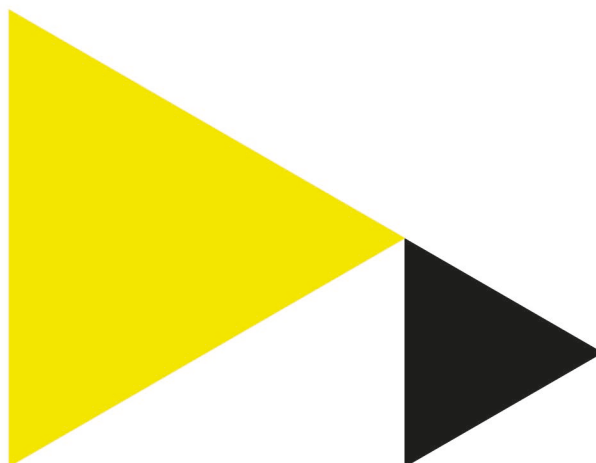


Basisontwerp course Interprofessionele samenwerking bij Infant Mental Health

Met het Urban Education-project 'Interprofessionele samenwerking bij Infant Mental Health' (IMH) wordt een bijdrage geleverd door praktijkgericht ontwikkel- en ontwerponderzoek te doen voor een interdisciplinaire en interprofessionele module gericht op IMH voor Jonge Kind professionals-in-opleiding op het Hbo.

Hogeschool van Amsterdam / Project Urban Education / Centre of Expertise en Pedagogiek
2020 – 2021



Basisontwerp course Interprofessionele samenwerking bij Infant Mental Health

Met het Urban Education-project 'Interprofessionele samenwerking bij Infant Mental Health' (IMH) wordt een bijdrage geleverd door praktijkgericht ontwikkel- en ontwerponderzoek te doen voor een interdisciplinaire en interprofessionele module gericht op IMH voor Jonge Kind professionals-in-opleiding op het Hbo.

Author

Mara Heijdelberger, Odette Spee, Rochelle Helms, Trudie Groen

department

Hogeschool van Amsterdam / Project Urban Education / Centre of Expertise en Pedagogiek

Date

1-Jul-21

Project type

Urban Education Centre for Expertise

Version

0.0

© 2021 Copyright Amsterdam University of Applied Sciences

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or made public in any form or by any means, electronic, mechanical, printouts, copies, or in any way whatsoever without the prior written consent of the Amsterdam University of Applied Sciences.

Inhoud

1.	Coursebeschrijving Interprofessionele samenwerking bij Infant Mental Health	2
1.1	Aanleiding course	2
1.2	Inhoud course.....	3
1.3	Relatie met de beroepspraktijk	4
1.4	Werkvormen/didactiek	5
1.5	Toetsvorm	6
1.6	Leerdoelen	6
1.7	ECTS	6
1.8	Literatuur voor studenten.....	7
1.9	Lesinhoud vier bijeenkomsten	8
1.10	Materiaal voor docenten	9
1.11	Tijdschema's bijeenkomsten	11
	Bibliography/references	13
	Appendix A: Infant mental health anno 2018	17
	Appendix B: Voorbereidende opdracht zelfzorglijst bijeenkomst 2	39
	Appendix C: Powerpointsheets Bijeenkomsten 1 en 2.....	40
	Appendix D: Modellen interdisciplinair denken & definities vormen samenwerken	63
	Appendix E: Documentenanalyse IMH in het werkveld jonge kind en het hbo.....	64
	Appendix F: Topiclijst focusgroep interviews 1	75
	Appendix G: Notulen focusgroep interviews 1	76
	Appendix H: reactie lectoraat HAN focusgroep interviews 1	80
	Appendix I: Topiclijst focusgroep interviews 2	82
	Appendix J: Focusgroep interviews notulen 2	83
	Appendix K: Reactie critical friends	86

1. Coursebeschrijving Interprofessionele samenwerking bij Infant Mental Health

1.1 Aanleiding course

De eerste 1001 dagen (van conceptie tot twee jaar) blijken cruciaal te zijn voor een veilige, kansrijke start van alle kinderen. Gelukkig heeft het grootste deel van de Nederlandse kinderen zo'n goede start, maar helaas is er nog altijd een grote groep kinderen die vanaf het allereerste begin een achterstand heeft. De aandacht voor het bevorderen van een kansrijke start neemt steeds meer toe en hierin kan jij als toekomstige professional een hele belangrijke rol spelen. Interprofessionele samenwerking is hierbij essentieel, met deze course bereiden we je voor op de diverse rollen die je hierbij kunt vervullen.

In het artikel *Werken vanuit Infant Mental Health eyeopener voor kinderopvang* onderschrijft Nanniek Bijen het belang van werken vanuit de IMH- gedachte. Zij ondersteunt samen met haar collega's kinderopvangorganisaties in hun kwaliteitsontwikkeling en als er sprake is van zorg bij jonge kinderen:

De meerwaarde van IMH binnen de kinderopvang zit voor mij in het kijken naar kinderen, hun ouders en de relatie die hier zichtbaar is. Daarbij wordt het gedrag niet verklaard vanuit het kind of de situatie op de groep, maar hoe dat zich gevormd heeft door de thuissituatie. In de kinderopvang kun je dit ook vertalen naar de relatie tussen een kind en pedagogisch medewerker. Wat zie je voor je gebeuren? Hoe ziet de relatie er uit? Wat neemt het kind mee vanuit zijn of haar opvoeding? Hoe stem je af op een kind? Dit biedt aangrijpingspunten voor de begeleiding zodat een kind zich zo optimaal mogelijk kan ontwikkelen.

Vanuit IMH kun je ook de rol als pedagogisch medewerker anders vormgeven. Ben je er alleen voor het kind of ook voor de ouders? Durf je te vragen hoe het thuis gaat? Hoe kan je naast de ouder gaan staan in plaats van het over te nemen? Hoor je echt wat deze ouder van jou vraagt, zonder daar een oordeel over te hebben? Oftewel, hoe versterk je de relatie tussen ouder en kind? Het werken vanuit de IMH-gedachte kan zorgen voor een betere samenwerking tussen de pedagogisch medewerker met zowel kinderen als ouders.

Op één van de locaties waar ik aan verbonden ben, stond onlangs een teamvergadering in het thema van de cirkels van veiligheid en het interactieproces tussen ouder en kind. Alleen al het duiden van de cirkels en het kunnen verklaren wat je ziet, kan je helpen in het kijken naar kinderen. Je leert hun binnenwereld beter begrijpen. Na deze vergadering merkte ik bij de pedagogisch medewerkers een andere manier van kijken naar kinderen en hun ouders. Maar ook was er reflectie op zichzelf in hun rol als

pedagogisch medewerker. Wat zijn jouw cirkels van veiligheid en wat neem je mee naar je werk vanuit jezelf?" Of neem het inzetten van mentaliseren. Dit houdt het kijken door de ogen van een ander in, waardoor je zijn of haar binnenwereld leert begrijpen. We zijn op de grond gaan zitten om vanuit die positie de initiatieven van de kinderen te volgen. Waarbij we ons constant afvragen: 'Wat denkt het kind?' 'Wat voelt het kind?' 'Wat gaat er door het kind heen?' Op die manier naar jonge kinderen kijken biedt openingen om veel beter aan te sluiten bij de behoeften. Ook wordt bepaald negatief gedrag na het samen kijken anders gelabeld. Vakblad Vroeg (2020)

1.2 Inhoud course

Infant (and Early Childhood) Mental Health (IMH) gaat over de ontwikkeling van de relatie tussen ouder en kind. In de IMH-visie staat het opbouwen van een veilige band tussen (aanstaande) ouder(s) en hun kind centraal. Daarbij is het uitgangspunt dat kind, ouder- en omgevingsfactoren elkaar wederzijds beïnvloeden.

IMH geeft een kader om de klacht of het symptoom in de hele context te zien en te begrijpen. Een kader om naar een kind, een ouder, een gezin te luisteren en het gedrag/symptoom te begrijpen in een relationele- en ontwikkelingscontext en om gedrag te zien als een vorm van communicatie. Door deze communicatie binnen de context te begrijpen, kan de betekenis van het gedrag ontdekt worden. Daarom is het van belang om het verhaal over de ontwikkeling te begrijpen vanaf de conceptie, zwangerschap in een relationele context.

Tijdens de course leer je om problematiek te signaleren en ouders te begeleiden als de ouder-kindrelatie verstoord lijkt en/of als er een vermoeden is van ongezonde ontwikkeling of onveilig opgroeien. Het is dan ook van groot belang dat je goed leert om de ouder-kindrelatie te observeren en dat je bij vermoedens de juiste ingang in het systeem van en rondom de ouder-kindrelatie kunt vinden. Tevens is onderdeel van de IMH-visie dat er altijd met de verschillende disciplines die bij het gezin betrokken zijn wordt samengewerkt.

Je verdiept je in deze course in vier concepten van de IMH-visie:

1. De ontwikkeling van regulatie en (prenatale) gehechtheid;
2. The Motherhood Constellation (Stern, 1995);
3. De geboorte van drie baby's (Lebovicci, 1994);
4. Centrale vragen bij de cirkel van veiligheid (Cooper, Hoffman, Marvin & Powell, 2000).

Nadat je de basis van de IMH-visie hebt leren kennen richt je je vooral op het toepassen hiervan in de praktijk. Je gaat aan de slag met casuïstiek in gespreksvoering met ouders over complexe vragen en zorgen over hun ouderschap of over (de relatie met) hun kind. Je

verdiept je in het belang van sensitieve responsiviteit van de ouder in het contact met baby's, het ouderschap, zelfzorg en je eigen normen en waarden. Vragen die aan de orde komen zijn: 'Hoe ga je om met machteloosheid?' en 'Hoe ontvang je ouder en kind?'.

Daarnaast leer je waarom de niet-wetenhouding en luister- en observatievaardigheden van belang zijn in de begeleiding. Hierbij wordt er vanzelfsprekend ook geoefend met het interprofessioneel samenwerken; 'Hoe werk je vanuit de IMH-visie samen met professionals uit andere disciplines die betrokken zijn bij het betreffende gezin betreffende gezin?'.

Het oefenen van deze interprofessionele samenwerking vindt zowel plaats doordat je de IMH-course volgt met studenten van diverse opleidingen (pedagogiek, social work, verpleegkunde) als door het werken met een aantal modellen om interdisciplinair te leren denken. Door samen te werken aan casuïstiek ervaar je aan den lijve het interprofessioneel samenwerken en de (mogelijke) hulp van een aantal modellen daarbij. Het doel is om hiermee een beeld krijgen van elkaars discipline en manieren te ontdekken waarop je elkaar bij het werken aan casuïstiek kan versterken.

Bij de trainingsonderdelen gericht op het toepassen van de IMH-visie in de praktijk wordt een instelling vanuit het werkveld betrokken. Het zal hierbij altijd gaan om een instelling die werkt vanuit de IMH-visie en dus ook ervaring heeft met interprofessioneel samenwerken. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een medisch kinderdagverblijf.

1.3 Relatie met de beroepspraktijk

De course Interprofessionele samenwerking bij Infant Mental Health is opgezet om je kennis te laten maken met werken vanuit de IMH-visie in het werkveld van de jonge kind professional waarbij interprofessionele samenwerking essentieel is. Als jonge kind professional kun je werkzaam zijn in diverse werkvelden zoals; voorzieningen voor kinderopvang/ voor en vroegschoolse educatie, opvoedingsondersteuning, primair onderwijs en de jeugdhulp. Binnen deze werkvelden wordt de IMH-visie steeds vaker gehanteerd en wordt de meerwaarde hiervan duidelijk ervaren.

Je zal je als jonge kind professional bezighouden met zowel vroegsignalering als met het zorgen dat ouders en hun kind de juiste begeleiding krijgen. Hierbij heb je met diverse en soms complexe situaties te maken en is het ook belangrijk dat je met verschillende disciplines kunt samenwerken. Deze module zal je praktische handvatten geven als het gaat om zowel het werken vanuit de inhoud van de IMH-visie als om de uitvoering ervan in de vorm van interprofessionele samenwerking. Hierbij wordt het werkveld direct betrokken, doordat de laatste twee trainingen mede verzorgd worden door een organisatie die werkt vanuit de IMH-visie. Er zal hierbij gewerkt worden met casuïstiek die deze organisatie inbrengt als om casussen die je zelf mee kunt brengen vanuit je stage.

1.4 Werkvormen/didactiek

De course bestaat uit vier bijeenkomsten van 150 minuten. De bijeenkomsten hebben het karakter van een training. Er wordt gewerkt met afwisselende werkvormen waarbij het gaat om een combinatie van theorie, toepassen van de theorie aan de hand van casuïstiek, oefenen van gespreksvaardigheden en reflecteren op houding. Bij het oefenen met de toepassing van de IMH-visie wordt het werkveld direct betrokken doordat zij deze trainingen in samenwerking met de hogeschool zullen verzorgen aan de hand van hun praktijkervaring. Het oefenen is gericht op het leren toepassen van de IMH-visie, waarbij het zowel gaat om de inhoud van de casuïstiek als om het interprofessioneel samenwerken.

Toelichting werkvormen en didactiek voor de docent:

Ridder et al., (2021) stellen dat als het gaat om interprofessionele samenwerking er wordt gestart met het kennis nemen van de kernbegrippen die hierbij een rol spelen. Een werkvorm die hierbij wordt toegepast is gericht op bewustwording van de student van hun visie op de inhoud van verschillende disciplines en ook het bespreken van de 'verborgen hiërarchie' daarbinnen (Breteler & Kuijer-Siebelink, 2017).

Er wordt stil gestaan bij de verschillende rollen die de studenten kunnen hebben t.a.v. interprofessioneel samenwerken; de pedagogisch professional, de verbinder, de vormgever en de initiator. Ook worden de belemmerende en bevorderende factoren t.a.v. interprofessioneel samenwerken besproken (Doornenbal, J. et al., 2017). Op deze rollen en factoren kan gedurende de course steeds worden teruggekomen. Hierbij wordt zowel gekeken naar de rol van de student binnen de course: 'hoe wordt het interprofessioneel samenwerken met de diverse studenten daar ervaren en wat is de positie van de studenten daarin?' als naar de rol van de student binnen de stage/ de beroepspraktijk: 'wat merkt dat student op ten aanzien van het interprofessioneel samenwerken op zijn/haar stage, welke rol neemt de student hierbij aan?'

Het is essentieel dat de docent die de course verzorgt zelf op de hoogte is van de voorwaarden waar hij aan moet voldoen. De docent is zich onder andere bewust dat hij een rolmodel is voor de studenten en de potentie onderkent van interprofessioneel samenwerken. Bij het werken met casuïstiek zal de docent uitdragen dat niet het belangrijkste is om de casus goed te voltooien maar dat het vooral gaat om de discussie over de verschillende aanpakken. Het doel hiervan is namelijk dat de studenten elkaars discipline beter leren kennen. Ze merken dat iedereen door een andere bril kijkt; een andere focus heeft. Ook is het doel dat ze hierdoor leren waar de kwaliteiten liggen, maar ook de grenzen van ieders professie (HAN University of Applied Sciences & Radboudumc Health Academy, 2020).

Na afronding van de course zal worden gereflecteerd op de kennis die is opgedaan over diverse vormen van interprofessioneel samenwerken en verschillende rollen. De gevormde visie van de student t.a.v. interprofessioneel samenwerken (belemmerende en bevorderende factoren) en de rol van de student daarbij (is de student voorbereid op zijn rol als 'change agent').

1.5 Toetsvorm

De toets zal bestaan uit het maken van een professioneel ontwikkeldossier bestaande uit:

- De uitwerking van vragen bij twee beroepsgerichte en IMH gerelateerde casusopdrachten waarbij er koppeling wordt gemaakt met de theorie en de verplichte literatuur (leerdoelen 1 en 2); het zal hierbij zowel gaan om theorie en literatuur gericht op de IMH-visie als op de kennis t.a.v. interprofessioneel samenwerken.
- Oefenen van de geleerde gespreksvaardigheden met een klasgenoot aan de hand van een casus (leerdoel 3).
- Een filmpje maken voor de stageplek waarin zowel de geleerde kennis- houding- en vaardigheidsaspecten voor in de praktijk als de opgedane ervaringen rondom interprofessioneel samenwerken met medestudenten en binnen de beroepspraktijk worden toegelicht (leerdoelen 1,2,3 en 4).

1.6 Leerdoelen

- De student kan complexe casuïstiek door middel van het IMH en interprofessioneel theoretisch kader en visie beoordelen.
- De student kan op basis van de beoordeling van complexe casuïstiek passende vervolgcities formuleren en onderbouwen waarbij de kennis en visie op interprofessioneel samenwerken wordt meegenomen.
- De student kan de juiste gespreksvaardigheden toepassen in gesprekken met (professionele mede-) opvoeders gerelateerd aan de thema's 'zorgen over ouderschap en/of (de relatie met) hun jonge kind' en hierop reflecteren.
- De student kan op een interprofessionele manier samenwerken en reflecteren op de opgedane ervaringen en zijn/haar rol rondom interprofessioneel samenwerken.

1.7 ECTS

De beroepsopdracht heeft een studiebelasting van 3 ect, dit is 84 studiebelastingsuren.

De totale contacttijd is 600 minuten.

Er vinden vier bijeenkomsten plaats van 3x50 minuten. Naast het volgen van de bijeenkomsten worden de studiebelastinguren besteed aan het voorbereiden van de

bijeenkomsten, het maken van de praktijkopdrachten bij de bijeenkomsten en het uitvoeren van de toets opdrachten.

1.8 Literatuur voor studenten

Derkx, B., Pannevis, C., Schmeets, M., Rexwinkel, M. (2011) *Handboek Infant mental*

Health: inleiding in de ouder-kindbehandeling. 1e druk Gorcum B.V., Koninklijke van.

Vliegen, N. & Verhaest, Y. (2020). *Vroege ontwikkeling alle kansen geven. Geestelijke gezondheidszorg voor baby's, jonge kinderen en ouders*. Pelckmans Pro.

Doornenbal, J., Fukkink, R., Van Yperen, T., Balledux, M., Spoelstra, J., Van Varseveld, M. (2017). *Inclusie door interprofessionele samenwerking. Resultaten van de proeftuinen van PACT*. Het Kinderopvangfonds. Geraadpleegd op 15 juni 2021, van <https://www.pactvoorkindcentra.nl/images/pdf/PACT-wetenschap-resultaten.pdf>

1.9 Lesinhoud vier bijeenkomsten

Lesinhoud course Interprofessionele samenwerking bij Infant Mental Health

Bijeenkomsten	Inhoud
Bijeenkomst 1	<p>Introductie van de course</p> <p>Kennismaken met elkaar door toelichting student motivatie van gekozen studie en hun visie op inhoud verschillende disciplines (verborgen hiërarchie bespreken)</p> <p>Twee concepten IMH-visie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De ontwikkeling van regulatie en (prenatale) gehechtheid; • The Motherhood Constellation (Stern,1985).
Bijeenkomst 2	<p>Twee concepten van de IMH-visie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De geboorte van drie baby's (Lebovicci,1994); • Centrale vragen bij de cirkel van veiligheid (Cooper, Hoffman, Marvin & Powell, 2000). <p>Kernbegrippen interprofessioneel samenwerken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interprofessioneel werken • Samenwerkingsvormen • T-shaped professional • Interprofessionele competenties
Bijeenkomst 3	<p>Onderwerpen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normale/verstoorde ontwikkeling baby's; • Communiceren met baby's; • Ouder-kind begeleiding; • Zelfzorg & eigen waarden en normen; • Toepassing van de IMH-concepten en modellen interprofessionele samenwerking in casuïstiek en gespreksvaardigheden. <p>Reflectie m.b.t:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Professionele identiteit. • Succesfactoren en belemmeringen interprofessioneel werken. • Boundary crossing en rol (en) student hierbij.
Bijeenkomst 4	<p>Onderwerpen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signalen herkennen bij het jonge kind en hun ouders; • Niet-wetende houding in gespreksvoering; <p>Toepassing van de IMH-concepten en modellen interprofessionele samenwerking in signalering en gespreksvaardigheden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reflectie m.b.t: Professionele identiteit, succesfactoren en belemmeringen interprofessioneel werken, boundary crossing en rol (en) student hierbij.

1.10 Materiaal voor docenten

Literatuur

Brok, C. & De Zeeuw, M. (2008). *Er zijn voor je kind. Hoe ouders veiligheid en emotionele beschikbaarheid kunnen bieden*. Gorcum B.V., Koninklijke van.

Derkx, B., Pannevis, C., Schmeets, M., & Rexwinkel, M. (2011). *Handboek Infant mental Health: inleiding in de ouder-kindbehandeling*. Gorcum B.V., Koninklijke van.

Powell, B. (2016). *De cirkel van veiligheid-interventie. Het bevorderen van gehechtheid in ouder-kindrelaties*. Nieuwezijds B.V., Uitgeverij.

Vliegen, N., Tang, E., & Meurs, P. (2017). *Van kwetsuur naar litteken, hulpverlening aan kinderen met complex trauma. Van kwetsuur naar litteken*. Pelckmans Pro.

Vliegen, N. & Verhaest, Y. (2020). *Vroege ontwikkeling alle kansen geven. Geestelijke gezondheidszorg voor baby's, jonge kinderen en ouders*. Pelckmans Pro.

Zeanah, H. (2018). *Handbook of Infant Mental Health*. Fourth Edition. Guilford Publications.

Danckers, I. (1 september 2015). *Interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in gezondheid en welzijn*. Geraadpleegd op 25 mei 2021, van <https://sociaal.net/boek/interprofessioneel-en-interdisciplinair-samenwerken-in-gezondheid-en-welzijn/>

Ridder, M., Nitert, E., & Keuning, T. (2021) *Leren interprofessioneel werken in het domein Kind en Educatie*. Innovatiecluster Kind en Educatie. Geraadpleegd op 15 augustus 2021, van https://hbo-kennisbank.nl/details/sharekit_kpz:oai:surfsharekit.nl:8ea567fa-2451-4f96-8bc7-d0b7f248c47a

Tools

Breteler, M. & Kuijjer-Siebelink, W. (2017). *Toolbox interprofessionele werkvormen*. HAN University of Applied Sciences, Kenniscentrum Publieke Zaak Radboudumc Health Academy. Geraadpleegd op 15 juni 2021, van <https://www.radboudumc.nl/getmedia/21bb9168-f9ab-4d5d-b273-61aac70b0366/Toolbox-werkvormen-IPL-december-2018.aspx>

HAN University of Applied Sciences & Radboudumc Health Academy. (2020). *Leren interprofessioneel samenwerken: Hoe begeleid je de student daarbij? Een handreiking*. Geraadpleegd op 18 juni 2021, van

<https://www.han.nl/nieuws/2020/11/interprofessioneel-opleiden-han-en-radboudumc-werken-samen/6474-HAN-Handreiking-IPE-v7.pdf>

Website

Zero to three: <https://www.zerotothree.org/espanol/infant-and-early-childhood-mental-health>

Ondersteunend beeldmateriaal

Circle of Security International Being-With and Shark Music:
<https://vimeo.com/circleofsecurity/being-with-and-shark-music>

E-learning

Institute Health Visiting: <https://ihv.org.uk/?s=infant+mental+health>

Voor studenten en aan ouders

Circle of security international: <https://www.circleofsecurityinternational.com/>

1.11 Tijdschema's bijeenkomsten

Bijeenkomst 1

Ter voorbereiding op de eerste cursusdag lezen deelnemers literatuur zoals opgenomen in Bijlage A.

