyse om tot een port of entry te komen
2. De invloed van de omgeving op de ouder-kindrelatie
3. IMH inclusief: De professional en hulpverlening als onderdeel van de omgeving en integrale analyse
4. Kritische reflectie op het gebruik en misbruik van IMH-concepten
5. Omgaan met epistemisch wantrouwen om gezinnen in kwetsbare omstandigheden te bereiken
6. Benutten menselijke veerkracht

Rexwinkel hoopt van harte dat het IMH-werkveld deze dilemma's oppakt. 'Reflectie is een belangrijke pijler voor het behandelen en ondersteunen van de ouder-kindrelatie, maar ook voor de kwaliteit van de IMH-professional. Door met elkaar te reflecteren en dilemma's onder ogen te zien, zonder ze gelijk te moeten oplossen, werken

we aan een toekomstbestendige verdieping van ons mooie vakgebied.'

Uitdagend, fris en nieuw

De titel van het tweede essay, van de hand van Eveline Euser, maakt meteen de insteek duidelijk: 'Reflectieve houding fundament onder IMH-werk'. Bij Euser zelf komt reflectiviteit terug in alle rollen die zij inneemt als IMH-specialist, als opleider, adviseur en consulent bij complexe casuïstiek. 'Het is precies deze reflectieve houding die het IMH-vak niet alleen uitdagend en interessant maakt, maar ook iedere keer weer fris en nieuw. Het geeft het vak bovendien een rauw randje. Een dergelijke houding is nodig om oncomfortabele processen bij zowel professionals als ouders en kinderen te begrijpen. Te meer daar reflectie meer dan eens leidt tot het ontdekken van ontregeling. De manier waarop we hiermee vervolgens omgaan vormt een parallel met de aandacht die we

kunnen geven aan de ontregeling van ouder en kind.'

In haar essay gaat Euser in op wat binnen de IMH verstaan wordt onder een reflectief proces en wat het professionals kan brengen. Centraal staat een reflectieve casusbespreking, waarbij ze met behulp van een instrument de stappen van het reflectieve proces beschrijft en uitwerkt. Vervolgens schetst Euser vier aandachtspunten bij het creëren en borgen van reflectiviteit en eindigt ze met een uitnodiging.

Preview inhoud en bestellen

Nieuwsgierig? Neem dan een kijkje in de inhoud en blader door enkele pagina's op onze website, zie de QR-code. De prijs van de IMH Glossy BinnensteBuiten bedraagt 18,90 (incl. 3,95 verzendkosten). Voor VROEG-abonnees geldt een korting van 2 euro en heb je het magazine, incl. de kosten voor de verzending, voor 16,90 in huis. ●

Een kindje met Down, nou en?

De diagnose Downsyndroom dreunde een jaar lang na. In VROEG doet Janine verslag van wat dit voor haar betekende. Janine's advies, terugkijkend: "Het komt allemaal goed. Voor ons was de diagnose direct na zijn geboorte achteraf gezien de grootste bom die is afgegaan. Gaandeweg groei je er gewoon in mee."

Jan de Graaf

Joas, nu 9 jaar, is een lief, ondeugend en sociaal jongetje. Bijzonder is dat hij, ondanks zijn Downsyndroom, een kind is als mijn andere drie kinderen. Met dezelfde behoeftes en dromen, alleen met extra zorg. Maar verder heb ik met hem dezelfde hoogtepunten en struggles als met Jens van 8, Juup van 5 en Jilou van 1,5. Natuurlijk was het spannend om opnieuw zwanger te worden, maar Joas bleek de niet-erfelijke variant van Down te hebben. Dit betekende dat er een vrij kleine kans was om opnieuw een kind met dit syndroom te krijgen. Wel heb ik me voor de andere drie zwangerschappen uitvoerig laten testen, omdat ik niet weer voor verrassingen wilde komen te staan.

Alles goedgekeurd?

"Na een fijn verlopen zwangerschap kwam Joas toen ik 29 was, gezond ter wereld. Althans, zo leek het. Wel was de verloskundige heel lang bezig om

'Ik vroeg op een gegeven moment nog luchtigjes of alles is goed gekeurd'

hem van alle kanten te bekijken. Ik vroeg op een gegeven moment nog luchtigjes 'Is alles goed gekeurd?', maar kreeg daarop geen antwoord. Uiteindelijk zette ze hem op mijn buik met de vraag 'Zien jullie niets aan hem?. Nee dus. Daarop vertelde zij dat Joas geboren is met het Downsyndroom. Dat was echt een grote schok, we waren hier totaal niet op voorbereid. Heel eerlijk voelde het voor mij als een soort van falen. Mijn man en ik waren direct allebei heel

verdrietig. Er speelden gedachten door mijn hoofd dat ons leven hier ophield en voortaan alleen nog maar zou bestaan uit zorg en ziekenhuisbezoeken. Offewel dat onze dromen over het creëren van een fijn, gelukkig gezin voorbij waren. Maar dat was niet zo."

Eenzame periode

"Naast Down had Joas een schildklierafwijking en een vorm van voorbijgaande leukemie genaamd TMD. Voor dit laatste volgde direct opname in het WKZ in Utrecht, maar beide problemen bleken gelukkig goed te behandelen. Na drie weken mocht Joas naar huis en nog geen week later vertrok mijn man voor zijn werk als helikopterpiloot naar het buitenland. Die had dus direct beroepsmatige afleiding, maar ik zat er thuis in m'n eentje middenin. Het heeft zeker een jaar geduurd voordat ik het wat los kon laten. Dat stukje Levend Verlies, iets wat veel zorgouders hebben, vond ik zeer lastig. Er volgde een eenzame periode, te meer daar de een na de andere vriendin in de tussentijd wolken van baby's op de wereld zetten. Ik kon me absoluut niet identificeren met hun roze wolken. Het was bij ons gewoon niet leuk en mooi."

"Vanuit het ziekenhuis was weliswaar psychologische hulp aangeboden, maar ik wilde het op mijn eigen manier verwerken. Om de dingen voor mezelf op een rij te krijgen heb ik overigens





een paar jaar later wel van deze hulp gebruik gemaakt. Pas toen was ik er aan toe om hier met een professioneel iemand over te praten.”

Sondevoeding

Joas ging naar huis met sondevoeding. De eerste maanden volgde daarom hulp van een preverbaal logopedist om hem te leren drinken uit een fles. Na een week of zeven had hij dat gelukkig goed door. Daarnaast was er fysiotherapie, want een kind met Down heeft slappe spieren die versterkt moeten worden. Verder kreeg hij Early Intervention Therapy om allerlei din-



‘Een kindje met Down betekent beslist niet dat je al je dromen moet opgeven’

getjes te leren. Dat was het wel zo’n beetje. Ieder jaar volgt dan nog een bezoek aan de kinderarts, zijn jaarlijkse APK om het maar zo te zeggen. De logopedist en de fysiotherapeut waren voor ons een schot in de roos, want beiden waren gespecialiseerd in het behandelen van Down-kinderen. Hun hulp was vooral te danken aan onze contactpersoon bij het Centrum voor Jeugd en Gezin.”

Lopen en praten

“Terugkijkend ging de ontwikkeling van Joas in het eerste jaar, ook als ik het vergelijk met mijn andere kinderen,

eigenlijk best voorspoedig. De echte verschillen ging je zien in de jaren die volgden. Zo ging Joas pas na 2,5 jaar lopen. Praten lukte ook niet, dus zijn we jaren bezig geweest met gebarentaal en met de methode Leespraak, het leren lezen van woordjes om zo te leren praten.”

“Vanaf z’n eerste verjaardag ging hij een dag per week naar de kinderopvang bij ons in de buurt, een soort plusgroepje. Daar gingen ze ook met hem aan de slag en dat verliep heel goed. Na z’n tweede verjaardag kwam er een dag bij en weer wat later nog een dag. Hij was daar echt op z’n plek en men had goed oog voor wat hij qua ontwikkeling wel en niet aan kon.”

Regulier onderwijs

“Op vierjarige leeftijd kon hij tot ons geluk gewoon naar het regulier onderwijs. Wel met één op één begeleiding, maar dit kregen we voor elkaar. Dat gaat goed, hij zit met z’n negen jaar nu in groep 5. Wel merk je nu dat het verschil met z’n leeftijdsgenootjes erg groot wordt. Zijn ene broertje zit een jaar onder hem en dat is een wereld van verschil qua zelfstandigheid. Ook praat Joas nog steeds moeizaam. Gezien het feit dat hij een heel sociaal jongetje is, is zijn gebrekkige communicatie echt een beperking. Met het oog hierop is het fijn dat de school vindt dat hij daar nog steeds op z’n plaats is en zij bovendien vooruitgang in zijn



ontwikkeling zien. Overigens is de gebarentaal de laatste paar jaar verwaterd, we gebruiken het nauwelijks meer. Joas begrijpt de dingen die we aan hem vertellen tegenwoordig namelijk goed. Wel gaat het terug communiceren nog steeds moeizaam. Dat laat onverlet dat hij prima weet duidelijk te maken wat hij wil.”

