

Datum: 10 juni 2022

Hechting bij kinderen met autisme

MODULE PRAKTIJKVERBETERING 2022

Leerjaar: 4

Opleiding: Pedagogiek

Voorwoord

Voor u ligt het verslag praktijkverbetering voor de organisatie (organisatie). De praktijkverbetering is gericht op de hechting tussen kinderen en de ouders/verzorgers en spitst zich toe op kinderen met autisme. Het verslag praktijkverbetering hebben we geschreven in het kader van ons afstuderen aan de opleiding Pedagogiek aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Wij zijn (naam) en (naam). Onze samenwerking is een gevolg van dat wij in 2021 bij elkaar in de klas zijn gekomen in leerjaar 3. Onze fijne samenwerking als studiegenoten resulteerde uiteindelijk in 'afstudeer maatjes'. (naam) heeft in 2021 stagegelopen op (organisatie) en daarvan uit is het balletje gaan rollen om na te denken over een praktijkverbetering voor de organisatie. Onze opdrachtgevers bij (organisatie) hebben een groot aandeel gehad in het begeleiden en controleren. Hier zijn wij enorm dankbaar voor! En ook dat we dit mochten doen voor (organisatie).

Het onderwerp is voortgekomen uit het contact met de opdrachtgevers: het in kaart brengen van de hechting tussen ouders/verzorgers en kinderen met autisme. Wij hebben allebei stage-ervaringen opgedaan met kinderen met autisme en daar ligt ook ons interessegebied. Daarbij is hechting een enorm mooi maar kwetsbaar onderwerp dat ons beiden erg aantrok. Wij hebben geen twee keer na hoeven denken om hiermee aan de slag te gaan.

Een duidelijke taakverdeling is er eigenlijk niet geweest. Wij werken goed samen, hebben veel stukken samen geschreven, en elkaars stukken gecontroleerd en aangepast. Wij geloven dat het daarmee - vier ogen zien meer dan twee - een completer verslag is geworden. Daarnaast vullen wij elkaar goed aan.

Dit verslag (en de) praktijkverbetering is bedoeld voor de medewerkers en de sociotherapeuten van de Vroegbehandeling van de (organisatie). De medewerkers en de sociotherapeuten gaan hier op de groepen ook daadwerkelijk mee werken.

Wij willen de opdrachtgevers, de medewerkers van de vroegbehandeling, de (organisatie) en andere organisaties, bedanken voor hun betrokkenheid, belangstelling, begeleiding en de samenwerking. Wij zijn trots op het resultaat en dankbaar voor ieders bijdragen aan de praktijkverbetering.

Veel leesplezier!

(naam onderzoeker) en (naam onderzoeker)
Nijmegen, 10 juni 2022

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Inhoudsopgave	3
Samenvatting	5
Inleiding	7
Hoofdstuk 1: Probleemanalyse	9
1.1 Situatieschets	9
1.2 Vraagverheldering en probleemstelling	10
1.3 Literatuuranalyse	11
Theorie autisme	11
Theorie hechting	11
Theorie hechting bij autisme	12
Theorie trauma	12
1.4 Conclusie probleemanalyse en vraag en doelstelling van het onderzoek	13
Hoofdstuk 2: Methode van onderzoek	14
2.1 Resultaat en belanghebbende	14
2.2 De praktijkverbetering	14
2.3 Uitgangspunten en randvoorwaarden	21
2.4 Risico's	21
2.5 Kwaliteit	21
2.6 Organisatie	21
2.7 Tijd/ fasering van sprintdoelen	22
2.8 Informatie/communicatie	22
Hoofdstuk 3: Resultaten	24
3.1 wensen/behoefte en randvoorwaarden vanuit de medewerkers	24
Enquête	24
Interview	26
Bijeenkomst (Decision Matrix)	27
3.2 Ervaringen van organisaties	28
3.3 Instrumenten	29

3.4 Interventies	32
Hoofdstuk 4: Concluderen, discussie en aanbevelingen	36
4.1 Conclusie	36
4.2 Discussie	37
4.3 Aanbevelingen.....	38
Hoofdstuk 5: Presenteren en evaluatie.....	42
5.1 Presenteren	42
5.2 Evaluatie	44
Hoofdstuk 6: Verantwoording	45
Literatuurlijst	48
Bijlages.....	53
Bijlage 1: Literatuuronderzoek.....	53
Bijlage 2: Stappenplan bijeenkomst (Decision matrix).....	59
Bijlage 3: Coderen.....	62
Bijlage 4: Codeboom.....	67
Bijlage 5: Planning	69
Bijlage 6: Instrumenten	72
Bijlage 7: Interventies.....	86
Bijlage 8: Uitkomst Bijeenkomst	94

Samenvatting

De (organisatie) is een behandel- en kindercentrum voor autisme en biedt specialistische behandelingen aan. Hieronder valt de Vroegbehandeling. De Vroegbehandeling richt zich op kinderen van 2 tot 6 jaar oud ((organisatie), 2022). De behandelingen duren maximaal een jaar. In het onderzoek is gekeken naar een praktijkverbetering en richt zich op de Vroegbehandeling.

Het onderzoek komt voort uit de wens vanuit de Vroegbehandeling van de (organisatie) om hechting in kaart te gaan brengen. Momenteel is dat niet eenvoudig. De medewerkers van de Vroegbehandeling geven aan niet zo goed te weten wat ze daar nodig voor hebben en waar zij op zouden moeten letten (medewerker Vroegbehandeling, persoonlijke communicatie, 15 maart 2022). Graag zouden de medewerkers al voor de start van de behandelingen de hechting in kaart willen brengen. Op deze manier kunnen zij de behandelingen beter toespitsen op hechting of op autisme. Dat onderscheid is lastig omdat hechting en autisme dezelfde symptomen hebben (Delfos, 2011).

Om hechting in kaart te brengen, kan er gebruik gemaakt worden van instrumenten. Voor het uiteindelijk bevorderen van de hechting zullen er interventies ingezet gaan worden. Het doel van deze praktijkverbetering is om inzichtelijk te krijgen welke instrumenten en interventies er ingezet kunnen worden. Om zo de uiteindelijke hoofdvraag te kunnen beantwoorden: "Op welke manier kan de Vroegbehandeling van de (organisatie) de hechting bevorderen tussen een ouder/verzorger en een kind?"

Voor de praktijkverbetering zijn er vijf soortgelijke organisaties benaderd. Deze organisaties bieden een Vroegbehandeling aan, de organisaties werken met verschillende complexe problematieken en hebben te maken met een vorm van hechting en/of hebben ervaring met instrumenten waarmee de hechting in kaart kan worden gebracht. Van de vijf benaderde organisaties hebben er twee organisaties meegewerkt aan het onderzoek. Deze organisaties hebben hun kennis en ervaringen gedeeld over instrumenten en interventies die zij momenteel gebruiken. Dit wordt ook wel een kwalitatief onderzoek genoemd, de resultaten worden beschreven aan de hand van verschillende datamethoden (Van der Donk, & Van Lanen, 2017).

Voor het data verzamelen zijn er verschillende meetinstrumenten gebruikt. Zoals de interviews met de twee soortgelijke organisaties, waarvan geluidsopnames zijn getranscribeerd en gecodeerd. Naast deze interviews met de organisaties is er een behandelaar van de (organisatie) geïnterviewd die gespecialiseerd is in werken met hechting. Zij heeft in kaart gebracht wat de Vroegbehandeling al heeft gedaan op het gebied van hechting. Zo is er in 2021 al een referaat geweest over hechting (persoonlijke communicatie, 25 april 2022). Daarnaast heeft de behandelaar haar kennis gedeeld over de gebruikte instrumenten. Ook de medewerkers van de Vroegbehandeling zijn van belang geweest voor de praktijkverbetering. Met enquêtes en een bijeenkomst, zijn de wensen/behoefte en de randvoorwaarden van de medewerkers in kaart gebracht.

Uit de enquêtes blijkt dat de medewerkers momenteel niet geheel tevreden zijn over de huidige werkwijze rondom hechting. Verder is aangegeven dat niet iedereen ervaring heeft in het werken met een instrument of interventie. Tegelijk is aangegeven dat er de behoefte is om een instrument in te gaan zetten die hechting in kaart brengt. Daarbij ligt de focus tijdens het onderzoek op een instrument en minder op een interventie omdat de interventie een vervolgstap is op een instrument. Naast de behoefte aan een instrument is er ook aangegeven dat er behoefte is om meer te weten te komen over hechting. Aan de hand van de uitkomsten van de enquêtes is er een gesprek gevoerd met twee medewerkers van de (organisatie). Zij gaven aan dat één instrument niet genoeg is om de volledige hechting in kaart te brengen. Er zullen daarom ook meerdere instrumenten worden aangedragen. De instrumenten zijn uitgekozen en onderzocht aan de hand van een aantal voorwaarden. De instrumenten moeten passend zijn bij de leeftijd 2 tot 6 jaar, het moet hechting in kaart brengen, rekening houden met autisme en de afnameduur moet kort zijn.

Tijdens het onderzoeken naar de instrumenten en naar aanleiding van het gesprek met de behandelaar die gespecialiseerd is in het werken met hechting, is duidelijk geworden dat trauma een belangrijk thema kan zijn bij hechtingsproblemen. Trauma kan namelijk een voorloper zijn van hechtingsproblemen (persoonlijke communicatie, 25 april 2022). Vandaar dat er bij het onderzoeken van instrumenten, ook instrumenten zijn toegevoegd die trauma kunnen signaleren.

Ondanks dat de focus tijdens dit onderzoek vooral heeft gelegen op het vinden van instrumenten, zijn er ook een aantal interventies onderzocht. De interventies moeten aan een aantal voorwaarden voldoen, namelijk: dat de interventie past bij de leeftijd 2 tot 6 jaar, dat het preventief hechtingsproblemen kan voorkomen of dat het de hechtingsproblemen behandelt; en dat het rekening houdt met autisme. De tijdsduur is bij de interventies minder van belang.

De soortgelijke organisaties hebben beide aangegeven dat zij werken met de interventie Theraplay. Ook werken beide organisaties met de instrumenten Attachment Insecurity Screening Inventory 2-5 years (AIS) en de Emotional Availability Scales (EAS). Wat opvalt is dat beide organisaties aangegeven dat zij naast het in kaart brengen door middel van instrumenten ook werken met een genogram, een observatie en een ontwikkelingsanamnese.

Tijdens de bijeenkomst met de medewerkers van de Vroegbehandeling hebben de onderzoekers de instrumenten gepresenteerd. De bijeenkomst met de medewerkers heeft ervoor gezorgd dat het gebruik van meerdere instrumenten de voorkeur heeft. De grootste behoefte is een basis instrument dat nog niks diagnosticeert. Het instrument dat hierbij aansluit is de Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (LSVG). Dit instrument signaleert namelijk welk hechtingsgedrag aanwezig is. Andere instrumenten brengen bijvoorbeeld de gehechtheidsrelatie of de onveilige hechting in kaart. Uiteindelijk zijn er 7 instrumenten gekozen die volgens de medewerkers het beste aansluiten binnen de Vroegbehandeling. Het gaat om de instrumenten: Attachment Insecurity Screening Inventory 2 -5 years (AIS), Attachment Relationship Inventory Caregiver Perspective 2 – 5 years (ARI-CP), Attachment Story Completion Task (ASCT), Emotional Availability Scales (EAS), Kind en Jeugd Tramascreener (KJTS) en de Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (LSVG). Uit het literatuuronderzoek en naar aanleiding van de interviews zullen de volgende interventies het beste aansluiten: de Basic Trustmethode, EMDR, Floorplay, NIKA, Theraplay en Video feedback Intervention to Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD).

Samengevat kan geconcludeerd worden dat allereerst de hechting tussen ouder/verzorger en kind in kaart gebracht moet worden voordat de hechting bevorderd kan worden. Samen met de medewerkers zijn er 7 instrumenten gekozen die weergegeven gaan worden in een stappenplan. Daarnaast komt er een basiscursus om meer kennis op te doen over hechting en hoe hechting te signaleren is bij kinderen met autisme.

Inleiding

Het vormen van een gehechtheidsrelatie is een fundamenteel onderdeel binnen de sociaal-emotionele ontwikkeling van een mens. Elk kind, elke volwassene, elk mens heeft met hechting te maken. Wanneer het kind angst, spanning of verdriet ervaart zoekt het kind troost bij iemand. Dat is de affectieve band die je gehechtheid noemt. Die iemand is vaak de ouders of de verzorgers. De ouder/verzorger beschermt het kind tegen honger, kou en uitdroging maar ook tegen allerlei gevaren in de sociale en fysieke omgeving. Door een veilige hechting en beschermende aanwezigheid van een ouder/verzorger kan het kind ervaringen op doen en dingen leren om zich zo cognitief en sociaal emotioneel te ontwikkelen (Wolff, Dekker - van der Sande, Sterkenburg & Thoomes – Vreugdenhil, 2015).

Het onderwerp hechting staat centraal in dit onderzoek. Dit onderzoek is gericht op de praktijkverbetering voor de (organisatie). De (organisatie) is een behandel- en kenniscentrum voor autisme en biedt specialistische behandeling aan op gebied van autisme. Het onderzoek spitst zich toe op de Vroegbehandeling van de (organisatie). De Vroegbehandeling betreft kinderen van 2 tot en met 6 jaar. De Vroegbehandeling van de (organisatie) is de opdrachtgever voor de praktijkverbetering.

Bij kinderen met autisme verloopt het hechtingsproces anders dan bij kinderen met een normale ontwikkeling. De (organisatie) vindt het belangrijk om hier op een goede en juiste manier op aan te sluiten. Hoe de praktijkverbetering hierin gaat ondersteunen wordt nader toegelicht in hoofdstuk 1. In hoofdstuk 1 wordt er een situatieschets gemaakt (zie paragraaf 1.1) en de vraag (opdracht) van de (organisatie) wordt verhelderd (zie paragraaf 1.2). De hoofdvraag van de (organisatie) is: “Op welke manier kan de Vroegbehandeling van de (organisatie) de hechting bevorderen tussen een ouder/verzorger en een kind?”. In paragraaf 1.3 is deze hoofdvraag verbonden aan literatuur doormiddel van een samenvatting. Het volledige literatuuronderzoek is terug te vinden in bijlage 1. Voor de conclusie van hoofdstuk 1 wordt er verwezen naar paragraaf 1.4. In paragraaf 1.4 staat de conclusie van de probleemanalyse en de hoofd- en deelvragen. Uiteindelijk zal er in hoofdstuk 4 antwoord worden gegeven op de hoofdvraag en zullen daar aanbevelingen uit voort vloeien. Om daar te komen wordt er eerst verwezen naar hoofdstuk 2.