Tijdschema bijeenkomst 1

Tijd		Activiteit	Leerdoel (nr)	Werkvorm
9.30 u	30min	Introductie, voorstellen en leerdoelen Introductie a.dhv motivatie studie en visie op verschillende professies		
10.00 u	15 min	Korte PowerPoint Introductie IECMH	1	Presentatie
		Vragen en discussie		Plenair
10.45 u	15 min	Korte PowerPoint vervolg introductie IECMH	1, 2	Presentatie
11.00- 11.05	5 min	<i>Pauze</i>		
11.05- 11.40	35 min	Oefening	1,2	subgroepen
11.40- 12.00	20 min	Plenaire terugkoppeling. Wat zijn onduidelijkheden, moeilijkheden en valkuilen.		Plenaire discussie

Bijeenkomst 2

In Bijlage B is de voorbereidingsopdracht te raadplegen die die deelnemers maken voorafgaande aan de tweede cursusdag.

Tijdschema bijeenkomst 2

Tijd		Activiteit	Leerdoel (nr)	Werkvorm
9.30 u	15 min	Terugblik		Plenair
9.45u	15 min	Korte PowerPoint	1,2	Presentatie
10 u	30 min	Uitwerking in subgroepen	1,2	
10.30 u	15 min	Korte PowerPoint Introductie kernbegrippen interprofessioneel samenwerken	1,2	
11.00	5 min	<i>Pauze</i>		
11.05 u	30 min 20 min	Oefening	1,2	Oefening in sub groepjes
		Terugkoppeling		Plenair

12.00 u	30 min	Evaluatie en vervolg		Plenaire terugkoppeling
12.30		Einde		

Bibliography/references

- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003b). *Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood*. *Psychological Bulletin*, 129, 195-215.
- Balint, M. (1979). *The Basic Fault.*, 1-196. London/New York: Tavistock Publications.
- Beebe & Lachmann, F. (2002). *Infant Research and Adult Treatment: Coconstructing Interactions*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Breteler, M., & Kuijer-Siebelink, W. (2017). *Toolbox interprofessionele werkvormen*. HAN University of Applied Sciences, Kenniscentrum Publieke Zaak Radboudumc Health Academy. Geraadpleegd op 15 juni 2021, van <https://www.radboudumc.nl/getmedia/21bb9168-f9ab-4d5d-b273-61aac70b0366/Toolbox-werkvormen-IPL-december-2018.aspx>
- Cicchetti, D., Rogosch, F.A., & Toth, S. L. (2006). *Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions*. *Development and Psychopathology*, 18, 623-649.
- Clark C1., Caldwell T., Power C., Stansfeld, S.A. (2010). *Ann Epidemiol. Does the influence of childhood adversity on psychopathology persist across the lifecourse? A 45-year prospective epidemiologic study*. May; 20. (5) : 385-94.
- Doornenbal, J., & Fukink, R., & Van Yperen, & T., Balledux, M., & Spoelstra, J., & Van Varseveld, M. (2017). *Inclusie door interprofessionele samenwerking. Resultaten van de proeftuinen van PACT*. Het Kinderopvangfonds. Geraadpleegd op 15 juni 2021, van <https://www.pactvoorkindcentra.nl/images/pdf/PACT-wetenschap-resultaten.pdf>
- Emde, R. N. (2001) *Infant mental health challenges for Early Head Start: Understanding context and overcoming avoidance*. *Zero to Three*. 22 (1) 21-24.
- Euser, S., Alink, L., Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M., & Van IJzendoorn, M. *gloomy picture: a meta-analysis of randomized controlled trials reveals disappointing effectiveness of programs aiming at preventing child maltreatment*. *BMC Public Health*. 2015; 15: 1068.
- Eckenrode, J., Ganzel, B., Henderson, C. R., Smith, E., Olds, D. L., Powers, J., Cole, R., & Sidora, K. (2000). *Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation*. *Journal of the American Medical Association*. 284 (11) 1385-1391.
- Finkelhor, D. (2017). *Screening for adverse childhood experiences (aces): Cautions and suggestions*. *Child Abuse and Neglect*, No Pagination Specified.

- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Gergely, G. (2013). *Ostensive communication and cultural learning: The natural pedagogy hypothesis*. In J. Metcalfe & H. S. Terrace (Eds.), *Agency and Joint Attention* (pp. 139). Oxford, UK: Oxford University Press.
- HAN University of Applied Sciences & Radboudumc Health Academy. (2020). *Leren interprofessioneel samenwerken: Hoe begeleid je de student daarbij? Een handreiking*. Geraadpleegd op 18 juni 2021, van <https://www.han.nl/nieuws/2020/11/interprofessioneel-opleiden-han-en-radboudumc-werken-samen/6474-HAN-Handreiking-IPE-v7.pdf>
- Karr-Morse, R., & Wiley, M. (2013). *Ghosts from the Nursery: Tracing the Roots of Violence*. Atlantic Monthly Press, New York, NY, 2013.
- Lieberman, A. (2004). *Child-parent psychotherapy. A relationship-based approach to the treatment of mental health disorders in infancy and early childhood*. In: *Treating parent-infant relationship problems. Strategies for intervention*. New York/ London: The Guilford Press.
- Landelijk Opleidingsoverleg Pedagogiek (2019). *Opgroeien en opvoeden ondersteunen – landelijk opleidings- en competentieprofiel hbo-bacheloropleiding Pedagogiek*, B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam.
- Littlechild, B., & Smith, R. (Eds.). (2013). *A handbook for interprofessional practice in the human services: learning to work together*. Routledge.
- Madigan S., Voci S, Benoit D. *Attach Hum Dev*. 2011 May; 13 (3):237-52. *Stability of atypical caregiver behaviors over six years and associations with disorganized infant-caregiver attachment*.
- Meaney M, Szyf M, Seckl J. *Epigenetic mechanisms of perinatal programming of hypothalamic-pituitary-adrenal function and health*. *Trends Mol Med*. 2007;13:269–277.
- Main, M. (2000). *The organized categories of infant, child, and adult attachment: Flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress*. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 48:1055–1096.
- Mullainathan, S., & Shafir, E. (2014). *Schaarste, Hoe gebrek aan tijd en geld ons gedrag bepalen*. Maven Publishing.
- Morrison, M., & Glenny, G. (2012). Collaborative inter-professional policy and practice: In search of evidence. *Journal of Educational Policy*, 27(3), 367-386.
- Myors, K. A., Schmied, V., Johnson, M., & Cleary, M. (2013). Collaboration and integrated services for perinatal mental health: An integrative review. *Child and Adolescent Mental Health*, 18(1), 1-10.

- NICE. (2017). *Guidelline Child abuse and neglect*. Verkregen van <https://www.nice.org.uk/guidance/ng76>
- Nurius, P. S., Coffey, D. S., Fong, R., Korr, W. S., & McRoy, R. (2017). Preparing professional degree students to tackle grand challenges: A framework for aligning social work curricula. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 8(1), 99-118.
- Olds D.L., Henderson C.R., Chamberlin R., Tatelbaum, R. (1986). Preventing Child-Abuse and Neglect: A Randomized Trial of Nurse Home Visitation. *Pediatrics* 78: 65-78.)
- Ødegård, A., & Strype, J. (2009). Perceptions of interprofessional collaboration within child mental health care in Norway. *Journal of Interprofessional Care*, 29(3), 286-296.
- Ploeger, S., & Fukkink, R. (2013). Interprofessionele samenwerking tussen kinderopvang en onderwijs in vier Europese steden. *Pedagogiek*, 33(3), 209-226.
- Ridder, M., Nitert, E., & Keuning, T. (2021). *Leren interprofessioneel werken in het domein Kind en Educatie*. Innovatiecluster Kind en Educatie. Geraadpleegd op 15 juni 2021, van https://hbo-kennisbank.nl/details/sharekit_kpz:oai:surfsharekit.nl:8ea567fa-2451-4f96-8bc7-d0b7f248c47a
- Rexwinkel, M. (2020). *Infant Mental Health anno 2018*. Geraadpleegd op 22 mei 2020, van <https://www.vkjp.nl/het-tijdschrift/tijdschrift-1-2018>
- Rijksoverheid, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2017). *Actieprogramma Kansrijke Start*. Verkregen van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/03/27/advies-taskforce-samenwerking-onderwijs-en-kinderopvang>
- Schoyerer, G., & van Santen, E. (2016). Early childhood education and care in a context of social heterogeneity and inequality. Empirical notes on an interdisciplinary challenge. *Early Years*, 36(1), 51-65.
- Simpson, T. E., Condon, E., Price, R. M., Finch, B. K., Sadler, L. S., & Ordway, M. R. (2016). *Demystifying Infant Mental Health: What the Primary Care Provider Needs to Know*. *Journal of Pediatric Health Care*, 30(1), 38–48. <http://doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.09.011>
- Singer, S. J., Burgers, J., Friedberg, M., Rosenthal, M. B., Leape, L., & Schneider, E. (2011). *Defining and measuring integrated patient care: promoting the next frontier in health care delivery*. *Medical Care Research and Review*, 68(1), 112-127.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal World of the Infant: A view from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York Basic Books.
- Stern, D. (1995). *The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books.

- Sameroff, A., McDonough, S., & Lyons-Ruth, K. (2006). *The interface between attachment and intersubjectivity: perspective from the longitudinal study of disorganized attachment*. *Psychoan. Inq.*, 26:595-616
- Sroufe, L.A. (1996) *Emotional Development: The Organization of Emotional Life in the Early Years*. Cambridge University Press, New York. Written evidence submitted by Professor Peter Fonagy (EY10097).
- Sweeney, A., Clement, S., Filson, B., & Kennedy, A. (2016). *Trauma-informed mental healthcare in the UK: What is it and how can we further its development?* *Mental Health Review Journal*, 21, 174-192.
- Shonkoff, J. P., & Garner, A.S. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care. Section on Developmental and Behavioral Pediatrics . *The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress*. *Pediatrics*.202, 129).
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Alink, L. (2014). *The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses*. Universiteit Leiden.
- Shonkoff, J. P. (2017). *Rethinking the Definition of Evidence-Based Interventions to Promote Early Childhood Development*, *Pediatrics* December 2017, VOLUME 140 / ISSUE 6.
- Universiteit Utrecht. (z.d.) *Hoe leer je studenten interdisciplinair denken*. Geraadpleegd op 25 mei 2021, van <https://www.uu.nl/onderwijs/onderwijsadvies-training/kennisdeling/themadossier-interdisciplinair-onderwijs/hoe-leer-je-studenten-interdisciplinair-denken>
- University of East London., Universiteit Gent. (2011). *CORE: Competence requirements in Early Childhood Education and Care*. Verkregen van <https://download.ei-ie.org/Docs/WebDepot/CoReResearchDocuments2011.pdf>
- Vakblad Vroeg. (2020). *Werken vanuit Infant mental health eyeopener voor kinderopvang*. Geraadpleegd op 15 juni 2021, van <https://www.vakbladvroeg.nl/werken-vanuit-infant-mental-health-eyeopener-voor-kinderopvang/>
- Willumsen, E. (2008b). *Interprofessional collaboration – A matter of differentiation and integration? Theoretical reflections based in the context of Norwegian childcare*. *Journal of Interprofessional Care*, 22(4), 352-363.
- Zero to Three Infant Mental Health Task Force Steering Committee (2001). *Definition of infant mental health*. Washington, DC: National Center for Clinical Infant Programs.

Appendix A: Infant mental health anno 2018

Het tijdschriftartikel *Infant mental Health anno 2018* is verkregen van Rexwinkel, M. op 22 mei 2020. Op te vragen via <https://www.vkjp.nl/het-tijdschrift/tijdschrift-1-2018>.

Inleiding

De meest vormende periode in ons leven speelt zich af in de eerste levensjaren, met ervaringen die wij ons het minst kunnen herinneren maar die in ons lichaam en brein zijn verankerd. Deze periode fungeert als blauwdruk voor onze verdere ontwikkeling. In de eerste twee á drie jaar van ons leven heeft het narratieve geheugen zich nog niet ontwikkeld. In deze vroege tijd kunnen jonge kinderen herinneringen nog niet in taal opslaan en uitdrukken. Deze vroegste herinneringen zijn echter wel in ons impliciete (lichamelijke) geheugen opgeslagen als zintuiglijke ervaringen en procedures die routines worden. Dit geldt voor b.v. motorische vaardigheden maar ook voor de routines van de aller vroegste manieren van zijn-met-de-ander, de wijze waarop de dagelijkse fysieke en emotionele processen in die eerste jaren (voeden, eten, slapen, troosten, etc.) tussen ouder/verzorger en kind gereguleerd worden (Beebe & Lachman, 2002). Stern (1995) omschrijft dit proces als de ontwikkeling van representaties die door de vele dagelijkse herhalingen in de interactie tussen ouder en kind worden opgebouwd en uiteindelijk gegeneraliseerd. Het zijn deze gewone dagelijkse interacties in het eerste levensjaar die worden georganiseerd in relatief vaste gehechtheidspatronen.

Tegenwoordig is er veel aandacht voor hechting. 'Hechting interventies' worden in allerlei programma's aangeboden. Hoezeer ook toe te juichen dat de impact van de vroege ouder-kindrelatie zoveel aandacht krijgt, is een waarschuwing op zijn plaats. De term hechting wordt vaak onjuist en te makkelijk gebruikt en lijkt een nieuwe 'meetlat' te worden waar ouders tegen worden afgezet. Niet alles in de ouder-kindrelatie is gehechtheid.

Gehechtheidsgedrag bij het jonge kind wordt geactiveerd ten tijde van 'gevaar' (Main 2000). Het veilig gehechte jonge kind heeft vanaf ongeveer anderhalf jaar een relatief vast gehechtheid patroon waarbij het de nabijheid van die ouder zoekt tijdens stress en ontregeling, om wanneer het kind gereguleerd is de omgeving weer te onderzoeken. Dit veilig kunnen exploreren geldt niet alleen de 'buitenwereld', maar ook de binnenwereld van belangrijke anderen, Hier wordt het verband tussen veilige gehechtheid en vermogen tot mentaliseren duidelijk (Fonagy et al, 2002).

Gehechtheid heeft twee componenten, terugkeer naar de veilige basis ten tijde van stress en exploratie wanneer het kind weer tot rust gekomen is en zich veilig voelt.

Een veilig gehecht kind 'weet' op grond van de zich herhalende ervaringen uit het eerste levensjaar dat het ten tijde van ontregeling kan terugkeren naar de veilige haven/verzorgers. In de relatie met deze verzorger worden emoties gereguleerd en krijgen gevoelens taal en betekenis, waardoor het kind kalmeert en vanuit de veilige basis de omgeving weer kan verkennen.

Een vermijdend gehecht kind minimaliseert zijn of haar gehechtheidsgedrag om zo de nabijheid van de verzorger te kunnen behouden. Een ambivalent gehecht kind maximaliseert gehechtheid gedrag naar de verzorger. Deze gehechtheid strategieën kunnen per verzorger/ouder verschillen, zijn misschien niet optimaal, maar wel georganiseerd en leiden niet automatisch tot psychopathologie. Het ontwikkelen van psychopathologie hangt af van de wisselwerking tussen protectieve -en risicofactoren. De term onveilige hechting is m.i. een lastige vertaling van 'insecure' attachment, Onveilig gehecht, zeker als die (niet onderbouwd) aan ouders gecommuniceerd wordt, krijgt al snel een negatieve en normatieve klank.

Desorganisatie heeft wel een duidelijk verband met de ontwikkeling van psychopathologie. Deze kinderen hebben geen georganiseerde gehechtheidsstrategie tijdens ontregeling of stress, omdat de ouder (s) naar wie zij willen terugkeren tegelijkertijd bron van troost als gevaar zijn. Het is het onvoorspelbare beangstigende of angstige oudergedrag, wat het risico op psychopathologie medieert. Ouder en kind kunnen zo elkaars traumatrigger worden, dan wordt gesproken van relationeel trauma. Denk bv aan het driftige gezichtje van een huilbaby, de machteloosheid en frustratie die het huilen bij de ouder oproept, waarbij zowel het driftige gezichtje als de machteloosheid een trigger kan zijn voor onverwerkt trauma van b.v. huislijk geweld in het verleden van de ouder.

Sroufe (1996, p. 172) maakt ook een verbinding met regulatie, hij omschrijft hechting als 'the dyadic regulation of emotion'. Deze eerste wederkerige regulatiepatronen ziet hij als een prototype voor de latere individuele regulatie, die ten grondslag ligt aan een gezonde ontwikkeling. Het nauwkeurig beschrijven van deze dyadische regulatie tussen ouder en kind, zou een mooi alternatief zijn voor het vaak ongefundeerd uitspraken doen over wel of niet veilig gehecht en is ook goed met ouders te bespreken en a.h.v videobeelden te laten zien.

De eerste ervaringen in het leven kunnen positief zijn, als een periode waarin een kind in de ouder-kind interacties leert te beschikken over bronnen van veerkracht. Hierdoor leert het jonge kind dan en ook later veerkrachtig te reageren op negatieve en stressvolle gebeurtenissen, waardoor deze ervaringen geen traumatische ervaringen hoeven te worden. Deze eerste periode kan echter ook een periode van kwetsbaarheid en risico zijn. Dit kan gebeuren als in de vroegste ouder-kindrelatie de belangrijkste verzorgers een 'basic fault'

(Balint, 1979) hebben achtergelaten, omdat er te veel verschil is tussen de behoeftes van het jonge kind en de kwaliteit van zorg die ouders kunnen bieden (vanwege eigen problematiek en/of omgevingsfactoren).

Ondanks de snelle vorderingen in kennis en kunde en opleidingen op het gebied van de ontwikkeling van het jonge kind, lijkt deze kennis nog verbazingwekkend vaak genegeerd of verloren te raken in het dagelijks werk en in beleid. Infant Mental Health (IMH) biedt een kader om de gevolgen van deze 'basic faults' te herstellen of te beperken. In dit artikel wil ik ingaan op de belangrijkste aspecten van Infant Mental Health, zowel qua visie als qua perspectief op behandeling, hoe deze anno 2018 vorm krijgen, welke weerstand dit oproept en welke initiatieven inmiddels ondernomen zijn.

Aspecten van Infant Mental Health als visie en perspectief op behandeling

De essentie van IMH is het relationele kader. De wijze waarop psychopathologie zich bij jonge kinderen uit hangt af van het type relatie die zij met hun verzorgers aangaan. Deze relatie kan per verzorger verschillen. Jonge kinderen kunnen symptomen laten zien in de relatie met de ene verzorger, en geen of andere symptomen in de relatie met de andere verzorger.

IMH kan gezien worden als een karakteristiek van het kind (website Zero to Three):

- Kinderen hebben het vermogen om emoties te ervaren;
- Zij kunnen intieme en veilige relaties aangaan;
- Zij kunnen de omgeving exploreren en leren;

Al deze capaciteiten komen het meest tot ontwikkeling in de context van relaties: relaties in gezin, maatschappij en cultuur. Het ontwikkelen van deze capaciteiten kan gezien worden als synoniem aan een gezonde sociale- en emotionele ontwikkeling.

IMH is ook een perspectief voor behandeling, waarbij het versterken van de kwaliteit van de ouder-kindrelatie centraal staat, ook wel omschreven als 'de relatie is de patiënt'. Het doel is de emotionele en sociale ontwikkeling van het kind binnen de context van het gezin te bevorderen of om een verstoorde relatie te herstellen. Een veel voorkomend misverstand is dat werken met de ouder-kindrelatie zou betekenen dat kind, ouder en omgevingsfactoren niet in kaart gebracht noch behandeld hoeven worden. De kern van een IMH-behandeling is het transactionele ontwikkelingsmodel: in hoeverre beïnvloeden kind-, ouder- en omgevingsfactoren elkaar over en weer en staan kind, ouder of omgevingsfactoren een gezonde relatie tussen ouder(s) en kind in de weg.

Infant Mental Health heeft zowel een ontwikkelings- als een relationeel perspectief. IMH kan gezien worden als een paradigma waarmee de menselijke ervaring te begrijpen is tot ver voorbij de vroege kindertijd. IMH integreert de huidige kennis op het snijvlak van ontwikkelingspsychologie en -pathologie, genetica en neurowetenschappen en vertaalt deze

naar een model voor preventie, interventie en integrale behandeling. Gold (2017) defineert IMH als 'the developmental science of early childhood'. Zij omschrijft vier kerncomponenten van deze 'ontwikkelings wetenschap van de vroege kindertijd': Infant Mental Health is relationeel, ontwikkelingsgericht, multidisciplinair en reflectief.

Relationeel: Mensen inclusief hun genetica en brein ontwikkelen zich in de context van zorgzame relaties. In plaats van een probleem/symptoom exclusief in het jonge kind of in de ouder te zien vraagt het IMH-paradigma naar exploratie van de relationele context van het probleem.

Ontwikkelingsgericht: ongeacht de leeftijd van een cliënt (een paar maanden, een paar jaar of de volwassene als zwangere of ouder) loopt het pad naar effectieve behandeling via het contextueel begrijpen van ontwikkeling (hoe werken kind-, ouder- en omgevingsfactoren op elkaar in).

Multidisciplinair en transdisciplinair werken: IMH-experts bieden meerdere perspectieven en komen uit verschillende werkvelden, zoals kindergeneeskunde, psychologie, psychiatrie, pedagogie, verpleegkunde, paramedische beroepen, gezins- en groepswork. Dit vraagt om een transdisciplinaire visie, om een integratie van klinisch werk, wetenschap, onderwijs en beleid – binnen de context van de cultuur en maatschappij. Een transdisciplinaire visie integreert de verschillende disciplines en visies, zodat niet de ouder(s) de verschillende (multidisciplinaire) visies over henzelf en hun kind hoeven te integreren, maar dat zij vanuit een overkoepelende transdisciplinaire visie behandeld worden, ongeacht welke discipline betrokken is. Elke discipline vraagt zich af in hoe hun interventie de overkoepelende visie en daarmee de ouder-kindrelatie onder druk zet of juist bevordert. De vraag naar timing en onderlinge afstemming is essentieel. Ouders ervaren vaak stress door de vele hulpverleners en de vele vaak tegenstrijdige adviezen of verschillende behandeldoelen. Denk bv aan het kind wat vanuit de taalontwikkeling door een logopediste het goedbedoelde advies kreeg de speen te stoppen, wat daarna haren begon te trekken omdat de speen ook een manier van zelfregulatie was, waar de interactieve regulatie tussen ouder en kind en gezonde zelfregulatie nog tekort schoot.