“Joas hoorde ook minder en dat maakte het leren praten er natuurlijk niet gemakkelijker op. Sinds een tijdje heeft hij achter z'n oor een BAKA. Dit instrument zorgt ervoor dat de geluidstrillingen via zijn schedel in zijn slakkenhuis terecht komen en zo het trommelvlies - waar te veel vocht achter zit - wordt omzeild. Sinds hij die heeft gaat z'n praten er duidelijk op vooruit.”

Ondersteuning

“Steun ervaren we van de contacten met andere ouders met een Down-kind, we vormen echt een community. Tegenwoordig overigens vooral online, maar de eerste jaren waren er ook regelmatig ontmoetingen. Dit begon met een weekend, georganiseerd door de Stichting Downsyndroom, met lotgenootouders. Joas was toen vijf maanden en ik zat nog steeds in een soort rouwperiode. Ik vond het heerlijk om een paar dagen in een soort bubble te zitten waar we allemaal gelijk waren. Met een aantal van deze gezinnen hebben we nog steeds contact. We zitten immers allemaal in hetzelfde schuitje en je kunt veel bij elkaar herkennen. Zo wisselen we tips & tricks

‘Het heeft meerwaarde als een professional kennis en ervaring heeft met Down’

uit. Het is sowieso fijn om over bepaalde zaken af en toe met elkaar te kunnen sparren.”

“Door de jaren heen, nu nog steeds, hebben we echt wat aan de ondersteuning die Stichting Downsyndroom aan gezinnen als de onze biedt. Hetzelfde geldt overigens voor de zorgprofessionals waar we tot dusver mee te maken hebben gehad. Wel merkten we dan keer op keer dat het meerwaarde heeft als men kennis en ervaring heeft met het ondersteunen van Down-kinderen.

Gewoon gezin

“Weliswaar is Joas de oudste in ons gezin, maar in zijn doen en laten fungeert hij natuurlijk niet als zodanig. Zijn broertjes van 8 en 5 hebben ook goed door dat Joas anders is. Ze zijn meestal een soort beschermende broertjes voor hem. Dat neemt niet weg dat ze, als hij zich irritant gedraagt, ook flink ruzie met hem kunnen maken. In feite zijn we dus een gewoon gezin. Na zijn

geboorte dachten we dat we al onze dromen zouden moeten opgeven. Dat is gelukkig echt niet zo. Natuurlijk heeft Joas extra zorg nodig, maar voor de rest zijn we een normaal gezin met vier kinderen, waarvan de ouders allebei een baan hebben. Joas vormt voor niets van wat wij willen in het leven, een belemmering. Sommigen dingen moeten misschien worden aangepast, maar dit doen wij met liefde.”

“Wat ik ouders wil meegeven die net als wij een Down-kindje hebben gekregen? Maak je niet ongerust, het komt allemaal goed. Je groeit zelf met je kindje en zijn specifieke zorgbehoefte mee.” ●



Pagina @bzzonder

De pagina @bzzonder van Janine op Instagram draait om thema's als downsyndroom, gezin, familie, kids, moederschap, ouderschap en opvoeding. “De pagina biedt een kijkje in ons leven rondom een zoon met downsyndroom en eerlijk moederschap.”



Kraamzorg met een tolk

Anderstaligen lopen een veel hoger risico op complicaties tijdens zwangerschap, geboorte en postpartum. Voor het Kenniscentrum Kraamzorg de reden om een special uit te brengen over kraamzorg bij anderstalige gezinnen.

Sinds 1 januari 2023 wordt de inzet van tolken in de geboortezorg weer vergoed. Dit maakt het extra belangrijk dat professionals deze mogelijkheid volop benutten. Goede communicatie is immers essentieel om veilige zorg te kunnen bieden. Daarom is het van belang om in de geboortezorg vaker laagdrempelig een tolk te betrekken bij het gesprek.



De 16 pagina's tellende special bevat diverse interviews met mensen uit het veld over waarom en hoe je een tolk inzet. Ook bevat de special feiten & cijfers en tips over hoe je een tolkengesprek voert. Tot slot bevat de special informatie over nuttige tools en materialen om ouders goede voorlichting te bieden in de eigen taal.



Ondersteuning bij scheiding

Het Expertisecentrum Kind en Scheiding heeft het KIES Kleuterplan (4-6 jaar) ontwikkeld. Dit plan helpt jonge kinderen als hun ouders gaan scheiden.

Kinderen vullen het KIES Kleuterplan samen met een volwassene/professional in. Ouders en professionals kunnen het plan gebruiken bij het opstellen van het ouderschapsplan en eventueel toevoegen aan het convenant. Het plan is gratis te downloaden.



Onveilige eerste 1000 dagen

Soms is er tijdens de eerste 1000 dagen sprake van onveiligheid. Hoe dan te handelen? Een vernieuwd protocol geeft hier toe houvast.

Het komt soms voor dat er al tijdens de zwangerschap sprake is van onveiligheid voor het ongeboren kind. Of van een hoog risico op mishandeling c.q. verwaarlozing na de geboorte. Is

dit het geval, dan is actie nodig. Dit vereist goede samenwerking.

Met als doel de continuïteit van zorg te verbeteren, is een vernieuwd protocol opge-

steld. Dit is gericht op de samenwerking en zorg bij een kindbeschermingsmaatregel rond de geboorte. Ook is het protocol nu bruikbaar voor eerstelijns zorgverleners. De herziening is opgesteld voor de regio Amsterdam, maar dient als landelijk voorbeeld.

Unieke vorm van integrale vroegdiagnostiek smaakt naar meer

Voorkomen dat ouders met kinderen met complexe ontwikkelingsproblemen van de ene hulpverlener naar de andere worden verwezen. Niets minder vormde het doel van KiECON in 2016, een krachtenbundeling van specialisten uit de jeugdzorg en op medisch gebied. Met dit initiatief willen acht Twentse zorginstellingen een halt toeroepen aan het bekende ‘van het kastje naar de muur sturen’ in jeugdzorgland. Een gang van zaken waarbij ouders het overzicht verliezen en het kind soms helemaal uit beeld van zorgverleners verdwijnt. Inmiddels is duidelijk dat het initiatief om navolging vraagt in heel het land.

Josje van Enter, Marieke Verwoerd, Melanie de Gunst - Bos, Zillah Holtkamp

Al vele jaren tobt de jeugdzorg over het bieden van de juiste hulp aan jonge kinderen met complexe ontwikkelingsproblemen. Acht Twentse zorgorganisaties besloten in 2016 het niet bij praten en denken te laten, maar in plaats daarvan de handen ineen te slaan. Dit gebeurde binnen een nieuwe organisatie: Kinder ExpertiseCentrum Oost-Nederland, kortweg (KiECON).

Beter en sneller

Het doel van deze samenwerking luidde kort en goed: de diagnostiek voor deze groep kinderen moet beter en sneller. Met ondersteuning van de veertien Twentse gemeenten, zorgverzekeraar Menzis en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) tonen zij nu aan dat ouders tevreden zijn over deze nieuwe vorm van diagnostiek. Daar

komt bij dat de multidisciplinaire samenwerking een completer beeld geeft dan monodisciplinaire diagnostiek. De geïntegreerde zorgprocessen bij KiECON zorgen er bovendien voor dat ouder en kind sneller gezien worden, met als streven om binnen drie maanden te weten wat er aan de hand is. Meer kwaliteit en een kortere doorlooptijd dus.

Complexe problematiek

KiECON is bedoeld voor kinderen van 0 tot 7 jaar met ontwikkelingsproblemen op minimaal drie ontwikkelgebieden. Daarbij kan het gaan om een combinatie van de volgende problemen:

- Algemene ontwikkelingsachterstand
- Afwijkende of te trage ontwikkeling van het bewegen
- Leerproblemen
- Taal- of spraakproblemen
- Afwijkend of opvallend gedrag (bij-

‘Krachtenbundeling zorgt voor meer kwaliteit en kortere doorlooptijd’

voorbeeld angsten of extreem druk)

- Moeilijk contact maken
- Opvoedingsproblemen

De ontwikkeling bij deze kinderen is vaak dusdanig complex dat er ondersteuning nodig is vanuit meerdere specialismen. Binnen het KiECON-team is om die reden specialisme aanwezig vanuit het medisch domein, revalidatie, taal - spraak, jeugdzorg, verstandelijke beperking en kinder -en jeugdpsychiatrie. KiECON heeft een breed netwerk en schakelt waar nodig aanvullende



“Ouders vinden het erg prettig dat er zowel artsen als gedragskundigen in één consult naar het kind kijken”

*Mariëlle Oostenbroek-Bosch -
coördinator KiECON*

partners, bijvoorbeeld wanneer het naast andere problematiek ook gaat om een visuele beperking.