In hoofdstuk 2 staat de methode van het onderzoek centraal. Hoe is de praktijkverbetering ingericht en aan de hand van welke uitgangspunten en randvoorwaarden? In hoofdstuk 2 wordt er ingegaan op wie de belanghebbenden zijn (zie paragraaf 2.1), hoe de praktijkverbetering wordt uitgevoerd en wat de uitgangspunten en randvoorwaarden zijn (zie paragraaf 2.2 en 2.3), de risico's van de praktijkverbetering en hoe de kwaliteit wordt gewaarborgd (zie paragraaf 2.4 en 2.5), hoe de organisatie bijdraagt aan de praktijkverbetering (zie paragraaf 2.6), hoe de tijdsverdeling van de praktijkverbetering was (zie paragraaf 2.7) en hoe er gecommuniceerd is met de opdrachtgevers (zie paragraaf 2.8).

De data voor de praktijkverbetering zijn verzameld door middel van enquêtes, interviews, een bijeenkomst (Decision Matrix), literatuuronderzoek en persoonlijke gesprekken. De resultaten van de verzamelde data zijn terug te vinden in hoofdstuk 3. De resultaten worden weergegeven aan de hand van de deelvragen:

- Welke wensen/behoefte en randvoorwaarden zijn er voor de medewerkers van de Vroegbehandeling om hechting te bevorderen?
- Wat zijn de ervaringen bij soortgelijke organisaties met betrekking tot het bevorderen van de hechting tussen ouder/verzorger en kind?
- Welke passende instrumenten zijn er om de gehechtheid tussen ouder/verzorger en kind te meten?
- Welke passende interventies zijn er om de gehechtheid tussen ouder/verzorger en kind te bevorderen?

Aan de hand van de belangrijkste resultaten is de conclusie opgesteld. De conclusies zijn terug te lezen in hoofdstuk 4 samen met de discussie en de aanbevelingen. De aanbevelingen resulteren in een implementatieplan dat de organisatie in kan zetten op de Vroegbehandeling. Uit het implementatieplan is een stappenplan (de handleiding) en basiscursus hechting gekomen. In hoofdstuk 5 wordt de totstandkoming van de handleiding en de basiscursus, uitgelegd en wordt het gepresenteerd aan de opdrachtgevers. De handleiding is bijgevoegd in een apart document.

Na de presentatie wordt het proces geëvalueerd met de opdrachtgevers in paragraaf 5.2. In het laatste hoofdstuk, hoofdstuk 6 zal het onderzoek verantwoord worden. Een belangrijk onderdeel tijdens het onderzoek is de samenwerking. De samenwerking met de opdrachtgevers is geëvalueerd in paragraaf 5.2 en de samenwerking onderling is verantwoord in hoofdstuk 6.

In dit verslag wordt gesproken van ouders en verzorgers. Hier is bewust voor gekozen omdat de organisatie in de praktijk te maken heeft met ouders maar ook te maken kan hebben met verzorgers. Daarnaast wordt er gesproken over medewerkers. Met de medewerkers worden de medewerkers specifiek van de Vroegbehandeling bedoeld.

Hoofdstuk 1: Probleemanalyse

1.1 Situatieschets

De (organisatie) is een behandel- en kenniscentrum voor autisme en biedt specialistische behandeling aan voor mensen met autisme. Iedereen met een diagnose autisme en daarbij mogelijk andere psychiatrische problemen of gedragsproblemen kan terecht bij de (organisatie). “We helpen mensen met autisme weer op weg” ((organisatie), 2022). Het doel van de organisatie is om te bevorderen dat mensen met autisme beter in staat zijn om de draad in hun leven op te pakken ((organisatie), 2022). Dit doet de organisatie door diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten en het optimaliseren van de maatschappelijke deelname en kwaliteit van leven van mensen met autismespectrumstoornis (ASS) (persoonlijke communicatie, 16 februari 2022).

De (organisatie) is organisatorisch onderverdeeld in drie behandelcentra: Kinderen (BCK), Jongeren (BCJ) en Volwassenen (BVC). Het behandelcentrum Kinderen van (organisatie) biedt gespecialiseerde behandelingen aan voor kinderen met autisme van 2 tot en met 14 jaar. Ze komen hier terecht als:

- Er al een diagnose autisme is met daarnaast (mogelijk) andere psychiatrische of gedragsproblemen
- Het kind vastloopt in zijn/haar ontwikkeling en eerdere behandeling niet heeft geholpen
- Het kind problemen heeft op school, thuis of in zijn/haar sociale omgeving
- Er in het gezin meerdere kinderen of gezinsleden autisme hebben
- Er een verwachting is dat het kind een behandeling nodig heeft die langer dan 4 maanden duurt.

Het behandelcentrum Kinderen (BCK) is opgedeeld in verschillende soorten behandelingen en groepen. Hieronder is aangegeven hoe de behandelingen en de groepen zijn verdeeld. Het onderzoek zal zich toespitsen op de groepen van de Vroegbehandeling. De Vroegbehandeling bestaat uit drie verschillende groepen, namelijk de TTI, de TIP en de TOP.

TIP staat voor Therapeutische Interventie voor Peuters. Het is een Vroegbehandeling voor zes kinderen van ongeveer 2 tot 4 jaar oud met een ontwikkelingsachterstand en diagnose autisme. De behandeling voor deze kinderen duurt gemiddeld negen maanden. Na de behandeling stromen de kinderen door naar een passende vervolgplek.

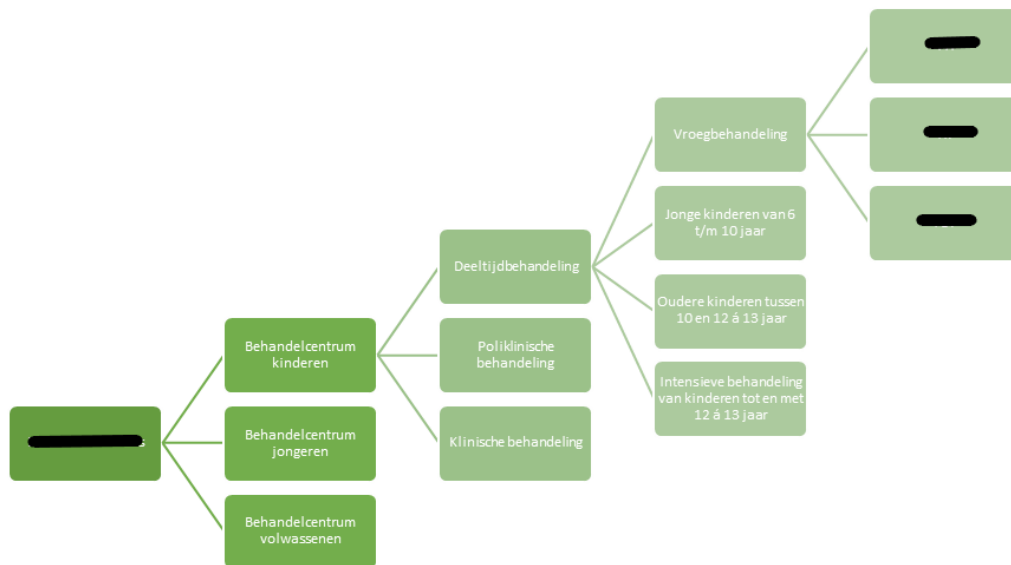
TOP staat voor Therapie en Onderwijs Programma. Bij de TOP komen zes kinderen van 4 tot en met 6 jaar en volgen behandeling en onderwijs. Op de groep is een leerkracht aanwezig die het onderwijs aanbiedt op deze groep en er is een sociotherapeut aanwezig die de behandeling doorzet. Ook hier duurt de behandeling gemiddeld negen maanden. Na deze behandeling stromen de kinderen door naar het reguliere onderwijs of het speciaal onderwijs.

TTI staat voor TIP/TOP intensief en is een combinatie van beide groepen. Dit is een traject voor kinderen van 2 tot en met 6 jaar met een complexe hulpvraag waarbij diagnostiek een rol speelt. Een groep bestaat uit drie kinderen zodat er intensieve behandeling plaats kan vinden. Bij de TTI is de diagnostiek-/behandelperiode relatief kort, namelijk maximaal twee keer 2 maanden.

Op alle drie de groepen komen de kinderen drie dagen in de week ((organisatie), 2022). In figuur 1 zie je een overzicht van de organisatiestructuur.

Figuur 1

Organisatiestructuur (organisatie)



1.2 Vraagverheldering en probleemstelling

Om het probleem binnen de Vroegbehandeling van de (organisatie) te analyseren, wordt er gebruikgemaakt van de 5xW+H methode van Migchellbrink (Van der Donk & Van Lanen, 2015).

De opdrachtgevers, de sociotherapeuten en andere medewerkers van de Vroegbehandeling, hebben de wens om hechting in kaart te brengen, zodra een kind met de behandeling start. Doordat de hechting van het kind in kaart wordt gebracht, kan de Vroegbehandeling daar meteen op anticiperen en deze informatie meenemen in de verdere behandeling. Ook wordt de hechting hierdoor inzichtelijker gemaakt en kan deze makkelijker worden bevorderd. Tijdens de behandeling hopen de behandelaars de ouders/verzorgers en het kind met autisme te begeleiden bij de gehechtheid, door middel van het inzetten van instrumenten en interventies. Dit geeft handvaten om de situatie beter te herkennen en direct in te kunnen grijpen, mocht dat nodig zijn.

De symptomen van hechting en autisme lijken op elkaar (persoonlijke communicatie, 15 maart 2022). Op dit moment weten de medewerkers niet goed waar ze naar moeten kijken of waar ze exact op moeten letten, als het gaat om hechting. Graag zouden de medewerkers bij de start van de behandeling hier beter zicht op willen hebben om zo de behandelingen gericht toe te kunnen passen. Volgens een medewerker van de Vroegbehandeling is het een keer voorgekomen dat pas aan het einde van de behandeling helder werd dat het ging om een hechtingsprobleem en niet om autisme. Als dit vanaf het begin van de behandeling helder was geweest dan hadden ze in dit geval de behandeling anders ingezet (persoonlijke communicatie, 15 maart 2022). Het vroeg signaleren van hechtingsproblemen is dus van belang voor de algehele ontwikkeling van het kind. Hoe eerder hechtingsproblemen worden gesignaleerd, hoe eerder deze behandeld kunnen worden (persoonlijke communicatie, 16 maart 2022).

In de organisatie is een behandelaar gespecialiseerd in het werken met hechting. De behandelaar heeft in 2021 een verdiepend referaat gegeven aan de medewerkers van de Vroegbehandeling. Dit referaat heeft de medewerkers al wat meer inzicht gegeven in hechting en wat dit inhoudt, ook bij kinderen met autisme. Het heeft ervoor gezorgd dat de medewerkers al iets alerter dan voorheen zijn op het signaleren van hechtingsproblemen. De medewerkers geven aan nog meer verdieping te willen en daarbij een concreet handvat voor het signaleren en bevorderen van de gehechtheid (persoonlijke communicatie, 15 maart 2022).

Er is al het een en ander bekend over hechting bij kinderen met autisme. Zo is er bekend dat de symptomen van hechting en de symptomen van autisme erg op elkaar lijken. Vandaar ook de probleemstelling, medewerkers binnen de organisatie lopen hier namelijk tegenaan. Op het gebied van hechting zijn er al verschillende instrumenten en interventies aanwezig. Echter is de doelgroep heel breed. Bij dit onderzoek worden de instrumenten en interventies op de doelgroep van kinderen van 2 tot en met 6 jaar oud gekaderd. En waar mogelijk is, wordt er gekeken naar de problematiek autisme.

Voor een kind met autisme is het moeilijk om zich aan iemand te hechten. Om te hechten zijn er sociale inzichten nodig, iets wat mensen met autisme moeilijk vinden of nog niet hebben ontwikkeld (Delfos, 2011). Hierdoor kan het zo zijn dat als mensen toenadering zoeken, het kind met autisme deze mensen afstoot of zich terugtrekt. Moeilijk te onderscheiden is of dat dit symptomen zijn van autisme of van hechting. Er kan ook sprake zijn van een ambivalente gehechtheid (Rigter & Van Hintum, 2015). De verschillende vormen van gehechtheid komt terug in te literatuuranalyse. Ook daarom is het goed om vroegtijdig te gaan signaleren om welke problematiek het gaat.

1.3 Literatuuranalyse

Tijdens dit onderzoek komen de onderwerpen: autisme, hechting, de gehechtheidsrelatie tussen ouder/verzorger en kind en het onderwerp trauma aan bod. Om een helder te beeld te geven over wat er in het onderzoek met deze onderwerpen wordt bedoeld, zal er hieronder een uitleg komen over deze onderwerpen.

In bijlage 1 wordt de theorie nog uitgebreider beschreven. Hieronder is een samenvatting te vinden over de thema's die voor dit onderzoek van belang zijn.

Theorie autisme

Autisme is een veelvoorkomende, aangeboren, neurobiologische ontwikkelingsstoornis die vast te stellen is met de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Deze DSM-5 bevat criteria die de autismespectrumstoornis definieert (American Psychiatric Association, 2017). Je spreekt van autisme bij een disfunctioneren op sociaal-emotioneel, communicatief en cognitief gebied. Autisme kan vanaf jongs af aan aanwezig zijn maar het hoeft niet altijd duidelijk zichtbaar te zijn. Er bestaat namelijk niet één vorm van autisme. Bij ieder mens met autisme wordt het op eigen wijze uitgedrukt. Wel zijn er hoofdpunten die overeenkomen. Zoals de meest voorkomende, op het gebied van de sociale omgang, dat is het aanvoelen en begrijpen van de interactie tussen mensen (Delfos & Gottmer, 2008). Daarnaast ervaren mensen met autisme problemen op het gebied van sociale communicatie en het zich kunnen verplaatsen in gedachten en emoties van anderen. En kan het zijn dat mensen met autisme moeite ervaren met het aanpassen aan veranderende omstandigheden en zintuiglijke prikkelverwerking. Interesses kunnen beperkend of juist zeer intens zijn. Dat heeft te maken met het filteren en integreren van informatie maar ook met het toekennen van betekenis aan communicatie/bedoelingen (de Bildt, Servatius-Oosterling & de Jonge, 2021).

Theorie hechting

Hechting is een emotionele, affectieve en belangrijke band tussen ouder/verzorger en het kind. Het biedt veiligheid en voorspelbaarheid. Dit kan geboden worden door je als ouder/verzorger te verplaatsen in het kind, maar ook door te reflecteren op eigen handelen als ouder/verzorger. Ook zijn sensitief en adequaat reageren, de aanwezigheid van een beschikbaar hechtingsfiguur en een veilige en stabiele omgeving van belang ('s Heeren Loo, z.d.). Zo leer je anderen vertrouwen, maar ook jezelf. Echter kan deze hechting alleen ontstaan als er sprake is van wederzijdse signalen en reacties. Dit zorgt er namelijk voor dat het proces leidt tot een band/relatie (Parnassia groep, z.d.-a). Naast de ouder/verzorger, kunnen kinderen zich ook gaan hechten aan andere personen, bijvoorbeeld de grootouders of pedagogisch medewerkers (Nji, z.d.-j).