Reflectief: IMH is geworteld in een traditie van betekenis van gedrag en niet alleen van behandelen van gedrag. Het gaat om het vermogen om motivaties en intenties toe te kennen aan gedrag (het vermogen tot mentaliseren (Fonagy, 2002)). Dit is een unieke menselijke capaciteit, gekoppeld aan emotionele gezondheid. Wanneer we een probleem of symptoom niet alleen benaderen vanuit de vraag wat er aan de hand is maar ook vanuit het waarom,

ondersteunen wij emotieregulatie, een positief zelfbeeld, cognitieve bronnen, sociale aanpassing en veerkracht, maar vooral emotionele gezondheid.

Weerstand anno 2018

Met de meeste kinderen en gezinnen gaat het gelukkig goed of goed genoeg maar er is een grote groep kwetsbare zwangeren, jonge kinderen en gezinnen voor wie dat niet zo is. Er is in de praktijk nog steeds sprake van te weinig goede triage en sprake van onder signalering en onder of niet passende behandeling van kwetsbare zwangeren en jonge kinderen en hun gezinnen in alle lagen van de bevolking. Veel preventie en interventie gaat naar gezinnen die het relatief goed hebben; kwetsbare doelgroepen worden moeilijk bereikt en er is nog steeds te weinig kennis over werkzame bestanddelen in preventie en interventieprogramma's voor deze doelgroepen.

Er is nog te weinig overeenstemming over een 'baseline of knowledge' (persoonlijke uitspraak Pasco Fearon congres MOC Kabouterhuis januari 2017).

Inmiddels heeft het IMH-denken en -werken in opleidingen door het hele land een grote vlucht genomen, zowel in de bij- en nascholing, op congressen en in reguliere opleidingen als in de specifieke opleiding tot IMH-generalist en IMH-specialist. De beroepsvereniging DAIMH buigt zich over een nieuw register en ook politiek komt de zwangere en het jonge kind steeds meer op de agenda.

Als er zoveel wetenschappelijke kennis is, waarom komt die dan zo moeilijk bij zwangeren en jonge kinderen en hun ouders terecht, en waarom stuiten mensen die in IMH zijn opgeleid nog op zo veel weerstand in de maatschappij, in organisaties en bij collega's? Waarom wordt er zo'n onderscheid gemaakt tussen preventie en interventie, waarom nemen de cijfers van kindermishandeling niet af, wordt een postnatale depressie zo weinig gesignaleerd, worden emotionele problemen bij zeer jonge kinderen nog vooral medisch of opvoedkundig gezien, en bestaan er nog steeds schotten tussen het emotionele, sociaal- maatschappelijke en medische domein en tussen jeugd- en volwassenenzorg?

Karr-Morse & Wiley (2013) beschrijven drie vormen van weerstand tegen de consequenties van de wetenschappelijke kennis en tegen de vaak onplezierige dagelijkse realiteit van een grote groep zeer jonge kinderen en gezinnen, en waarom wij 'vermijden' deze kennis prioriteit in handelen en beleid te geven.

Het eerste obstakel bestaat uit rouw, boosheid en verdriet voortkomende uit eigen (onverwerkte) nare of traumatische persoonlijke ervaringen in de vroege kindertijd. Soms zijn deze ervaringen te pijnlijk om onder ogen te zien, ook al vormen ze vaak bewust of onbewust de motor om voor het vak te kiezen.

Het tweede obstakel is verdriet en spijt over wat wij zelf onbedoeld en ongewild aan onze eigen kinderen hebben doorgegeven en wat wij liever niet willen zien.

De derde barrière is het besef dat de consequenties van de bestaande wetenschappelijke kennis en de ervaringen van de betrokken professionals, door hun diepte en reikwijdte overweldigend zijn. Ieder mens vindt het moeilijk zich hulpeloos en machteloos te voelen, De wereld zien vanuit het perspectief van deze kwetsbare baby's en peuters en gezinnen is een pijnlijke werkelijkheid, die vaak machteloos maakt. En als wij het zien wat kunnen wij dan doen wat werkelijk effect heeft? We willen blijkbaar machteloosheid wegmaken of gelijk oplossen met concrete oplossingen en adviezen, en liever niet de hele reikwijdte van het leed van deze kinderen en ouders voelen.

Van Robert Emde is de uitspraak 'It is often painful and difficult to recognise and address mental health problems in infants and young children. Taking babies seriously opens Pandora's box' (2001, p. 23). Hij vraagt al vanaf de tweede wereldoorlog aandacht voor het feit dat wij de dagelijkse realiteit van zeer jonge kinderen en hun ouders blijkbaar zo moeilijk kunnen verdragen en vaak weg moeten duwen. Hij noemt het een maatschappelijke plicht to hear the voice of the infant and the voice of the parent (persoonlijke uitspraak WAIMH congres 2016).

Nadine Burke Harris, kinderarts en IMH specialist, hield in 2015 een interessante Ted Talk1 over hoe jeugdtrauma's ons leven blijvend beïnvloeden. Zij sprak over de impact van de ACE study op haar werk als kinderarts. ACE's, (adverse childhood experiences) zijn volgens haar op dit moment het grootste niet aangepakte gezondheidsrisico. De resultaten van deze grootschalige ACE study (www.ace.org) geven aan hoe het hebben van meerdere ACE's grote gevolgen voor de gezondheidszorg kan hebben, zowel voor de fysieke als emotionele gezondheid, maar ook economische gevolgen. Dit maakt niet pessimistisch maar geeft volgens Burke hoop omdat wij nu een kader hebben voor best clinical practice. Het kan leiden tot multidisciplinaire behandelteams waarin sociaal, maatschappelijke, medische en psychische zorg werkelijk geïntegreerd wordt en tot het zoeken naar de meest effectieve interventies. Het geïntegreerd werken in de wijk was naast bezuiniging één van de motieven voor de stelselwijziging jeugd. Burke was ervan overtuigd dat de resultaten van de ACE study, kinderartsen wakker zou schudden, maar dat is niet wat er gebeurde. Haar eerste gedachte was dat de kennis gemarginaliseerd werd vanuit het idee: 'dit gaat niet over ons maar over gezinnen in achterstandswijken'. Echter de data van de ACE study zijn gebaseerd op een

populatie van 70% blanken en 70% goed opgeleide mensen. Zij ziet de weerstand tegen een werkelijke integratie van deze wetenschappelijke kennis aan ACE's (Adverse Childhood Experiences) in onszelf. Door deze vroege ervaringen kunnen wij aanwezige kennis niet voldoende tot ons nemen en slechts moeizaam omzetten in beleid.. Zij confronteert in haar Ted Talk haar toehoorders met de vraag: 'wie van jullie is opgegroeid met een ouder met psychische problematiek, met een ouder die teveel dronk, in een gezin met huislijk geweld?; En concludeert zonder een antwoord te willen, 'het is een onderwerp dat over ons allen gaat, niet alleen over onze clientjes en hun ouders' .

Het belang van ervaringen in de vroege kindertijd, de ACE studie en early life stressors (ELS) de wetenschap en economische situatie, dwingt steeds meer tot verandering om de invloed van jeugdtrauma en toxische stress onder ogen te zien. Te zorgen voor kwalitatief goed triage, integraal werken, schotten te beslechten, interdisciplinair te scholen en onderzoek te doen naar effectieve preventie en interventie vanuit het perspectief wat werkt voor wie in welke context.

Een geïntegreerde en multidisciplinaire onderzoeks- en beleidsagenda is onvermijdelijk om initiatieven rond gezondheid, kinderonwikkeling, sociaal domein, ouderschap en onderwijs te verenigen om negatieve ervaringen in de vroege kindertijd(ACE) tegen te gaan. Om gezinnen te steunen en veerkracht te stimuleren. De ACE-studie is een grootschalig epidemiologisch onderzoek wat in de jaren 90 is gestart en inmiddels meer dan 18.000 deelnemers kent. De ACE-studie startte toen een groep internisten in de jaren 90 naar verklaringen zochten voor tegenvallende resultaten bij de behandeling van obesitas bij volwassenen en tot hun verrassing ontdekten dat de grootste voorspeller voor terugval, nare ervaringen in de vroege kindertijd waren. Na jaren van research bleken cumulatieve Ace's negatieve gevolgen te hebben voor de psychische gezondheid (kwetsbaarheid voor angst, depressie, middelengebruik, obesitas, suïcide, psychose), en de fysieke gezondheid (allergieën, astma, bronchitis, hart en vaatziekte, lever, stofwisseling en kanker). Daarnaast zijn er economische gevolgen, hogere werkloosheid, een lager gemiddeld inkomen per gezin, minder productiviteit. Hoe meer Ace's hoe groter de gevolgen. De vraag is hoe worden deze vroege ervaringen deel van het zich ontwikkelende brein, onze genen lichamen en onze mind. De ACE study geeft overduidelijk bewijs van de lange termijneffecten van vroegtijdige blootstelling aan een scala van negatieve ervaringen:

- Emotioneel misbruik
- Fysiek misbruik

- Seksuele misbruik
- Emotionele verwaarlozing
- Fysieke verwaarlozing
- Moeder die gewelddadig is behandeld
- Middelenmisbruik in het gezin
- Mentale ziekte in het gezin
- Ouderlijke scheiding en/of verlies
- Ouder in gevangenis

Inmiddels zijn er heel wat jaren verstreken sinds de oorspronkelijke ACE 's, dit heeft geleid tot aanvullingen de zgn early life stressors ELS, (Shonkoff, 2017) :

- Armoede
- Pesten
- Opgroeien in onveilige buurt
- Schoolstress, moeten presteren
- Druk leeftijdgenoten

Het toevoegen van Ace's en ELS aan screeningslijsten lijkt logisch om de effectiviteit van screening te kunnen vergroten. Echter een goede screening zou tot preventie en interventies moeten leiden en er is nog te weinig bekend welke interventies effectief zijn, gebaseerd op de screening van Ace's en combinatie van Ace's (Finkelhor, 2017) . Er zijn verschillende ontwikkelingspaden, een vroege geschiedenis met armoede vraagt bv om andere interventies dan geweld in het gezin en een combinatie van armoede en geweld weer om andere interventies. Veel interventies voor nare ervaringen in de vroege kindertijd zijn nu vaak trauma georiënteerde interventies, welk voordeel heeft het screenen van Ace's en ELS dan heeft boven trauma symptomen navragen?

Vroege ervaringen in de kindertijd van ouders kunnen zich vertalen naar toxische stress die via de ouder-kindrelatie en ouderschap de lichamelijke en psychische gezondheid van het jonge kind beïnvloeden, waardoor intergenerationele overdracht van Ace's plaatsvindt. Hoe kunnen wij deze kennis over de levenslange negatieve gevolgen omzetten in een model voor preventie en interventie voor zwangeren, ouders en jonge kinderen? Zonder het risico te lopen dat door problemen vanuit een relationele context te zien dit geïnterpreteerd wordt als ouders de schuld geven van de problemen van het kind.

Belangrijk is om te blijven kijken naar groei en ontwikkeling in alle complexiteiten, vanuit een transactioneel ontwikkelingsmodel. Ouders geven zichzelf al veel te vaak de schuld over

ongeveer alles. Kinderen zijn dagelijks ontregelaars en maken machteloos en gefrustreerd en kunnen onbedoeld ervaringen vanuit Ace's of ELS triggeren. Het is niet de fout van de ouder dat problemen voortkomend uit hun eigen leven kunnen interfereren met het vermogen sensitief en responsief te zijn en aan te sluiten bij de behoeftes van het kind. Ook al kunnen verstoringen in de vroege ouder-kindrelatie (juist in de periode waar de basis voor regulatie van emoties wordt gelegd) tot latere problemen in regulatie van emotie, aandacht en gedrag en Ace's leiden.

De andere kant is, wanneer wij het gedrag van het kind labelen als 'ziekte' in het kind (en alleen de as I uit de DC 0-5 gebruiken) ouders zich al snel hulpeloos en onbekwaam gaan voelen en de 'macht over het symptoom' kunnen gaan uitbesteden aan de expert, die zal het wel weten. Achter elk symptoom van een kind zit een verhaal een 'waarom' dat betekenis geeft aan gedrag en ouders verantwoordelijkheid geeft. Fouten zijn niet te voorkomen. Ouderschap betekent van schuld naar verantwoordelijkheid en groei, van een cyclus van match-mismatch naar reparatie, hoe kan ik mijn kind het beste ondersteunen in een gezonde ontwikkeling. Het nieuwe classificatiesysteem DC0-5 geeft een mooie handreiking in het transactionele kijken naar hoe alle assen elkaar over en weer beïnvloeden en kan een basis zijn voor het opzetten van een geïntegreerd behandelplan, waarbij alle assen aan bod komen.

IMH en nieuwe kennis over de invloed van stress

Neurobiologische reacties om te vechten of te vluchten zijn van levensbelang in acute situaties, maar ze worden mal adaptief wanneer ze herhaaldelijk geactiveerd worden in omstandigheden van overweldigende stress en nare ervaringen, zonder daadwerkelijk te kunnen vechten of vluchten, bevriezen is dan soms de enige optie. Ondanks dat individuen verschillen in de manier waarop zij zich aanpassen aan stressvolle omstandigheden, laat onderzoek zien dat chronische hoge niveaus van stress negatieve effecten hebben op de verdere ontwikkeling van jonge kinderen. Zowel bijvoorbeeld in de allereerste emotionele en fysieke regulatie tussen ouder en kind, op de start en duur van de pubertijd, op de stofwisseling, op het immuunsysteem en op de gevoeligheid voor allerlei psychische en fysieke ziektes, als op het sociale, emotionele en cognitief functioneren. Deze effecten kunnen al in de baarmoeder beginnen, met veranderingen in de foetale endocriene, cardiovasculaire en metabole (stofwisseling) programmering als gevolg van langdurende hoge niveaus van moederlijke stress gedurende de zwangerschap. Postnatale risicofactoren zoals sociaal isolement, verwaarlozing, psychische ziekte en misbruik hebben elk een onafhankelijk effect op het welzijn van een het kind en versterken de gevolgen die gedurende de zwangerschap zijn ontstaan. Positieve postnatale

invloeden echter, zoals sociale stimulering, steun en zorg kunnen de gevolgen voor stress en het endocriene functioneren verlichten.

Er is nog relatief weinig bekend over de aard, kwaliteit, duur en timing van interventies die de gevolgen van cumulatieve risicofactoren en toxische stress kunnen verzachten of verminderen. Er is ook nog veel niet bekend over wat het biologische pad is dat vroege risico- en protectieve omgevingsfactoren linkt aan epi genetische veranderingen. Er zijn weinig longitudinale onderzoeken en we beginnen nu pas vanuit het menselijk genomonderzoek (onderzoek naar het genetisch materiaal in het menselijk DNA) de basis voor risico en veerkracht te ontdekken. Begrip van het mechanisme waardoor omgevingsinvloeden biologisch ingebed zijn wordt steeds belangrijker als we effectieve preventie strategieën en interventies willen ontwikkelen. De invloed van toxische stress en de epigenese is een opwindend relatief nieuw onderzoeksterrein op zoek naar de effecten van vroege nare ervaringen op verschillende persoonlijke- en levensdomeinen.

IMH als perspectief op behandeling, evidentie voor interventies in de vroege kindertijd? Fonagy (written evidence submitted by Professor Peter Fonagy 06-02-2018)) heeft de beschikbare evidentie verzameld voor interventies in de vroege en latere kindertijd en besteedt daarbij ook uitgebreid aandacht aan ACE's .Ondanks dat het lastig is, om in de dagelijkse praktijk traumatische ervaringen in de kindertijd te kwantificeren, blijkt dat elke extra traumatische ervaring of gebeurtenis of verlies de kans op hoog risico-gedrag cumulatief doet toenemen. Het is belangrijk om meer zicht te krijgen op de mechanismes die ten grondslag liggen aan het verband tussen negatieve vroege ervaringen en deze negatieve lange termijn uitkomsten, zowel op psychisch als fysiek vlak (Caldwell, Power & Stansfield, 2010). Een mogelijk verband zoals eerder genoemd, is een verandering in de neurobiologische gevolgen en biologische correlaten, zoals een verandering in het biologisch stresssysteem. Fonagy benadrukt dat daarnaast ook naar individuele verschillen gekeken moet worden: wat is veerkracht en wat zijn kwetsbaarheidsfactoren, wat is het effect van cultuur, etniciteit en gender en wat zijn de mediërende factoren? Dit is een pleidooi voor meer longitudinaal onderzoek naar het verband tussen vroege negatieve ervaringen en negatieve uitkomsten, naar het biologische effect van deze nare vroege ervaringen , maar ook naar preventie en interventie-evaluatie.

Een duidelijke aanbeveling is het hele gezin in de interventies te betrekken, stressoren in kaart te brengen en voor zover mogelijk aan te pakken en professionals te trainen in trauma informed care. Ook wordt steeds duidelijker dat onderzoek naar de optimale timing en inbedding van een interventie van belang is (Huang et al., 2015; McCrory et al., 2017;

McLaughlin, 2016; Sapienza & Masten, 2011). Uit de meta-analyse van Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Juffer, 2003b, blijken interventies die zich richten op vergroten van ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid van het kind effectief te zijn. Echter interventies om sensitiviteit te vergroten werken onvoldoende tot niet bij ouders met (intergenerationeel) onverwerkt trauma en verlies en gedesorganiseerde gehechtheid (Madigan, 2011). Deze problematiek vraagt om andere interventies, waarbij concreet aandacht besteed moet worden aan het verstoorde oudergedrag, zoals het zichtbaar wordt in relatie met hun kind.

Het onverwerkte trauma of verlies bij ouders, wordt vaak getriggerd door gedrag van het kind (niet eten, veel huilen niet slapen of niet luisteren) en uit zich in beangstigend of angstig ouder gedrag en relationeel trauma, waar ouder en kind elkaar over en weer triggeren en traumanetwerken worden aangelegd. Ouder- en zwangerschap programma's in groepen lijken vooral effecten te hebben op korte termijn maar niet op lange termijn. Psycho-educatieprogramma's voor ouders blijken in effectstudies minder effectief dan ouder-kind psychotherapie waarbij het kind ook aanwezig is en actieve deelnemer aan de behandeling (Stronach, Toth, Rogosch, & Cicchetti, 2013).

In ouder-kind behandelingen wordt gebruik gemaakt van directe observatie van de ouder-kind interacties, van het exploreren van de betekenis van het gedrag van het kind voor de ouder, de perceptie van hun kind en de eigen ervaringen van de ouders in hun kindertijd (Lieberman, 2004).

Video feedback-programma's lijken het meest effectief als onderdeel van langdurige gezinsgerichte interventies met huisbezoeken, voor risicokinderen die ernstige gehechtheidsproblemen hebben en bij wie een melding overwogen wordt. Deze programma's hebben als doel ouders te helpen om de zorg voor hun kind te verbeteren, positief te reageren op de signalen van hun kind, vooral wanneer hun kind ontregeld is. Daarnaast worden ouders ondersteund in het begrijpen en interpreteren van het gedrag van hun kind. Ouders leren te reageren op gevoel en gedrag van hun kind op een manier die niet negatief of beangstigend is wanneer dit gedrag hun eigen onverwerkt trauma of verlies triggert. Ook interventies die in tijden van stress zelfregulatie van gevoelens van ouders en die van hun kind verbeteren, naast het aanpakken van de externe stressoren.

Deze conclusies vragen om verder wetenschappelijk onderzoek. Wat steeds duidelijker wordt is het belang van preventie en vroegtijdige interventie en dat er integraal op meerdere terreinen gewerkt moet worden. En dat multidisciplinair werken meer is dan meerdere disciplines die met elkaar samen werken en om een overkoepelende visie vraagt, Tijdgebrek, de toegenomen administratiedruk en (nog steeds) bestaande schotten maakt dat integrale samenwerkingsplannen over domeinen heen op papier goed geregeld lijken, maar in de

praktijk nog vaak lastig uit te voeren zijn. Er zijn mooie en effectieve uitzonderingen, zoals bv moeders van Rotterdam, voor kwetsbare zwangeren, waar de ketenzorg goed op elkaar aansluit. Het invoeren van perspectiefplannen in het jeugdstelsel, sluit aan op deze integrale gedachte maar heeft ook het risico in zich dat de uitvoering een vormverandering blijft en geen attitude verandering naar integraal over domeinen heen samenwerken.

Van port of entry naar port of entry in context, wat is de beste ingang?

Stern (1995) biedt met zijn notie 'ports of entry' nog steeds een rijk concept dat de clinicus helpt om zich te richten op de wezenlijke elementen van het hulp vragende systeem. Het gegeven dat er de afgelopen jaren een diversiteit aan (al of niet effectieve) ouder-kind interventies/ behandelingen is ontstaan, is een uiting van de diversiteit aan behoeftes van gezinnen en invalshoeken die het IMH-veld nodig heeft. Het concept 'port of entry' geeft de mogelijkheid de complementariteit van verschillende benaderingen optimaal in te zetten ten voordele van het hulp vragende gezin. Het concept laat immers toe het brede spectrum aan ouder-kind benaderingen te bezien in waar ze het meest bij aansluiten bij problemen qua kind, ouder en omgeving, zowel qua concreet gedrag als interacties als mentale representaties. De toenemende aandacht voor de invloed van omgevingsfactoren (zoals gebrek aan sociale steun en armoede) en de grote gevolgen van stress vraagt om een port of entry in context. Een goede analyse van kind, ouder en omgevingsfactoren kan helpen bij het bepalen van de juiste invalshoek, die breder is dan de ingang voor een ouder-kind behandeling. Deze analyse staat nog te vaak haaks op de dagelijkse praktijk waarbij zwangeren en gezinnen met jonge kinderen moeten passen binnen de gestandaardiseerde procedures en methodes van de instelling en geen integrale zorg op maat kunnen krijgen. De port of entry in context helpt ons te denken over welke route het beste genomen kan worden voor dit kind, dit gezin, deze ouder in deze omstandigheden. Deze invalshoeken dienen altijd bezien te worden vanuit het oogpunt van stress: is er sociale steun, bereikbaarheid van sociale of medische diensten, is er armoede, sociaal isolement, huiselijk geweld etctera? Ouder-kind behandelingen zijn één aspect van de port of entry in context. De timing, aard en context van een interventie hangt echter van meerder factoren af.