Op één plek

Met de komst van KiECON hebben ouders één loket waar zij met hun vragen over de ontwikkeling en gezondheid van hun kind terecht kunnen. De acht organisaties hebben hun zorgproces zo ingericht, dat alle expertise betrokken is vanaf intake tot afsluiting. Samen wordt een triage gemaakt en een multidisciplinair diagnostisch plan opgesteld. KiECON coördineert de uitvoer van deze diagnostiek en zorgt dat alle verschillende onderzoeksresultaten voor ouder en kind samen komen tot één conclusie en passend vervolgbeleid.

Doelmatige zorg

Vanuit één loket heeft KiECON inmiddels aan ruim 700 jonge kinderen en

ouders zorg geboden. Jaarlijks worden gemiddeld 100 kinderen gezien. Om de doelmatigheid van de integrale aanpak in beeld te brengen, is vanaf 2019 tot 2023 onderzoek gedaan. Daarbij is dossieronderzoek gedaan en zijn ouders bevraagd over hun ervaringen. Ook is het diagnostiektraject van kinderen bij KiECON vergeleken met een controlegroep.

Uit deze verschillende deelonderzoeken komt het volgende positieve beeld naar voren:

1. Na verwijzing worden jonge kinderen via de KiECON-route sneller gezien voor multidisciplinaire diagnostiek dan als de route verloopt via een monodisciplinair traject.
2. Integrale diagnostiek geeft een compleet beeld.
3. De geboden zorg sluit aan op de zorgbehoeften van ouders.

‘Deze kinderen behoeven ondersteuning vanuit meerdere expertisegebieden’

4. De doorlooptijd en personele inzet zijn nagenoeg gelijk aan de conventionele monodisciplinaire aanpak.
5. Na de verleende zorg hoeven in de eerste jaren na KiECON de gestelde diagnoses voor het merendeel niet aangepast te worden.
6. Ouders zijn tevreden over de geleverde zorg.
7. De meeste ouders zullen KiECON aanbevelen bij anderen.



“Wat fijn dat we al zo snel terugkoppeling krijgen van wat tijdens de intake gezien is”

Ouders van Bram 3,5 jaar

Complexiteit grootste uitdaging

Bij deze positieve uitkomsten past wel een kanttekening. Het onderzoek naar de groep jonge KiECON-kinderen met meervoudige problematiek wordt bemoeilijkt door de complexiteit van de zorg voor deze groep. Vaak lopen meerdere trajecten na elkaar en zijn zowel de eerstelijns als specialistische zorg tegelijkertijd betrokken. Dat betekent tevens dat de zorg gefinancierd wordt vanuit meerdere stromen. Zorgvernieuwing op het snijvlak van medisch domein en jeugdzorg vraagt dan ook om innovatief denken en flexibiliteit van alle partners.

KiECON blijft dan ook voortdurend zoeken naar verbeterpunten. Om die reden wordt aan de hand van patiënt-journeys in beeld gebracht waar nieuwe kansen voor integratie van diagnostiek liggen. Daarnaast wordt momenteel in kaart gebracht of er sprake kan zijn van kostenreductie. Met deze informatie wil KiECON verder onderbouwen dat samenwerking loont.

‘Zorgvernieuwing vraagt om innovatief denken en flexibiliteit van alle partners’

Meer ervaring opbouwen

Tot nu toe is KiECON in Nederland het enige voorbeeld waarbij de multidisciplinaire diagnostiek voor kinderen met complexe ontwikkelingsproblemen zo geïntegreerd is tot één proces. Ouders in andere delen van het land zouden ook moeten kunnen profiteren van deze vorm van samenwerking. KiECON roept zorgorganisaties dan ook op om

“Ik voel me gehoord en ben opgelucht dat er verder onderzoek wordt gedaan. Ik heb altijd al het gevoel gehad dat er iets aan de hand is.”

Moeder van Eline 3,9 jaar

deze manier van werken in hun regio te implementeren. Bovendien ligt er een kans voor zorgverzekeraars. Op dit moment is Menzis de enige zorgverzekering die deze vorm van diagnostiek vergoedt.

Interesse?

Wil je met andere organisaties ook zo'n geïntegreerde samenwerking opzetten? KiECON deelt graag haar ervaring. Mail voor meer informatie naar kiecon@zgt.nl ●

Josje van Enter is GZ-psycholoog bij Jarabee (jeugdzorgorganisatie), Marieke Verwoerd is orthopedagoog bij Karakter (kinder- en jeugdpsychiatrie), Melanie de Gunst - Bos orthopedagoog & IMH-consulent bij Avelijn (organisatie voor zorg aan kinderen & volwassen met een verstandelijke beperking) en Zillah Holtkamp is GZ-psycholoog & IMH-specialist bij IMH Nederland (kennis - en zorgplatform Infant Mental Health). Ieder heeft zitting in het KiECON-team. Josje, Marieke en Melanie zijn binnen KiECON betrokken bij de screening van de aangemelde kinderen. Zillah is voorzitter van de werkgroep onderzoek en innovatie.

Alles over het kinderbrein

De beste Nederlandse onderzoekers op het gebied van de zich ontwikkelende hersenen zijn samengebracht. Dit is gedaan in een speciale online uitgave van New Scientist.

De ontwikkeling van hersenen bij kinderen is één van de meest fascinerende onderwerpen in de menselijke biologie en psychologie. Er ontstaat steeds meer inzicht hoe complexe interacties tussen genetica, opvoeding en omgevingsfactoren invloed hebben op de



ontwikkeling van het kinderbrein. Het Nederlandse Consortium on Individual Development (CID) bundelt in 'De reis van ons leven' de beste Nederlandse onderzoekers van de afgelopen tien jaar op dit gebied. Een



(Zwaartekracht) subsidie stelde de onderzoekers in staat om bij 186.400 kinderen en hun families een geweldige hoeveelheid data te verzamelen. Het online magazine doet verslag van de belangrijkste resultaten.



Meer doen met verloskundig onderzoek

Relevante inzichten uit wetenschappelijk onderzoek toegankelijk maken voor de praktijk. Dát beoogt de vernieuwde website van Kennispoort Verloskunde.

De website is een initiatief van de Samenwerkende Opleidingen Verloskunde. Naast informatie over promoties en actuele ontwikkelingen bevat de site nu de volgende knoppen: 'Onderzoek in 't kort', 'Interviews', 'Podcast Vol Verwachting' en 'En meer...'



Meertaligheid loont

Meertaligheid wordt nog vaak als nadeel gezien, met name als het gaat om minderheidstalen als Turks, Marokkaans of Fries. Ten onrechte, blijkt uit nieuw onderzoek.

Er zijn nog steeds ouders die hun moedertaal niet overbrengen op hun kinderen. Reden is dat zij bang zijn dat dit een nadelig effect heeft op hun Nederlandse taalvaardigheid. Maar meertaligheid heeft vooral positieve effecten. Belangrijk nieuws, want zorgprofessionals geven nog regelmatig het advies aan anderstalige ouders om vooral Nederlands met hun kinderen te spreken.



Kijk op de praktijk een tweeluik

Marilene de Zeeuw

is klinisch psycholoog en supervisor Vereniging Cognitieve Gedragstherapie. Zij is werkzaam bij Rijnstate Ziekenhuis Arnhem. Daarnaast is zij hoofddocent bij Klinisch psycholoog K&J opleiding Rino Groep en IMH Nederland - onderdeel van Cayo.

Ha Paulien,

Soms hebben we in ons werk te maken met ouders die hun baby niet wisten. Telkens weer worstel ik dan met de vraag hoe we ouder én kind kunnen helpen om in elkaars leven te mogen zijn. Het pijnlijkste beeld wat me nog op het netvlies gegrift staat, is dat ik zelf op kantoor sta op mijn werk met in mijn hand een enveloppe met een doorgehaald adres en in kriebelig handschrift 'Retour Afzender' erop. Deze brief bevatte de samenvatting van de intake van een zesjarige jongen met zindelijkheidsproblemen. De situatie is een pijnlijk verhaal: moeder was zwanger geworden van haar vierde kindje, juist in de periode dat ze zelf al worstelde met een beperkende lichamelijke aandoening. Vader was woedend en wilde een abortus. Moeder weigerde. Tijdens het intakegesprek gaf de vader te kennen niets meer van hulp te willen. Ook heeft hij de omgang met het jongetje afgebroken. Het jongetje bleef in zijn broek poepen, en wij, mijn collega en ik voelden ons machteloos en sprakeloos. Natuurlijk hebben we moeder en het jongetje naar beste kunnen proberen te helpen, maar het knaagt. Hadden we

'Moeders keuze voor de nieuwe baby voelde als een keuze tegen vader'

andere woorden moeten gebruiken? Hebben we een mogelijkheid over het hoofd gezien om deze vader te helpen draaien en aanvaarden dat ook zijn vierde kind recht heeft op zijn tijd, toewijding en inzet? Kun je een ouder bewegen tot liefde?