Verdult in Kuipers (2015) spreekt van vier fundamentele stappen in het proces van hechting. Hechting begint al bij de conceptie (stap 1). Als de biologische samensmelting van de zaadcel en de eicel onder fijne emotionele omstandigheden plaatsvindt geeft dat andere gevoelens af dan als de conceptie onder vervelende omstandigheden plaatsvindt. Dit laat zien hoe kwetsbaar hechting is en hoe hechting al aanwezig of afwezig kan zijn zonder dat je het door hebt. De andere drie stappen zijn de innesteling, de ontdekking van de zwangerschap en de geboorte.

Een onveilige hechting (vermijdende gehechtheid, ambivalente gehechtheid en gedesorganiseerde gehechtheid) kan voortkomen uit verschillende risicofactoren. Een aantal voorbeelden van een moeilijke start van ouder met kind zijn vroeggeboorte, een ziekenhuisopname, adoptie, psychiatrische problematiek bij ouders, een postnatale depressie, e.d. Je kan dan spreken van een traumatische ervaring. Een onveilige hechting kan ook voortkomen uit het kind zelf. Bijvoorbeeld als het kind een verstandelijke beperking heeft. Het kan zijn dat het kind de signalen niet begrijpt of er zijn minder duidelijke signalen zoals trager reageren, problemen met aandacht richten, bijkomende zintuiglijke problematiek e.d. Dit kan dan betekenen dat ouders/verzorgers de beperkte signalen minder goed kunnen opvangen of verkeerd kunnen opvatten. Door goed aan te voelen wat het kind nodig heeft, het begrijpen van de signalen en het gedrag van het kind en hier responsief op te reageren, ben je emotioneel beschikbaar voor het kind en dit draagt bij aan een veilige hechting (Zaal, Boerhave & Koster, 2009).

Theorie hechting bij autisme

Uit de eerste onderzoeken naar gehechtheid bij kinderen met autisme is gekomen dat kinderen met autisme gehechtheid-gerelateerde gedragingen vertonen. Dat betekent dat kinderen met autisme in staat zijn om een gehechtheidsrelatie te ontwikkelen. Een andere uitkomst is dat de hechting bij kinderen met autisme minder sterk aanwezig is in vergelijking met kinderen met een normale ontwikkeling (Sigman & Ungerer, 1984).

Uit de onderzoeken komt naar voren dat alle kinderen (van het onderzoek) met autisme gedesorganiseerd gehecht waren (Naber, 2020). Aangezien elk kind met autisme anders is en ander gedrag vertoont, is het van belang dat kenbaar is welke gedragingen specifiek zijn per kind. Als er rekening gehouden wordt met de specifieke gedragingen van dat specifieke kind met autisme blijkt dat over het algemeen kinderen met autisme op jonge leeftijd al een veilige hechting kunnen hebben (Naber, Swinkels, Buitelaar, Dietz, van Daalen, Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn & Van Engeland, 2007). In Nederland heeft er een groot onderzoek plaatsgevonden waaruit is gebleken dat 42% van de kinderen met autisme een veilige gehechtheidsrelatie heeft ontwikkeld rond het tweede levensjaar. Voor kinderen met een normale ontwikkeling ligt dit percentage op 62%. Dat is een verschil van 20%. Van de kinderen met autisme bleek 33% gedesorganiseerd gehecht. Bij kinderen met een normale ontwikkeling ligt dit percentage op gemiddeld 10-15% (Naber et al., 2007).

Theorie trauma

Een onveilige hechting kan voortkomen uit een of meerdere traumatische ervaringen. Dit kan voortkomen uit de omstandigheden waaronder het kind is verwekt, de manier waarop het kind behandeld is en door het reactievermogen van ouders/verzorgers op de behoeften en de kwetsbaarheid van het kind. Dit kan zich uiten in verwaarlozing (ondervoeding, hygiëne, gebrek aan troosten), psychische en emotionele geweld (negatieve uiting van ouders/verzorgers naar kinderen, schreeuwen, verbale vernedering), fysieke mishandeling (lichamelijk letsel, verwondingen) maar ook een vroeggeboorte, een ziekenhuisopname, psychiatrische problematiek bij ouders, een postnatale depressie kunnen een traumatische ervaring zijn voor het kind (Zaal, Boerhave & Koster, 2009). Als een dergelijke traumatische ervaring nog niet verwerkt is bij ouders/verzorgers of bij het kind dan is er een verhoogd risico op een onveilige hechting. Het reactievermogen van een kind met een onverwerkt trauma is anders dan het reactievermogen van iemand zonder trauma. Door de traumatische gebeurtenissen kan het kind en/of ouders/verzorgers gekwetst zijn en is er een grote kans op een valse neuroceptie (gevormd door ervaringen). Hierdoor zullen ouders/verzorgers zich kunnen gaan ergeren aan het gedrag van hun eigen kind omdat zij dit zelf ook

hebben ervaren binnen hun eigen gehechtheidsrelaties. Zij verzetten zich als het ware tegen hun eigen gedrag (Van der Boon & Van Bakel, 2017).

1.4 Conclusie probleemanalyse en vraag en doelstelling van het onderzoek

In de probleemanalyse komt naar voren dat de opdrachtgevers, de sociotherapeuten en de andere medewerkers van de Vroegbehandeling graag hechting in kaart willen brengen. Het in kaart brengen zorgt er namelijk voor dat er uitgesloten kan worden of er sprake is van hechting, autisme of hechting en autisme. Hierdoor kan er tijdens een behandeling een gerichtere aanpak komen, om uiteindelijk de hechting te kunnen bevorderen of te behandelen. Het doel van deze praktijkverbetering is om inzicht te krijgen met welke instrumenten de hechting in kaart kan worden gebracht. En met welke interventies de hechting bevorderd kan worden.

Aan de hand van de hoofdvraag en deelvragen wordt er gekeken naar de praktijkverbetering en hoe de hechting het beste in kaart kan worden gebracht en bevorderd. In samenspraak met de opdrachtgevers en aan de hand van de probleemanalyse is de volgende hoofdvraag geformuleerd:

“Op welke manier kan de Vroegbehandeling van de (organisatie) de hechting bevorderen tussen een ouder/verzorger en een kind?”

Om deze vraag te kunnen beantwoorden zijn er meerdere deelvragen opgesteld

- Welke wensen/behoeftes en randvoorwaarden hebben de medewerkers van de Vroegbehandeling (om hechting te bevorderen)?
- Wat zijn de ervaringen bij soortgelijke organisaties met betrekking tot het bevorderen van de hechting tussen ouder/verzorger en kind?
- Welke passende instrumenten zijn er om de gehechtheid tussen ouder/verzorger en kind te meten?
- Welke passende interventies zijn er om de gehechtheid tussen ouder/verzorger en kind te bevorderen?

Begripsdefiniëring

Soortgelijke organisaties: organisaties die met dezelfde doelgroep werken als de Vroegbehandeling van de (organisatie). Een voorwaarde bij de selectie (en het benaderen) is geweest dat de organisatie werkt met de hechting van het jonge kind met de leeftijd 2 t/m 6 jaar. De organisaties hoeven niet toegespitst te zijn op autisme en hun aandachtsgebied kan en mag ook andere problematieken omvatten.

Hoofdstuk 2: Methode van onderzoek

2.1 Resultaat en belanghebbende

De opdrachtgevers en de sociotherapeuten van de Vroegbehandeling hebben behoefte aan een instrument waarmee de hechting tussen de ouder/verzorger en het kind in kaart gebracht kan worden. Als vervolg is een interventie belangrijk. Hiermee zijn eventuele stappen te ondernemen om de hechting tussen ouder/verzorger en kind te bevorderen. De praktijkverbetering is geslaagd als de belanghebbende de aangedragen instrumenten en interventies in de praktijk kunnen toepassen. Van belang is dat beide partijen hier hetzelfde over denken en hiernaar streven. Om ervoor te zorgen dat beide partijen hier hetzelfde over denken en dat de aanbevolen instrumenten en interventies goed aansluiten op de wensen van de opdrachtgevers en de sociotherapeuten is communicatie en betrokkenheid erg belangrijk. Hier lees je verder over in hoofdstuk 3.

2.2 De praktijkverbetering

Onderzoekbenadering

Tijdens de praktijkverbetering wordt er een onderzoek gedaan. Het onderzoek bestaat uit een praktijkonderzoek, toegepast onderzoek en participatief onderzoek.

Een praktijkonderzoek houdt in dat de onderzoekers op een systemische wijze in interactie komen met de professionals in de praktijk en met de omgeving. Zij geven de antwoorden om de praktijk te kunnen verbeteren (Van der Donk, & van Lanen, 2017). Dit betekent voor de Vroegbehandeling dat gezocht wordt naar passende instrumenten en interventies om de hechting in kaart te kunnen brengen en te kunnen bevorderen.

Ook wordt er gebruikgemaakt van toegepast onderzoek. Bestaande kennis wordt toegepast om een generiek probleem op te lossen. In het geval van de Vroegbehandeling kan overigens niet gesproken worden over het oplossen van een probleem – want er is momenteel geen probleem – wel over het verbeteren van de praktijk. Door kennis te verwerven bij de praktijk en de omgeving kan er uiteindelijk gekeken worden naar welke instrumenten en interventies passend zijn (Van der Donk & Van Lanen, 2015).

Bij participatief onderzoek werkt de praktijkonderzoeker samen in interactie met de omgeving. De omgeving is van groot belang voor de praktijkverbetering in interactie en kenniswerving. Onder omgeving worden medewerkers en soortgelijke organisaties verstaan. Door het samen te onderzoeken met de medewerkers en de soortgelijke organisaties kan de praktijkverbetering voorzien worden van ieders kennis en ervaringen. Betrokkenen worden individueel benaderd om zo gedetailleerd mogelijk informatie te verkrijgen. Zo krijgt het onderzoek meer betekenis en wordt er gebruikgemaakt van dataverzamelmethode met een open karakter. Op deze manier kunnen de betrokkenen in hun eigen bewoordingen bijdragen. Dit wordt kwalitatief onderzoek genoemd. Dit participatief onderzoek staat centraal omdat de praktijkverbetering gerust is op kennis en informatie vanuit de omgeving (Van der Donk & Van Lanen, 2015).

Betrokkenen

Naast de opdrachtgevers, sociotherapeuten, betrokken medewerkers van de Vroegbehandeling en de ouders/verzorgers, worden er ook andere organisaties betrokken tijdens de praktijkverbetering. Deze organisaties worden benaderd om hun ervaringen en kennis te kunnen geven over autisme en hechting. De verkregen kennis kan een richting geven aan de praktijkverbetering. Bij de (organisatie) is er een behandelaar die gespecialiseerd is in gehechtheid bij autisme. Ook zij zal tijdens de praktijkverbetering benaderd worden om haar expertise te delen.

In samenspraak met de opdrachtgevers zijn er organisaties geselecteerd die het beste aansluiten bij de praktijkverbetering en de doelstelling zoals die voor de (organisatie) wordt uitgevoerd.

De organisaties kennen al een samenwerking met de (organisatie). Alle bieden ook een Vroegbehandeling aan. De organisaties werken met verschillende complexe problematieken en hebben te maken met een vorm van hechting

en/of hebben ervaring met instrumenten die betrekking hebben om de hechting in kaart te kunnen brengen. In tabel 1 zijn deze (soortgelijke) organisaties weergegeven.

Tabel 1
Soortgelijke organisaties

Organisaties	Onderwerp	Doel (wat willen wij van ze weten)
(organisatie) <i>Specialistische zorg voor jeugd en gezin</i>	Instrumenten en interventies Vroegbehandeling	Hoe werkt de organisatie aan het bevorderen van de hechtheid? Wat zijn de ervaringen van de organisatie? Informatie en ervaringen met instrumenten en interventies Hoe werkt de organisatie aan hechting op de Vroegbehandeling?
(organisatie) <i>Jong tot oud voor mensen met een verstandelijke beperking en/of andere beperking</i>	Instrumenten en interventies	Hoe werkt de organisatie aan het bevorderen van de hechtheid? Wat zijn de ervaringen van de organisatie?
(organisatie) <i>Behandelcentrum</i>	Instrumenten en interventies Vroegbehandeling	Hoe werkt de organisatie aan het bevorderen van de hechtheid? Wat zijn de ervaringen van de organisatie? Hoe werkt de organisatie aan hechting op de Vroegbehandeling?
(organisatie) <i>Kinder- en jeugdpsychiatrie</i>	Instrumenten en interventies Centrum jonge kind Intensief Behandelcentrum Kind	Hoe werkt de organisatie aan het bevorderen van de hechtheid? Wat zijn de ervaringen van de organisatie? Hoe werkt de organisatie aan hechting op het behandelcentrum Kind?
(organisatie) <i>Specialistische jeugdhulp</i>	Dagbehandeling jonge kind	Hoe werkt de organisatie aan het bevorderen van de hechtheid? Wat zijn de ervaringen van de organisatie? Hoe werkt de organisatie aan hechting op de dagbehandeling voor het jonge kind?

Meetinstrumenten

In tabel 2 worden de meetinstrumenten weergegeven die tijdens het onderzoek worden ingezet. De meetinstrumenten zorgen ervoor dat er voldoende informatie verkregen wordt.

Tabel 2
Meetinstrumenten

Deelvraag:	Meetinstrumenten:	Doel meetinstrumenten:
<i>Welke wensen/behoefte en randvoorwaarden zijn er voor de medewerkers van de Vroegbehandeling om hechting te bevorderen?</i>	Enquête Interview Bijeenkomst (Decision Matrix)	Het doel van de meetinstrumenten is om in kaart te brengen wat de wensen/behoefte/randvoorwaarden zijn van de medewerkers van de Vroegbehandeling. Doormiddel van de enquête kan eerst globaal gekeken worden naar de wensen/behoefte en

		de randvoorwaarden. Om daarna met een aantal medewerkers dieper in gesprek te gaan over de enquête. Dit wordt gedaan aan de hand van een verdiepend interview. De bijeenkomst heeft als doel om de wensen/behoefes van medewerkers nog beter in kaart te brengen door instrumenten met elkaar door te nemen aan de hand van voor- en nadelen.
<i>Wat zijn de ervaringen bij soortgelijke organisaties met betrekking het bevorderen van de hechting tussen ouder/verzorger en kind?</i>	Interview Literatuuronderzoek	Het doel van de interviews is om de organisaties te bevragen over hun ervaringen met het werken met hechting. Om uiteindelijk kennis te verkrijgen die binnen het onderzoek kan worden gebruikt. De kennis die is opgedaan bij deelvraag 3 kan helpen om dieper op bepaalde instrumenten/interventies in te gaan.
<i>Welke passende instrumenten zijn er om de gehechtheid tussen ouder/verzorger en kind te meten?</i>	Literatuuronderzoek Interview	Het doel van het literatuuronderzoek is om kennis te vergaren over instrumenten die al bestaan. Mogelijk kunnen deze worden gebruikt door de Vroegbehandeling. Het interview wordt ingezet om te kijken welke instrumenten al worden gebruikt binnen de (organisatie) en bij soortgelijke organisaties. Om zo uit te kunnen sluiten wat wel of niet passend is.
<i>Welke passende interventies zijn er om de gehechtheid tussen ouder/verzorger en kind te bevorderen?</i>	Literatuuronderzoek Interview	Het doel van het literatuuronderzoek is om kennis te vergaren over interventies die al bestaan. Mogelijk kunnen deze worden gebruikt door de Vroegbehandeling. Het interview wordt ingezet om te kijken welke interventies al worden gebruikt bij de (organisatie) en bij soortgelijke organisaties. Om zo uit te kunnen sluiten wat wel of niet werkt.