Ouder-kind preventie en interventie en wijze van meten van effectiviteit

Fonagy wijst er in de discussie over effectieve interventies op, dat er nog steeds uitgegaan wordt van evidence based evidentie. Deze evidentie is gebaseerd op een farmacologisch model met RCT (randomized control trial) en meestal getest onder ideale condities en daarna in gemiddelde condities. Het risico van deze benadering in het ontwikkelen van psychosociale

interventies is dat uitkomsten gemeten worden tegen een matrix zonder zeker te weten dat de onderzochte evidence based interventie echt het verschil heeft gemaakt. Tegenwoordig wordt er meer gebruik gemaakt van het deployment focused model; een mogelijkheid om evidence based psychosociale interventies op een andere manier te ontwikkelen. Dit houdt in het continue monitoren van de impact van de behandeling, en het ontwikkelen van interventies gaande het werken met de cliënt voordat deze in een manual beschreven worden. Essentieel is om die aspecten te isoleren en selecteren die voor dit kind, dit gezin in deze context het meest effectief zijn. Deze methode werkt met best current practice in real world settings.

Het is van belang om de gebruikelijke zorg te analyseren, om na te gaan wat het best werkt voor wie in welke situatie. Er moet nog veel verder onderzoek naar interventies gedaan worden. Fonagy houdt een pleidooi voor wat hij noemt rapid curve learning, platforms van netwerken van gezinnen en professionals, cross sector leren en open trainingen. Een aanbeveling voor onderzoek naar IMH interventies.

Epistemisch vertrouwen en wantrouwen

Interessant voor het IMH veld anno nu zijn is ook het onderzoeken wat over verschillende terreinen heen gaat zoals de sociale leertheorie met begrippen als epistemisch vertrouwen en ostensieve cues. Begrippen die hun bron vinden in de vroege ouder-kindrelatie. Fonagy (2017, slides from P. Fonagy@ucl.ac.uk.) introduceert deze concepten uit de sociale leertheorie (Gergely 2013) om te verklaren waarom in metastudies blijkt dat elke effectieve interventie, ongeacht de aard van de interventie na jaren minder tot niet effectief meer blijkt te zijn in vergelijking tot eerdere effectmetingen. Fonagy cs vroegen zich af hoe mensen nu precies leren; wanneer stellen mensen zich open voor nieuwe kennis (wat preventie of interventie is) of sluiten ze zich daarvoor af? Hoe kunnen mensen inschatten of kennis ook echt betrouwbaar is, persoonlijk relevant, op hen van toepassing en generaliseerbaar. Hoe preventie, interventie ouders en kinderen gaat helpen in hun verdere leven en niet alleen in het hier en nu in deze (behandel) situatie?

Ostensieve cues verwijzen naar de vroege ouder-kindrelatie en zijn signalen die in de ouder-kindrelatie de aandacht van het jonge kind trekken en epistemisch vertrouwen in het kind opbouwen. Zodat het kind zich 'opent' voor de 'kennis' die in de ouder-kindrelatie wordt gecommuniceerd interacties met de ouder en kan gaan ervaren, 'de wereld is betrouwbaar en ik kan mij openstellen voor nieuwe kennis/ervaringen'. Het zijn de grotendeels nonverbale signalen waarbij de ouder communiceert: 'let op, wat ik communiceer is belangrijk is veilig, gaat over jou en mij en 'de wereld', niet alleen nu maar voor de rest van je leven'. Dit gebeurt bv door de naam van het kind te noemen, gezichtsexpressie, afstand en nabijheid, ritme, oogcontact te

maken, toonhoogte en op een 'motherese' manier te praten, de hoge toon die wij gebruiken als wij met baby's praten. De impliciete boodschap van de signalen van de ouder is: 'ik heb over jou en onze relatie 'nagedacht' en het volgende is belangrijk voor je'. Ook hier betreft het weer die kleine alledaagse interacties tussen ouder en kind die gegeneraliseerd en opgeslagen worden in vaste patronen. Het kind wordt erkend als een persoon 'in his own right'. De goede lezer ziet hier het belang van de vroege wederkerige regulatie, van stress regulatie sensitief en responsief ouderschap, hechting en het vermogen tot mentaliseren van de ouder.

Waarschijnlijk is epistemisch vertrouwen evolutionair niet primair, het is evolutionair logischer om waakzaam te zijn en voorzichtig. Epistemisch vertrouwen vraagt dus een actieve ontspanning van die waakzaamheid. Dit gebeurt in de context van goed genoeg en gezonde omgeving en in de context van wederkerige regulatie bij een sensitieve responsieve en veilige ouder. Als een kind veel stress en negatieve gehechtheidservaringen meemaakt kan het adaptief zijn om de verzorger/ buitenwereld te vermijden (vermijdende strategie) of te controleren (ambivalente strategie). Met als mogelijk gevolg epistemische hyperwaakzaamheid in het verder leven: 'je kunt maar beter op je hoede zijn, 'kennis' is onbetrouwbaar, niets en niemand is te vertrouwen, je kunt alleenop jezelf vertrouwen of soms zelfs op helemaal niemand meer'. Het gevolg kan zijn dat dit bij het kind, de jongere, de volwassene de subjectieve beleving geeft: 'kennis is niet te vertrouwen ik voel mij alleen en eenzaam'. En dit levert in behandeling vaak de subjectieve beleving van de hulpverlener op: 'waarom neem je niets van mij aan, ik voel mij machteloos en gefrustreerd en als je echt niet wilt zoek het dan maar uit'.

Er is een relatie tussen gehechtheid en epistemisch vertrouwen. Dit is te merken in de dagelijkse IMH praktijk bij zwangeren en ouders. Generaliserend zou je kunnen zeggen bij veilige gehechtheid is er voldoende vertrouwen opgebouwd op eigen mening en ervaringen maar ook op die van anderen, zoals ook de hulpverlener, preventie en interventie zijn. Bij angstige/vermijdende gehechtheid is het basale gevoel: ik kan ten tijde van stress alleen op mijzelf vertrouwen; bij angstige/ambivalente gehechtheid: ik vertrouw ten tijde van stress niet op mijn eigen mening en als ik iemand vertrouw, vertrouw ik die blind; bij gedesorganiseerde gehechtheid: ik vertrouw mijzelf niet en heb bevestiging van anderen nodig maar ik vertrouw anderen ook niet dus moet terugvallen op mijzelf. De bron van veiligheid is hier tevens de bron van gevaar.

Dit zou kunnen verklaren waarom preventie en interventie programma's effectief blijken te zijn bij ouders die het relatief goed doen en hoe moeilijk het is 'kennis' over te brengen (effectieve interventies) voor kwetsbare groepen, waar op grond van negatieve ervaringen epistemisch

wantrouwen en hyper waakzaamheid vaak een rol speelt . Mogelijk gebruiken hulpverleners bij de start van nieuwe effectief bewezen interventies meer ostensieve cues vanwege het nieuwe van de situatie en vanwege hun eigen enthousiasme, en naarmate interventies neer geprotocolleerd raken, worden de ostensieve cues bij hulpverleners minder. Hoe goed de interventie dan ook mag zijn en hoe juist en helpend de adviezen, als ze botsen op een muur van epistemische hyperwaakzaamheid en wantrouwen bij cliënten blijven ze levenloos en effecteloos. Daarnaast hebben hulpverleners hun eigen gehechtheidservaringen en beschikken ze in meerder of mindere mate zelf over epistemisch vertrouwen of wantrouwen en ostensieve cues. Naast het overbrengen van de juiste kennis en scholing aan professionals zou een conclusie kunnen zijn dat het van belang is die interpersoonlijke omstandigheden te creëren waardoor kennis de zwangere, ouder-kindrelatie ook echt bereikt en in beweging brengt.

Meer nog dan de therapeutische relatie als een relatie die nieuwe kennis brengt is de therapeutische ouder-kind relatie het vehikel voor het herstel van al vroeg beschadigd vertrouwen. Dit sluit aan bij het IMH werk want is een pleidooi om breed te kijken, te analyseren en te werken met de ouder-kindrelatie in aanwezigheid van het kind, omdat juist in de relatie met de ouder ostensieve cues en het epistemisch vertrouwen zich moeten ontwikkelen Het kind wat zich wil ontwikkelen hebben wij als behandelaars 'aan onze zijde'. In relatie met dit jonge (aankomende) kind kunnen (aankomende) ouders en kind nieuwe reparerende ervaringen opdoen. Het profijt van een behandeling wordt mede bepaald wordt door de mate waarin de sociale omgeving van het gezin zich leent tot goede afstemming. In een slechte omgeving met nare ervaringen kun je als kind of volwassene beter epistemisch hypervigilant blijven (PowerPoint presentatie Hutsebaut, de Viersprong academy, 2017).

Opgroeien in een nare omgeving, de peri- en postnatale periode en armoede als voorbeeld De afgelopen jaren wordt er naast interne stressoren bij de ouder en/of het kind steeds meer aandacht besteed aan stressoren uit de sociale omgeving zoals de invloed van sociaal isolement, migratiegeschiedenis, a stressoren die de ouder-kindrelatie en ouderschap onder druk kunnen zetten. Vooral de psychologische invloed van armoede op gezinnen en jonge kinderen krijgt steeds meer aandacht

Een leven zonder stress of nare of traumatische gebeurtenissen bestaat niet, echter duidelijk is dat het cumulatieve effect van emotionele, sociale en omgevingsstressoren vroeg in het leven kan leiden tot toxische niveaus van stress. Gezinnen met bv een lager inkomen met kleine kinderen rapporteren bloot te staan aan meerdere stressoren en stressvolle life events met

grotere effecten dan gezinnen met meer inkomen. Daarmee zou een ontwikkelingspad om armoede aan gezondheid en ontwikkelingsuitkomsten van jonge kinderen te koppelen.

De perinatale en postnatale periode is een speciale en kwetsbare tijd, maar ook een tijd om positieve groei te bevorderen en om de negatieve effecten van armoede en andere (chronische) stressoren te verminderen. Zo wordt er anno 2018 meer geïnvesteerd in het steunen van gezinnen voor tijdens en na de zwangerschap en bevalling, met steeds meer aandacht voor de gevolgen van stressoren.

De gevolgen van financiële schaarste hebben een grote impact. In eerste instantie lijkt de ervaring van (financiële) schaarste voordelen op te leveren. Mensen worden alerter en efficiënter. Ouders die in armoede leven blijken beter in staat te zijn om dagelijkse kwesties te managen. Ze zijn in bepaalde omstandigheden rationeler, minder inconsistent, beter in staat om de waarde van geld te bepalen en zijn experts in elke dag de eindjes aan elkaar te knopen voor hun gezin.

In tweede instantie blijkt deze verscherpte aandacht op korte termijn echter een grote prijs te hebben. Het gevolg is een eenzijdige concentratie op het concreet ervaren schaarste probleem en dit zorgt ervoor dat andere (langere termijn) doelstellingen en belangrijke emotionele ervaringen verwaarloosd, onderschat en niet opgelost kunnen worden. Er ontstaat een tunnelvisie doordat de ervaring van schaarste remmend werkt op de zogenoemde bandbreedte: het vermogen om aandacht op te brengen, om goede beslissingen te nemen, om vast te houden aan plannen, emoties te reguleren.

Geldzorgen met alle gevolgen van dien in een periode van zwangerschap en het opgroeien van een jong kind hebben ingrijpende effecten. Mullainathan en Shafir (2014) hebben een indrukwekkend boek geschreven over de logica en gevolgen van schaarste, zij noemen dit 'een wetenschap van de schaarste'. In tegenstelling tot economische perspectieven op schaarste, die vooral de materiële aspecten betreffen, ligt de focus hier op de psychologie van schaarste; niet op het objectieve maar op het subjectieve van schaarste, op het gevoel van gebrek. Dat kan gebrek aan tijd, geld, sociale steun, gezondheid of calorieën zijn. In alle gevallen heeft het gevoel van schaarste bij de ouders via de ouder-kindrelatie en de gezondheid invloed op het opgroeiende kind en dat heeft verstrekkende gevolgen op denken en handelen, voor ouders en jonge kinderen. Armoede heeft invloed op uiteenlopende gedragingen zoals geduld, tolerantie voor gevoelens, aandacht, en toewijding, emotie regulatie, maar ook op het geheugen. Het kan leiden tot onverstandige beslissingen, onzorgvuldigheid, afwezigheid, impulsiviteit, en het maken van fouten zonder te kunnen repareren. Ouders zijn te zwaar belast om zich te richten op de langeretermijntaken. Op den duur werkt een tekort aan bandbreedte nieuwe schaarste in de hand en gaat over van generatie op generatie. Schaarste

graaft dus haar eigen valkuil. De wetenschap van de schaarste is een wetenschap in wording. Het is een intrigerend perspectief, op armoede, die nog allerlei vragen oproept, bv, aandacht voor het effect wat armoede via de ouder-kindrelatie op het jonge kind en ouderschap heeft.

Het manifest 1001 kritieke dagen

Op grond van al deze nieuwe en belangwekkende kennis hebben organisaties en partijen anno 2018 de handen in elkaar geslagen om zwangeren en het jonge kind op de politieke agenda te krijgen. Het initiatief tot het manifest 1001 critical days komt uit UK en Schotland (oktober 2013). Andrea Leadsom, lid van de conservatieve partij in UK en later staatssecretaris en minister (2014-2017), kampte zelf met een postnatale depressie en was geschokt door de geringe signalering en hulp die er was. Zij nam het initiatief tot het manifest en zette het op de politieke agenda. Het manifest werd gesteund door alle politieke partijen en leidend voor beleid. Het manifest werd gepresenteerd op het WAIMH (World Association of Infant Mental Health)-congres van 2014 in Edinburg. Een aantal Nederlandse organisaties (NIP, DAIMH, NVO, Babywerk) vertaalde dit Engelse manifest voor de Nederlandse sector (www.psynip.nl/1001-kritieke-dagen). Op de Voor de Jeugd Dag op 5 oktober 2015 werd het Nederlandse Manifest 1001 Kritieke Dagen uitgereikt aan de voorzitter van de subcommissie Jeugd van de VNG. Veel organisaties hebben het manifest ondertekend, de vraag is nu, hoe kan het manifest omgezet worden in landelijk en gemeentelijk beleid voor preventie en interventie?

Enkele cijfers die het manifest ondersteunen

Met de meeste jonge kinderen en gezinnen gaat het goed, de jeugdgezondheidszorg JGZ in Nederland functioneert op een kwalitatief hoog niveau. Maar nog steeds vallen 34 per 1000 kinderen onder de brede definitie van kindermishandeling. Fysiek en seksueel misbruik blijkt minder vaak voor te komen dan emotionele verwaarlozing of getuige zijn van huiselijk geweld, terwijl de meeste aandacht en publiciteit uitgaat naar fysiek en seksueel misbruik (Stoltenborg et al, 2014, Euser et al., 2016). Dit getal van 34 per 1000 kinderen ligt waarschijnlijk hoger omdat dit alleen gerapporteerde cijfers betreft. In totaal staan 90.000 kinderen per jaar bloot aan emotionele en onderwijsverwaarlozing, 45.000 kinderen zijn getuige van huiselijk geweld. 36% van de groep kinderen die ernstig mishandeld worden, zijn onder de 1 jaar. 10-15% van alle zwangere vrouwen heeft ernstige angst of depressieve klachten. Een derde van huiselijk geweld begint al tijdens de zwangerschap, 6% van alle zwangeren heeft een PTSS (posttraumatische stressstoornis).

De grootste groep van deze groep 90.000 kinderen zijn jonge kinderen die nog niet naar school gaan, waardoor minder informatiebronnen en vroege signalen beschikbaar zijn. De helft van de mishandelde kinderen ondergaat meer dan één soort mishandeling, 26% van deze groep zijn baby's die getuige zijn van huiselijk geweld. De impact van zo jong getuige zijn van huiselijk geweld is vaak groter dan bij lichamelijk geweld en vaak groter dan bij oudere kinderen omdat zeer jonge kinderen nog totaal afhankelijk zijn van hun ouders. Ouders zijn ten tijde van huiselijk geweld per definitie emotioneel en fysiek niet beschikbaar, terwijl de ontwikkelingstaak in het eerste levensjaar bestaat uit het reguleren van lichamelijke en emotionele processen in relatie met beschikbare sensitieve en responsieve ouders. Het jonge brein is nog in ontwikkeling en daarmee kwetsbaar, de eerste levensjaren zijn van groot belang voor de ontwikkeling van een veilige hechting en in deze eerste periode beïnvloeden alle ontwikkelingsgebieden elkaar over en weer.

Checklists en protocollen gekoppeld aan het signaleren van risicofactoren zijn hoe goed bedoeld, te vaak een doel op zich geworden, bedoeld om zich in te dekken, in plaats van een hulpmiddel om met zwangeren en ouders in gesprek te gaan. Checklists helpen bij het ordenen van goede observaties van de professional en vragen om goede gesprekstechnieken en terugkerende scholing.

Het doel van bv de meldcode kindermishandeling en de verschillende stappen daarin is niet om zoveel mogelijk meldingen te krijgen maar een effectievere aanpak van kindermishandeling. Deze stappen zijn bedoeld als steun om tot een zorgvuldig besluit te komen over het al dan niet doen van een melding. Sander van Arum heeft met anderen vanuit het landelijk centrum kindermishandeling een mooi triage instrument ontwikkeld het 'Handelingsprotocol Veilig Thuis' als methodische onderlegger, dit biedt verdieping over de kernthema's; Triage, Veiligheidsplanning, Risicotaxatie, Hulpverlening en Herstel. Voor deze kernthema's worden bewezen effectieve methoden en (wetenschappelijk) onderzoek dat hieraan ten grondslag ligt vertaalt naar de werkwijze. Risicofactoren die in de literatuur rond kindermishandeling genoemd worden zijn: lage opleiding, alleenstaand ouderschap, werkloosheid, trauma, psychische problemen, groot gezin, allochtone gezinnen etc. Echter de groep met dezelfde kenmerken waar geen mishandeling plaatsvindt is vele malen groter. Ook risicofactoren kunnen dus niet als screening gebruikt worden; dit geeft vals positieven en is stigmatiserend voor veel ouders en gezinnen. Wat wel werkt zijn kwalitatief goede observaties en gesprekstechnieken, overleg met kritische collega's, de drempel tot hulp laag houden (zeker in de wijkteams), goede triage, deskundigheid aan de voorkant en vertrouwen opbouwen met ouders.

Euser et al concluderen dat niet de risicofactoren zelf, maar de mechanismen die daaronder liggen onderwerp van onderzoek zouden moeten zijn; wat is het in deze groep ouders met deze risicofactoren dat er wel sprake is van mishandeling en verwaarlozing en waarom mishandelen andere ouders met dezelfde risicofactoren niet? Tot nu toe komende e volgende mechanismes naar voren in de groepen. Ouders die wel mishandelen hebben vaker meerdere vroege nare ervaringen (de ACE's), vaker onverwerkt trauma en verlies, verstoorde gehechtheid, andere fysiologische reactie op stress, en lezen en herkennen de emoties van hun kind minder goed. Sommige ouders die mishandelen blijken een sterk reagerend stresssysteem te hebben, met te veel of juist te weinig stressreacties, die niet aansluiten bij het stressniveau van de baby, waardoor ze hun kind in stressvolle situaties moeilijk kunnen aanvoelen, lezen en reguleren. Dit onderzoek geeft mooie aangrijpingspunten in het zoeken naar effectieve preventie en interventie.

Tot nu toe zijn er namelijk nog nauwelijks preventieve interventies die in grote metastudies effectief zijn gebleken in het voorkomen van kindermishandeling. Voor veel opvoedinterventies is jammer genoeg geen overtuigend bewijs, zeker niet op lange termijn, terwijl ze toch gebruikt en ingekocht worden. Een uitzondering betreft het programma Voorzorg. VoorZorg is een vertaling en culturele aanpassing van het Nurse Family Partnership, in 1977 ontwikkeld door prof. David Olds. Voorzorg biedt een integrale aanpak door domeinen heen, start met huisbezoeken tijdens de zwangerschap en loopt door het tweede levensjaar en betreft alleenstaande ouders jonger dan 26 jaar. Inmiddels wordt onderzoek gedaan naar de werkzame mechanismes van dit programma zodat het breder ingezet kan worden. De vraag naar een databank van effectieve interventies verschuift langzamerhand naar wat zijn werkzame factoren voor wie in welke context?

Van het manifest 1001 kritieke dagen, naar een gezonde, kansrijke en veilige start voor ieder kind

Bovenstaande uitgangspunten en ervaringen hebben diverse landelijke initiatieven opgeleverd, die elkaar vaak overlappen. De IMH-visie heeft bijgedragen aan deze landelijke ontwikkelingen. Op initiatief van het Bernard van Leerfonds zijn een groot aantal partners, met kennis en expertise van de periode -9 maanden tot 3 jaar rond de tafel gekomen om landelijk initiatieven op elkaar af te stemmen en een gemeenschappelijk landelijk geluid te laten horen. Met elkaar zijn een aantal kernprincipes zijn geformuleerd:

- Begin vroeg: investeer voor de conceptie, tijdens de zwangerschap en in de eerste levensjaren van het kind.
- De impact van vroeg signalering.

- Geef aandacht voor krachtig ouderschap (en reduceer ouders niet tot alleen opvoeders).
- Focus op een veilige en gezonde hechting (zonder dat hechting de nieuwe norm politie wordt).
- Verbind medische, psychische en sociale zorg.

De partijen rond de tafel hebben elkaar gevonden in de missie : Elk kind verdient de best mogelijke start in het leven met een optimale kans op een gezonde, kansrijke en veilige toekomst. Een goede lichamelijke, emotionele en psychische ontwikkeling is de basis voor gelijke kansen in latere jaren. Dit vraagt van alle partners dat zij over de grenzen van hun eigen verantwoordelijkheid kijken naar wat toekomstige ouders nodig hebben om hun verantwoordelijkheden aan te kunnen. Bovenstaande kernprincipes hebben als doel landelijke en lokale partijen bewust te maken van de urgentie, ieders verantwoordelijkheid en de potentiële impact van interventies voor (kwetsbare) aanstaande ouders en de vroege start hiervan. De huidige minister van VWS is voornemens de eerste 1000 dagen, met de titel een kansrijke start hoog op de politieke agenda te zetten. Het zou mooi zijn als er in Nederland een landelijk onafhankelijk kenniscentrum zou komen, waar kennis die nu nog over allerlei verschillende kennisinstellingen is verspreid, bijeenkomt, beschikbaar voor iedereen en vertaald wordt naar de dagelijkse praktijk, vergelijkbaar met bv the center of the developing child van de Harvard University (<https://developingchild.harvard.edu>).

Samenvatting

Anno 2018 wordt er steeds meer geïnvesteerd in preventie, interventie en beleid rondom de zwangerschap en vroege kindertijd, gebaseerd op recent onderzoek rond gezondheid en ontwikkeling van het jonge kind en het belang van de ouder-kindrelatie. Wij beschikken inmiddels over ruim wetenschappelijk onderzoek (de architectuur van het jonge brein, emotieregulatie en executieve functies, hechting, de invloed van toxische stress, veerkracht, de invloed van omgevingsfactoren zoals armoede etc.) om te laten zien dat de periode van kinderwens, conceptie tot twee jaar een 'window of opportunity' biedt om het leven van zwangeren en jonge kinderen en hun ouders te veranderen en kosten te besparen op lange termijn.