Hoi Marilene,

Wat een pijnlijke situatie voor het jongetje, maar ook voor de moeder en de vader. De rigourositeit van de vader om het contact te verbreken doet me denken aan het beeld van de emmer die vol is en waarbij slechts een extra druppel 'm doet overlopen. Hebben jullie voldoende gelegenheid genomen om dit gevoel van 'te vol' te zitten met de vader te delen? En hoe gaat het hem af om vader van de andere drie kinderen te zijn? Het jongetje poept ondertussen in zijn broek. Alsof hij wil zeggen: "Ik kan nog niet het stuur over mijn eigen lichaam nemen, want ik mag er maar half zijn. Ik wacht op de erkenning dat ik

helemaal mag meedoen!". Of: "Ik ben de oorzaak van het conflict tussen mijn ouders. Dat is me te veel. Ik laat alles lopen." Het is duidelijk dat dit kind behoefte heeft aan woorden over de situatie. Kan je nog iets meer zeggen over de motivatie van moeder en vader in deze casus?

Ha Paulien,

Wat ik me herinner is dat vader zich verraden voelde door moeder. De keuze voor de nieuwe baby voelde als een keuze tegen hem. Op haar beurt wilde moeder niet tegen het leven van een zich ontwikkelende baby in haar buik kiezen. Daarmee was de patstelling compleet en die hebben ze niet meer overbrugd. Het maakt me weer eens bewust hoe bestaansondermijnd het is om ongewenst te zijn. Ik denk aan de kinderen die het resultaat zijn van gedwongen seks, oorlogsmisdaden of gewoon vanwege de flinke financiële, emotionele en praktische impact op het leven van ouders.

Er bestaat geen vast stramien voor het verlenen van hulp aan jonge kinderen en hun ouders. Het is telkens weer een combinatie van kennis en ervaring. Veelal onbewust speelt ook de eigen kindertijd van hulpverleners een rol. In een tweeluik reflecteren Marilene de Zeeuw en Paulien Kuipers op een mix van aspecten die aan bod kunnen komen.



Paulien Kuipers

is GZ-psycholoog K&J psycholoog en supervisor/ opleider, is oprichter en voormalig directeur van stichting kinderleven. Van haar hand is het boek 'Eerste hulp bij hechting'.

Persoonlijke noot: Ik ben, als zevende in de rij, zélf een verrassing. Dat m'n moeder er eerlijk over was heb ik niet als pijnlijk ervaren. De beleving her en der dat mijn ouders wel klaar waren met opvoeden, zij vonden het prima als mijn broers en zussen diverse rollen vervulden, heb ik als lastiger ervaren. Alsof ik er minder toe deed in de ogen van mijn ouders. De metaforen die ouders kiezen zijn ook interessant in dit verband. Ik heb zelf een kind die in de ogen van zijn vader - met kinderen uit een eerdere relatie - 'de kers op de taart is'.

Dag Marliene,

Bijzonder zeg, een verrassing zijn of de kers op de taart! Dat zijn helende woorden. Wellicht is het ook de taak van ons als hulpverlener om de juiste woorden te kiezen die waar, kloppend en helend zijn. Het verdragen van de pijn van 'ongewenst' te zijn, iets wat een kind zal moeten, is lastig. In het geval van jouw casus zouden we het liefste de vader op zijn verantwoordelijkheid ten aanzien van zijn zoon willen wijzen. Maar vader geeft aan af te zien van contact met zijn zoon. Toch is het een gegeven dat hij als zoon en wij als hulpverlener moeten

respecteren. Het gaat niet per se om troost bieden. Het kind is namelijk niet alleen slachtoffer, maar ook een autonoom wezen dat zijn lot kan leren aangaan. Dat lukt alleen als alle pijnlijke gebeurtenissen voor hem voldoende duidelijk zijn gemaakt. Omdat de vader een brief van jou retourneert, zullen wij samen met moeder de woorden mogen kiezen. Zij kan de hele verantwoordelijkheid voor zijn bestaan nemen, bijvoorbeeld door te zeggen hoezeer hij haar verrassing en kers op de taart was! Dat ze blij is met hem en onvoorwaardelijk voor hem zal zorgen, met of zonder hulp. Dat zij vader dankbaar is dat ze nu hem als zoontje heeft, maar dat ze begrijpt dat het hem te veel is geworden. Dat een kind daarbuiten staat. Dat de werkelijke oorzaak daarvan tussen haarzelf en vader ligt.

Daarnaast is het belangrijk om, als daar geen lichamelijke oorzaak voor is gevonden, dit alles te verbinden met het

'Het is duidelijk dat dit kind behoefte heeft aan woorden over de situatie'

poepprobleem. Laat moeder bijvoorbeeld zeggen 'Je hoort bij mij en ik vind het fijn als je op gaat groeien tot een sterke en leuke man. Misschien kan jij dan ook beslissen om op de wc te leren poepen?' We kunnen ouders helpen om deze dingen tegen hun kind te verwoorden, want het is voor henzelf vaak erg moeilijk.

Ik snap trouwens heel goed dat de afloop van deze casus aan jullie blijft knagen. Ik ken dat gevoel maar al te goed. De oorzaak daarvan lag meestal bij het feit dat ik een vaststaand idee had wat echte hulp betekent, zonder mee te bewegen met wat er is in een gezin.

Tot slot ook van mijn kant een persoonlijke noot. Als vierde kind in mijn stamgezin voelde ik me regelmatig 'te veel'. In mijn werk wilde ik dat gevoel bij kinderen super graag wegnemen. Dat is een grote valkuil. Want een kind heeft, als de waarheid duidelijk is, een enorme veerkracht! ●

Maak van signaleren kindermishandeling teamwork

Het niet kunnen of durven signaleren van kindermishandeling kan grote gevolgen hebben voor de ontwikkeling en de gezondheid, nu en later. Maar wat als je het mis hebt? Afwachten is geen verstandige optie. 'De Signalenwijzer' biedt uitkomst. Het spel helpt professionals en vrijwilligers om woorden te geven aan onderbuikgevoelens.

Ted Kloosterboer

Onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut¹ laat zien dat kinderen die opgroeien in een structureel onveilige thuissituatie gemiddeld met 74 geweldsincidenten per jaar te maken hebben. In het licht van deze feiten is het signaleren en vervolgens stappen zetten om de juiste hulp en ondersteuning te bieden van levensbelang.

Kwetsbaar proces

Maar waar te beginnen? Het signaleren van kindermishandeling is bijna voor iedereen een ingewikkeld en kwetsbaar proces. Wanneer je als professional met heel jonge kinderen werkt, wordt het vaak als nog ingewikkelder ervaren. Neem alleen al het feit dat baby's, peuters en kleuters veelal niet voldoende talig zijn om zelf verbaal signalen af te geven. Toch is het cruciaal dat zij zo snel mogelijk hulp krijgen indien er sprake is van een onveilige of gewelddadige thuissituatie. Alleen door vroeg in te grijpen kunnen

'Realiseer je dat een onderbuikgevoel géén signaal is, maar dit wel kan zijn'

we immers de schadelijke gevolgen van de mishandeling zoveel mogelijk beperken.

Onderbuikgevoel

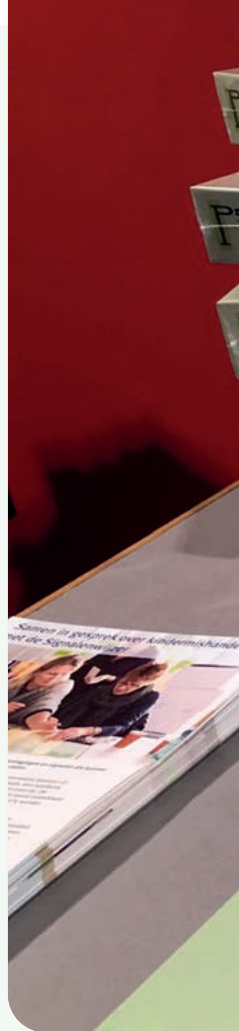
Het signaleren van kindermishandeling begint vaak met het zogenaamde onderbuikgevoel. Een vaag besef dat er 'iets' niet goed is, maar waar je als professional niet je vinger op kunt leggen. Het is belangrijk om je te realiseren dat een onderbuikgevoel géén signaal is, maar dat de reden van het ontstaan van dit gevoel wel een signaal kan zijn. Daarom is het essentieel

te leren het onderbuikgevoel concreet te maken. Daar kunnen collega's bij helpen. Namelijk door elkaar te bevragen over waarom je je ongerust maakt over de veiligheid van een kind. Heeft het te maken met het uiterlijk van het kindje? Of met hoe het beweegt? Of hoe de ouder met het kindje omgaat? Of? Heel concrete vragen helpen om woorden te vinden en meer zicht te krijgen op het onderbuikgevoel.