Voor de praktijkverbetering zijn de volgende meetinstrumenten ingezet:

Enquête

- Hiermee worden allereerst de wensen/behoefes en randvoorwaarden helder van de medewerkers van de Vroegbehandeling. De antwoorden op de vragen geven voorinformatie en de voorwaardes voor de praktijkverbetering. De enquête wordt opgesteld aan de hand van open vragen, een aantal gesloten vragen en specifieke vragen naar toelichting op gegeven antwoorden. Er is gekozen voor open vragen omdat de respondent dan in zijn/haar eigen woorden antwoord kan geven en dit kan ervoor zorgen dat er diverse antwoorden uit komen. In de enquête zal er gevraagd worden naar bevindingen en ervaringen. In dat geval werken open vragen beter dan gesloten vragen. Omdat de enquête de voorinformatie geeft voor de

praktijkverbetering is het belangrijk om zoveel mogelijk informatie te verzamelen. Naast de open vragen zullen er ook een aantal gesloten vragen zijn. Een voordeel van gesloten vragen is dat de uitkomst goed te vergelijken is. Daarnaast is het voor de respondent gemakkelijker en sneller in te vullen. Bij de gesloten vragen is er de mogelijkheid het antwoord toe te lichten. De data worden verzameld aan de hand van de ingevulde vragenlijsten. Zodra alle respondenten de vragenlijsten hebben ingevuld, zullen de verzamelde data worden geanalyseerd en samengevat (Van der Donk & Van Lanen, 2015).

- De enquête wordt uitgezet onder dertien medewerkers binnen de Vroegbehandeling. De enquête zal digitaal gedeeld worden zodat het makkelijk te verspreiden is en omdat het gemakkelijker in te vullen is voor de respondent. Daarnaast heeft de respondent tijd om na te denken en kan de enquête anoniem ingevuld worden (Baarde, 2014).

Interview

- Vijf organisaties zullen worden benaderd voor een interview. Het wordt gedaan aan de hand van een interviewleidraad. "Dit is een soort stappenplan dat richting geeft aan je interview" (Van der Donk & Van Lanen, 2015). In het stappenplan staan de onderwerpen en de volgorde van de vragen beschreven. Dit geeft structuur aan het interview en zo worden alle belangrijke onderwerpen besproken. De interviews bestaan uit open vragen. Zo heeft de geïnterviewde ruimte om antwoord te geven in zijn/haar eigen woorden. In de interviewleidraad zijn ook vervolgvragen opgenomen die meer diepte aan het interview geven. "Deze vragen gebruikt de interviewer om het verhaal van de respondent verder te verrijken" (Van der Donk & Van Lanen, 2015).
- De interviews zullen bij voorkeur face-to-face plaatsvinden. Mochten de respondenten anders wensen dan is die mogelijkheid er. Face-to-face-interview heeft de voorkeur omdat het respondentvriendelijk is. Hierbij kan de respondent mondeling antwoorden. Daarnaast hebben de interviewers dan de mogelijkheid tot controle van het interview want de reactie van de respondent op de vraag (non-verbale communicatie) is zichtbaar waardoor je daar als interviewer op kan inspelen. Nadelen van een face-to-face gesprek kunnen zijn dat een respondent minder tijd heeft om na te denken, het is niet anoniem en het kost veel verwerkingstijd (door het transcriberen) (Baarde, 2014).
- Het interview zal worden afgenomen door twee interviewers. Hier is bewust voor gekozen omdat twee interviewers meer perspectief hebben op het interview. Eén interviewer volgt de interviewleidraad en de andere interviewer kan aanvullen waar nodig. Het interview zal worden opgenomen en worden getranscribeerd met toestemming van de respondent. Na het transcriberen zal het transcript worden gedeeld met de respondent, zodat hij/zij kan checken of alles klopt wat is opgeschreven. Pas na goedkeuring van de respondent wordt het transcript gebruikt voor het onderzoek.

Bijeenkomst (Decision Matrix)

- De bijeenkomst wordt ingezet om zoveel mogelijk ideeën en meningen rond een vraagstuk te genereren. Tijdens de praktijkverbetering wordt de bijeenkomst georganiseerd om de medewerkers, van de Vroegbehandeling, te betrekken bij het proces en om te discussiëren over de voor- en nadelen van de onderzochte instrumenten. Om de bijeenkomst gestructureerd te laten verlopen is er een stappenplan gemaakt (zie bijlage 2). Het stappenplan is gemaakt aan de hand van de Decision Matrix uit *Ontwerpen voor Zorg en Welzijn* (Van 't Veer, Wouters, Veegers & Van der Lugt, 2021). De Decision Matrix is een methode waarbij je verschillende opties in een groep bespreekt aan de hand van meerdere criteria om zo tot gedragen keuzes te komen. De stappen die gevolgd zijn: 1. selecteer de juiste personen, 2. inventariseer de opties, 3. inventariseer en bepaal de criteria, 4. beoordeel en bespreek de opties en 5. beoordeel de totaalscores. De onderzoekers zullen de volgorde van de stappen en het tijdsmanagement aanhouden volgens het stappenplan. De Decision Matrix sluit goed aan bij het doel van de bijeenkomst, het in kaart brengen van de wensen/behoefte en randvoorwaarden van de medewerkers. Door het keuzeprocess transparant te laten verlopen kunnen de medewerkers meedenken en opties met elkaar bespreken, vergelijken en beoordelen. (Van 't Veer, Wouters, Veegers & Van der Lugt, 2021).

- De uitnodiging voor de bijeenkomst zal gedeeld worden met dertien medewerkers van de Vroegbehandeling.

Literatuuronderzoek

- Voor de praktijkverbetering wordt er ook gebruikgemaakt van een literatuuronderzoek. Voor het literatuuronderzoek wordt er gebruikgemaakt van tekstbronnen om data te verzamelen. Deze data komen uit vakliteratuur en andere publieke en interne bronnen (Van der Donk & Van Lanen, 2019). Het onderzoek wordt ingezet om verschillende instrumenten en interventies te vinden. Om dit gestructureerd te laten verlopen wordt er van tevoren bepaald waarnaar gezocht gaat worden: door middel van een deelvraag komen randvoorwaarden naar voren over waar een instrument en interventie aan zou moeten voldoen. Voor het literatuuronderzoek worden er tekstbronnen bestudeerd. De verkregen informatie helpt bij de uiteindelijk keuze van de instrumenten en interventies.

Analyse

Voor de praktijkverbetering wordt er veel theorie en informatie verzameld. Dit wordt wel de minder gestructureerde data genoemd. “De analyse daarvan vraagt meestal meer tijd omdat je, anders dan bij voorgestructureerde data, structuur moet aanbrengen in de verzamelde data voordat je daadwerkelijk kunt analyseren en vergelijken. Een algemene term voor het analyseren van deze data is inhoudsanalyse” (Van der Donk & Van Lanen, 2015). Het is hierbij belangrijk dat alle theorie en informatie goed geanalyseerd wordt en uiteindelijk leidt tot conclusies. “Je analyse is erop gericht je data op zo’n manier te ordenen, samen te voegen en te verkleinen dat je het belangrijkste deel overhoudt. Je probeert met andere woorden hoofd- en bijzaken van elkaar te onderscheiden” (Van der Donk & Van Lanen, 2015). Om dit proces zo georganiseerd mogelijk te laten verlopen, wordt er geanalyseerd aan de hand van de deelvragen.

Zoals eerder aangegeven wordt tijdens de praktijkverbetering gewerkt met interviews en enquêtes. De informatie van deze instrumenten worden handmatig uitgeschreven. Bij een interview wordt dat een transcript genoemd. De belangrijkste punten worden uit de transcript gehaald en conclusies worden getrokken. Maar eerst wordt de uitgeschreven informatie van de interviews gecodeerd. Hiervoor wordt de analysemethode ‘open coderen’ gebruikt. Open coderen houdt in dat er voorafgaand aan het interview niet is nagedacht over de codes. Er wordt met een open blik naar de transcripten gekeken en dan pas de codes bepaald (van der Donk & van Lanen, 2017). Codes worden voor de duidelijkheid aan de tekstfragmenten van de transcripten gekoppeld. Per code is dus weergegeven welk tekstfragment hierbij hoort. In het transcript staat dit dikgedrukt. Om te bepalen welke codes van belang zijn voor de praktijkverbetering is er gekeken naar de aanwezigheid van de frequentie van voorkomen. De codes met de hoogste frequentie zijn de door de respondenten meest genoemde (zie [bijlage 3](#)). Deze codes geven de belangrijkste en interessante punten weer. Deze punten geven richting aan de praktijkverbetering.

Daarnaast is aan de hand van een ‘thematic analysis’ een codeboom opgesteld. Met behulp van deze methode wordt op een gestructureerde manier een overzicht gecreëerd van de codes (Van ‘t Veer, Wouters, Veegers & Van der Lugt, 2021). Via axiaal coderen worden er namen aan de codes gegeven en zo ontstaan thema's (groepen). Vervolgens kunnen daar weer overkoepelende hoofdthema's aan worden gekoppeld (zie [bijlage 4](#)). Zo ontstaat een helder beeld van de aanwezigheid van de codes en onder welk hoofdthema deze vallen.

Door de interviews/enquêtes, het literatuuronderzoek en de gesprekken samen, kunnen er verbanden worden gelegd. Vanuit deze verbanden komen de aanbevelingen voort.

Procedure van het onderzoek

De praktijkverbetering gaat stapsgewijs. Deze stappen zijn van invloed op de procedure van het onderzoek. De stappen komen tot stand door de keuzes die gemaakt worden in het keuzeproces van het meetinstrument.

Veel van de meetinstrumenten worden ingezet bij de medewerkers van de Vroegbehandeling. De praktijkverbetering richt zich immers op hen. Daarom hebben de onderzoekers zich allereerst gepresenteerd aan de medewerkers (van de Vroegbehandeling). De onderzoekers hebben zich aangesloten bij alle teamvergaderingen per groep en hebben meegedraaid op de groepen. Zo is het eerste contact gelegd met de medewerkers, maar ook met de doelgroep waar de praktijkverbetering om draait.

Tijdens de procedure zijn er vier meetinstrumenten aan bod gekomen: enquête, interviews, de bijeenkomst en het literatuuronderzoek. Hier zijn verschillende stappen in gezet. Van tevoren was al duidelijk wie er benaderd zouden worden voor welk meetinstrument.

Er is met vijf organisaties contact gezocht via e-mail. Deze vijf organisaties voldoen aan de criteria. Ook de medewerkers zijn via e-mail benaderd om mee te doen aan de enquête en de bijeenkomst. Bij de uitnodiging voor de bijeenkomst is de lijst van instrumenten meegestuurd. Zo hebben de medewerkers de ruimte gekregen om zich voor te kunnen bereiden op de bijeenkomst. En zo kan elke medewerker voor zichzelf alvast bepalen welk instrument mogelijk het beste aansluit. Ook is een behandelaar van de (organisatie) benaderd, die gespecialiseerd is in het werken met hechting.

Behalve bij het literatuuronderzoek zijn er herinneringsmailtjes gestuurd om zo te betrokkenheid te vergroten. De enquêtes, de bijeenkomst en het literatuuronderzoek zijn naderhand allemaal geanalyseerd en samengevat. De interviews zijn getranscribeerd en daarna gecodeerd. Om dit in de resultaten te verwerken is er een samenvatting gemaakt. De samenvattingen resulteerden in nieuwe vragen van de onderzoekers, daarom zijn er vervolggesprekken gevoerd.

In eerste instantie was er één aanmelding voor de bijeenkomst. Hier hebben de onderzoekers op geanticipeerd door een herinneringsmail te sturen en dit terug te melden aan de opdrachtgevers. De opdrachtgevers hebben vervolgens rondgevraagd en dat heeft uiteindelijk geleid tot zes aanmeldingen. Eén van de opdrachtgevers kon hierbij niet aanwezig zijn door persoonlijke omstandigheden. Met deze opdrachtgever heeft er een terugkoppeling via de mail plaatsgevonden. Daarnaast is bij alle stappen een terugkoppeling gegeven aan de behandelaar van de (organisatie) die gespecialiseerd is in het werken met hechting. Momenteel zet de behandelaar voor heel de (organisatie) een plan op om hechting een centraler thema te maken. Dit kan betekenen dat zij mogelijk het onderzoek voort gaat zetten.

Tijdens de praktijkverbetering zijn er ook contacten gelegd om het ouderperspectief mee te nemen in het onderzoek. Echter werd dit in de praktijk lastig omdat het onderwerp hechting voor de meeste ouders/verzorgers een gevoelig onderwerp is. Er is contact gelegd met een maatschappelijk werker en de opdrachtgevers om samen te overleggen over hoe het ouderperspectief meegenomen kon worden. Helaas is er geen reactie gekomen vanuit de maatschappelijk werker en is het niet gelukt om ouders/verzorgers te benaderen voor hun perspectief. Dit zal aanbevolen worden in de aanbeveling.