De IMH-visie heeft daar een grote bijdrage in gehad. Zonder gezonde relaties brokkelt een maatschappij af. Relaties zijn niet alleen noodzaak voor overleving maar ook een katalysator voor groei in het gezin en in de maatschappij. Gezonde en veilige relaties vanaf de start scheppen een voedende omgeving van waaruit kinderen vaardigheden kunnen ontwikkelen om uiteindelijk te participeren op school in de maatschappij en in de wijde wereld. Dit concept van een gezonde relatie moet geworteld zijn in een relationele filosofie die brede

politieke steun verdient. Een filosofie die elke (komende) baby de best mogelijke start in het leven geeft te starten tijdens de zwangerschap. Dit vraagt om langetermijnbeleid, om niet vrijblijvende en continue scholing. Om een 'baseline of knowledge', om partij overstijgend beleid, een beveiligd budget en om culturele en maatschappelijke verandering in ieders denken (landelijk, gemeentelijk, professionals en organisaties). Wij verliezen als maatschappij als we niet proberen problemen te voorkomen of te beperken.

Cruciaal in de ontwikkeling van veilige en gezonde relaties is veilig en sensitief (aankomend) ouderschap. Juist bij kwetsbare ouders is dit geen vanzelfsprekendheid; denk aan tienermoeders, ouders met LVB, verslavings- of psychische problematiek of ouders met onverwerkte trauma's in de voorgeschiedenis of jonge gezinnen die in armoede leven. Deze kinderen komen vaker in aanraking met jeugdzorg, pleegzorg JGGZ of gesloten inrichtingen er is een groot risico op intergenerationele overdracht. Preventie is niet alleen voorkomen maar ook snel en specialistisch helpen door deskundigen op dit terrein. Dit is complex in aanpak en inhoud en wijkteams en JGZ kunnen dit niet alleen.

De nieuwe infrastructuur in het jeugdstelsel biedt goede kansen maar vraagt beleid, visie en investering. Hierbij zouden schotten, die ook met de nieuwe jeugdwet niet verdwenen zijn, beslecht moeten worden, zoals die tussen (kinder)geneeskunde, onderwijs, sociaal domein en volwassenenzorg. De verschillende terreinen zouden beter geïntegreerd moeten worden, samenwerken vanuit een overkoepelende visie in de behoeftes van de zwangere het jonge kind, ouder en gezin als eenheid weerspiegelen.

Zonder vroege (effectieve) preventie of interventie zal er in de toekomst, zoals het ook in het verleden was, hoge overdracht van ongelijkheid, disfunctioneren en kindermishandeling blijven bestaan. Deze zichzelf in standhoudende cirkels creëren vaak verborgen en terugkerend leed en maatschappelijke kosten. Omdat er nog teveel gedacht wordt in korte termijn doelen en in input- in plaats van output termen, is een investering die kostenbesparing op lange termijn in de levensloop oplevert vaak politiek minder interessant. Het kan enorme gevolgen hebben – economisch, maatschappelijk én moreel om deze intergenerationele cirkels met elkaar te doorbreken.

Personalia

Marja Rexwinkel heeft aan de wieg gestaan van de tweejarige IMH opleiding in 1996 en aan het modulair opleiden voor de IMH generalist en specialist vanaf 2016, passende bij de verandering van het jeugdstelsel en wijkteams. Zij is klinisch psycholoog, psychoanalytische psychotherapeut en IMH specialist. Is een van de oprichters van het IMH centrum de OuderKindlijn in Amsterdam, een specialistisch ggz centrum voor de doelgroep -9 maanden tot

6 jaar en ouders. Zij is als opleider verbonden aan het MOC Kabouterhuis en opleider en supervisor in diverse andere opleidingen. Daarnaast neemt zij deel aan beleidsmatige gremia die het jonge kind en de IMH visie op de Amsterdamse en landelijke agenda wil krijgen.

Appendix B: Voorbereidende opdracht zelfzorglijst bijeenkomst 2

Voorbereidende opdracht zelfzorglijst invullen.

Link naar zelfzorglijst:

<https://www.ggd.amsterdam.nl/seksueel-geweld/artikel/>

Appendix C: Powerpointsheets Bijeenkomsten 1 en 2

Training Infant and Early Childhood Mental Health

OKL(C)2021

Gun elke zwangere, elk kind en elke ouder een kansrijke start !
Integratie van soma, psyche en sociaal domein

- Zonder een geïntegreerde visie zal er in de toekomst (zoals ook in het verleden) hoge overdracht van ongelijkheid, fysiek en psychisch disfunctioneren blijven bestaan
- De morele en economische waarde van het doorbreken van deze cirkel kan enorm zijn



• OKL(C)2021

Kansrijke start en Infant Mental Health de wetenschap over zwangerschap en vroege kindertijd



belangrijk om het gat te dichten tussen wat wij weten en wat wij doen

OKL(C)2021

HOE KUNNEN WE HET (ZORG)VELD ONDERSTEUNEN EN
HOE BORGEN WIJ DE KENNIS OVER
ZWANGERSCHAP EN HET JONGE KIND.



OKL(C)2021

Infant (and Early Childhood)Mental Health: ontwikkeling in relatie kind-, ouder - en omgevingsfactoren beïnvloeden elkaar over en weer.



OKL(C)2021

IMH als The
developmental science
of early childhood
(Claudia Gold, 2017)

Integreert het huidige
wetenschappelijk onderzoek op
het gebied van
ontwikkelingspsychologie
(proces- en
gehechtheidsonderzoek),
genetica en
neurowetenschappen in een
model van preventie, vroeg
interventie en behandeling

Paradigma om menselijke
ervaringen te begrijpen

OKL(C)2021



IMH als nieuw paradigma, niet alleen *wat* maar ook *waarom* binnen dit gezin en deze context?



Relationeel, mensen incl. hun genen en brein ontwikkelen zich in de context van verzorgende relaties

Ontwikkelingsgericht, integratie soma en psyche

Multidisciplinair, trans disciplinair werken vanuit een gedeelde visie, itt tot meerdere disciplines die naast elkaar samenwerken (arts, psychologen, logopedie, fysiotherapie, verpleegkundigen etc.) en de ouder die moet integreren.

Reflectief, wat is de invloed van stress van patiënten, ouders op ons handelen

OKL(C)2021

Verschillende gebieden en niveaus van kennis verbinden

- 1) Elke schakel in het zorgveld/in de keten heeft haar eigen kennis en ervaring: verloskundige, gynaecoloog, kraamzorg, JGZ, Jeugdzorg, wijkteams, specialistische professionals en instellingen in GGZ en (para)medische disciplines.
- 2) Wat heeft het (zorg)veld nodig om in **complementaire** ketens/netwerken (samen) te werken, te verbinden en te handelen?

OKL(C)2021

Van multidisciplinair naar transdisciplinair

Piramide van Greenspan, 1997



Vragen over ketenzorg

Vragen bij de piramide als metafoor voor ketenzorg:

- Breng per laag van de piramide in kaart wie je ketenpartners in de regio zijn – bouw sociale kaart op
- Bedenk per laag hoe deze partners bij (kunnen) dragen aan de IMH visie
- Waar bevindt zich jouw setting in de piramide?
- Hogere lagen in de piramide leunen op lagere niveaus: van wie ben jij afhankelijk?
- Hoe vertel jij over de IMH-visie?
- Hoe kun jij verwoorden wat je nodig hebt van je collega (bijv over verwijzingen, over wat een ouder-kind behandeling is etc)
- Wat zijn jouw mogelijkheden en grenzen vanuit je beroep?

OKLIC,2021

De essentie van IMH is het relationele kader

De wijze waarop psychopathologie zich bij jonge kinderen uit, hangt af van het **type relatie** dat zij met hun verzorgers hebben

Kinderen gaan **verschillende relaties** aan met verschillende verzorgers

Jonge kinderen kunnen symptomen laten zien in de relatie met de ene verzorger en **niet** in de relatie met de andere verzorger

(Zeanah, 1997)

OKL(C)2021

IMH als een karakteristiek van het kind (Zero to Three 2001)



Kinderen hebben het vermogen om emoties te ervaren, te reguleren en te uiten

Zij kunnen intieme en veilige relaties aangaan

Zij kunnen omgeving exploreren en leren

Het ontwikkelen van deze capaciteiten is synoniem aan een gezonde sociale- en emotionele ontwikkeling

Al deze capaciteiten komen het meest tot ontwikkeling in de context van een 'verzorgende' omgeving: gezin, maatschappij en cultuur

OKL(C)2021

gehechtheid komt in vele vormen



OKL(C)2021

Prenatale hechting

De ouder/kind relatie begint **voor de conceptie**

Deze relatie is een **combinatie tussen emotionele en lichamelijke processen**



OKL(C)2021

Prenatale gehechtheid



Wordt **sterker** gedurende de zwangerschap

Is mede afhankelijk of de moeder **de bewegingen van het ongeboren kind voelt** (angst, traumatische ervaringen, miskramen) en **de betekenis** die ze daaraan geeft

OKL(C)2021

Centrale vragen

- Wie is deze baby?
- Wat voor moeder zal ik worden, wat voor vader zal ik worden?
- Wat verandert in onze relatie: overgang van individu naar partners naar samen ouders

OKL(C)2021

Prenatale gehechtheid, gaat over relaties

- **Gevoelens en gedachtes** over het ongeboren kind
- De **relatie** met het ongeboren kind
- Ontwikkeling van de **identiteit van ouders**
- **Vergeet** de vader niet!



OKL(C)2021

Invloed van de vader



OKL(C)2021

Prenatale gehechtheid bij vaders (Vreeswijk et al. 2014)

Hoe **sterker gevoelens van relatie met ongeboren baby** (bonding), hoe evenwichtiger de latere gehechtheids representaties

Hoe minder gevoelens over relatie met de ongeboren baby, hoe **afstandelijker**



OKL(C)2021

Verband tussen gehechtheid voor en na de geboorte is groot

Betere band tijdens de zwangerschap leidt tot betere band na zwangerschap

Veilige gehechtheid ouder: betere uitkomsten voor baby zowel emotioneel als lichamelijk

Gedesorganiseerde gehechtheid: kinderen later meer gedragsproblemen, meer depressie en angst, meer somatische problemen

OKL(C)2021

Uitgangspunten IMH visie



Elke (gehechtheid)relatie kan verstoord raken door de voorgeschiedenis van de ouders, met name onopgelost verlies en trauma ('ghost in the nursery', Fraiberg 1975)



De aanwezigheid van een IMH professional verkleint het risico op verstoord ouder-kindrelaties en geeft hoop op een betere emotionele relatie tussen ouder en kind ("angels in the nursery")

OKL(C)2021

Prenatale stress (De Bruijn et al. 2009) kwetsbare kinderen, kwetsbare ouders

Stress tijdens de zwangerschap heeft invloed op interacties na de geboorte en op verdere leven

Deze kinderen komen ter wereld met een **lagere drempel voor stress** en zijn eerder ontregeld



OKL(C)2021

Wanneer is stress schadelijk

Normale reactie op een gebeurtenis die de interne balans in een organisme dreigen te verstoren, is een aanpassingsmechanisme (bloedruk, hartslag, bloedstroom en bloedsuiker)

OKL(C)2021

Soorten stress en invloed van Early Life Stress

positief

Korte toename hartslag, kortdurende verhoging stresshormonen, **evenwicht**

Stress reactie

Serieuze tijdelijke stressreacties gebufferd door **zorgzame en veilige relaties**

Toxisch of chronisch

Langdurige chronische stressreacties **zonder** buffer van relaties die beschermen

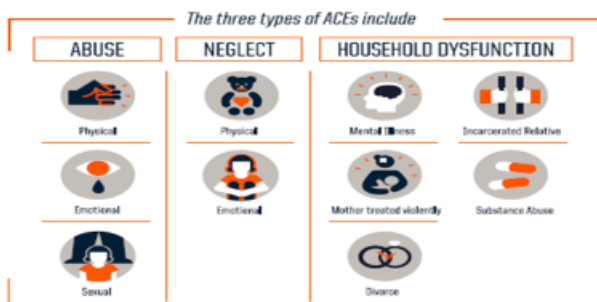
OKL(C)2021

ACE = adverse childhood experiences Early Life Stress (ELS)

Stress in de meest gevoelige ontwikkelingsfasen van de hersenen

1. (voor de) conceptie
2. Zwangerschap
3. Eerste drie jaren na de geboorte
4. Adolescentie

OKLICJ2021



WHAT IMPACT DO ACEs HAVE?

As the number of ACEs increases, so does the risk for negative health outcomes



Possible Risk Outcomes:

OKLICJ2021

ACE's en Early life stress

Sociaal isolement

Discriminatie

Armoede

Onveilige buurt

Overlast

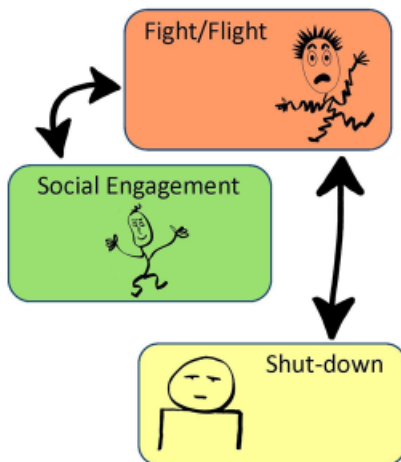
Moeten presteren

Pesten

Schoolstress

Druk leeftijdsgenoten

Hierarchy of Nervous System Response



Based on polyvagal theory by Stephen Porges Copyright 2015 Dee Wagner

Hyperarousal, perceptie van gevaar, sensaties worden versterkt (bloeddruk, hartslag, spieren) **mobilisatie van het lichaam**: vecht vlucht reactie. Cognitieve vermogens verstoord er wordt niet geleerd

Optimale zone, lichaam is gereguleerd, emoties worden verdragen, kalm, alert, informatie wordt geïntegreerd, leren vindt plaats

Hypoarousal, gevoel van aanhoudend gevaar, hartslag bloeddruk gaat naar beneden. Sensaties komen niet binnen. Denken wordt vertraagd, **immobilisatie van het lichaam** dissociatie, shut down, depressie, machteloos en verlamd, Er wordt niet geleerd

OK4(C)2021

Beacon House
Therapeutic Services and Trauma Team

Develops Third
Cortical Brain
Thinking, learning
and inhibiting

Develops Second
Limbic Brain
Attachment and
emotional development

Develops First
Brainstem
(Primitive Brain)
Sensory/motor
and survival

↑ Children's brains develop from the bottom up. ↑

© www.beaconhouse.org.uk

Bruce Perry, ~~bottom up: 3 R's~~

Regulation, regulatie

Relating, relatie

Reason , rede

OK4(C)2021

GEBOORTE VAN EEN KIND



The motherhood/fatherhood constellation nieuwe psychologische fase



OKL(c)2021

Drie
zwangerchappen
3 F en

Fantasie baby, de denkbeeldige,
geïdealiseerde baby

Fantom baby, de gefantaseerde,
gevreesde baby

Feitelijke baby aanpassing aan de
eigenschappen van de *werkelijke* baby

Wat als er complicaties zijn?

OKL(C)2021

Dit is niet het kind wat wij wilden hebben

Dit is het kind waar wij van houden



OKLIC 2021

ghost in the nursery

geboorte van drie baby's, (Lebovici, 1994)

Fantasie baby

Dit kind maakt mij machteloos, ik wil dit kind niet

Ik vermijd mijn (zieke) baby zie het oudere gehandicapte kind wat gepest wordt net als ik

Fantom baby

Voor mij is mijn baby nog niet geboren, ik lig daar nog in de kraamkamer, sta er alleen voor, ga dood, ik wil deze baby niet

Feitelijke baby

Ik doe er niet toe, ben niet de moeite waard en mijn kind bewijst dit door mijn melk te weigeren, te huilen, niet te slapen, driftig te zijn

Ik spreek de taal niet, daarom begreep de verloskundige mij niet. Het is mijn verantwoordelijkheid, mijn fout dat het mis is gegaan (medische complicatie)

De wereld is niet te vertrouwen, mijn baby, mijn kind is een vreemde die ik niet begrijp en niet vertrouw



OKLIC 2021

Hoe worden de 3 F'en geïntegreerd na de bevalling ?

Bij een normaal verlopende ontwikkeling wordt het zelfvertrouwen van de ouders gevoed door:

- Een baby die zich goed ontwikkelt en gezond is
- Een nieuwe balans met partner, werk en gezin

Bij ziekte, emotionele problemen, trauma of stress vallen deze voedingsbronnen gedeeltelijk weg, wat zwangerschap en ouderschap veel zwaarder maakt, waardoor vaak het fantoom kind blijft bestaan

Hebben wij het over hetzelfde kind: over welk kind praten wij als professional en over welk kind praat de ouder?

OKL(C)2021

De Motherhood Constellation van Stern

Vier centrale thema's in het moederschap:

1. Thema *leven en groei*
 - Kan ik deze baby in leven houden, groeit mijn kind gezond op?
2. Thema van de *primaire relatie*
 - Kan ik mij emotioneel hechten aan mijn baby, een relatie aangaan?
3. Thema van de *ondersteunende omgeving*
 - Kan ik de nodige steun creëren? Kan ik toelaten dat mensen mij steunen?
4. Thema betreffende de *identiteitsreorganisatie*
 - Kan ik mijn identiteit aanpassen om al deze functies te integreren? (vader, moeder, dochter, broer, zus, vriend, professional etc)



OKL(C)2021

elke taak kan verstoord worden, bepaalde risicofactoren werken op bepaalde taken in

- Eerste taak : b.v. medische complicaties, prematuriteit, eetproblemen
- Tweede taak: problematiek ouder, angst, depressie, trauma, verwaarlozing.
Vraag is vaak: houdt dit kindje wel van mij?
- Derde taak: wegvallen van sociale netwerk, migratie, expats
- Vierde taak: perfectionisme, dwang (gedachten)



OKL(C)2021

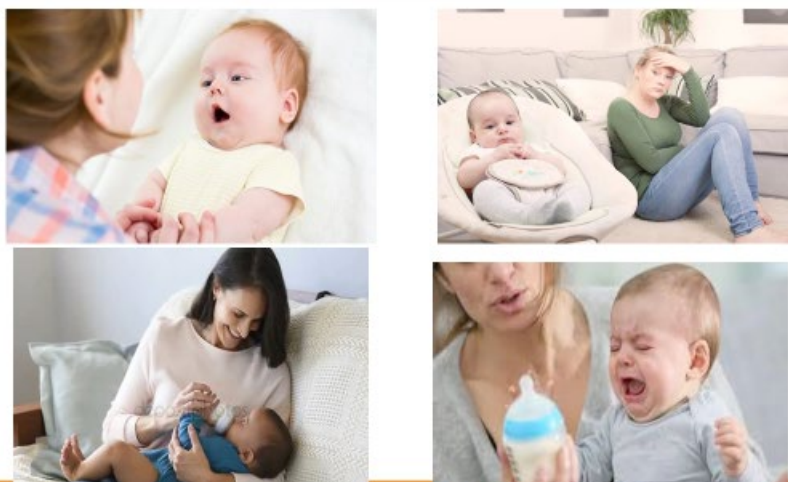


dezelfde gevoelens bij de vader/partner

- Intensiteit van gevoelens kunnen overweldigend zijn
- Kunnen verdragen, angst buitengesloten te worden
- Rivaliteit met de moeder, komende baby
- Verantwoordelijkheid en zorg voor moeder en baby
- Relatie met eigen vader, cultuur

OKL(C)2021

Gehechtheid: de wederkerige regulatie van emoties tussen ten tijde van ontregeling



OKL(C)2021

Ouder-kind interactie is niet hetzelfde als gehechtheid is niet hetzelfde als ouder-kind relatie

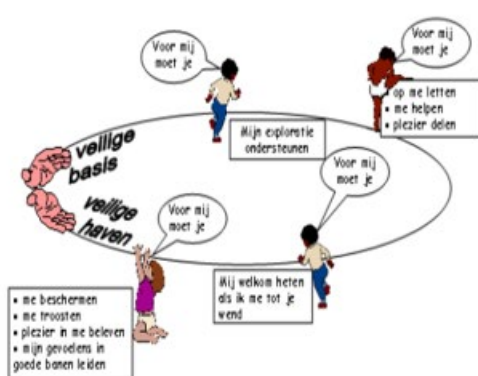
Ouder-kind interactie verwijst naar de observeerbare en zichtbare gedragingen tussen ouder en kind

Ouder-kind relatie is de observeerbare ouder-kind interacties plus niet observeerbare mentale representaties/betekenisgeving van de ouders.

Deze mentale representaties zijn opgebouwd uit vroegere ervaringen van de ouders. Bv mijn kind is zo druk (observeerbaar), dan escaleert het tussen ons (observatie van de ouder-kind interactie). Hij doet zo druk om mij te pesten want hij weet dat ik daar niet tegen kan (mentale representatie gebaseerd op vroegere pest ervaringen van moeder als kind, moeder is zich niet van bewust van de herhaling van deze ervaring in het drukke gedrag van haar zontje)

Gehechtheid is de dyadische regulatie tussen ouder en kind gedurende stress en ontregeling en wordt alleen geactiveerd gedurende stress en ontregeling, valt dus niet samen met interactie en relatie

integrale visie en samenwerking hoe vormen wij de handen voor kwetsbare ouders en kwetsbare kinderen



© Powell, B. e.a. (2013). The Circle of Security Intervention. New York: Guilford Publications. In het Nederlands vertaald en bewerkt door M. de Zeeuw & C. Brok (2013).

OKL(C)2021

Cirkel van beperkte veiligheid

vermijding

© Cooper, Hoffman, Marvin & Powell, 1999



OKLJC2021

Cirkel van beperkte veiligheid

Ambivalent afwerend © Cooper, Hoffman, Marvin & Powell, 1999



Cirkel van beperkte veiligheid

desorganisatie © Cooper, Hoffman, Marvin & Powell, 1999



Shark music, oefening

<https://www.bing.com/videos/search?q=shark+music+cos+youtube&docid=608028272813345260&mid=DBE27CCFF73E31DDB270DBE27CCFF73E31DDB270&view=detail&FORM=VIREhttps://>

<https://youtu.be/Sc1qrYAA7Lg>

[Shark Music - Bing video](#)

OKL/CJ2021

CanMed model

Zeven competentiegebieden/rollen

Uitgangspunten en competenties
per vakgebied/discipline/setting

Leren van en met elkaar



OKL/CJ2021

Appendix D: Modellen interdisciplinair denken & definities vormen samenwerken

Drie modellen:

1. Model van Repko
2. "Boundary crossing" model
3. Systems thinking model (systeemdenken)

Vormen van samenwerking: Het verschil zit in de mate en manier van samenwerken. De samenwerking wordt steeds intensiever vanaf multidisciplinair, via interdisciplinair naar transdisciplinair.