Aandachtspunten

Om te kunnen signaleren bij zeer jonge kinderen zijn de volgende zaken belangrijk:

- Als professional moet je kennis hebben van de verschillende ontwikkelingsstadia van het kind. 'Afwijkingen' in de ontwikkeling zijn een signaal. Een signaal dat kan duiden op verschillende oorzaken, waaronder een fysieke c.q. mentale aandoening of een onveilige thuissituatie.
- Als professional moet je je heel bewust zijn dat kindermishandeling ook voorkomt in jouw werkomge-





ving. Dit klinkt misschien als een open deur, maar zonder dit bewustzijn is signaleren bijna onmogelijk. We zijn nu eenmaal heel beperkt in onze waarneming en zien pas iets als we weten dat het er is. Gedrag is een heel belangrijk signaal. Niet alleen het gedrag van het kind, maar ook het gedrag van de ouders en hoe men binnen het gezinssysteem met elkaar omgaat. Plus hoe de gezinsleden zich tot de buitenwereld verhouden. Hoe reageert het kind bijvoorbeeld op de ouders? Hoe reageren de ouders op elkaar? Hoe is de interactie van de ouder met jou als professional? Hoe is de interactie van het kind met andere kinderen?

Je doet het niet alleen

Het signaleren van kindermishandeling en huiselijk geweld is een proces waarbij iedereen een rol speelt die bij het kind en het gezin betrokken is. Elke betrokkene bij het gezin heeft een stukje informatie. Door deze informatie

bij elkaar te leggen, ontstaat er een beter beeld van de situatie. Via overleg kunnen professionals elkaar ondersteunen in het zo objectief mogelijk naar de casus kijken. Vervolgens kan er gezamenlijk besloten worden of er vervolgstappen nodig zijn.

Signalenwijzer

Om van het signaleringsproces meer teamwork te maken heeft Stichting Praat in samenwerking met Spelpartners² de Signalenwijzer ontwikkeld. Dit spel is een hulpmiddel om met elkaar in gesprek te gaan over het signaleren. Het doel van het spel omvat een aantal aspecten:

Woorden geven aan onderbuikgevoel

Zoals eerder genoemd is het woorden kunnen geven aan het onderbuikgevoel uitermate belangrijk. De waarneming moet geconcretiseerd worden: wat is het precies wat is opgevallen? Aan de slag gaan met de methodiek van de

Signalenwijzer helpt om samen woorden te geven aan het onderbuikgevoel.

Informatie in een vroeg stadium met elkaar delen

Het delen van alle informatie binnen een team helpt om tot een goed inzicht te komen over een casus. Verschillende personen, vaak ook in verschillende functies, zien de kinderen/gezinnen immers vaak in verschillende situaties. Dat levert allemaal informatie op. Wanneer deze puzzelstukjes bij elkaar gelegd worden, ontstaat er een completer beeld van de gezinssituatie. Hoe eerder deze uitwisseling plaatsvindt, hoe eerder duidelijkheid ontstaat. En dat zorgt ervoor dat er eerder gehandeld kan worden. Dit vergroot de kans dat de gevolgen van de mogelijke mishandeling verkleind kunnen worden.

Ervaren dat iedereen vanuit het eigen referentiekader kijkt

Wat bijna iedereen wel weet, is dat elk mens vanuit zijn eigen referentiekader

kijkt. Dit weten speelt zich vaak op een onbewust niveau af. De invloed van bijvoorbeeld eerdere ervaringen, zowel vanuit de opvoeding als vanuit het milieu waarin men verkeert, wordt vaak enorm onderschat. Met de methodiek van de Signalenwijzer wordt zichtbaar gemaakt dat die invloed groot is en dat er op verschillende manieren wordt gekeken.

Objectief naar een casus kijken.

Door te ervaren dat iedereen vanuit het eigen referentiekader kijkt en oordeelt, wordt ook zichtbaar en voelbaar dat niemand objectief observeert. Wanneer mensen zich dit bewust worden, kunnen zij elkaar ondersteunen in het meer objectief kijken naar een situatie. Daarvoor is het noodzakelijk dat collega's elkaar gaan bevragen. Bijvoorbeeld: Waarom vind je dat? Of: Wat heb je feitelijk gezien of gehoord? Meer objectiviteit zorgt voor minder aannames en (voor)oordelen.

Werken met de Signalenwijzer

Dit zeer laagdrempelige spel wordt gespeeld in teamverband. Vijf voorbeeldcasussen helpen je op weg om de methodiek goed toe te kunnen passen.

Het spelbord wordt in het midden gelegd. Op het spelbord is een schaalverdeling zichtbaar die gaat van 'Helemaal Fout' naar 'Niks aan de hand'. Eén van de teamleden is gespreksleider en leest één van de voorbeeldcasussen voor. De anderen schrijven mee met wat hen opvalt. Dit kunnen zowel negatieve als positieve opvallende dingen zijn. We noemen dat liever geen signalen, omdat niet alles wat opvalt ook een signaal is. Vervolgens schrijven de deelnemers alles wat hen is opgevallen op een post-it en plakken dit op het spelbord. Hierbij maken zij een weging over de ernst van wat hen is opgevallen. Alles wat is opgeschreven wordt apart gewogen.



'De Signalenwijzer maakt van het signaleren van kindermishandeling teamwork'

Wanneer iedereen alle post-its op het spelbord heeft geplakt, gaat men met elkaar in gesprek over zaken als:

- Wat is iedereen opgevallen?
- Zitten daar verschillen in en zo ja hoe ontstaan die?
- Hoe heeft iedereen de opgevallen zaken gewogen?

Door het gesprek wat ontstaat komen er nieuwe inzichten, aannames en oordelen op tafel. Het bespreken hiervan helpt om een meer compleet en objectief beeld van de casus te krijgen. Bij de voorbeeldcasussen horen tien kaartjes die uitleg geven over de verschillende signalen. Eenmaal bekend met de werkwijze kun je met behulp van deze methodiek eigen casussen bespreken.

Omggaan met onzekerheden

Als het gaat om het signaleren van kindermishandeling hebben veel professionals behoefte aan zekerheid. Vooral ook omdat de gevolgen van fouten of misinterpretaties voor kinderen en ouders enorm groot kunnen zijn. Helaas is kindermishandeling een bijzonder complex onderwerp waarin talloze factoren meespelen. En waarbij heel weinig vast ligt.

Jaarlijks worden in Nederland 119.000 kinderen mishandeld en eigenlijk zijn er net zoveel manieren waarop kinderen dit laten zien. Kijk maar naar de verschillende signaleringslijsten³ waarop ongeveer elk gedrag wat een kind kan hebben, staat vermeld. En zelfs de definitie van wat kindermishandeling is, geeft geen eenduidig antwoord.

Met de methodiek van de Signalenwijzer kunnen professionals leren met deze onzekerheden te werken. En met elkaar, in teamverband, op een objectieve manier juist die vragen te stellen die uiteindelijk helpen om de situatie binnen een gezin beter in beeld te krijgen. Zo leren zij dus om niet alleen vanuit een definitie of vanuit een signaallijst naar een casus te kijken, maar vooral om zelf op onderzoek uit te gaan. ●

Bij dit artikel horen 3 referenties; deze zijn op te vragen via een mail aan vroeg@dgcommunicatie.nl

Ted Kloosterboer (ted@stichtingpraat.nl) is directeur van Stichting Praat. Vanuit haar ervaringsdeskundigheid heeft zij zich ontwikkeld tot de initiator van tal van activiteiten die steeds tot doel hebben kindermishandeling in al haar facetten onder de aandacht te brengen en bespreekbaar te maken. Hiervoor is zij in 2021 onderscheiden met de Van Dantzig-Penning.



Bestellen

De Signalenwijzer kost € 49,95, maar voor lezers van VROEG € 44,- (10% korting!). Bestellen kan via de webshop van Spelpartners: spelpartnershop.nl

De kracht van specialistische zorg in teamverband



Veel psychologen met specialistische kennis over het jonge kind werken in een grote organisatie óf als vrijgevestigde solisten. In beide gevallen heeft het meerwaarde om in te spelen op *de kracht van specialistische zorg in teamverband*. Binnen POEK, Praktijk voor Ouders En Kind, gebeurt dit in een team van IMH-professionals. Het bundelen van de kennis zorgt voor snelheid en flexibiliteit. Bovendien kunnen de teamleden elkaar steunen bij behandelingen die veel oproepen.