Betrouwbaarheid, validiteit en ethische afwegingen

Door meerdere bronnen te gebruiken wordt de betrouwbaarheid vergroot, omdat de bronnen met elkaar vergeleken kunnen worden. Men spreekt dan van brontriangulatie. Bij brontriangulatie wordt er verschillende informatie verzameld en vergeleken (Van der Donk & Van Lanen, 2015). Voor de praktijkverbetering zullen er verschillende bronnen betrokken worden, de informatie is daardoor afkomstig van veel verschillende bronnen en/of betrokkenen. Om dit te testen zouden de onderzoekers de vraag kunnen stellen: zou iemand anders hetzelfde onderzoek over kunnen doen en dan dezelfde resultaten verkrijgen? Door deze vraag te stellen krijgen de onderzoekers antwoord op de volledigheid van de gebruikte methoden, de positie van de onderzoekers en daarbij

de context van het onderzoek (Van der Donk & Van Lanen, 2015). Naast brontriangulatie zal ook methodische triangulatie gebruikt worden tijdens de praktijkverbetering. Hierbij wordt er gebruikgemaakt van verschillende dataverzamelmethode. Voor de praktijkverbetering wordt er gebruikgemaakt van een enquête, een bijeenkomst (Decision Matrix), interviews en literatuuronderzoek. Door verschillende dataverzamelmethode toe te passen creëren de onderzoekers een vollediger inzicht, een verhoogde validiteit en een gedetailleerder en evenwichtiger beeld van de situatie (Van der Donk & Van Lanen, 2015).

De opdrachtgevers controleren de praktijkverbetering regelmatig op betrouwbaarheid en validiteit. Daarnaast zullen groepsleden en een praktijkbegeleider van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen de praktijkverbetering voorzien van feedback (zie het feedbackformulier document). Door de praktijkverbetering regelmatig langs de opdrachtgevers te laten lopen, is er controle op de juistheid van informatie.

Een ethische overweging tijdens deze praktijkverbetering is, dat het kindperspectief en het ouderperspectief zoveel mogelijk buiten beschouwing blijven in de praktijkverbetering. Hechting is een kwetsbaar onderwerp en voor de opdrachtgevers is het niet wenselijk om kinderen en ouders/verzorgers hierover te benaderen. Daarnaast wordt er gewerkt met kinderen van 2 tot 6 jaar waardoor het ook niet haalbaar is om deze kinderen op informatieve wijze te betrekken bij de praktijkverbetering.

Voor de praktijkverbetering wordt er gewerkt met informatie van de (organisatie) en daarbij is het van belang dat de informatie klopt en gecontroleerd wordt. Alle informatie gaat daarom langs de opdrachtgevers voordat het wordt opgestuurd. Het is belangrijk dat de opdrachtgevers toestemming geven voor wie er benaderd gaan worden en op welke termijn. Hierbij is communicatie erg belangrijk: het elkaar op de hoogte houden van eventuele handelingen. De informatie zal eerst langs de opdrachtgevers gaan om te laten controleren. Zodra het gecontroleerd is zal de verkregen feedback verwerkt worden en zal het nog een keer gecontroleerd worden. Door dubbel te controleren, is de zekerheid groter dat de informatie en de vraagstelling klopt. Dit wordt ook gedaan bij het coderen. Tijdens het coderen, labelen de onderzoekers los van elkaar de codes aan de tekstfragmenten. Waardoor er met verschillende blikken naar de transcripten wordt gekeken. Hierdoor wordt de validiteit vergroot (Van 't Veer, Wouters, Veegers & Van der Lugt, 2021). De onderzoekers zullen zich houden aan de Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit (Commissie herziening Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit, 2018). Dit houdt in dat er tijdens het onderzoek rekening is gehouden met de 5 principes van integer onderzoek: eerlijkheid, zorgvuldigheid, transparantie, onafhankelijkheid en verantwoordelijkheid. De onderzoekers passen deze principes toe door 1) een correct onderzoek uit te voeren, waarin naar eerlijkheid wordt onderzocht en geconcludeerd, 2) verschillende data te verzamelen en in te zetten die naar waarheid worden genoteerd, 3) het onderzoek toegankelijk te maken 4) onpartijdige rapportage en 5) het nemen van de verantwoordelijkheid voor de uitkomsten die zullen voortkomen uit het onderzoek.

Tijdens de praktijkverbetering zal bij elk interview gebruikgemaakt gaan worden van toestemmingsformulieren. Hierin geeft de respondent toestemming om de datagegevens te gebruiken. In het onderzoek zullen de gegevens geanonimiseerd worden. De verkregen informatie zal bij de onderzoekers blijven en niet gedeeld worden met derden. De interviewgesprekken worden opgenomen en daar geeft de respondent toestemming voor. Zodra de gegevens getranscribeerd en daarna zijn gecontroleerd door de respondent, worden de geluidsopnames verwijderd. Ook deelname aan de enquête en aan de bijeenkomst (Decision Matrix) worden geanonimiseerd. Om de privacy te waarborgen zal er gewerkt worden met de Algemene Verordening Gegevensbescherming, AVG (autoriteit persoonsgegevens, z.d.). Dit is belangrijkste kader voor het verwerken van persoonsgegevens en het waarborgen van de privacy (Van der Donk & Van Lanen, 2015). Er zal alleen gebruikgemaakt gaan worden van persoonsgegevens als dit echt van belang is. Hierbij wordt er altijd toestemming gevraagd aan de desbetreffende respondent.

2.3 Uitgangspunten en randvoorwaarden

Binnen de Vroegbehandeling zijn de opdrachtgevers voor de onderzoekers het aanspreekpunt. Zij geven sturing aan het proces. Daarnaast zijn de medewerkers van de Vroegbehandeling beschikbaar. Er zal op tijd moeten worden gecommuniceerd over het inplannen van afspraken en wat er besproken gaat worden. Zo kan iedereen zich goed voorbereiden. Vooruitplannen, denken en handelen is belangrijk, dit wordt geborgd door een goede planning.

Overleggen en bespreken staat centraal tijdens deze praktijkverbetering. Gedurende het gehele proces wordt gecommuniceerd door middel van persoonlijk contact en mail. De verkregen informatie en de vervolgstappen, worden altijd besproken met de opdrachtgevers en de medewerkers van de Vroegbehandeling. Ook het inzien van documenten of het benaderen van organisaties wordt met de opdrachtgevers overlegd en gecommuniceerd.

De opdrachtgevers stellen geen specifieke kwaliteitseisen. Natuurlijk staan hun behoeftes tijdens dit proces centraal, namelijk het verkrijgen van handvaten om de hechting tussen de ouder/verzorger en het kind met autisme te bevorderen. De opleiding Pedagogiek hanteert kwaliteitseisen die vooral bestaan uit de beoordelingscriteria.

2.4 Risico's

In een gesprek met de opdrachtgevers is geconstateerd dat de Vroegbehandeling geen risico's ziet voor dit onderzoek. Echter zouden er wel risico's kunnen voorkomen tijdens het onderzoek. Het kan zijn dat de benaderde organisaties niet willen meewerken of dat geen geschikt instrument en/of interventie blijkt te zijn die passend is binnen de Vroegbehandeling. Overigens zijn de onderzoekers voor het onderzoek niet afhankelijk van de organisaties. Het onderzoek zou ook gebaseerd kunnen worden op theorie. Als er geen geschikt instrument en/of interventie is, passend binnen de Vroegbehandeling, is er een mogelijkheid om een instrument en/of interventie te vormen naar de wensen van de Vroegbehandeling. Dit zal in overleg met de opdrachtgevers gaan.

2.5 Kwaliteit

Het is van belang dat er duidelijke eisen worden gesteld aan het eindproduct (de praktijkverbetering). De opdrachtgevers hebben als wens uitgesproken dat er instrumenten en interventies worden aangeleverd die kunnen helpen bij de hechting tussen een ouder/verzorger en het kind met autisme (persoonlijke communicatie, 15 februari 2022). De hechting zal eerst in kaart worden gebracht en daarna wordt er gekeken welke instrumenten en/of interventies aansluiten bij welke situatie. Dit kan namelijk verschillend zijn per gezin of per kind.

Een van de eisen is dat de instrumenten en de interventies moeten passen bij de doelgroep waarvoor de praktijkverbetering wordt gedaan. Het gaat dus om instrumenten en interventies voor de gehechtheid van kinderen van 2 t/m 6 jaar oud met autisme. Deze instrumenten en interventies worden weergegeven in een overzichtelijke lijst die de Vroegbehandeling van de (organisatie) een duidelijk overzicht geeft van welke instrumenten en interventies passend zijn bij welke situatie of welke leeftijd.

2.6 Organisatie

Iedere medewerker heeft een eigen aandeel in de praktijkverbetering. Tijdens de praktijkverbetering wordt er gekeken naar wie welk aandeel kan leveren. De opdrachtgevers en de sociotherapeuten van de Vroegbehandeling hebben het grootste aandeel in de praktijkverbetering. Hun wensen en behoeftes staan namelijk altijd centraal. Daarbij bezitten zij veel kennis op het gebied van autisme. Zij kunnen aangeven welke organisaties interessant zijn om te benaderen voor de vergelijking bij soortgelijke organisaties. De opdrachtgevers hebben daarnaast een

belangrijke functie in de begeleiding van de praktijkverbetering. Zij kunnen aangeven binnen welke kaders dit onderzoek moet blijven en of het onderzoek nog steeds voortkomt uit de probleemanalyse, namelijk hun wensen en behoeftes.

De soortgelijke organisaties zijn vooral van belang voor het verkrijgen van informatie en de eigen ervaringen met autisme en hechting. De betrokken organisaties die benaderd zullen worden zijn te zien in paragraaf 2.2.

2.7 Tijd/ fasering van sprintdoelen

Om de planning van de praktijkverbetering richting te geven wordt er een aantal stappen doorlopen. Dit zal gebeuren aan de hand van de stappen van Van der Donk en Van Lanen (Van der Donk, & Van Lanen, 2017). Dit zijn:

- Plannen: Het beschrijven en plannen van de onderzoeksactiviteiten.
- Data verzamelen: informatie verzamelen door middel van literatuuronderzoek en het afnemen van interviews bij interessante belanghebbenden/ betrokkenen.
- Resultaten analyseren: verkregen informatie analyseren.
- Concluderen/discussie: conclusies trekken uit de verkregen informatie en de literatuur
- Presenteren: onderzoeksresultaten presenteren aan de opdrachtgevers.
- Evalueren: wat is er goed en wat moet er nog worden aangepast.

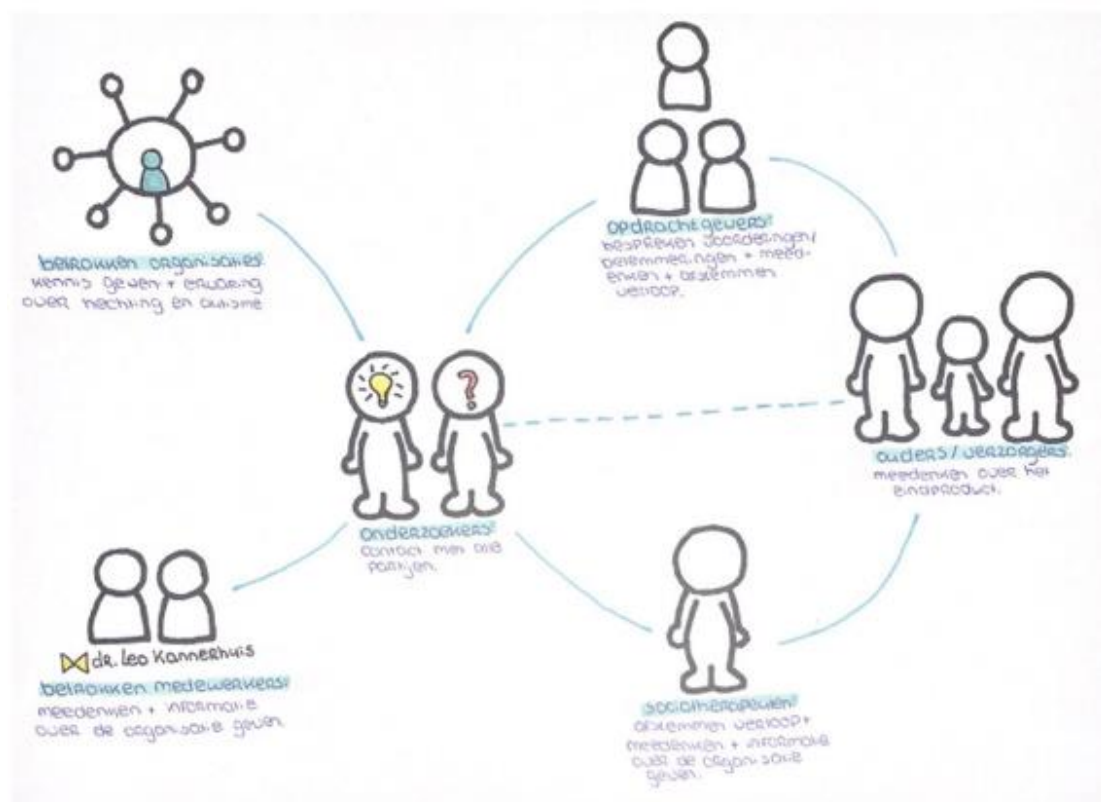
Tijdens het uitvoeren van deze stappen is het belangrijk om goed te communiceren met alle belanghebbenden, betrokkenen en de opdrachtgevers. Zeker als er obstakels of problemen zijn, is het van belang om dit op tijd in kaart te brengen. Door te overleggen/communiceren, kunnen ze hierover meedenken. De opdrachtgevers hebben de wens om maandelijks fysiek bijeen te komen. Wekelijks zullen beide partijen elkaar op de hoogte houden per mail. In het contact wordt afgestemd hoe het gaat en wat er nog moet gebeuren. Wordt de juiste weg nog wel gevolgd? Om dat goed in kaart te brengen is er een planning opgesteld (zie bijlage 5). Hierin staan de inlevermomenten van de opleiding en een globaal tijdsplan van de stappen van Van der Donk en Van Lanen (Van der Donk, & Van Lanen, 2017).

2.8 Informatie/communicatie

De opdrachtgevers, sociotherapeuten, betrokken medewerkers van de Vroegbehandeling, de ouders/verzorgers en betrokken organisaties worden betrokken bij de praktijkverbetering. Elk op zijn of haar eigen manier. Het uitgangspunt van dit onderzoek is dat iedereen het recht heeft om mee te denken en zijn of haar belangen en mening te delen. Hier zal naar worden geluisterd en waar dat passend is, betrokken worden in het onderzoek. Zo wordt er gedurende de praktijkverbetering draagvlak gecreëerd (Van der Donk, & van Lanen, 2017).

Aan de hand van een communicatieplan wordt aangegeven hoe iedereen wordt betrokken tijdens dit onderzoek en wat hun rol binnen dit onderzoek zal zijn. Hierbij zullen de onderzoekers altijd in contact staan met de betrokkenen en belanghebbenden, dit zie je terug in figuur 2.

Figuur 2
Communicatieplan praktijkverbetering



Hoofdstuk 3: Resultaten

In dit hoofdstuk worden de verzamelde data weergegeven. Deze data zijn verzameld door middel van enquêtes, interviews, een bijeenkomst (Decision Matrix), literatuuronderzoek en persoonlijke gesprekken. De resultaten worden per deelvraag weergegeven.