Multidisciplinair samenwerken: Elke discipline werkt vanuit zijn eigen professie en expertise en geeft van daaruit zijn/haar inbreng.

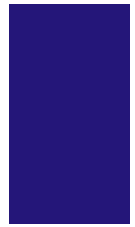
Interdisciplinair samenwerken: Een multidisciplinair team wordt interdisciplinair als er dmv intercollegiaal overleg wordt gewerkt aan gezamenlijke doelstellingen en bijv een zorgplan. Hiervoor is inzicht in de deskundigheid van andere disciplines nodig en bereidheid van ieder om zijn/haar eigen werkzaamheden ter discussie te (laten) stellen. Ieder professional handelt binnen de grenzen van zijn/haar vak en taken worden onderling verdeeld en afgestemd.

Transdisciplinair samenwerken: Iedereen kent elkaars discipline goed en in samenwerking bevindt men zich ook gedeeltelijk op elkaars werkterrein. Men neemt soms taken van elkaar over en gaat vakoverschrijdend werken. Kennis van elkaars beroepsmatige competenties is hoog. Gezamenlijke behandeling werkt tot verdieping en verbreding.

Interprofessioneel samenwerken: De verschillende professionals voeren discipline overstijgende teambesluiten en handelingen uit. In interprofessionele teams werken professionals met verschillende expertises samen. Dit gaat verder dan bij multidisciplinair samenwerken, omdat alle kennis wordt gecombineerd om te komen tot een innovatieve oplossing en tot één gezamenlijke benaderen.

Integraal werken: Dit betekent volledig, rekening houden met alle achterliggende aspecten. Het gaat om een brede aanpak van de problematiek, hiervoor is het samenbrengen van de verschillende disciplines nodig die met elkaar samenwerken.

Appendix E: Documentenanalyse IMH in het werkveld jonge kind en het hbo



Basisontwerp course Interprofessionele samenwerking bij Infant Mental Health

MET HET URBAN EDUCATION-PROJECT 'INTERPROFESSIONELE SAMENWERKING BIJ INFANT MENTAL HEALTH' (IMH) WORDT EEN BIJDRAGE GELEVERD DOOR PRAKTIJKGERICHT ONTWIKKEL- EN ONTWERPONDERZOEK TE DOEN VOOR EEN INTERDISCIPLINAIRE EN INTERPROFESSIONELE MODULE GERICHT OP IMH VOOR JONGE KIND PROFESSIONALS-IN-OPLEIDING OP HET HBO.

Inleiding

In 2018 lanceerde minister Hugo de Jonge van VWS het actieprogramma Kansrijke Start, dat wordt uitgewerkt in lokale coalities. Hierin wordt het belang aangegeven van de eerste 1000 dagen van een kind voor de gezondheid in het latere leven. Investeren in een goede start levert enorme winst op voor de gezondheid en het welzijn van toekomstige generaties. Het is dan ook essentieel om jonge kind professionals op te leiden in het observeren, signaleren en begeleiden van de hechtingsrelatie tussen ouder en kind in de 1^e 1000 dagen. Er is in dit kader een Infant Mental Health (IMH) opleiding ontwikkeld waar binnen professionals op dit gebied getraind worden. Hierbij wordt het belang van interprofessioneel samenwerken uitdrukkelijk onderstreept.

In dit project Urban Education: Interprofessionele samenwerking bij Infant Mental Health willen we een innovatieve toevoeging ontwikkelen voor de curricula van opleidingen gericht op jonge kind-professionals en hun interprofessionele samenwerking.

Met het project Urban Education: Interprofessionele samenwerking bij Infant Mental Health wordt een bijdrage geleverd door praktijkgericht ontwikkel- en ontwerponderzoek te doen voor een interdisciplinair interprofessionele module gericht op IMH voor Jonge Kind professionals in opleiding op het Hbo. Alvorens te starten met het praktijkonderzoek wordt vooronderzoek gedaan door middel van documentenanalyse op basis van de volgende drie vragen: *(1) Wat is bekend over Infant Mental Health in het werkveld Jonge Kind en het Hbo? (2) Wat is bekend over Interprofessionele samenwerking in het werkveld Jonge Kind en het Hbo? En (3) Wat is er bekend over hbo-competenties van de Jonge Kind professional ten aanzien van interprofessionele samenwerking en Infant Mental Health?* Op basis van dit vooronderzoek wordt een topiclijst ontwikkeld met gerichte onderwerpen waarmee focusgesprekken worden gevoerd met de samenwerkingspartners van dit project. Op basis van deze analyse wordt een ontwerp gemaakt voor een interdisciplinaire interprofessionele module gericht op de bevordering van IMH met de samenwerkingspartners.

1. Wat is bekend over Infant Mental Health in het werkveld Jonge Kind en het Hbo?

Steeds meer organisaties zoals medisch kinderdagverblijven binnen het werkveld Jonge Kind werken vanuit de IMH-visie, die omschreven wordt als multidisciplinair zo vroeg mogelijk zichtbaar en beschikbaar zijn voor gepaste ondersteuning van de ouder-kind relatie ten behoeve van het sociaal-emotioneel welbevinden van (zeer) jonge kinderen.

Infant Mental Health (IMH) wordt gedefinieerd als *“The young child’s capacity to experience, regulate, and express emotions, form close and secure relationships, and explore the environment and learn. All these capacities will be best accomplished within the context of the caregiving environment that includes family, community and cultural expectations for young children. Developing these capacities is synonymous with healthy social and emotional development.”* (Zero to Three, 2001)

IMH in het werkveld: Een werkwijze en een beroepsaantekening

De Vereniging DAIMH (Dutch Association for Infant Mental Health) lijkt een goed startpunt om te verkennen hoe het werkveld van het jonge kind verbonden is aan IMH (www.daimh.nl). DAIMH is verbonden aan een internationaal netwerk (WAIMH), biedt scholing én verspreidt kennis en kunde door heel Nederland op het gebied van IMH. De wetenschappelijke onderbouwing van het belang van vroege interventies is sterk en verspreiding van deze kennis en kunde is dan ook het doel van DAIMH. In een internetzoekopdracht naar in hoeverre praktijken IMH vermelden als werkwijze, refereren veel praktijken aan DAIMH voor verantwoording van hun opgedane scholing en expertise. Andere instellingen die IMH-scholing aanbieden zijn ook verbonden aan DAIMH, aangezien DAIMH het register beheert voor IMH-specialisten.

Het is van belang onderscheid te maken tussen IMH als een containerbegrip voor een werkwijze en IMH als aanvullende aantekening op een beroepstitel dat verbonden is aan het jonge kind. Aan dit laatste zijn namelijk registratie criteria verbonden. Er bestaat momenteel de officiële scholing tot IMH-consulent(generalist) en tot IMH-specialist, beide post-HBO-opleidingen. De IMH-consulenten en specialisten brengen veelal de kennis en expertise naar het werkveld.

De IMH-visie en werkwijze lijken voornamelijk zichtbaar binnen de specialistische geestelijke gezondheidszorg, verantwoordelijk voor signalering en/of behandeling van het jonge kind. Gebieden waar IMH-specialisten nog meer inzetbaar moeten zijn, zijn die van de preventieve gezondheidszorg, somatische gezondheidszorg, basis geestelijke gezondheidszorg, generalistische gezondheidszorg en de jeugdzorg. De IMH-interventies zijn systeemgericht en variëren van concreet en praktische hulp tot emotionele steun. Denk aan concrete opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsondersteuning, maar ook vroegtijdige ouder-kindrelatie diagnoses en gedragstherapeutische interventies behoren tot IMH-interventies, alsook ouderkind psychotherapie. Waar mogelijk en nodig kan al tijdens de zwangerschap worden gestart, mits vroege signalering daartoe de mogelijkheid biedt. De uitvoerende professionals komen van verschillende disciplines en werken interprofessioneel met het uitgangspunt van DAIMH dat ze allen naast hun basisdiscipline ook opgeleid zijn in de IMH-hulpverlening (www.daimh.nl).

Het begrip IMH is nog relatief nieuw, maar beleid gericht op interprofessionele samenwerking en afstemming alsook vroegtijdige signalering is al langer in ontwikkeling.

Praktijkvoorbeeld 1

Bij MOC t Kabouterhuis (www.kabouterhuis.nl) is er een speciaal IMH-team voor ouders met kinderen t/m 3 jaar oud. Hierbij wordt er gewerkt vanuit de IMH-visie, waarbij de ouder-kind relatie centraal staat. Het team kijkt samen met ouder(s) wat de vraag is en maakt een plan van aanpak. Het biedt verschillende interventies aan afhankelijk van de vraag, op het gebied van onder andere gedragsproblemen, opvoedingsproblemen, problemen rondom eten, slapen, huilen en moeilijk gedrag bij zeer jonge kinderen en baby's maar ook autisme, hechtingsproblematiek etc. Bij het Kabouterhuis werken daarom ook veel verschillende specialisten.

Ondanks dat steeds meer professionals rondom het jonge kind bekend zijn met IMH, lijkt binnen de zorg voor zwangeren en jonge kinderen nog steeds sprake van ondersignalering en onderbehandeling. Preventieprogramma's worden weliswaar aangeboden, echter deze zijn niet altijd toereikend omdat de situatie en de daaronder liggende behoefte van het kind en de ouder-kind relatie onvoldoende in kaart worden gebracht.

Praktijkvoorbeeld 2

Een mooi praktijkvoorbeeld waar wordt ingezet op vroegtijdige signalering is het met project Moeders van Rotterdam (www.moedersvanrotterdam.nl), waar een multidisciplinair team van professionals én studenten intensieve begeleiding biedt aan (zwangere) moeders gedurende drie jaar die stress ervaren op verschillende leefgebieden zoals huisvesting, financiën of gezondheid. In verschillende fases worden verschillende vormen van begeleiding geboden aan de moeder én het gezin om de zelfredzaamheid van de moeder te vergroten en het welzijn van het kind te waarborgen. Dit is een zeldzaam project waarbij ook derdejaars HBO en WO studenten deel zijn van het team en begeleiding bieden aan de moeders. De studenten uit diverse studierichtingen zoals (ortho)Pedagogiek, Social Work en Toegepaste Psychologie. De studenten worden begeleid door professionals en worden ook intern opgeleid aan de hand van een intensief trainingsprogramma. Voor meer informatie over het project verwijzen we naar de website. Hieronder (figuur 1) is een flowchart te zien van de opbouw van de intensieve begeleiding:



Figuur 1: Flowchart opbouw intensieve begeleiding moeders van rotterdam (www.moedersvanrotterdam.nl).

Dit project is een goed voorbeeld van een IMH Werkwijze binnen het werkveld Jonge Kind, waar HBO studenten bij betrokken worden. Maar dit soort projecten zijn schaars en verspreiding van kennis en kunde rondom IMH is van belang. Het is de vraag in hoeverre specialistische centra voor de zorg voor het jonge kind volstaan in adequate signalering en behandeling. In hoeverre kunnen organisaties als peuterspeelzalen en kinderdagverblijven baat hebben bij kennis omtrent IMH om bij te dragen aan vroege signalering en doorverwijzing? De professionalisering van Jonge kind professionals in IMH werkzaam bij peuterspeelzalen en

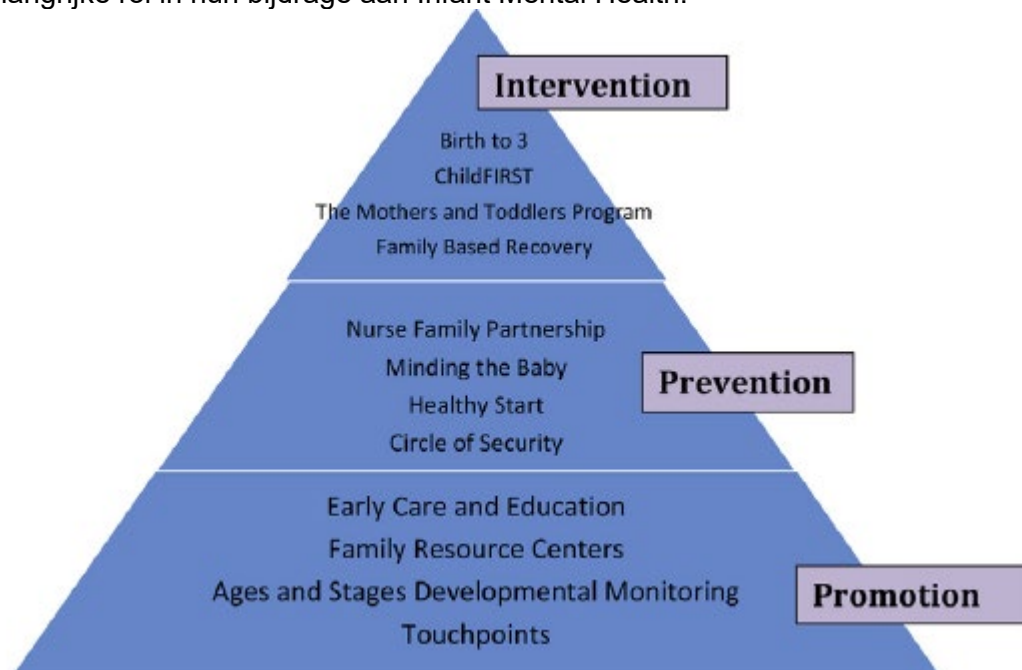
kinderdagverblijven kan bijvoorbeeld een wezenlijke bijdrage leveren aan die verbetering van vroegtijdige signalering en behandeling van jonge kinderen.

IMH en het Hbo

IMH is nog behoorlijk onbekend binnen het HBO. Hbo studenten kunnen ook geen IMH-aantekening krijgen binnen de hbo-opleiding. Wel kunnen zij wanneer afgestudeerd, net als alle andere HBO professionals gericht op het Jonge Kind de post-HBO-opleiding volgen voor IMH-consulent.

Maar ondanks dat hbo's studenten niet direct zullen opleiden tot IMH consulenten is het evengoed van belang dat het Hbo Jonge Kind professionals opleidt met kennis ván IMH. Jonge Kind professionals vanuit het HBO zijn gericht op preventie, observatie, begeleiding en ondersteuning en kortdurende interventies. Zij vervullen een signalerende functie als de ouder-kindrelatie verstoord lijkt en/of er een vermoeden is van een ongezonde ontwikkeling of onveilig opgroeien. Het is belangrijk om de ouder-kindrelatie te kunnen observeren en bij vermoedens de juiste port-of entry in het systeem van ouder-kind te kunnen vinden. Systeemgericht en inclusief werken (omgaan met diversiteit) vormen hierin de basisprincipes. IMH sluit hierop aan, en ondanks dat HBO's geen IMH-specialisten afleveren, is het waardevol hbo studenten in de richtingen van Pedagogiek, Social Work, Pabo en Verpleegkunde en Verloskunde toe te rusten op relevante IMH-kennis en kunde, opdat zij in het werkveld hierin bekend zijn met de visie, het belang en de werkwijze van IMH. DAIMH kan hierin een belangrijke rol spelen als het gaat om het afstemmen met de betreffende hbo-opleidingen over welke kennis en kunde van belang is om Jonge Kind professionals zo goed mogelijk toe rusten om IMH te bevorderen in de settings waar Jonge Kind professionals werkzaam zijn.

Zoals in onderstaande afbeelding is te zien, hebben Jonge Kind professionals vanuit het Hbo een belangrijke rol in hun bijdrage aan Infant Mental Health:



Figuur 2: model van Simpson et al. (2016), dat in het artikel dient als voorbeeld-model voor het bevorderen van IMH (model te vinden op www.jpmedh.org)

2. Wat is bekend over Interprofessionele samenwerking in het werkveld Jonge Kind en het Hbo?

Interprofessionele samenwerking in het werkveld Jonge Kind

Hoewel veel aandacht is uitgegaan naar samenwerking tussen professionals in diverse orthopedagogische contexten (zie bijvoorbeeld Myors, Schmied, Johnson, Morrison & Glenny, 2012, & Cleary, 2013 en Ødegård & Strype, 2009) is er ook groeiende aandacht voor samenwerking tussen professionals in reguliere voorzieningen (Willumsen, 2008).

Het Advies taskforce Samenwerking Onderwijs en Kinderopvang (Rijksoverheid, 2017) pleit voor interprofessionele teams van onderwijs en kinderopvang. Zij wijst in haar advies op de belangrijke meerwaarde van interprofessionele samenwerking voor kinderen, ouders en professionals. Het kan het aantal overgangen waarmee kinderen te maken krijgen verminderen en vergemakkelijken. Dat komt ten gunste van de ontwikkeling van jonge kinderen. De continuïteit in ontwikkeling en leren en het leggen van verbindingen tussen verschillende contexten is meer gewaarborgd. Interprofessionele samenwerking kan zogezegd een positieve invloed hebben op de ontwikkeling van kinderen.

Binnen het werkveld van het Jonge Kind groeit het besef dat een integrale zorg en opvoeding voor kinderen in early childhood education and care (ECEC) om een inclusieve speel- en leeromgeving vraagt met een team van professionals met verschillende competenties. Het vraagt veel van professionals in reguliere settings om kinderen met verschillende niveaus in hun ontwikkeling en soms ook achterstanden op cognitief en/of sociaal-emotioneel vlak een veilige en stimulerende omgeving van goede pedagogische kwaliteit te bieden. Dit wordt nog urgenter als kindcentra door landelijk beleid op het terrein van social inclusion en bijvoorbeeld het integreren van peuterspeelszalen en kinderopvang, te maken krijgen met een meer heterogene toestroom van kinderen in community-based settings. In veel Nederlandse publicaties wordt verdere professionalisering van de staf niet als enige oplossing gezien en wordt gewezen op de noodzaak van interprofessionele teams met T-shaped professionals (Nurius, Coffey, Fong, Korr, & McRoy, 2017).

De T-shaped professional is specialist in eigen vakgebied én beschikt over basiskennis van naastgelegen vakgebieden en competenties die nodig zijn bij interprofessionele samenwerking. Interprofessionele samenwerking brengt ook meer variatie en uitdaging in het werk, en kan het werk aantrekkelijker maken. T-shaped professionals spelen in verandering- en vernieuwingsprocessen vaak een belangrijke rol. De verschillende en aanvullende expertises vergroot de kans op een inclusieve context waar verschillen worden gerespecteerd. Inclusie vraagt om het scheppen van voorwaarden zodat iedereen mee kan doen en een gevoel van 'erbij horen' ervaart (Nurius, Coffey, Fong, Korr, & McRoy, 2017).

Het PACT-project: inclusieve Early Childhood Education and Care (ECEC)

Het PACT-project betreft acht proeftuinen die innovatieve praktijken betreffen waar door middel van interprofessionele samenwerking tussen de kinderopvang, het basisonderwijs en de zorg is gewerkt aan een inclusieve speelleeromgeving voor jonge kinderen van 0-6 jaar. Dit project is in opdracht van Het Kinderopvangfonds in 2015 gestart en in 2017 afgerond. Deze proeftuinen zijn gaandeweg onderzocht op zowel het proces van interprofessionele samenwerking alsook op de uitkomsten ervan, teneinde deze inclusieve speelleeromgeving voor alle jonge kinderen te faciliteren. Het onderzoek naar de proeftuinen richtte zich op de vorm en inhoud van de professionele samenwerking, welke merkbare resultaten de proeftuinen hebben ervaren van hun interprofessionele samenwerking op kind- en ouder niveau alsook welke bevorderende en belemmerende factoren de proeftuinen zijn tegengekomen tijdens het interprofessioneel samenwerken. De belangrijkste conclusies van het onderzoek waren dat professionals binnen

de proeftuinen enthousiast waren en een toegenomen interprofessionele samenwerking hebben ervaren, waarbij ze veel van elkaar leerden en een gezamenlijke visie wisten te ontwikkelen op het ondersteunen van kinderen. Proeftuinen die werkten met een inclusiepedagoog op de werkvloer hebben de inzet van haar zorg als positieve aanvulling ervaren op de expertise van pedagogisch medewerkers en leerkrachten. Ook veranderde geleidelijk het zorgperspectief steeds meer van curatief naar preventief, wat het pedagogisch klimaat verbeterde. Ook het aantal doorverwijzingen leek hierdoor licht af te nemen bij enkele proeftuinen wanneer de mate van interprofessionele samenwerking toenam. Voor meer informatie over het onderzoek wordt verwezen naar het PACT rapport van Doornenbal et al., 2017.

Het PACT-programma sluit aan op de landelijke trend om de leefwerelden van kinderen en diverse sectoren duurzaam met elkaar te verbinden en samen te werken aan een sterke pedagogische omgeving voor jonge kinderen. In Nederland is er namelijk een duidelijke beweging op gang gebracht die ertoe moet leiden dat meer kinderen zich samen ontwikkelen en samen leren (SER, 2016; Taskforce Samenwerking Kinderopvang-Onderwijs', 2017). Basisscholen werken als gevolg van landelijke wetgeving (Wet passend onderwijs) aan passende onderwijszorgarrangementen voor leerlingen met zorgvragen. In het kader van nieuw lokaal jeugdbeleid waarin de nadruk ligt op het bouwen van een duurzame pedagogische infrastructuur, werken gemeentes aan actieve samenwerking tussen pedagogische specialisten in de reguliere settings van kinderopvang en school. Belangrijke thema's in dit beleid zijn het omgaan met verschillen tussen kinderen (bijvoorbeeld: verschillen in ontwikkeling en behoefte aan ondersteuning), minder doorverwijzen naar het speciaal onderwijs (bijvoorbeeld: door een goede transitie van de voorschoolse naar de schoolse periode, door het versterken van de aansluiting tussen leerlijnen en door samenwerking met jeugdhulp), ouders betrekken bij hun aanbod (bijvoorbeeld: het betrekken van ouders van een individueel kind met een speciaal zorgarrangement, door meerdere ouders te betrekken bij het pedagogisch beleid) en de zorg meer integraal organiseren (bijvoorbeeld: door specialistische kennis vanuit de jeugdhulp te delen met collega's uit het onderwijs- en/of de kinderopvang).

Ook in andere landen zien we in de praktijk een inclusieve aanpak en, in het verlengde daarvan, een groeiende belangstelling voor interprofessional practice, zoals in Duitsland (Schoyerer & van Santen, 2016), Noorwegen (Willumsen, 2008) en het Verenigd Koninkrijk, waar samenwerking gezien wordt als een hoeksteen van hoogwaardige inclusieve zorg voor het jonge kind (ECEC) (Littlechild & Smith, 2013).

Interprofessionele samenwerking rondom het Jonge Kind en onderzoek

Hoewel samenwerking in veel publicaties als de oplossing wordt aangewezen zijn er kritische geluiden te horen in de literatuur (Morrison & Glenny, 2012). Het relatief nieuwe onderzoeksterrein is nog 'in search of evidence' en veel aandacht is tot nu toe uitgegaan naar de professionals zelf (zie bijvoorbeeld Singer, Burgers, Friedberg, Rosenthal, Leape, & Schneider, 2011): hoe werken diverse professionals, elk vanuit hun eigen pedagogische expertise en in een gecoördineerde samenwerking, aan een geïntegreerd aanbod? Interprofessionele samenwerking vraagt om een onderzoeksperspectief dat recht doet aan individuele professionals en aan hun verbondenheid in een interprofessioneel netwerk en aan de dynamiek van zowel de individuele ontwikkeling als de netwerkontwikkeling.