Eva Leyen en Paula Wesselink

De ontwikkeling van jonge kinderen gaat snel, kennis hierover en een goede inschatting van deze ontwikkeling is noodzakelijk. Daar komt bij dat als het met een kind niet goed gaat, het met ouders evenmin goed gaat en andersom. Voor de hulpverlening betekent dit dat er oog nodig is voor hoe het met ouders en het gehele gezinssysteem gaat. Dit alles vraagt een brede kijk, brede kennis én snel kunnen schakelen. Binnen POEK

'Bundelen van expertises maakt flexibele inzet van specialistische zorg mogelijk'

gebeurt dit door een team van vier professionals met de volgende disciplines: een psychotherapeut, GZ-psychologen, orthopedagoog, ambulante gezinsbehandelaar, IMH-specialisten en een IMH-consulent in opleiding. Het bundelen van deze verschillende

expertises binnen een klein team maakt het mogelijk om een flexibele inzet van specialistische zorg te kunnen bieden. Dit betekent dat we - zonder wachtlijst - zowel in onze praktijk als ambulante werken. Na aanmelding volgt binnen twee weken een kennis-making. Niet alleen met de behande- >

lend professional, maar ook met het team, de locatie en de visie van POEK. Als het moet worden agenda's omgegooid en schakelen we als team om dit mogelijk te maken. Jonge kinderen kunnen immers niet wachten. Noem ons dromers, maar wij geloven hier écht in. En de ervaring leert dat onze aanpak werkt!

Behandelingen

Hieronder volgen twee casussen uit onze praktijk ter illustratie. Zij laten zien hoe specialistische behandelingen van elkaar kunnen verschillen en wat deze toch specialistisch maken. Plus vooral: hoe we elkaar als team nodig hebben om dit goed vorm te kunnen geven.

Complexe behandeling

Casus 1. James (9 maanden) is aangemeld in verband met separatieangst en traumaklachten bij een moeder die inmiddels zwanger is van een tweede kindje. Er is ook een 'Veilig Thuis'-melding gedaan door het consultatiebureau. Bij de kennismaking wordt een zeer angstige, getraumatiseerde en alleenstaande moeder gezien. Ze houdt James dichtbij zich om ervoor te zorgen dat hem niets overkomt en zichzelf door zijn nabijheid hierin kan geruststellen. James zelf maakt in geringe mate contact met de behandelaars. Moeder geeft toe te kampen met overbeschermend gedrag; ze maakt zich voortdurend zorgen om James. Ondertussen is ze nog niet zo bezig met de nieuwe baby in haar buik: daar is nog weinig ruimte voor. Het krijgen van nog een kindje beangstigt haar wel. Zij maakt zich met name zorgen over hoe zij net zo goed voor James kan blijven zorgen als er straks nog een kindje is waar zij over moet waken.

Vanwege de beperkte belastbaarheid worden de vervolgspraken bij moeder thuis ingepland. De ambulante gezinsbehandelaar en IMH-specialist wisselen elkaar af voor huisbezoeken.

'Niet alles hoeft in één keer aangepakt te worden, ook al willen behandelaars dat'

De ambulante behandelaar focust op het vergroten van veiligheid, onder meer door samen op zoek te gaan naar steunfiguren in het eigen netwerk en het betrekken van de vader van de kinderen. De IMH-specialist richt zich op de betekenisverlening van het moederschap. Beiden richten zich tevens op het ondersteunen van moeder om ruimte te maken voor de baby. Niet alleen in praktische zin, maar juist ook emotioneel. Wat is nodig om de relatie met dit kindje in de buik vorm te geven? Wat heeft deze moeder nodig? En James? Zo heeft moeder zich nog niet voorbereid op de naderende bevalling en weet zij nog niet waar James dan kan zijn. Onduidelijk is eveneens wie moeder bijstaat tijdens de bevalling en in de periode erna. De behandelaars gebruiken het gehele team in MDO-verband om de timing en inzet van interventies te bepalen.

Na het nodige overleg wordt een intensieve samenwerking met de gemeente ingezet die zich gaat ontfemen over het zoeken naar opvang voor James. Verder gaat de gemeente zorgen voor intensieve ondersteuning van moeder bij de bevalling en in de kraamperiode. Het IMH-team blijft betrokken als baken van rust en steun voor moeder om zo het niveau van

angst en stress te verlagen. Waar mogelijk worden meer gerichte interventies ingezet, bijvoorbeeld gericht op het vergroten van het netwerk en betrekken van de vader van de kinderen.

Complexe problematiek

Casus 1 is een voorbeeld van complexe problematiek, waarbij het team elkaar nodig heeft om niet overspoeld te raken door zowel de zorgen over het gezin als over de veiligheid van het jonge kind. Er zijn allerlei factoren van belang, maar er moet steeds worden afgewogen wat de juiste ingang (port of entry) is en welke interventie passend is. Dat wil zeggen: prioriteit geven aan wat op het betreffende moment het meest dringend aandacht behoeft én wat aansluit bij wat de ouders kunnen dragen. Dit houdt tevens in dat niet alles in één keer aangepakt kan worden, ook al zouden de behandelaars dat graag willen.

Gericht en kort

Casus 2. Lena (2,6 jaar) is aangemeld via de huisarts. Sinds de geboorte van haar zusje 6 weken eerder weten de ouders niet wat ze met haar aan moeten. Lena slaapt slecht, eet minder, heeft driftbuien waarbij ze kan krijsen en gillen, wil niet naar buiten en kan



niet zelfstandig spelen. Opmerkelijk, want voorheen was ze een makkelijk en vrolijk kind. Ouders zijn onzeker en weten niet goed hoe Lena te troosten. Familieleden geven tips, maar moeder zegt dat deze niet aansluiten bij wat Lena van hen nodig heeft; dit maakt hen als ouders nog onzekerder en machteloos.



Na een eerste kennismaking met de IMH-specialist en de ambulante gezinsbehandelaar, welke gepaard ging met heftige gevoelens van onzekerheid en machteloosheid, volgt een bespreking in het MDO. Er wordt besloten eerst bij ouders aan te sluiten en te onderzoeken of we hen weer in hun kracht kunnen zetten. Een huisbezoek wordt ingepland. De ambulante gezinsbehandelaar bevrageert ouders over Lena en wat er goed gaat. Ook vraagt ze hoe de ouders Lena's gedragsveranderingen duiden. En hoe de veranderingen in het gezin voor Lena zijn.

Gaandeweg het gesprek komen ouders tot de conclusie dat Lena veel veranderingen moet verdragen. Toch hebben ze veel vragen over wat te doen en zoeken ze concrete tips. De behandelaar stelt voor om de volgende sessie samen over de antwoorden op hun vragen na te denken.

Het volgende huisbezoek is twee weken later. Ouders laten weten dat ze Lena hebben verteld hoe alles anders is met een zusje en dat ze best mag wennen. Ouders konden Lena veel beter troosten dan voorheen, waardoor de boze buien zijn afgenomen en Lena beter slaapt en eet. Nu zien ouders de gedragsveranderingen van Lena niet meer als een probleem, maar als een logische reactie op een veranderde situatie. Eigenlijk zijn hun vragen niet zo prangend meer: ze mogen best vertrouwen op wat ze al weten. Op de vraag wat hen het meest heeft geholpen, antwoorden de ouders 'Dat jij het ook niet zo 1, 2, 3 wist'. Ouders zijn bevestigd in hun

competentie. Er wordt overeengekomen om de behandeling weer af te sluiten.

Twee sessies volstaan

Casus 2 is een voorbeeld van snel schakelen en goed opletten wat wel en niet nodig is. De ouders zijn weliswaar competent, maar bevinden zich in een nieuwe gezinsfase. De behandelaar sluit aan bij de hun kwaliteiten door het gevoel competent ouderschap te versterken en onthoudt zich van het geven van tips. Hiermee wordt de behandelaar niet de 'betere ouder' en zet ze ouders in hun kracht. Met gerichte inzet van specialistische interventies is het gelukt om binnen slechts twee sessies de ouder-kindinteracties te bewerken, waarna de aanmeldklachten verdwenen. Tijdens de vervolgspraak wordt de vraag of ouders meer praktische ondersteuning wensen geagendeerd en dus niet dat er steun nodig is.