3.1 wensen/behoefte en randvoorwaarden vanuit de medewerkers

De resultaten van de wensen/behoefte en gegeven randvoorwaarden van de medewerkers zijn hieronder opgenomen.

Enquête

Er is een enquête opgesteld en afgenomen onder 13 medewerkers van de Vroegbehandeling. Van de 13 medewerkers hebben 8 medewerkers/respondenten de enquête ingevuld. De medewerkers/respondenten zijn tussen de 2 en 22 jaar werkzaam binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ).

Om een helder beeld van de enquêteresultaten te geven, worden de resultaten per vraag weergegeven. De volledige enquêtes staan in het databoek.

Heeft u al eens gewerkt met kinderen waarbij hechting een actueel thema is?

Van de 8 respondenten geven 8 aan wel eens gewerkt te hebben met kinderen waarbij hechting een actueel thema is. Eén respondent geeft aan dat hechting bij alle kinderen een actueel thema is, want: elk kind hecht zich. Dat kan een veilige hechting zijn, maar ook een onveilige hechting. Aan de hand van de mate van veilige gehechtheid kan dan een behandeling worden ingezet.

Hoeveel kinderen zijn er momenteel waarbij hechting een actueel thema is? Hoe ziet dit er dan uit?

De respondenten schatten in dat er momenteel 4 kinderen zijn (van de 21 kinderen) binnen de Vroegbehandeling, waarbij er sprake kan zijn van een onveilige hechting.

Wordt hechting momenteel in kaart gebracht?

In tabel 3 staan de antwoorden op de vraag weergegeven. Er is geen overeenstemming over of momenteel de hechting in kaart wordt gebracht. De respondenten geven aan dat dit momenteel te weinig gebeurt en dat dit een verbeterpunt is.

Tabel 3
hechting op de groepen

Wordt hechting momenteel in kaart gebracht?	
Nee	2
Ja	4
Weet ik niet	1
Beide	1

Hoe gaat het in kaart brengen van hechting momenteel op de groep?

Op de groepen zelf liggen er momenteel geen lijsten en/of instrumenten voor het in kaart brengen van hechting. Wel wordt er gekeken naar de hechting door middel van observaties en gesprekken met ouders. Binnen de Vroegbehandeling hebben medewerkers ook de mogelijkheid om de bevindingen te rapporteren en te delen tijdens een teamvergadering of met een gedragswetenschapper. Op basis hiervan worden er verdere acties uitgezet.

Op dit moment worden de signalen en observaties gedeeld onder de medewerkers en worden verdere acties samen uitgezet met medewerkers en/of gedragswetenschappers. Het signaleren en observeren gebeurt momenteel vanuit eigen kennis en inzicht. Zo wordt er ook aangegeven dat de sociotherapeuten de hechting kunnen signaleren en dat dan de gedragswetenschappers de interventie uitvoeren. De acties worden dan samen opgepakt met de gedragswetenschapper en/of behandelaar. De gedragswetenschapper en/of de behandelaar heeft/hebben al eerder gebruikgemaakt van de instrumenten: Attachment Insecurity Screening Inventory (AISI), Attachment Story Completion Task (ASCT), een spelgenogram, (gezins)tekeningen en van de therapievorm: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

Bent u momenteel tevreden over de werkwijze rondom hechting op de Vroegbehandeling?

Zie tabel 4. Volgens de respondenten is er een duidelijke groei te zien in de bewustwording over hechting en in het signaleren ervan. Dit is een resultaat van een referaat in juni 2021 over hechting bij kinderen met autisme. De respondenten geven aan dat ze hier veel baat van hebben gehad. Wel is er nog steeds behoefte aan meer verdieping en aan een bepaalde werkwijze/methodiek. Eén respondent geeft aan dat het nog veel zelf uitzoeken is welke stappen en/of handelingen er genomen moeten worden op het moment van signaleren.

“Ik mis nog wel een instrument hiervoor om dit beter inzichtelijk te maken en hoe je dit het beste kunt observeren”.

“Meer kennis over hechting zou soms wel fijn zijn. Ook praktische invullijsten etc. zou meer handvatten kunnen geven”.

“Ik denk dat we meer oog hebben voor hechting, maar dat we hier nog veel meer mee kunnen doen, zowel wat betreft diagnostiek als in de behandeling”.

Deze quotes komen voort uit de enquêtes (zie databoek).

Tabel 4

Tevredenheid werkwijze rondom hechting

<i>Bent u momenteel tevreden over de werkwijze rondom hechting op de Vroegbehandeling?</i>	
Nee	5
Weet ik niet	2
Beide	1

Heeft u ervaring met instrumenten en/of interventies toegespitst op hechting?

6 van de 8 respondenten geven aan geen ervaring te hebben met instrumenten/interventies toegespitst op hechting. De andere 2 respondenten hebben er wel ervaring mee.

Met welke instrumenten en/of interventies heeft u gewerkt en wat was u ervaring?

1 respondent gaf aan dat zij 3 soorten instrumenten heeft toegepast. Het ging daarbij om de Attachment Insecurity Screening Inventory (AIS), Attachment Story Completion Task (ASCT) en de Emotional Availability Scales (EAS). Één respondent gaf aan dat bij de AIS veel kinderen met autisme scoorde op een onveilige hechting. Er is dus twijfel of deze lijst wel voldoende differentieert. De ASCT was een prettig instrument, maar je hebt er scholing voor nodig. Daarbij was het de vraag of het zou aansluiten bij de kinderen met autisme (2 tot 6 jaar). EAS was wel bruikbaar, maar neemt veel tijd in beslag.

Respondenten geven aan dat er op de Vroegbehandeling een studiemiddag is geweest waarin het thema hechting centraal stond. Ze vonden dit een handige bijeenkomst. Ook wordt de cirkel van veiligheid en vertrouwen toegepast. Een respondent maakt gebruik van een eigen benaderingswijze. Hierbij wordt het kind niet beoordeeld. Er wordt alleen gezegd wat er wordt gezien. Dus niet 'wat ben jij mooi aan het tekenen'. Er wordt dan gezegd 'ik zie dat je tekent'. Ook is er een respondent die aangeeft zelf op zoek te zijn gegaan naar het versterken van de band tussen ouder en kind tijdens speelsessies. Deze respondent heeft binnen de organisatie rondgevraagd en online informatie vergaard.

Zijn er naast bovenstaande punten nog andere wensen en behoeften?

Naast de bovenstaande punten hebben de respondenten ook nog andere wensen en behoeften. Vooral is er behoefte naar een instrument waarmee zij hechting in kaart kunnen brengen. Zodra de hechting in kaart is gebracht kunnen de respondenten overgaan op het behandelen. Ook is er vraag naar een instrument dat daarbij aansluit bij autisme. Belangrijk is een korte afnameduur. Voor een interventie is dat anders omdat deze in de behandeling ingezet wordt.

Daarnaast zouden de respondenten graag wat meer kennis willen over hechting, ook bij kinderen met autisme. Eventueel zouden zij scholing willen krijgen om het te signaleren en te behandelen. Bij scholing gericht op de behandeling (interventie) zou er gekeken kunnen worden naar Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting adapted to Autism (VIPP- AUTI). Alleen als hechting op de voorgrond ligt.

Interview

Uit het interview en de gesprekken met de medewerkers, komt naar voren dat de (organisatie) veel waarde hecht aan het blijven ontwikkelen en onderzoeken. Zo ook als het gaat om het onderwerp hechting, hoe werkt de hechting bij jonge kinderen binnen de Vroegbehandeling. De behandelaar die gespecialiseerd is in het werken met hechting geeft aan een verdiepend referaat te hebben gehouden aan de Vroegbehandeling. Hierin is er kennis gedeeld over het onderwerp hechting en is er geprobeerd om bewustwording te creëren: Hoe signaleer je hechting en implementeer je dit in de Vroegbehandeling.

De behandelaar geeft aan dat de medewerkers van de Vroegbehandeling erg hoog scoren op het gedragsmatig werken. Zij hebben namelijk goed door welk gedrag een kind laat zien. "Een verbeterpunt ligt in het therapeutische, namelijk waarom doet het kind wat het doet? En dan bekeken vanuit een hechtingsbril". Binnen de (organisatie) wordt de hechtingsrelatie als de basis gezien. Dat is moeilijker als er ook sprake blijkt te zijn van autisme. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat ouders/verzorgers de wensen/behoefte van het kind niet goed aanvoelen omdat zij autisme of hechting niet begrijpen of zien (zie databoek).

In de interviews wordt aangegeven dat het belangrijk is om ook het onderwerp trauma mee te nemen in het onderzoek. Trauma kan namelijk een voorloper op hechtingsproblemen zijn en kan al vroeg in de ontwikkeling voorkomen.

Momenteel ligt de focus bij de Vroegbehandeling op het in kaart brengen van de hechting. Dit komt duidelijk naar voren vanuit het interview met de behandelaar die gespecialiseerd is in het werken met hechting en de gesprekken

met de medewerkers van de (organisatie) (persoonlijke communicatie, 25 april 2022). Momenteel wordt er een duidelijke aanpak gemist op het moment van signaleren. Omdat de situaties op het moment van signaleren erg van elkaar kunnen verschillen, zal er geen één instrument het meest passend zijn. Het zou fijn zijn als er meerdere instrumenten beschikbaar zijn. Er zal dan per situatie bekeken kunnen worden welk instrument ingezet kan worden. Dit is namelijk afhankelijk van drie factoren, namelijk het doel (waarom zet je het instrument in), de voorkennis (welke kennis is er al bekend en wat wil je nog weten) en het perspectief. Dat kan een kindperspectief zijn, maar het kan ook vanuit een ouder/verzorgersperspectief. De mogelijke instrumenten die gebruikt zullen gaan worden kunnen verwerkt worden in een stappenplan. Het stappenplan geeft helder weer in welke situatie welk instrument het beste in kan worden gezet (persoonlijke communicatie, 25 april 2022).

Bijeenkomst (Decision Matrix)

Om de wensen/behoefte en randvoorwaarden van medewerkers in kaart te brengen, hebben zij een enquête ingevuld. Op basis van de hieruit verkregen informatie is er een bijeenkomst georganiseerd voor de medewerkers om samen in gesprek te gaan over de verzamelde instrumenten. Bij de bijeenkomst waren 6 van de 13 participanten aanwezig.

In de bijeenkomst zijn 7 van de 13 onderzochte instrumenten gepresenteerd door de onderzoekers. De keuze is gemaakt door tijdsmanagement en aan de hand van de afwegingen in paragraaf 3.3. Het gaat om de volgende 7 instrumenten:

- AISI (Attachment Insecurity Screening Inventory 2-5 years)
- ARI-CP (Attachment relationship inventory caregiver perspective 2-5 years)
- ASCT (Attachment Story Completion Task)
- DAI (Disturbances of Attachment Interview)
- EAS (Emotional Availability Scales)
- KJTS (Kind en jeugd Traumascreeener)
- LSVG (Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag)

Alle participanten hebben de ruimte gekregen om een keuze te maken in een van deze instrumenten. De participanten hebben voorkeur voor de AISI, de ARI-CP, de ASCT, de EAS, de LSVG en eventueel ook de KJTS. De DAI heeft bij niemand de voorkeur. Opvallend is dat alle participanten aangeven graag te willen werken met de LSVG. De Lijst Signalen Verstoord Gehechtheidsgedrag willen de participanten graag gebruiken om het hechtingsgedrag in kaart te kunnen brengen. De lijst richt zich alleen maar op 'mogelijk' hechtingsgedrag (persoonlijke communicatie, 12 mei 2022).

Van de andere vijf instrumenten uit het rijtje geven drie participanten wel aan dat ze deze instrumenten op een bepaalde manier willen uitvoeren. Twee van de drie participanten geven aan dat ze eerst de LSVG willen gebruiken voor het zelf in kaart brengen. En daarna graag de EAS. De andere participant geeft aan graag te willen beginnen met de LSVG. Mocht daaruit komen dat er sprake is van hechtingsproblemen of een trauma, dan wil de participant graag werken met de AISI, ARI-CP of de KJTS. Als er daarna nog meer moet worden uitgevraagd of geobserveerd worden, wil de participant graag werken met de ASCT of de EAS (zie bijlage 8).

Alle zes vinden de ASCT een goed instrument. Dit is het enige instrument waarin het kindperspectief wordt bekeken. Ook vinden de participanten het fijn dat zij zelf het instrument mogen afnemen, zodat zij dit zelf op de groep kunnen uitvoeren (persoonlijke communicatie, 12 mei 2022). Het enige nadeel aan dit instrument vinden de participanten dat dit alleen kan worden uitgevoerd bij kinderen die beschikken over een reflecterend vermogen. Dat betekent dat de ASCT alleen kan worden uitgevoerd binnen de TOP-groepen.

De zes participanten zouden het fijn vinden als er een stappenplan zou komen waarop zij precies kunnen zien welk instrument zij kunnen gebruiken bij welke situatie. Wel zouden zij standaard de LSVG willen gebruiken omdat deze niks vastlegt. Welk instrument zij daarna zouden kunnen inzetten is afhankelijk van de situatie. Alle participanten denken dat de AISI, de ARI-CP, de ASCT, de EAS en de KJTS, goede instrumenten zijn om hechting in kaart te brengen (persoonlijke communicatie, 12 mei 2022).

3.2 Ervaringen van organisaties

De resultaten van de ervaringen van (soortgelijke) organisaties zijn hier weergegeven door middel van de verzamelde data: uit de interviews. Deze zijn getranscribeerd en naderhand gecodeerd (zie databoek). In tabel 5 staan de belangrijkste en best scorende codes weergegeven (de codes met de hoogste frequentie zijn de meest genoemde). Daarnaast is weergegeven welke code aansluit op wat door welke respondent is gezegd.

Tabel 5

Belangrijke codes

Code:	Frequentie:	Respondent:
Gesprek ouders/verzorgers	3	Respondent 1,2,3
Instrument	3	Respondent 1,2,3
Theorie hechting	3	Respondent 1,2,3
Contact ouders/verzorgers	3	Respondent 1,2,3
Vergelijking tussen hechting en autisme	3	Respondent 1,2,3
Verantwoording keuze	3	Respondent 1,2,3
Observatie	3	Respondent 1,2,3
Hechting en autisme lijken op elkaar	2	Respondent 1,2
Aanpak hechting	2	Respondent 1,3
Perspectieven verschillende organisaties	2	Respondent 1,2
Leeftijd doelgroep	2	Respondent 1,2
Interactie tussen ouder/verzorger en kind	2	Respondent 2,3
Invloed classificeren	2	Respondent 2,3
Interventie	2	Respondent 2,3
Invloed trauma	2	Respondent 2,3
Ontwikkelingsanamnese	2	Respondent 2,3
In kaart brengen hechting	2	Respondent 1,3
Hechting	2	Respondent 1,3
Kracht ouders/verzorgers	2	Respondent 1,3
Interventie trauma	2	Respondent 2,3

Zoals in tabel 5 terug te zien is zijn er een aantal codes door de geïnterviewden genoemd. Die codes horen bij alle drie de organisaties bij actuele thema's. Als er wordt gekeken naar de code 'instrument' dan is er te zien dat alle drie de organisaties werken of ervaring hebben met de AISI, EAS en de LSVG. Ook zijn er instrumenten die niet door iedereen zijn genoemd, maar wel een toevoeging zijn op het onderzoek. Het gaat dan om de ARI-CP, CBCL, DAI, ASCT en COA. Deze instrumenten (screeningslijsten) worden verder uitgewerkt in [paragraaf 3.3](#).