Interprofessionele samenwerking in het HBO

Hbo-opleidingen die zich richten op het jonge kind hebben ook steeds meer oog voor interprofessionele samenwerking. Door interprofessionele samenwerking kunnen verbindingen worden gelegd tussen de jeugdgezondheidszorg, jeugdzorg, kinderopvang en onderwijs. Bij de

minor Jonge Kind van de opleiding Pedagogiek aan de HvA nemen verschillende studenten deel vanuit andere disciplines zoals SPH en Pabo. Daarbinnen wordt de module Sociale Inclusie aangeboden en hierbinnen speelt interprofessionele samenwerking een centrale rol. Dat betekent dat binnen deze module studenten ook voor opdrachten interdisciplinair werken én dat ze theorie aangereikt krijgen over het belang hiervan in de praktijk. Op basis van een internetzoekopdracht naar interprofessioneel samenwerken in het hoger onderwijs vonden we weinig informatie over modules gericht op Interprofessioneel samenwerken rondom het Jonge Kind. We vonden één module die daadwerkelijk interdisciplinair ingericht was en ook meerdere opleidingen betrof, namelijk Verpleegkunde en Social Work. In zulke modules levert eenieder vanuit eigen expertise een bijdrage aan de interprofessionele samenwerking teneinde het welzijn van de betreffende doelgroep te bewerkstelligen, maar deze training richtte zich niet expliciet op het Jonge Kind.

Het lijkt erop dat studenten vooralsnog enkel in hun stages te maken krijgen met het belang van interprofessionele samenwerking, wanneer de organisatie daar zelf ook op inzet. Het hbo heeft echter de verantwoordelijkheid professionals op te leiden die niet alleen startbekwaam zijn maar ook een bijdrage kunnen leveren aan de kwaliteitsverbetering van de praktijk op basis van recent onderzoek. Kennis en kunde van interprofessioneel samenwerken rondom het Jonge Kind is dan ook zeer wenselijk met het oog op Infant Mental Health.

3. Wat is er bekend over hbo-competenties van de Jonge Kind professional ten aanzien van interprofessionele samenwerking en Infant Mental Health?

Landelijk opleidings-en-competentieprofiel HBO Bacheloropleiding Pedagogiek 2019

Eén van de kerntaken van de pedagoog is het versterken van professionaliteit, waarbij de twaalfde competentie luidt “Werkt interdisciplinair en multidisciplinair samen met regionale en (inter)nationale collega-professionals en collega-organisaties.” (pp. 16).

Competentieprofiel pedagogisch medewerker & interprofessionele samenwerking

In december 2019 is het Competentieprofiel van de Pedagogisch medewerker in de kinderopvang vernieuwd. Als typering van de pedagogisch medewerker kinderopvang wordt hierin genoemd: “... ben jij - in samenspraak met ouders en andere opvoeders -er om kinderen in de leeftijd van 0-13 jaar de zorg en begeleiding te bieden waardoor ze zich optimaal kunnen ontwikkelen naar wie ze zijn en willen zijn”. Eveneens wordt opgemerkt: “Hij/zij trekt met directe collega’s op - maar ook met anderen in de omgeving van het kind - om de ontwikkeling nog meer te ondersteunen, bij te dragen aan een integrale aanpak en heeft daarbij oog voor de doorlopende ontwikkelingslijn te van kinderen”.

In het nieuwe Competentieprofiel van de Pedagogisch medewerker wordt eveneens aangestipt dat pedagogisch medewerkers steeds intensiever te maken krijgen met allerlei betrokkenen in de omgeving van het kind en met hen moeten samenwerken in het belang van doorlopende ontwikkelingslijnen. Ze zijn verantwoordelijk voor een goede overdracht tussen de dagopvang en de buitenschoolse opvang en de school. Als pedagogisch medewerkers in kindcentra of integrale kinderopvang werkzaam zijn, maken ze onderdeel uit van een breder, interdisciplinair team. Als één van de competentieclusters wordt genoemd “*het samenwerken met collega’s en andere professionals in de omgeving van het kind*”. Om deze competentie te ontwikkelen is het beschikken over goede sociale en communicatieve vaardigheden belangrijk en kennis van interculturele opvoedingsstijlen.

Met de komst van de Wet Innovatie en Kwaliteit Kinderopvang (IKK, 2019) is er meer nadruk komen te liggen op de verantwoordelijkheid van de kinderopvangorganisatie en professionals

om een ontwikkelingsgericht en kindvolgend pedagogisch klimaat neer te zetten. Hiervoor is een goede kennis van de ontwikkeling van kinderen essentieel.

Zorg dragen voor het emotioneel en fysiek welbevinden, voor de veiligheid van de kinderen en partnerschap met ouders realiseren worden onder anderen genoemd als competentieclusters die behoren binnen het competentieprofiel van de Pedagogisch medewerker. Om deze benodigde competenties te ontwikkelen, wordt aangegeven dat kennis van en vaardigheden om te kunnen werken met 0-jarigen conform de Wet IKK belangrijk is. Daarnaast ook kennis over het werken met Meldcode en afwegingskader Misbruik en Seksueel Geweld. Hierbij gaat het om kennis over de ontwikkeling van het babybrein en invloed hiervan op het gedrag, kennis over de ontwikkeling van 0-jarigen in het algemeen. Bij het werken met 0-jarigen gaat het onder andere om: *“het verzorgen op een respectvolle manier met als uitgangspunt de inbreng van de baby, (contact) initiatieven van 0-jarigen herkennen en hierop adequaat reageren, interacties tussen baby’s onderling stimuleren en begeleiden, antwoorden kunnen geven op vragen van ouders over ontwikkeling en welbevinden, kansen signaleren/creëren en benutten om passende activiteiten en ontwikkelingsmaterialen aan te bieden”*. (bron: https://www.kinderopvangwerkt.nl/sites/fcb_kinderopvang/files/20191216_competentieprofiel_pedagogisch_medewerker_kinderopvang.pdf)

Competenties van IKC-medewerkers

Op een Integraal Kindcentrum (IKC) wordt altijd in een interprofessioneel team samengewerkt. Er wordt samengewerkt met collega’s uit de kinderopvang, het onderwijs, jeugdhulp, welzijn en sport. Uit onderzoek van Pact (2017) komt naar voren dat hiervoor de volgende competenties van belang zijn: ontwikkelingsgerichtheid, samenwerkingsgerichtheid, omgevingssensitiviteit, ondernemende houding, flexibiliteit, creativiteit, onderzoekende houding en moreel-ethisch handelen. <https://www.pactvoorkindcentra.nl/images/pdf/IKC-beroepsbeeld-folder-PRINT.pdf> Hoewel enige samenwerking tussen bijvoorbeeld onderwijs en opvang heel gebruikelijk is in Nederland, is er nog weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van samenwerkingsverbanden als brede scholen of IKC’s. In een Nederlands onderzoek (Van der Grinten e.a., 2018) naar intersectorale samenwerking (samenwerking tussen onderwijs en zorg), blijkt dat de tevredenheid over de samenwerking wisselend is. De tevredenheid lijkt samen te hangen met het type samenwerking. Partijen waar sprake is van integrale of netwerksamenwerking blijken meer tevreden en zien betere uitkomsten voor kinderen, ouders en professionals. Als werkzame factoren van samenwerking wordt vooral genoemd: een hecht netwerk met wederkerige relaties waarin betrokkenen elkaar vertrouwen, een gezamenlijke visie en waarden delen, consensus en commitment ten aanzien van de doelen, bottom-up werk en de aanwezigheid van sterk inhoudelijk leiderschap.

Hbo-competenties van de Jonge Kind professional en Infant Mental Health

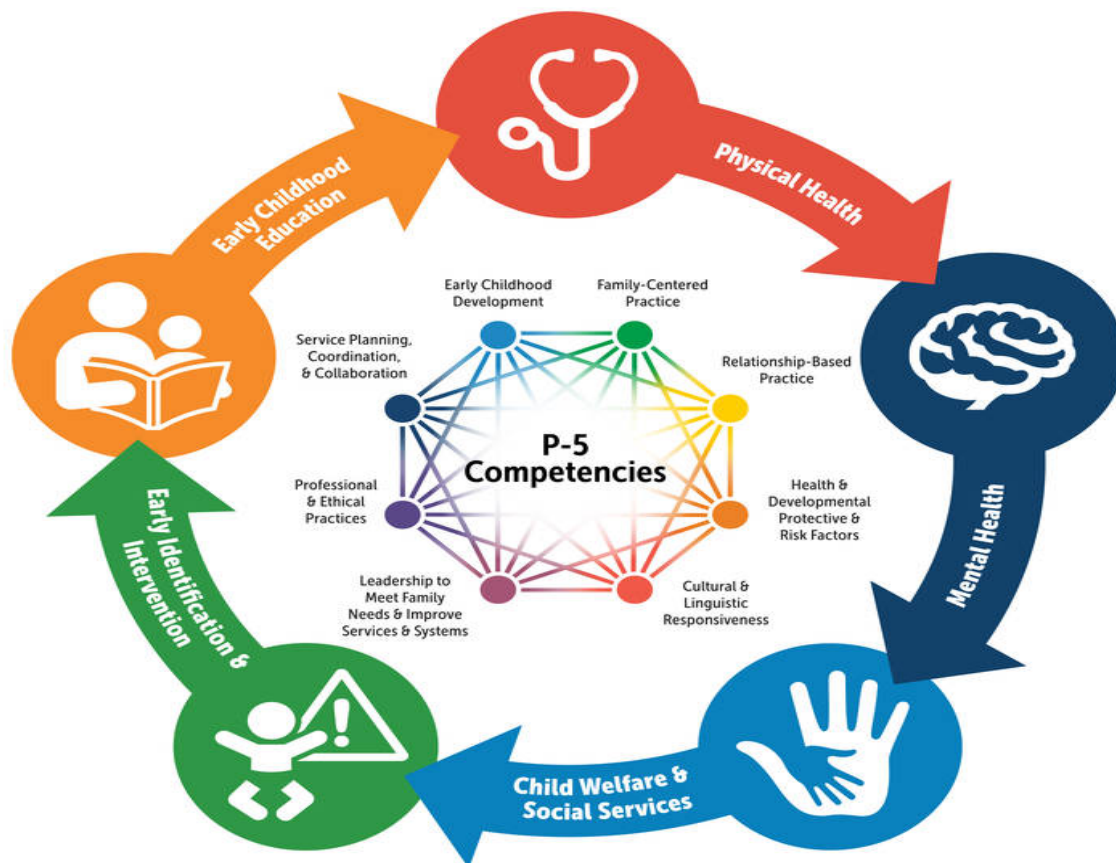
In de studie in 2011 door de CORE (Competence Requirements in Early Childhood Education and Care) wordt aangegeven dat ‘competentie’ in voorzieningen voor jonge kinderen moet worden gezien als een eigenschap van het hele systeem van voorzieningen. Zij spreken van een ‘competent systeem’ dat zich ontwikkelt in wederkerige relaties tussen individuen, teams, instellingen en de bredere socio-politieke context.

IMH gaat altijd over een multidisciplinaire aanpak in het werken met baby’s, peuters en hun ouders. Deze aanpak is nodig om aandacht te houden voor alle aspecten van de ontwikkeling (<https://www.imhnederland.nl/infant-mental-health/>)

De lijst voor competenties en deskundigheidseisen van de IMH-specialist is veelomvattend maar ook niet geschikt voor de HBO Jonge Kind professional. Van belang is om te komen tot

een helder beeld en duidelijke omschrijving van wat de Jonge Kind professional aan competenties nodig heeft op het gebied van kennis, houding en vaardigheden om binnen het eigen werkveld IMH te waarborgen. Het gaat niet alleen om interprofessionele vaardigheden, om IMH te kunnen waarborgen is ook uitgebreide kennis van de eerste 1000 dagen van groot belang, alsook het kunnen samenwerken en signaleren op vroege signalen.

Zero To Three, een internationale organisatie gestart in de Verenigde Staten, werkt sinds 1977 aan het bevorderen van kennis, houding en vaardigheden om IMH te stimuleren. Ze bieden ondersteuning en verspreiden kennis aan ouders, professionals, beleidsmakers. Op basis van de meest recente onderzoeken hebben zij een P-5 Competentiemodel ontwikkeld om IMH te stimuleren.



Figuur 3: P-5 Competencies to ensure IMH (www.zerotothree.org)

Dit model kan een waardevol startpunt zijn om te verkennen waar de startbekwame Hbo jonge kind professional zich in kan ontwikkelen op het gebied van IMH. Het betreft acht competentie domeinen en ieder domein biedt de basis voor kennis, houding en vaardigheden die noodzakelijk zijn voor alle disciplines die met het jonge kind te maken krijgen, ze zijn ook allemaal even belangrijk.

Conclusie

Onderzoek toont het belang van IMH aan en deze kennis bereikt de praktijk steeds meer, al is dat vooralsnog vooral binnen de gespecialiseerde gezondheidszorg. Ook de overheid ziet de noodzaak van een goede start en heeft hier met haar programma Kansrijke Start (2017) een belangrijke boodschap afgegeven. Er is meer aandacht nodig voor vroegtijdige signalering en goede communicatie alsook effectieve interventies om de eerste 1000 dagen zo goed mogelijk te laten verlopen.

De piramide in hoofdstuk 1 laat zien dat er nog veel grond te winnen is op het gebied van IMH, het verspreiden van het belang ervan en specifiek inzetten op kennis, vaardigheden en houding om IMH te waarborgen. Zoals een vroegtijdige signalering, goede communicatievaardigheden, nauwe samenwerking voor effectieve doorverwijzing en kennis van laagdrempelige preventieve interventies in bijvoorbeeld opvoedondersteuning. En dat Jonge Kind professionals werkzaam in onder andere de kinderopvang en peuterspeelzalen, alsook het basisonderwijs een betekenisvolle bijdrage kunnen leveren aan het waarborgen van IMH. Welke specifieke competenties hiervoor noodzakelijk zijn is nog niet geconcretiseerd en het veldonderzoek zal daarin handvatten bieden. Duidelijk is dat de onderste laag van de piramide zich zal richten op vroege signalering en doorverwijzing alsook het inzetten op laagdrempelige interventies. Maar de Jonge Kind professional werkt niet alleen binnen de kinderopvang of peuterspeelzalen en daarom is het van belang breder te kijken naar de vaardigheden die noodzakelijk zijn om naast vroege signalering en doorverwijzing ook in interprofessionele samenwerking (preventieve) interventies aan te bieden.

Appendix F: Topiclijst focusgroep interviews 1

IMH Project Focusgroep interviews topiclijst

General purpose Focusgroup interviews:

De focusgesprekken worden gevoerd om na te gaan (1) in hoeverre de samenwerkingspartners elementen van IMH al in hun curriculum terugvinden, (2) waar een duidelijkere verbinding te leggen is om een doorlopende lijn te maken vanuit een IMH-visie in het curriculum en (3) om te onderzoeken in hoeverre de verschillende disciplines met elkaar kunnen integreren ter bevordering van IMH. Op basis van de uitkomsten wordt een plan van aanpak geschreven voor een IMH-module-ontwerp.

Twee rondes vinden plaats. De eerste te weten op 2 juli 2020, en de tweede later in het jaar, waarbij een plan van aanpak voor de ontwikkeling van een IMH-module wordt voorgelegd, om feedback in te winnen voor de verbetering van het plan voor de ontwikkeling van een module.

Topic-lijst:

Onderzoeksvraag 1:

- In hoeverre vinden de samenwerkingspartners al elementen van IMH terug in hun curriculum?
 - Onderscheid tussen verplicht/regulier curriculum en keuzevak/minorenprogramma
 - Welke competenties liggen hieraan ten grondslag, zijn die al expliciet gemaakt en op basis van welke terminologie?
 - Op welke wijze is interprofessionele samenwerking hierin terug te vinden?
 - Onderscheid maken tussen kennis, vaardigheden en houding. Is het informatief, kennisgericht, gericht op het beoefenen, gericht op houding en reflectie?

Onderzoeksvraag 2:

- Hoe kan IMH als satéprikker (als rode draad in terminologie) het curriculum versterken zodat de IMH-visie hierin prominenter wordt?
 - Kan dit per opleiding uitgetekend worden in een soort mindmap?
 - Wat is hierin essentieel als het gaat om IMH competenties voor de startbekwame HBO professional?

Onderzoeksvraag 3:

- Hoe kunnen de verschillende disciplines integreren ter bevordering van IMH?
 - Kennis (gezamenlijke colleges volgen/ IMH workshops/ online evt)
 - Vaardigheden (gezamenlijke projecten/modules/ stage casussen)
 - Houding (tijdens symposia/ reflectie ochtenden interdisciplinair obv real life casussen)

Appendix G: Notulen focusgroep interviews 1

General purpose Focusgroup interviews:

De focusgesprekken worden gevoerd om na te gaan (1) in hoeverre de samenwerkingspartners elementen van IMH al in hun curriculum terugvinden, (2) waar een duidelijkere verbinding te leggen is om een doorlopende lijn te maken vanuit een IMH-visie in het curriculum en (3) om te onderzoeken in hoeverre de verschillende disciplines met elkaar kunnen integreren ter bevordering van IMH. Op basis van de uitkomsten wordt een plan van aanpak geschreven voor een IMH-module-ontwerp.

Twee rondes vinden plaats. De eerste te weten op 2 juli 2020, en de tweede later in het jaar, waarbij een plan van aanpak voor de ontwikkeling van een IMH-module wordt voorgelegd, om feedback in te winnen voor de verbetering van het plan voor de ontwikkeling van een module.

Paars: HAN Pedagogiek, Social Work en Verpleegkunde

Groen: HvA Pedagogiek

Rood: HvA Social Work en Verpleegkunde

Oranje: Samenvattingsronde

Onderzoeksvraag 1:

- In hoeverre vinden de samenwerkingspartners al elementen van IMH terug in hun curriculum?
 - Onderscheid tussen verplicht/regulier curriculum en keuzevak/minorenprogramma
 - Welke competenties liggen hieraan ten grondslag, zijn die al expliciet gemaakt en op basis van welke terminologie?
 - Op welke wijze is interprofessionele samenwerking hierin terug te vinden?
 - Onderscheid maken tussen kennis, vaardigheden en houding. Is het informatief, kennisgericht, gericht op het beoefenen, gericht op houding en reflectie?
- Minor kwetsbare kind: Eerste semester. Interprofessioneel. Voor 100 studenten max. Helpt externe studenten.
- IMH wordt niet genoemd maar er zitten terugkomende elementen in. Ze doen -9 mnd tot 18 jaar. Veilige hechting met de gebruikte afbeeldingen van workshop, wordt gebruikt.
- Minor 1001 dag en verder (bij Pedagogiek). Gaat steeds meer over ouderschap. Bijvoorbeeld deelopdracht een ouder bevragen hoe het is om ouder te zijn. Theorie erbij betrekken (Gravenstijn, van der Past). Meer met **ACES**-onderzoek (in hoorcolleges en theorielij). IMH staat er echt voor: alle kennis die je hebt moet bijdragen aan ouder-kind relatie. Dat mag nog wel meer uitgedragen worden. Nu nog te veel nadruk op adviseren van ouders, wat anders moet.
- SPH had het nog meer, maar nu zit het minder in de eerste twee jaar van social work. Wel wat sociale psychologie. Maar het zijn nu drie opleidingen, en bij profiel jeugd is er overlap met die van pedagogiek, maar het verhaal over gehechtheid is beperkt en vraag met IMH meer focus. Samenwerking en relatie krijgen meer aandacht weer, maar nog niet vanuit IMH. De blik op het kind in samenhang met hele systeem, daar kan nog veel meer gedaan worden.
- Bij Pedagogiek zit het wat meer in het curriculum en bij andere opleidingen in profileringen (specialisaties/minoren). Bij Verpleegkunde zit het ook al in tweede jaar bij interprofessionele samenwerking rondom ontwikkeling van kinderen.
- Algemene minor Pedagogiek bij HAN is ook eentje waar Interprofessionele samenwerking aan bod komt.

- De mens ontwikkelt zich in relatie tot de ander. Ontwikkelingspsychologie, wederkerige interactie. Veel van IMH komt terug.
- Qua vaardigheden leren ze ook veel; observeren, gespreksvaardigheden, reflectie en empowerment.
- Maar minder **ACES**. Sociaal isolement, de rol van armoede (komt wel in jaar 2 aan de orde). En pesten wat minder. Positieve indruk wat IMH betreft in HvA. Ligt best stevige basis. Aanvulling: de totaalvisie ontbreekt, en dát is centraal voor IMH. Losse onderdelen komen wel aan bod. Maar niet als samenhangend geheel als IMH-visie. Verdiepende kennis op gehechtheidstheorie, en hoe stuur je praktijk (moeder en kind of vooral moeder) aan, dat kan terugkomen.
- Ouderschapstheorie komt ook terug. In de nieuwe beroepsopdrachten komt het ook terug.
- Bij verpleegkunde in basis wat minder over IMH. Wel in minor. Minor heet "KIND". Maar wordt volgend jaar twee kleinere minoren met basis en gevorderd. Gaat dan anders heten. Kinderverpleegkunde, hechting. Maar lastig te zeggen in de minor jeugd of er wel voldoende over hechting in terug komt (coördinator nog maar net deze taak). Komt wel psychopathologie in voor, maar meer op latere leeftijd wat je tegenkomt. Verloskunde komt er ook in voor, prenataal etc. Maar meer medisch dan pedagogisch van aard.
- Alle studenten social work krijgen ontwikkelingspsychologie, ook over hechting. Om te signaleren en voor psycho-educatie. Specialisaties zijn er in de opleiding en daar beginnen studenten meteen mee. Ze kunnen dan ook kiezen voor jeugd en dan is er veel aandacht voor ouder-kind interactie, ook een module pedagogiek. Bij Social work ook veel aandacht voor orthopedagogische kant, stoornissen, en hechting.
- In forensische jeugdzorg minor zit ook wel hechting in. Maar aanwezige minder goed op de hoogte van minoren.
- In de stages is interprofessionele samenwerking mogelijk.
- Het maakt veel uit of er een klassieke of moderne visie is op hechting (de cirkel van veiligheid meer bekijken).
- De meeste betrokkenen vinden punten van IMH maar die niet zo benoemd worden. Hoe kom je tot een gezamenlijke manier van spreken?
- In alle disciplines lijkt interprofessionele samenwerking terug te komen op het niveau van vaardigheden. Maar kennis hebben van IMH en het belang van die eerste dagen, dat is anders.
- Vanuit Pedagogiek in kennislijn, vaardighedenlijn en regielijn is er aandacht voor IMH-aspecten. Maar belangrijk aandachtspunt hoe je het doet echt in de praktijk vanuit dat IMH-gedachtegoed. NCKO-monitor terug naar jaar 1 omdat het van belang is voor kijken naar professionals en ouders.
- Vanuit Social Work en Verpleegkunde is het meer gefocust op de problematisering, al krijgen enkele minoren wel meer aandacht voor de interactie en de interprofessionele samenwerking, al is dit laatste nog wel een aandachtspunt. Social work is nog iets te veel een eilandje. Maar in de praktijk en stage komen studenten er wel veel meer mee in aanraking. Fysiotherapie, ergotherapie en oefentherapie en verpleegkunde komen bij elkaar in een minor en interprofessionele samenwerking komt daar wel in terug maar minder de ouder-kind relatie.