Het inzetten van specialistische zorg wordt vaak gezien als een langdurig traject. Wanneer echter gewerkt wordt vanuit een multidisciplinair specialistisch team dat zich verbindt via de IMH-visie is kortdurend behandelen zeker mogelijk. Aansluiten bij hetgeen ouders en kind presenteren en daarbij uit de expertrol blijven is soms al voldoende om het gevoel van stevig ouderschap te bereiken. De door ouders ervaren gevoelens van onzekerheid en machteloosheid worden

gedragen door het team. De ambulante gezinsbehandelaar kan vervolgens op haar beurt aansluiten bij ouders. Door erkenning te geven voor de moeilijke fase en de zorgen over Lena's gedragsveranderingen zijn de ouders weer in staat te reflecteren en te mentaliseren. Dit alles heeft ertoe geleid dat ouders weer konden afstemmen op Lena's binnenwereld. Dit leidde direct tot vermindering van klachten, wat ouders bevestigde in hun gevoel van competent ouderschap. Daardoor konden zij zelf weer de regie nemen en was verdere hulp niet nodig.

Ter afsluiting

De hier beschreven casussen geven in een inkijkje in het werken binnen een specialistisch team werkend vanuit de IMH-visie. De kracht van werken in teamverband is, naast het verbinden van kennis en ervaring, gelegen in het zorgdragen voor de emotieregulering van de professionals. Dit laatste is net zo belangrijk. Zo dreigt bij casus 1, naast de overspoeling die moeder voelt vanuit angst en trauma, ook overspoeling voor de behandelaars. Het delen van de angst, stress en onveiligheid van en voor de kinderen die zij voelen in het team helpt, samen met het reflecteren op de stappen in het behandelplan, om de juiste beslissingen te nemen. Voor casus 2 geldt dat de snelle ontregeling van ouders in de kraamtijd de neiging tot actie oproepen. Het bespreken hiervan in het team geeft rust bij de behandelaars. Vanuit deze rust kan aangesloten worden bij de competenties van de ouders en is een intensief behandeltraject niet nodig. Kortom, het team draagt zorg voor de professionals en zij dragen op hun beurt zorg voor het gezin. ●

Eva Leyen is IMH-specialist & orthopedagoog i.o.t. Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP; Paula Wesselink, is IMH-specialist & psychotherapeut en GZ-psycholoog. Beiden zijn werkzaam bij POEK | Praktijk Ouder en Kind in Heiloo (poekalkmaar.nl).

Verpleegkundige kinderdagopvang bestaat 20 jaar

Gespecialiseerde kindzorg slaat aan

Met vier vestigingen in Amsterdam (2), Hoorn en Zaandam is gespecialiseerd kinderdagverblijf Zigzag, 20 jaar jong, vaste partner in de kindzorg in de regio Noord-Holland en West-Friesland. De 55 medewerkers zetten zich met hart en ziel in voor kwetsbare kinderen van 0 tot 4 jaar met een verpleegkundige en pedagogische zorgvraag. Een informatief inkijkje in het reilen en zeilen van kinderopvang aan kwetsbare kinderen.

Marieke Klosters, namens Zigzagzorg

In een liefdevolle, open en veilige omgeving biedt Zigzag zowel pedagogische als verpleegkundige professionele zorg voor jonge kinderen. De aanleiding voor het inroepen van de expertise is heel divers. De kinderen die naar de dagopvang komen hebben een scala aan verschillende ziektebeelden, variërend van een ontwikkelingsachterstand als gevolg van een chromosoomafwijking tot ernstige voedingsproblemen. Bij Zigzag zie je kinderen met een canule of infuus, met hart- of longproblematiek, epilepsie, diabetes, een spraakprobleem of haperende motoriek. Eetbegeleiding is een belangrijke specialisatie, evenals muziektherapie. Daarnaast biedt Zigzag ouderbegeleiding en is er een ambulante verpleegkundige en pedagogische team.

Zorg op maat

Gezien de uiteenlopende problematiek van de kinderen werken bij Zigzag professionals met diverse opleidingen en functies. Dit varieert van kinderverpleegkundigen tot pedagogisch zorg-

verleners, groepsondersteuners en ouderbegeleiders. Zij werken aan een gezamenlijk doel: de eigen kracht van de kinderen activeren om hun zelfredzaamheid te vergroten. Dat doen ze altijd samen met het gezin, de verwijzer en (keten)partners. Op het oog verschillen de vestigingen niet van een reguliere kinderopvang. Ouders zijn vaak verrast als ze voor het eerst een kijkje komen nemen. Ze verwachten een 'zorgvoorziening', maar zo lijkt het zeker niet. Natuurlijk is er door de zorg op maat voor elk kind een net iets strakker dagprogramma en wat meer structuur dan gemiddeld. Toch zijn er bij Zigzag net als in de reguliere opvang gezellige spel- en speelmomenten, fruithapjes en slaap-uurtjes. Wel zijn de groepen kleiner dan gemiddeld, met maximaal negen

kinderen, vanwege de zorg op maat. Ieder kind heeft een eigen plan met doelen waaraan spelenderwijs wordt gewerkt. Verder werkt Zigzag multidisciplinair met onder andere kindertartsen, medisch maatschappelijk werk, kindert fysiotherapie, logopedie en diëtisten.

Vroegbegeleiding

Naast de pedagogische en verpleegkundige zorg biedt Zigzag vroegbegeleiding aan in samenwerking met kindert fysiotherapeuten, logopedisten en ergotherapeuten. Het gaat meestal om kinderen met een onderliggende neurologische aandoening, met een algehele ontwikkelingsachterstand of om kinderen met een aandoening van het houdings- en bewegingsapparaat of aan het zenuwstelsel. Vaak is er bij

'De kinderen in de dagopvang hebben een scala aan verschillende ziektebeelden'



‘Inzet richt zich op activeren van de eigen kracht en vergroten van de zelfredzaamheid’

aanvang van de opvang al een concrete hulpvraag, maar soms is er nog geen duidelijke oorzaak van de klachten en gaat het multidisciplinaire team van Zigzag daarmee aan de slag

Muziektherapie

Muziektherapie, onder leiding van de muziekpedagoge, is een aanvulling op de andere therapievormen binnen Zigzag. De meeste kinderen houden van muziek en beginnen spontaan te bewegen bij het horen van de eerste klanken. Deze vorm van therapie bevordert spraak en taal en ondersteunt lichaamsgerichte doelen, terwijl het ook voor afleiding zorgt bij verpleegkundige handelingen. Kinderen, begeleiders en ouders zijn zeer enthousiast over de positieve invloed van muziek op het ontwikkelingsproces.

Eetbegeleiding

De verwijzing voor eetbegeleiding gebeurt via kinderarts, gemeente of gespecialiseerde instantie. Na een intakegesprek en een observatieperiode volgt een zorgplan en plan van aanpak. Tijdens verschillende eetmomenten brengt het team de fysieke reacties op voeding in kaart. Vervolgens maakt men een voedingslijst met een eetschema. Met het oog op de groei en ontwikkeling volgt aanvullend een plan van aanpak op pedagogisch gebied. Gedurende het gehele proces is er nauw contact tussen ouders, de kinderarts en andere betrokkenen. Zodra een kind steeds meer gaat eten en drinken wordt gekeken of thuisbegeleiding meerwaarde heeft. Het doel daarvan is om de regie terug te geven aan ouders en

hen te helpen het ontwikkelingsproces thuis door te zetten.

Kinderrevalidatie

Voor de opvang van kinderen met een (primair) lichamelijke beperking werkt Zigzag samen met het Amsterdamse revalidatiecentrum Reade. Dankzij een gespecialiseerde observatie- en revalidatiebehandelingsgroep kunnen kinderen gewoon naar de dagopvang. Er is een volledig behandelteam aanwezig. Daardoor kan de revalidatiebehandeling plaatsvinden binnen de structuur van de groep. De behandeling zelf gebeurt multidisciplinair met, afhankelijk van de behoefte, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en orthopedagogie.

Ouderbegeleiding

De gedeelde zorg en opvang bij Zigzag in een veilige, beschermde omgeving ontlast ouders en het gezin. De ervaring leert dat dit een enorm positief effect heeft op het dagelijkse gezinsleven. Ook zoekt de ouderbegeleider altijd samen met de ouders naar een aanpak van de problemen die bij hen en de ontwikkeling van de kinderen past. Omdat het om de allerjongsten en jeugdigen gaat vinden de gesprekken ambulante plaats in de thuissituatie.

Inzet zorgaanbod

Het inzetten van het zorgaanbod gebeurt op basis van verwijzing door onder andere gemeentelijke instanties zoals de ouder- en kindteams en door kindfysiotherapeuten, medisch maatschappelijk werk, huisartsen en medisch specialisten. En natuurlijk via ouders zelf, die Zigzag vinden via internet. Zigzag ondersteunt hen dan bij de verdere plaatsingsprocedure. De financiering gaat vanuit de zorgverzekeringswet en/of vanuit de jeugdwet. ●

Meer weten? Neem eens een kijkje op zigzagzorg.nl

Huilbabyhulp binnen 24 uur brengt rust

Een Verpleegkundig Babyconsulent kan ouders met een excessief of extreem vaak huilende baby binnen 24 uur een luisterend oor bieden. Zonder verwijzing kan zij ook direct een afspraak voor een huisbezoek maken; laagdrempelig dus en dichtbij. Ouders voelen zich op deze manier écht gehoord en begrepen. Ook voor andere zorgen rond hun baby kunnen zij op dezelfde manier aankloppen bij een Babyconsulent.