Ook hebben de organisaties 'interventies' genoemd, waarvan twee organisaties aangeven dat zij werken met Theraplay. De organisaties gaven los van elkaar aan dat er gewerkt wordt met Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), speltherapie en Nederlandse Interventie Kortdurend op Atypisch Opvoedgedrag (NIKA). Deze interventies zullen ook worden uitgewerkt omdat dit een toevoeging geeft aan het onderzoek. Hier zal verder op in worden gegaan bij paragraaf 3.4.

De organisaties hebben diverse ervaringen met betrekking tot de hechting tussen ouders/verzorgers en kind. Waar de ene organisatie bij gezinnen thuis gezinsbehandelingen inzet, zetten de andere organisaties juist in op behandelgroepen.

Bij de twee externe organisaties verloopt het aanmeldproces redelijk vergelijkbaar. Een kind komt binnen met een specifiek vraagstuk of met een nog onbekende vraag. In het eerste geval kan het meteen helder zijn of het om hechtingsproblemen gaat of waar de problemen op dat moment liggen. En welke behandeling gericht op ingezet kan gaan worden. De twee organisaties gebruiken hiervoor een genogram. Een genogram brengt de familiestructuur en het familiesysteem in kaart. Daarnaast gaan de organisaties in gesprek met de ouders/verzorgers. Zij kijken dan naar de vroege voorgeschiedenis van het gezin en bespreken de opvoedstijl van de ouders/verzorgers. Zo wordt er bijvoorbeeld gevraagd hoe de bevalling is gegaan of dat er een uithuisplaatsing heeft plaatsgevonden. Ook wat er zich heeft afgespeeld voordat het kind geboren is kan invloed hebben gehad op de hechtingsrelatie. Er wordt hier wel gesproken over ontwikkelingsanamnese.

De twee organisaties maken verder gebruik van observatie. Zowel het kind als de ouder/verzorger worden hierin meegenomen. Op deze manier wordt de ouder-kindrelatie gediagnosticeerd of het gedrag in kaart gebracht. “Dan kijk je eigenlijk naar patronen, dus de hechtingspatronen tussen ouder en kind”. Alle organisaties geven aan dat dit erg belangrijk is. De observatie wordt gebruikt om de ouder-kindpatronen te onderzoeken en of er sprake is van oudergedrag. Door de observatie terug te koppelen met ouders/verzorger, leren deze meer van hun eigen gedrag en handelingen. Zo leren ze beter aan te sluiten bij de behoefte van het kind. Maar ook om stil te staan bij de eigen gevoelens en gedachten. Daarnaast is het erg belangrijk om goed te luisteren naar wat de ouders/verzorgers vertellen.

Het blijkt dat bij het signaleren het soms lastig kan zijn om onderscheid te maken tussen autisme en hechting. Deze twee problematieken hebben erg veel overeenkomsten. Een bekend probleem bij alle organisaties. Er zijn geen instrumenten waarmee je beide problematieken tegelijk in kaart kunt brengen, “....daar kan ik jullie in teleurstellen, dat gaat er niet zijn”. Wel leggen organisaties verschillende screeningslijsten naast elkaar. Bijvoorbeeld een screeningslijst voor hechting naast een screeningslijst voor autisme. Dat neemt niet weg dat er sprake kan zijn van beide problematieken: wie autisme heeft kan ook onveilig gehecht zijn. “En je ziet dus bij heel veel kinderen waarbij autisme is gesteld, (dat ze) vaak een verhoogde kans hebben op een onveilige gehechtheid. Maar dat is omdat die aansluiting van elkaar begrijpen er niet in zit tussen ouder/verzorger en kind”.

Al het bovenstaande komt terug als thema in de codeboom (zie bijlage 4). Daarin staat centraal: het in kaart brengen, bevorderen van hechting en het onderzoek. Hechting is de basis en is er altijd, hoe verschillend deze zich ook uit. “Er is altijd hechting! Alleen de kwaliteit is anders.”

3.3 Instrumenten

De resultaten van de instrumenten worden weergegeven door middel van de verzamelde data uit het literatuuronderzoek, de enquêtes, de interviews en persoonlijke communicatie.

Een instrument is een hulpmiddel dat vaak wordt gebruikt om een doel te bereiken. Er zijn verschillende soorten instrumenten, namelijk vroegsignalering, screening, diagnostiek en risicotaxatie (NJI, z.d.-e). Bij een vroegsignalering is het vermoeden van problemen niet duidelijk genoeg om een gericht instrument in te zetten. Bij een screening is er een vermoeden dat er iets aan de hand is maar is de ernst van het probleem nog niet duidelijk. Bij diagnostiek wordt er een instrument gebruikt om een diagnose te stellen van een ziekte of een probleem. Een risicotaxatie kan bijvoorbeeld het inschatten van het geweldsrisico zijn.

Op de Vroegbehandeling komen de kinderen met specifieke vraagstukken binnen maar niet altijd specifiek hechtingsproblemen. Om de beginsituatie van de gehechtheid in kaart te brengen sluit de vroegsignalering en de screening het meest aan. Diagnostiek en Risicotaxatie wordt niet meegenomen in de instrumenten omdat dat het doel voorbijgaat. Aan het inventariseren van de mate van de gehechtheid komt er namelijk geen diagnose of een risicotaxatie te pas (NJI, z.d.-e).

Uit de dataverzameling (interviews, enquêtes en literatuuronderzoek) is er naar voren gekomen dat problemen in de hechting voort kunnen komen vanuit trauma. Vandaar dat er ook gekozen is om dit onderwerp mee te nemen in de zoektocht naar instrumenten. Ook is uit de dataverzameling naar voren gekomen dat er geen één meest passend instrument is. De situaties kunnen zodanig verschillen dat er mogelijk meerdere instrumenten zullen worden ingezet of verschillende instrumenten.

In tabel 6 zijn de screening en vroegsignalering instrumenten uitgewerkt en is weergegeven waar de instrumenten aan moeten voldoen. De instrumenten zijn selectief gekozen aan de hand van de wensen/behoefte en randvoorwaarden van de medewerkers (zie paragraaf 3.1). Het is belangrijk dat het instrument past bij de leeftijd 2 tot 6 jaar, dat het instrument de mate van hechting in kaart brengt, dat het instrument rekening houdt met autisme en dat het een korte afnameduur heeft. Uit de ervaringen van de medewerkers zijn de volgende instrumenten naar voren gekomen: de Attachment Insecurity Screening Inventory (AISI), Attachment Story Completion Task (ASCT) en de Emotional Availability Scales (EAS). Daarnaast is een aantal instrumenten afgeleid van de ervaringen van andere organisaties (zie paragraaf 3.2), namelijk Attachment Insecurity Screening Inventory (AISI), Attachment Relationship Inventory Caregiver Perspective (ARI-CP), Attachment Story Completion Task (ASCT), Child Behavior Checklist (CBCL), Clinical Observation Attachment (COA), Disturbances of attachment Interview (DAI), Emotional Availability Scales (EAS) en de Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidgedrag (LSVG). De overige instrumenten, de Ages and Stages Questionnaire (ASQ:SE), Kind en Jeugd Tramascreener (KJTS), Traumasymptomen bij jonge kinderen (TSCYC), Vragenlijst Fundamentele Onthechting (VFO) en de Working Model of Child Interview (WMCI) zijn in persoonlijke communicatie naar voren gekomen (persoonlijke communicatie, 25 april 2022) en uit het theoretisch onderzoek (zie bijlage 6). Naast deze instrumenten zijn er ook instrumenten aangeraden (persoonlijke communicatie, 25 april 2022) die niet zijn meegenomen in het onderzoek, namelijk de General Behavior Inventory (GBI) en de Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA). Reden: De GBI en de CAPS-CA zijn voor kinderen vanaf 6 jaar waardoor deze instrumenten niet aansluiten op de doelgroep van de Vroegbehandeling.

De instrumenten zijn uitgewerkt in bijlage 6

Tabel 6
Instrumenten

Instrument	Leeftijd 2 - 6 jaar	Vragenlijst	Observatie	Afnameduur	Gericht op	Doel	Aanpak
Attachment Insecurity Screening Inventory 2-5 years (AISI) (Spruit, Colonnese, Uittenbogaard, Willems, Wissink & Noom, 2019).	✓	✓		20 minuten	Ouders/verzorgers van kinderen met risico op een onveilige hechting	Vaststellen of er risico is op een onveilige hechting	Vragenlijst ingevuld door ouders/verzorgers
Attachment Relationship Inventory Caregiver Perspective 2 – 5 years (ARI-CP) (Spruit et al., 2019)	✓	✓		15 minuten	Ouders/verzorgers	Hoe ervaren ouders/verzorgers de gehechtheidsrelatie	Vragenlijst ingevuld door ouders/verzorgers
Attachment Story Completion Task (ASCT) (Hofstra, Nadorp, Mettler, Heinemann, Antonides, Zegers, Fucht, Vliet, Hofste, Vader, Meijers, Wouda, Wouwe, Meddeler, Knol, de Wit, Bummelen- van Zandwijk & Lanshage-Schnitger, 2021). (Lemstra & Collot d'Escury-	4 – 10 jaar		✓	30 – 60 minuten	Kinderen met een lichtverstandelijke beperking	De hechtingsstijl van het kind in kaart brengen	Het kind spelenderwijs bepaalde conflictsituaties/stressvolle gebeurtenissen door middel van verhalen aanbieden

Koenigs, 2019).							
Ages and Stages Questionnaire (ASQ:SE) (Hermanns, Öry & Schrijvers, 2005).	✓	✓		10 – 15 minuten	Ouders/verzorgers	De psychosociale ontwikkeling in kaart brengen (adaptief functioneren, affect, communicatie, interactie, zelfregulatie en zorgen en opmerkingen)	Vragenlijst ingevuld door ouders/verzorgers
Child Behavior Checklist 1,5 – 5 jaar (CBCL) (Achenbach & Rescorla, 2000).	✓	✓		15 – 20 minuten	Ouders/verzorgers	Gedrag in kaart brengen (emotioneel, gedragsproblemen en overige problemen)	Vragenlijst ingevuld door ouders/verzorgers
Klinische Observatie van Gehechtheid (Clinical Observation Attachment; COA) (Richtlijnen jeugdhulp, 2020). (Hofstra, et al., 2021).	✓		✓	60 minuten	Ouders/verzorgers en kind	Het type gehechtheidsrelatie tussen ouder/verzorger en kind in kaart brengen	Situaties worden uitgespeeld met ouder/verzorger en kind
Disturbances of Attachment Interview (DAI) (Giltaij, Sterkenburg & Schuengel, 2015). (Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2021). (Hofstra, et al., 2021).	✓	✓		30 minuten	Ouders/verzorgers	Onderscheid maken tussen welk type gehechtheid er aanwezig is	Interview met ouders/verzorgers
Emotional Availability Scales (EAS) (Ouwens, 2010).	✓		✓	30 minuten	Ouders/verzorgers of hulpverlener	De emotionele beschikbaarheid van ouders/verzorgers of hulpverlener in kaart brengen	Observaties aan de hand van beeldmateriaal met ouders/verzorgers
Kind en Jeugd Traumascreeener (KJTS) (Beer, Verlinden & Lindauer, 2020).	3 – 6 jaar	✓		20 minuten	Ouders/verzorgers	Traumasympptomen in kaart brengen	Vragenlijst ingevuld door ouders/verzorgers
Lijst Signalen van Verstoorde Gehechtheidsgedrag (LSVG) (Wolff, Dekker-van der Sande, Sterkenburg & Thoomes – Vreugdenhil, 2015).	✓		✓	30 minuten	Ouders/verzorgers	De mate van gehechtheidsgedrag in kaart brengen op het gebied van: affectie, zoeken van troost, vertrouwen in de ander; zoekt hulp, samenwerking, explorerend gedrag, controlerend gedrag, reactie bij hereniging/terugkeer en reactie tegenover vreemden	Interview met ouders/verzorgers of door beeldmateriaal af te nemen
Traumasympptomen bij jonge kinderen (TSCYC) (Briere, 2005).	3 – 12 jaar	✓		15 minuten	Ouders/verzorgers	Het in kaart brengen van de psychische gevolgen van negatieve levenservaringen bij kinderen van 3 tot en met 12 jaar	Vragenlijst ingevuld door ouders/verzorgers
Vragenlijst Fundamentele Onthechting (VFO) (Ploeg & Scholte, 2005).	4 – 11 jaar	✓		10 – 20 minuten	Ouders/verzorgers of hulpverlener	Het vroegtijdig signaleren van fundamentele onthechting	Vragenlijst ingevuld door ouders/verzorgers of hulpverlener
Working Model of Child Interview (WMCI) (Casalin & Vliegen, 2009). (Hofstra, et al., 2021).	0 – 5 jaar	✓		30 – 75 minuten	Ouders/verzorgers	De kwaliteit van de gehechtheid vanuit het perspectief van ouders/verzorgers in kaart brengen	Interview met ouders/verzorgers

Om een selectie te maken, passend en aansluitend op de Vroegbehandeling, is het van belang om de medewerkers de instrumenten mee te laten beoordelen. Op 12 mei (2022) is er een bijeenkomst georganiseerd waarbij zes medewerkers aanwezig waren (zie paragraaf 3.1). Bij deze bijeenkomst zijn zeven instrumenten besproken en beoordeeld met elkaar. Hieronder staat uitgewerkt hoe van dertien instrumenten naar zeven instrumenten is gekomen.

- De ASQ:SE en de CBCL zijn vragenlijsten om het gedrag en om de psychosociale ontwikkeling van het jonge kind in kaart te brengen. Deze vragenlijsten zijn niet gespecificeerd in hechting en/of autisme waardoor deze instrumenten niet goed aansluiten bij de wensen/behoefte en randvoorwaarden van de medewerkers (Hermanns, Öry & Schrijvers, 2005).
- De COA is een afname-instrument dat de gehechtheidsrelatie tussen ouder/verzorger en kind in kaart brengt. Dit gebeurt door middel van de Vreemde Situatie Procedure van Mary Ainsworth (Richtlijnen jeugdhulp, 2020). Deze situaties worden uitgespeeld met de ouder/verzorger en daar wordt een videofragment van gemaakt. De afname duurt 60 minuten en de observatie 60 minuten, totaal 120 minuten. Dit sluit niet aan bij de wensen van de medewerkers. Ook is er een officiële training vereist om het instrument af te mogen nemen. Daarom is dit instrument niet meegenomen.