Onderzoeksvraag 2:

- Hoe kan IMH als satéprikkers (als rode draad in terminologie) het curriculum versterken zodat de IMH-visie hierin prominenter wordt?

- Kan dit per opleiding uitgetekend worden in een soort mindmap?
- Wat is hierin essentieel als het gaat om IMH-competenties voor de startbekwame HBO professional?
- De ouder-kindrelatie is de satéprikkler, en die mag meer aandacht krijgen.
- Heeft veel te maken met alliantie. Iets samen ontwikkelen waarin de onderzoekslijn ook zit met driehoek van werk, leren en onderzoek, waarbij we hierop richten. Marjon had hier ideeën over.
- Soms hoeft de achtergrond niet allemaal onderwezen te worden maar wél het gedachtegoed van IMH. Het aangaan van allianties, het focussen op de relatie. IMH kan bij wijze van spreken ook toegepast worden op volwassenen, als visie.
- Visie op samenwerking met ouders.
- Er lijkt een klassieke visie op gehechtheid en de nieuwere (van Broers?), die niet de originele classificaties aanhoudt maar een meer op een continuüm.
- NCKO monitor zit er niet genoeg meer in. Wel aandachtspunt.
- Het gaat niet zozeer om gehechtheid an sich maar om interactie.
- IMH moet niet nog veel meer diepgang krijgen in jaar 1 en 2. Het is wel echt van belang dit in jaar 3 te doen. Maar meer stage en ervaring zijn hiervoor van belang.
- Hebben we het wel hetzelfde over de IMH visie, wat verstaan we er allemaal onder? En zijn er ook nog andere visies die vandaag actueel zijn? De curriculumcommissie moet betrokken worden.
- Bij Social Work zit de IMH gedachtegang er nog niet in en behoeft dat nog aandacht als rode draad. Ook bij Verpleegkunde staat de ouder-kind relatie niet zo centraal in de benadering.
- Bij de minoren zou dan gestart moeten worden met een algemene introductie over IMH en dat het dan terugkomt in de verschillende modules.
- De relatie in IMH is het belangrijkste. Dat kan ook uitgebreid worden naar volwassenen, niet alleen ouder-kind. Die manier van alliantie maken is de manier om verschillende disciplines dezelfde blik te laten geven.
- HvA Verpleegkunde wel echt mooi om in de opleiding te starten met intro bijeenkomst waarin dit terugkomt. En bij Social Work is het lastiger omdat niet alle profielen hier geschikt voor zijn, wel profiel jeugd. Social work professionals in de breedte is wel van belang aandacht te krijgen hiervoor, zelfs vanuit reclassering kan dit een mooie vraag zijn.

Onderzoeksvraag 3:

- Hoe kunnen de verschillende disciplines integreren ter bevordering van IMH?
 - Kennis (gezamenlijke colleges volgen/ IMH workshops/ online evt)
 - Vaardigheden (gezamenlijke projecten/modules/ stage casussen)
 - Houding (tijdens symposia/ reflectie ochtenden interdisciplinair obv real life casussen)
- De blik van IMH is anders dan echte IMH scholing. Dat studenten wel weten wat het betekent om op die manier naar relaties te kijken.
- Eventueel Verloskunde mee te nemen?
- Vanuit parademisch is bij HAN ook de minor 'het kind centraal'. Ook interprofessionele samenwerking komt daar aan bod.

- Ook meer link met Sport en Bewegen. Kennisgroep Jeugd binnen de HAN. Er zijn zoveel disciplines die samen kunnen werken rondom dit thema.
- Belang van non-verbale communicatie voor het jonge kind en dat is ook sterk bij workshop benadrukt in IMH. Dus vakgebieden die zich daar ook meer mee kunnen bezig houden zijn ook waardevol om te betrekken.
- Social work, symposie, reflectieochtenden. Wat hierboven genoemd wordt zijn goede manieren om te integreren. Maar met Verpleegkunde heb je wel een kloof met de beginsituatie en dat is een aandachtspunt. Bij Verpleegkunde heb je niet zoveel onderwijs over kinderen vanaf het begin. Dus hoe sluit je goed op elkaar aan. Het hoeft natuurlijk niet een struikelblok te zijn. Kan ook een aanvulling zijn, de verschillende expertise en invalshoeken. Dat kan verrijkend zijn.
- Bij Pedagogiek zal het gaan om een beroepsopdracht module in jaar 4 is het idee.
- Van belang dat er bewustzijn is dat de interactie tussen ouder en kind zo essentieel is en dat bijvoorbeeld schuldhulpverlening of geldzorgen ook evengoed de ouder-kind relatie benadelen, en dat een hulpverlener dan echt in staat is deze link expliciet te leggen.
- Minor sociaal psychiatrische zorg, komen studenten van alle opleidingen naartoe, en daar ook van belang de nadruk te leggen op interactie.
- Opleidingen gericht op voeding/dietetiek, stadsinrichting etc. (dat laatste zit bij Social Work), maar wel sociaaljuridische dienstverlening. Maar ook paramedische opleidingen (bij HAN, minor kind centraal), maar ook sport en beweging. Verloskunde. Non-verbale interventies.

Appendix H: reactie lectoraat HAN focusgroep interviews 1

IMH Project Focusgroep interviews topiclijst

General purpose Focusgroup interviews:

De focusgesprekken worden gevoerd om na te gaan (1) in hoeverre de samenwerkingspartners elementen van IMH al in hun curriculum terugvinden, (2) waar een duidelijkere verbinding te leggen is om een doorlopende lijn te maken vanuit een IMH-visie in het curriculum en (3) om te onderzoeken in hoeverre de verschillende disciplines met elkaar kunnen integreren ter bevordering van IMH. Op basis van de uitkomsten wordt een plan van aanpak geschreven voor een IMH-module-ontwerp.

Twee rondes vinden plaats. De eerste te weten op 2 juli 2020, en de tweede later in het jaar, waarbij een plan van aanpak voor de ontwikkeling van een IMH-module wordt voorgelegd, om feedback in te winnen voor de verbetering van het plan voor de ontwikkeling van een module.

Topic-lijst:

Onderzoeksvraag 1:

- In hoeverre vinden de samenwerkingspartners al elementen van IMH terug in hun curriculum?
 - Onderscheid tussen verplicht/regulier curriculum en keuzevak/minorenprogramma
 - Welke competenties liggen hieraan ten grondslag, zijn die al expliciet gemaakt en op basis van welke terminologie?
 - Op welke wijze is interprofessionele samenwerking hierin terug te vinden?
 - Onderscheid maken tussen kennis, vaardigheden en houding. Is het informatief, kennisgericht, gericht op het beoefenen, gericht op houding en reflectie?

10 juli 2020

Vanuit het lectoraat WFJO doen we vooral onderzoek naar de wijze waarop het integraal werken en het samenwerken tussen professionals onderling tot stand komt en bijdraagt aan betere ontwikkelkansen van kinderen die in kwetsbare posities verkeren. Daarmee is het samenwerken meer thema van onderzoek. Hierbij focussen we steeds meer op hoe je nu als hulpverlener(s) zo kunt samenwerken met de gezinsleden (en met elkaar), dat de onderlinge verbinding in het gezin verbetert. In die zin zou vanuit dit lectoraat de IMH minor interessant zijn, om juist na te gaan hoe je als hulpverlener(s) die te maken krijgen met hele jonge kinderen en babies, welke opgroeien in gezinnen waar meervoudige en complexe problemen aan de orde zijn, dus veel bedreigingen voor de ontwikkeling van deze kinderen, samen kunt bijdragen aan sterkere verbindingen in het gezin. En het zou m.i. interessant zijn om deze gezinnen langdurig te volgen; wanneer we vroegtijdig ingrijpen en inzetten op 'gezondere verbindingen' waar nodig, kunnen we dan zien dat de ontwikkeling voorspoedig(er) verloopt?

Onderzoek kan zowel informatief gericht zijn; hoe loopt het? wat gebeurt er? Maar onderzoek kan zich natuurlijk ook richten op ontwikkeling, het monitoren van samenwerking en hier samen van leren (bv. door gebruik te maken van beeldopnames en deze systematisch te analyseren, te bespreken met hulpverleners en ouders, en leerloopings te maken). Door op n=1 niveau analyses te maken leren betrokkenen, maar kun je ook op een hoger aggregatieniveau data analyseren en conclusies trekken over grote groepen interacties. (zie voorbeeld SWAG traject).

Overigens dragen we hiermee ook bij aan het Zwaartepunt Health, dat zich m.i. zal herkennen in de invloed van de ACES op de doorontwikkeling van kinderen en het ontstaan van (sociaal economische) gezondheidsverschillen op latere leeftijd.

Onderzoeksvraag 2:

- Hoe kan IMH als satéprikker (als rode draad in terminologie) het curriculum versterken zodat de IMH-visie hierin prominenter wordt?
 - Kan dit per opleiding uitgetekend worden in een soort mindmap?
 - Wat is hierin essentieel als het gaat om IMH competenties voor de startbekwame HBO professional?

Zover als ik de IMH nu zie, gaat het steeds om de nadruk op de basis voor een veilige ontwikkeling. En dat deze basis gelegd wordt via de band van ouders met hun jonge kind. De kwaliteit van de ouder-kind interactie. Het beïnvloeden van deze interactie, en als die niet optimaal is, hoe dan belangrijke anderen te betrekken bij het kind, lijkt me een basis die in veel onderdelen van het curriculum terug komt. Als startbekwame HBO professional moet je m.i. wel iets weten over hechting, hechtingsproblemen, gevolgen van meer of minder goeie hechting, en hoe om te gaan met verschillende typen van gehechtheid. Daarnaast lijkt het me goed dat een startbekwame professional goed kan inschatten hoe de hechting in een casus is, hoe deze evt beïnvloed kan worden in een specifieke casus, en wat alternatieven zijn als dat juist moeizaam gaat, waarbij verbinding met netwerk van een gezin gemaakt moet kunnen worden, en krachten in een netwerk opgezocht moeten kunnen worden die passen bij de casus. En ik denk dat een hbo professional in staat moet zijn om signaleren van omstandigheden die in gezinnen en wijken bijdragen aan het in stand houden van kwesties als armoede, sociaal isolement, onveilige buurten, overlast, etc. te agenderen in zijn/haar organisatie, maar ook bij beleidsmakers van bv. een gemeente, waardoor naar structurele oplossingen in de context van gezinnen gezocht kan worden en daarmee intergenerationele problemen en patronen doorbroken kunnen worden.

Onderzoeksvraag 3:

- Hoe kunnen de verschillende disciplines integreren ter bevordering van IMH?
 - Kennis (gezamenlijke colleges volgen/ IMH workshops/ online evt)
 - Vaardigheden (gezamenlijke projecten/modules/ stage casussen)
 - Houding (tijdens symposia/ reflectie ochtenden interdisciplinair obv real life casussen)

Zie je opties zoals hierboven genoemd. En IPPO projecten!! Samen onderzoek doen naar samenwerkingsvraagstukken, naar interacties in gezinnen, maar ook door in de gezinnen en in de wijken waar ze wonen, samen naar structurele bronnen te zoeken die bijdragen aan belemmeringen in vroegkinderlijke ontwikkelingen, en met gezinnen en beleidsmakers na te denken over de aanpak hiervan, activiteiten mee te helpen ontwikkelen ter verbetering van leefomstandigheden van de gezinnen.

Appendix I: Topiclijst focusgroep interviews 2

General purpose Focusgroup interviews:

De tweede ronde focusgesprekken worden gevoerd om (1) te verkennen in hoeverre samengewerkt kan worden rondom IMH, (2) om de wensen/ingrediënten rondom zo'n gezamenlijke module te verkennen en (3) om te onderzoeken welke concrete professionaliseringswensen er zijn om deze module te kunnen geven. Op basis van de uitkomsten wordt een module-ontwerp voorstel geschreven. Deze wordt vervolgens door een ontwikkelteam in detail ontworpen.

Let op: Omdat deze focusgroep gericht is op concrete samenwerking en het bepalen van de inhoud van een module, is het van belang dat de partners die participeren aan deze focusgroep ronde, hier iets over te zeggen hebben.

Deze topiclijst is opgemaakt op basis van de data-analyse die berust op de notulen van de focusgroepen op 2 juli 2020.

Topic-lijst:

Topics: Samenwerking, moduleontwerp en scholing

1. *Waar past IMH in welke opleiding en in welk jaar?*
 - *Pedagogiek*
 - *Social Work*
 - *Verpleegkunde*
2. *Welke samenwerkingsvormen zijn wenselijk (meest ideale geval), en welke zijn haalbaar?*
 - *Op niveau van interfacultaire collegiale samenwerking en professionalisering*
 - *Op niveau van de module ontwikkeling*
 - *Op niveau van uitvoering*
 - *Studenten volgen gelijktijdig dezelfde module/ werken samen aan opdrachten/ volgen samen college/ krijgen dezelfde hoeveelheid punten*
- 3.
4. *Waaruit bestaat een (interfacultaire) IMH-module?*
 - *Doelstellingen module*
 - *Wat is beginsituatie van studenten (verschillend per opleiding!)*
 - *Leerstof*
 - *Leermiddelen (toetsing en evaluatie)*
 - *Werkvormen*
5. *Welke kennis, vaardigheden en houding hebben docenten nodig om de IMH module te verzorgen*
 - *Leerstof (kennis en coaching)*
 - *Op niveau van didactiek en werkvormen*

Appendix J: Focusgroep interviews notulen 2

IMH Project tweede focusgroep 02-07-2020 Notulen (via Mteams)

Aanwezigen:

- Mara Heijdelberger (hvA, Pedagogiek)
- Odette Spee (HvA, Pedagogiek)
- Rochelle Helms (HvA, Pedagogiek)
- Saskia Boeree (HvA, pedagogiek)
- Iddegien Kok (HvA, Social work)
- Marije Reurink (HvA, hbo-V)

General purpose Focusgroup interviews:

De tweede ronde focusgesprekken werden gevoerd om (1) te verkennen in hoeverre samengewerkt kan worden rondom IMH, (2) om de wensen/ingrediënten rondom zo'n gezamenlijke module te verkennen en (3) om te onderzoeken welke concrete professionaliseringswensen er zijn om deze module te kunnen geven. Op basis van de uitkomsten wordt een module-ontwerp voorstel geschreven. Deze wordt vervolgens per opleiding door een ontwikkelteam in detail ontworpen.

Topics: Samenwerking, moduleontwerp en scholing

1. Waar past IMH in welke opleiding en in welk jaar?

- Pedagogiek
- Social Work
- Verpleegkunde
 - Bij Verpleegkunde, jaar 3. Er is daar basis- en gevorderde minor Kind. Twee keer basis en twee keer gevorderd per jaar. Gelijk struikelblok: bij praktische samenwerking, minor wordt tweemaal per jaar aangeboden (beide 15 ec) dus IMH zou dan ook twee keer per jaar aangeboden moeten worden. Studenten kiezen bij V dus twee minoren. 90% kiest voor de combinatie tussen basis en gevorderd, maar het is niet verplicht. Bij de basismenor zou de stof meer geïntegreerd worden in wat er al is, en bij de gevorderden zou het wel echt erbij kunnen. Maar in beide gevallen niet een aparte module. Lastig ook omdat V net begonnen is met nieuwe vakken, het is dan niet wenselijk een hele module nieuw aan toe te voegen want dan moet iets wat net ontwikkeld is ook eruit.
 - Social Work: De satéprikker aanbrengen binnen de verschillende gebieden van Social Work heel waardevol. Bij profiel Jeugd (2^e jaar), bij Profiel 1 (werken in de wijk.). Satéprikker kan heel goed werken. Bij Profiel 2 (Zorg) ook waardevol, werken met volwassenen met psychiatrische problematiek. Ook daar met satéprikker. De samenwerking bij SW met de verschillende profielen is uitdagend. De wil is er, maar energie niet zo. SW jaar nodig om te overleven, vanwege covid en de reorganisatie. Maar bij Profiel Jeugd, daar in het 2^e jaar kan er zeker aandacht aan besteed worden. Maar geen aparte

module in huidige curriculum. Idegien zegt dat het misschien makkelijker in een minor kan. Minor hechting en minor jeugdzorg.

- Bij Pedagogiek ligt het vast dat het naar jaar 4 gaat en wordt het een beroepsopdracht.

2. Welke samenwerkingsvormen zijn wenselijk (meest ideale geval), en welke zijn haalbaar?

- Op niveau van interfacultaire collegiale samenwerking en professionalisering
- Op niveau van de module ontwikkeling
- Op niveau van uitvoering
- Studenten volgen gelijktijdig dezelfde module/ werken samen aan opdrachten/ volgen samen college/ krijgen dezelfde hoeveelheid punten
 - Voor komend studiejaar is het niet mogelijk voor verpleegkunde. Op korte termijn is dus geen samenwerking mogelijk op interfacultair niveau.
 - IMH kan ook het beste in een minor zitten om op interfacultair niveau te laten samenwerken.
 - Eventueel ook binnen **honourstrajecten**? Zou bij Pedagogiek kunnen.
 - Op niveau van samenwerking met andere opleidingen en faculteiten kunnen ook binnen opdrachten interprofessionele samenwerkingsopdrachten worden aangebracht zonder dat modules op hetzelfde tijdstip worden gegeven of met precies dezelfde inhoud. Alleen dit vergt de nodige coördinatie en afstemming.

3. Waaruit bestaat een (interfacultaire) IMH-module?

- Doelstellingen module
- Oefenen met generalistische kennis en ervaring, basishouding imh,
- Wat is beginsituatie van studenten (verschillend per opleiding!)
- Basisbeginselen IMH nog aanleren. Beginsituatie van studenten is per opleiding en faculteit verschillend. Maar ook deze verschillen zijn in IMH bij interprofessionele samenwerking aanwezig en juist waardevol. Wanneer er interprofessionele samenwerking
- Leerstof
- Alleen bij de opleiding Pedagogiek gaat dit een specifieke opdracht/module worden, en de stof van Marja van Lexwinkel wordt hierin verwerkt. Belangrijk daarbij zijn de niet wetende houding, motiverende gespreksvoering, de focus op de relatie,
- Leermiddelen (toetsing en evaluatie)
- Werkvormen
 - Over beide punten niet gehad (leermiddelen en werkvormen)

4. Welke kennis, vaardigheden en houding hebben docenten nodig om de IMH-module te verzorgen

- Leerstof (kennis en coaching)
- Op niveau van didactiek en werkvormen

- Marja Rexwinkel gaat starten met coaching van docenten vanuit eigen leerwens, en de professionalisering oppakken. Daarvoor is het belangrijk een inschatting te maken in hoeverre een docent zich wil professionaliseren hierin. Ook de niet-wetende basishouding, oordeelloos etc.
- Twee keer coaching van docenten. Dat gaat Marja inrichten obv de wensen van docenten en hun behoefte. Meerdere docenten kunnen hier interfacultair gebruik van maken. En ook e-learning
- Pedagogiek: focussen op de allerkleinsten, vanuit het kabouterhuis. Betreft een training. Dit zou als aanvulling kunnen dienen op de coaching van Marja.
- Basishoudingskwesties zitten wel in het curriculum al bij Pedagogiek (niet-wetende houding etc, motiverende gespreksvoering), maar niet zozeer IMH zelf. En ook niet echt signaleren bij jonge kinderen (baby's).
- Zou dit keuzevak niet gezamenlijk aangeboden kunnen worden, dus als interfacultaire optie? Logistiek wel een uitdaging, maar wie weet. Een extracurriculaire module dus. Het wordt sowieso bij Pedagogiek een keuzemodule. Eventueel bij andere opleidingen als extracurriculair?

O.b.v. deze twee focusgroepen wordt een gesprek gevoerd om eerste basisontwerp neer te zetten. Dit ontwerp gaat naar de Critical Friends.

Appendix K: Reactie critical friends

Reactie critical friend 1

verkregen op 14 juni 2021

Mooie inhoudelijke concepten gebruikt en uitgewerkt met literatuur. Prima

Mijn vragen/opmerkingen (om te prikkelen):

Inleiding leest wat abstract en formeel, komt ook door het formele taalgebruik: is het mogelijk om de student directer aan te spreken? Misschien beginnen met een korte casus zodat de lezer er meteen in zit en je de toepassing meteen kunt vertellen? Dan kun je daarna iets meer abstract toelichten? En ook in je-taal schrijven (ook leerdoelen in je-vorm?).

Ik mis ook nog een beetje de passie van de ontwikkelaars?

De toetsing vind ik veel reflectie:

- 4 logboeken met reflectie
- Casusopdrachten
- Een reflectieverslag.

Ik snap het wel maar de opsomming klinkt nog niet zo uitdagend. Mag er bijv. gevarieerd worden? Bijv. vlog/blog maken met praktijkfilmpjes ter toelichting of zoiets? Of stel fictieve opdracht: je leidinggevende wil graag dat collega's de cursus IMH gaan volgen, er zijn echter weinig aanmeldingen en vraagt of jij in een overleg wilt vertellen wat jij hebt geleerd aan de hand van een PowerPoint/Prezie?

Hoe de interprofessionele samenwerking vorm krijgt is mij nog niet helemaal duidelijk (is misschien ook een lastig punt?). Ik zie nog geen werkvormen op dit vlak?

Reactie critical friend 2

Verkregen op 18 juni 2021

Ik ben onder de indruk.

Duidelijk opgezet en gedegen onderbouwd.

Onze onderwijskundige werpt hier nog even een blik op

Jullie noemen het interdisciplinair en interprofessioneel. Ik ben wel benieuwd of je dat ook echt waar kan maken adv samenwerken met studenten met een casus.

Wij zijn op de opleiding ook steeds aan het struggelen met interprofessioneel en multiprofessioneel, het samenwerken echt vanuit verschillende disciplines aan 1 en hetzelfde vraagstuk of samenwerken aan 1 vraagstuk met ieder de eigen expertise.

Voor nu hebben wij het opgelost om de nadruk te leggen op 'integraal handelen en werken'.

In de beschrijving van het beroep bij jeugdzorg wordt deze term ook gehanteerd.

Wel goed om daar ook eens met elkaar over te sparren