Babyconsulenten Nederland

Verpleegkundig Babyconsulenten zijn er voor alle gezinnen die door omstandigheden uit balans raken na de komst van een baby. Ze onderscheiden zich van andere zorgprofessionals en coaches door hun verpleegkundige achtergrond. De Babyconsulent is in de basis een kinderverpleegkundige, obstetrie-verpleegkundige of jeugdverpleegkundige met expertise in de ouder- en kindzorg, hechting en pre- en perinatale psychologie/bewustzijn van de baby. Door hun kennis en ervaring constateren ze of er sprake kan zijn van een onderliggende lichamelijke oorzaak of aandoening. Zo ja, dan kunnen zij vroegtijdig verwijzen naar een huisarts, kinderarts of andere zorgprofessional. Het gaat vaak om huilende baby's, om slaap- of voedingsproblemen, geboortetrauma en alles wat daarmee samenhangt.

Kwetsbare situaties

Babyconsulenten zijn een uitkomst voor gezinnen waarbij al in een vroeg stadium een kwetsbare situatie wordt gesignaleerd. Maar ook als deze kwetsbaarheid pas later ontstaat, wanneer het plots 'anders gaat dan

verwacht' en er tijdens de zwangerschap, de geboorte of na de kraamtijd/ of ziekenhuisopname een situatie ontstaat waar de ouders zich van tevoren niet op konden voorbereiden. Op zo'n moment kan de reguliere zorg niet of onvoldoende aansluiten. Voor deze gezinnen wordt er niet vanzelfsprekend extra ondersteuning ingezet, ook niet wanneer een gezin wankelt door stress, bezorgdheid of vermoeidheid, bijvoorbeeld als gevolg van de onrust of het vele huilen van hun baby.

Passend voor iedere hulpvraag

De Verpleegkundig Babyconsulent heeft een brede kennis, veel ervaring en kan putten uit tal van interventies om als hulpverlener aan te sluiten bij de specifieke situatie van de ouder of het gezin. Ze komt bij ouders thuis, neemt de tijd om actief te luisteren en te kijken naar de ouder-kindrelatie. Ze levert zorg op maat, passend bij het gezin en bij de situatie. Ze leert ouders te kijken naar hun baby, naar de lichaamstaal en het gedrag en daarop te reageren. Al doende helpt ze zo ouders weer bij hun gevoel te komen en hun baby te begrijpen.

De positieve resultaten liegen er niet om: Babyconsulenten scoren een 8 tot 10! Dit blijkt uit data die de Vereniging van Verpleegkundig Babyconsulenten Nederland (zie kader) over de zorgvraag en -evaluatie verzamelt. Dit is mogelijk doordat alle Babyconsulenten een gezamenlijk digitaal intake- en evaluatieformulier gebruiken. Zo wordt inzichtelijk wat er speelt in de gezinnen die binnen de reguliere zorg niet zo snel geholpen kunnen worden.

Ontstaan van de specialisatie

De inzet van de Verpleegkundig Babyconsulenten is ontstaan vanuit

Opleiding

Jaarlijks start er een opleidingsgroep voor kinder-, jeugd- en obstetrie-verpleegkundigen die zich verder willen specialiseren in de ouder- en kindzorg. De verpleegkundige achtergrond is een toelatingseis, evenals docent babymassage zijn. Dit laatste omdat babymassage vaak wordt ingezet als hulpmiddel voor het herstellen van de ouder-kindrelatie.



Babyconsulenten Nederland

De Vereniging van Verpleegkundig Babyconsulenten Nederland zorgt voor behoud van kwaliteit door scholing en intervisie en maakt de beroepsgroep zichtbaarder op de zorgkaart. Drie keer per jaar organiseert de vereniging intervisiedagen voor scholing en voor het delen van praktijkervaringen. De vereniging is in gesprek met zorgverzekeraars en gemeenten om inzichtelijk te maken wat de beroepsgroep kan betekenen op het gebied van preventie en hoe kostenbesparend dat kan zijn.

een hulpvraag van ouders. Zij misten bij hun huilbaby dat stukje extra ondersteuning dat binnen de reguliere zorg niet vanzelfsprekend wordt aangeboden. Door bezorgdheid van ouders neemt de onrust alleen maar toe met alle gevolgen van dien: overmatig huilen van de baby, oververmoeidheid van ouders en baby, mentale breakdown, postnatale depressie en onnodige ziekenhuisopnames. Keer op keer gaat het om een hulpvraag die in een vroeg stadium vraagt om een luisterend oor, juiste informatie en adviezen die passen bij dit specifieke gezin in hun eigen unieke situatie. Ondersteuning door een professional met medisch-verpleegkundige kennis vormt dan een welkome steun in de rug, niet in de laatste plaats omdat de Babyconsulent zich inleeft in de situatie van de ouders en hen in hun kracht zet! Zo ontstond de unieke opleiding

tot Verpleegkundig Babyconsulent (zie kader).

Werkwijze

De Babyconsulent werkt vanuit een eigen praktijk of intramuraal binnen het ziekenhuis of verloskundigenpraktijk. Iedere ouder kan zonder verwijzing een babyconsulent inschakelen. Na een uitgebreide (digitale) intake volgt een huisbezoek. De begeleiding kan enkele weken duren. Om alle ouders te bereiken, ongeacht hun financiële situatie en mogelijkheden zou (gedeeltelijke) vergoeding van zorg vanzelfsprekend moeten zijn. Dan wordt passende preventieve zorg voor iedereen toegankelijk!

Vergoeding

Op dit moment wordt deze zorg nog niet vergoed. Wel is het bestuur van de Vereniging van Verpleegkundig

'Ondersteuning met medisch-verpleegkundige kennis welkome steun in de rug'

Babyconsulenten Nederland in gesprek met zorgverzekeraars en gemeenten. In enkele regio's is een samenwerking ontstaan met BabythuisZorg, waardoor de expertise van een Babyconsulent ingezet kan worden via het lokale sociale (wijk)team wanneer de gemeente een indicatie voor zorg afgeeft. Ook bestaat al samenwerking met psychologenpraktijken, waardoor begeleiding door de Babyconsulent in combinatie met psychologische behandeling wordt geboden en vergoed wordt vanuit het zorgprestatie model. Dergelijke samenwerking met ketenpartners uit het medisch en sociaal domein is van groot belang. ●



 **Medilex**
onafhankelijke nascholing
voor zorgprofessionals

5 maart
Gezondheidsrecht voor
zorgprofessionals

6 maart
Psychiatrie en zwangerschap

2 april
Privacy en gegevensbescherming

20 maart
Intercollegiaal coachen

25 maart
Teamcoaching in de zorg

14 mei
Coachend leidinggeven

• onafhankelijke en geaccrediteerde nascholing
• gemiddeld beoordeeld met een 8!
• incompany op maat gemaakt



info@medilex.nl | www.medilex.nl

 **IMH NEDERLAND**
leren · verbinden · behandelen



€20,- korting
op pakket Online Leren

Voor VROEG-abonnees

- Infant Mental Health
- Normale eetontwikkeling en voedingsproblemen bij jonge kinderen
- Screening en passende vervolghulp bij Autisme
- Leren kijken naar lichaamstaal, contact en regulatie tussen ouder en kind
- Zelfregulatie Jonge Kind
- Beleid & Strategie: tools om de IMH-visie in je organisatie te implementeren
- Onrustige Baby
- Peripartum Psychische Problemen
- Pleegouder-Pleegkind Interventie



Wist je dat onze e-learning's geaccrediteerd zijn?

* Pakket wordt regelmatig aangevuld
www.imhnederland.nl

Korting voor VROEG-abonnees!



05 MINNULTOTVIJF inspiratieplatform

Platform **MinNultotVijf**. Zo heet het inspiratieplatform van IMH Nederland en Vakblad Vroeg.

Het platform is een alsmaar uitdijende schatkamer voor professionals rond de zorg aan ongeboren en jonge kinderen en hun ouders.

MinNultotVijf bevat, gerubriceerd op onderwerp:

- webinars
- live-gesprekken
- VROEG-artikelen
- minicolleges
- rollenspelen



De prijs voor een **jaarabonnement bedraagt € 169,-**. VROEG-abonnees, ook nieuwe, ontvangen hierop € 20,- korting. Scan de **QR-code** of ga naar **vakbladvroeg.nl**

P.S. Zonder prijsverhoging wordt het platform voortdurend uitgebreid, in 2024 alleen al met zo'n tien webinars!