- De TSCYC wordt ingezet als er sprake is van posttraumatische stress en andere gerelateerde problemen. Op voorhand is er bekend dat er negatieve levenservaringen zijn geweest bij kinderen van 3 tot en met 12 jaar. Dit sluit niet aan bij de wensen van de medewerkers omdat de medewerkers behoefte hebben aan een instrument dat eerst de gehechtheid in kaart brengt. De TSCYC kan wel ingezet worden als er sprake is van negatieve levenservaringen en als de medewerkers inzicht willen in welke symptomen het kind op posttraumatische stress en andere gerelateerde problemen heeft (Briere, 2005).
- De VFO is een vragenlijst voor het vroegtijdig signaleren van fundamentele onthechting. Het instrument sluit goed aan wat betreft de afnameduur (namelijk +/- 10 minuten) maar niet goed op de doelgroep (Ploeg & Scholte, 2005). Deze vragenlijst kan alleen doorlopen worden met kinderen van 4 tot 6. Om deze afwegingen is dit instrument niet meegenomen.
- De WMCI brengt de kwaliteit van de gehechtheid vanuit het perspectief van ouders/verzorgers in kaart door middel van een vragenlijst. De vragenlijst duurt 30 – 75 minuten en er is een driedaagse training vereist (Casalin & Vliegen, 2009). De WMCI wordt voornamelijk gebruikt voor het diagnosticeren waardoor het niet goed aansluit bij de wensen van de medewerkers. Om deze afwegingen is dit instrument niet meegenomen.

Zo blijven er nog zeven potentiële instrumenten over. Deze instrumenten verschillen veel van elkaar, vandaar de keuze om deze zeven voor te leggen aan de participanten bij de bijeenkomst (zie paragraaf 3.1).

De participanten geven aan dat zij het fijn zouden vinden als er een stappenplan zou komen, waarop zij precies kunnen zien welk instrument zij kunnen gebruiken bij welke situatie. Wel zouden zij standaard de LSVG willen gebruiken omdat deze niks vastlegt. Welk instrument zij daarna zouden kunnen gebruiken is afhankelijk van de situatie. Wel zijn de participanten allemaal van mening dat de AISI, de ARI-CP, de ASCT, de EAS en de KITS goede instrumenten zijn om hechting in kaart te brengen (persoonlijke communicatie, 12 mei 2022).

3.4 Interventies

De resultaten van de interventies worden weergegeven door middel van de verzamelde data: en die komen voort uit het literatuuronderzoek, de enquêtes, de interviews en persoonlijke communicatie.

Als er een instrument is ingezet en er is bekend van welke vorm hechting er sprake is of waar er verbetering ligt binnen de gehechtheidsrelatie, kan er een interventie worden ingezet. Vaak zal deze ingezet worden met als doel om de gehechtheidsrelatie te verbeteren. Voorbeelden zijn een veilige hechting tussen ouders/verzorgers en kinderen bevorderen, het voorkomen van hechtingsproblemen of juist het herstellen van een onveilige hechting. Dit zijn preventieve interventies en interventies die hechtingsproblemen behandelen (Nji, z.d.-b).

Uit de dataverzameling (interviews, enquêtes en literatuuronderzoek) is naar voren gekomen dat hechtingsproblemen voort kunnen komen uit een trauma. Vandaar dat er ook gekozen is om het onderwerp trauma mee te nemen in de zoektocht naar interventies. Daarnaast is uit de dataverzameling naar voren gekomen dat er geen één meest passende interventie gaat zijn. De situaties kunnen zodanig verschillen dat er mogelijk meerdere of verschillende interventies worden ingezet.

In tabel 7 staan interventies uitgewerkt in de vorm van 1) preventieve interventies en 2) interventies die hechtingsproblemen behandelen. De tabel geeft weer waar de interventies aan moeten voldoen. De interventies zijn geselecteerd aan de hand van de wensen/behoefte en randvoorwaarden van de medewerkers (zie en op de ervaringen van soortgelijke organisaties (zie paragraaf 3.2)). Het is belangrijk dat de interventie passend is bij de leeftijd 2 tot 6 jaar, dat de interventie preventief hechtingsproblemen kan voorkomen of juist hechtingsproblemen kan behandelen en dat de interventie rekening houdt met autisme. De tijdsduur is bij de interventie minder van belang omdat het tijdens de behandeling wordt uitgevoerd. Uit de ervaringen van de medewerkers is er één

interventie naar voren gekomen, namelijk de interventie Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Uit de ervaringen van soortgelijke organisaties (zie paragraaf 3.2) zijn de volgende interventies naar voren gekomen, namelijk: Theraplay, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) en Nederlandse Interventie Kortdurend op Atypisch Opvoedgedrag (NIKA). Uit het theoretisch onderzoek (zie bijlage 7) zijn de volgende interventies naar voren gekomen: Basic Trustmethode, Floorplay, Gordon-cursus, Integratieve therapie voor gehechtheid en gedrag (ITGG), Theory-of-mind training (TOM-training) en Video feedback Intervention to Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD).

De interventies staan uitgewerkt in bijlage 7.

Tabel 7
Interventies

Interventies:	Leeftijd 2 - 6 jaar:	Afname duur:	Gericht op:	Aanpak:	Methode:
Basic Trustmethode (Nji., z.d.-a). (Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, z.d.-a).	2 t/m 12 jaar	8 tot 12 sessies van 30 – 60 minuten	Kinderen met (ernstige) gedragsproblemen en/of emotionele problemen en hun ouders/verzorgers	Verminderen van problemen en gehechtheidsrelatie versterken	Gezinsgerichte aanpak
Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (Beer & de Roos, 2017).	Geen specifieke leeftijd	1 tot 4 sessies van 90 minuten	Kinderen met een traumatische ervaring	Verminderen van problemen	Therapie
Floorplay (Floorplay, 2016).	0 tot 7 jaar	10 á 15 sessies van 30 - 60 minuten	Kinderen en ouders/verzorgers	Gehechtheidsrelatie versterken	Spelenderwijs gezinsgerichte aanpak
Gordon-cursus (Gordon, 2020) (Nji., z.d.-b).	2 t/m 12 jaar	10 bijeenkomsten van 3 uur	Ouders/verzorgers	Gehechtheidsrelatie versterken	Groepsgerichte aanpak/training
Integratieve therapie voor gehechtheid en gedrag (ITGG) (Nji., z.d.-f). (Bartmeus, 2021).	9 maanden tot 18 jaar	3 sessies van 60 minuten per week, 1 jaar lang	Kinderen met meervoudige problematiek, een ernstige verstandelijke beperking en ernstige problemen met gehechtheid en gedrag	Intensieve versterking van de gehechtheidsrelatie	Individuele aanpak
NIKA Jeugdinterventie (Nji., z.d.-h). (NIKA, z.d.).	0 t/m 12 jaar	5 sessies van 30 – 60 minuten	Kinderen en ouders/verzorgers met signalen van verstoord hechtingsgedrag	Verminderen van verstoord/gedesorganiseerde hechting	Individuele aanpak/gezinsgerichte aanpak
Theraplay (The Theraplay Institute, z.d.). (Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, z.d.-b). (Prendiville & Howard, 2014).	0 t/m 12 jaar	1 – 10 sessies van 30 – 60 minuten	Kinderen en ouders/verzorgers	Gehechtheidsrelatie versterken door speels contact	Gezinsgerichte aanpak
TOM-training (Nji., z.d.-e).	4 t/m 12 jaar	24 bijeenkomsten van 60 minuten	Kinderen met autisme en de ouders/verzorgers	De sociaal-cognitieve ontwikkeling bevorderen van kinderen met autisme	Groepsgerichte aanpak (2 – 6 kinderen)
Video feedback Intervention to Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD) (Nji., z.d.-i). (Karakter, z.d.).	0 t/m 6 jaar	1 – 10 sessies van 30 – 60 minuten	Ouders/verzorgers	Verminderen van problemen en gehechtheidsrelatie versterken	Gezinsgerichte aanpak

Voor het maken van een selectie, passend en aansluitend bij de Vroegbehandeling, zijn de interventies stap voor stap beoordeeld en tegen elkaar afgewogen.

- De Basic Trustmethode is een methode bestaande uit 8 tot 12 sessies. Deze sessies vinden plaats met behulp van videofeedback. De video-opnamen staan in het teken van spel- of een opvoedingssituatie waarin ouders/verzorgers bevestiging krijgen in hun handelen. De videofeedback wordt samen met ouders/verzorgers besproken. Op deze manier wordt gedesorganiseerd opvoedgedrag gecorrigeerd en veilig disciplineren aangeleerd. “De Basic Trustmethode is in 2017 (opnieuw) is erkend door de Erkenningscommissie Interventies als “Eerste aanwijzingen voor effectiviteit” en opgenomen in de Databank Effectieve Interventies van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI.)” (Basic Trust, z.d.). Voor gebruik van de methode is een training vereist van Basic Trust.
- EMDR is een therapievorm die al gebruikt wordt in de (organisatie). De organisatie heeft positieve ervaringen met deze therapievorm en daarom zal deze meegenomen worden. Het is een therapievorm die aansluit bij traumasymptomen.
- Floorplay is een methode waarbij er spelenderwijs interactie gestimuleerd wordt tussen ouder/verzorger en het kind. Tijdens het speelmoment wordt er door de behandelaar gecoacht. Deze methode kan zowel op de groep uitgevoerd worden, in een aparte ruimte of in de thuissituatie. Bij Floorplay is de ouder/verzorger volgend. De methode sluit aan bij de interesses van het kind, waardoor de emotionele band gestimuleerd wordt door het samenspel. “Bij kinderen met een ontwikkelingsachterstand is het niet altijd duidelijk wat de aard van de problematiek is. Met Floorplay worden de cognitieve en sociale capaciteiten van het kind zichtbaar” (Floorplay, 2016). Uit de bijeenkomst kwam naar voren dat het kind perspectief in het instrument ASCT erg positief ontvangen werd. Helaas sluit dit instrument niet aan bij alle leeftijden. De interventie Floorplay sluit daarbij goed aan op de wensen van de medewerkers, alleen zal er een instrument op voorhand uitgezet moeten worden zodat je met Floorplay exact weet waar je op in gaat zetten met de interventie.
- De Gordon-training is een groepstraining voor ouders en verzorgers die problemen in de ouder-kind relatie ervaren. De groepstraining bestaat uit 10-wekelijkse bijeenkomsten die drie uur duren (Gordon, 2020). Uit persoonlijke communicatie (15 maart, 2022) is naar voren gekomen dat er bij de (organisatie) al een groepstraining aangeboden wordt aan ouders en verzorgers gericht op psychoeducatie. Hierdoor zal de Gordon-training niet aansluiten bij de wensen/behoefte van de medewerkers.
- De Integratieve therapie voor gehechtheid en gedrag (ITGG) wordt ingezet als er sprake is van een ernstige verstandelijke beperking en bij ernstige problemen met gehechtheid en gedrag. Het doel van deze interventie is het verminderen van probleemgedrag en dat de gehechtheidsrelatie weer wordt opgebouwd. De interventie bestaat uit drie sessies van een uur per week en duurt ongeveer een jaar (NJI, z.d.-f). De ITGG is een zeer intensieve vorm van therapie en sluit aan bij kinderen met een ernstig verstandelijke beperking (IQ 20 tot 40). De kinderen zijn gemiddeld 9 maanden op de Vroegbehandeling en hebben vaak een gemiddeld IQ. Dit kunnen redenen zijn waardoor de ITGG niet goed aansluit bij de Vroegbehandeling.
- “NIKA richt zich op kinderen (en hun ouders) van 9 maanden tot 6 jaar die een verhoogd risico lopen op gedesorganiseerde hechting of signalen laten zien van verstoord hechtingsgedrag. Het doel is het voorkomen of verminderen van gedesorganiseerde hechting” (NJI, z.d.-h). De interventie bestaat uit een diagnostiekfase en een interventiefase. In de diagnostiekfase wordt er een interview afgenomen, een vragenlijst afgenomen en wordt er beeldopnamen gemaakt van de ouder/verzorger met het kind. Na deze fase wordt alles besproken met de ouder/verzorger. De interventiefase bestaat uit maximaal vijf momenten waarbij er beeldopnames worden gemaakt. Hierna volgt een gesprek met de ouder/verzorger waarbij de opnames besproken worden. De focus ligt op het aanleren wat helpend is tussen ouder/verzorger en kind voor de relatie. Om de interventie uit te mogen voeren is er een registratie nodig (NIKA, z.d.).
- Theraplay is een interventie die wordt ingezet om de band tussen een ouder/verzorger en het kind te verstevigen. Op een speelse manier wordt het gedrag van het kind verbeterd en wordt de relatie tussen ouder/verzorger en kind versterkt. Theraplay wordt onder andere ingezet bij hechtingsproblemen en bij

kinderen met ontwikkelingsproblemen zoals autisme. Bij de interventie worden zowel het kind als ouders/verzorgers betrokken. Er wordt aangemoedigd tot speels en afgestemd contact, passend bij een veilige onderlinge relatie. Deze momenten worden gefilmd waardoor de behandelaar het later terug kan kijken samen met ouders/verzorgers. De interventie bestaat ongeveer uit twaalf tot zestien sessies van ongeveer 60 minuten. Over het algemeen is er één sessie per week. Voor het uitvoeren van de interventie is een training vereist (The Theraplay Institute, z.d.).

- De TOM-training bevordert de sociaal-cognitieve ontwikkeling van kinderen van 4 tot en met 12 jaar met een autismespectrumstoornis (NJi, z.d.-g). Deze training sluit goed aan bij kinderen met autisme maar sluit niet aan bij de leeftijdsgroep. Het is een groepstraining voor 2 tot 6 kinderen en bestaat het uit 24-wekelijkse bijeenkomsten van een uur.
- Video feedback Intervention to Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD) is erop gericht om gedragsproblemen te voorkomen of te verminderen. Dit wordt gedaan door de opvoedingsvaardigheden van ouders/verzorgers te versterken en de aandacht te leggen op de positieve interactie/sensitieve disciplinerings-strategieën. De interventie kan op locatie of bij het gezin thuis uitgevoerd worden. De interventie bestaat uit het filmen van dagelijkse momenten (spelsituaties of eetmomenten). Dit zijn korte momenten tussen de 10 en 30 minuten. In totaal zijn het ongeveer 7 interventiemomenten (huisbezoeken). Vervolgens wordt er feedback gegeven op de interactie tussen de ouder/verzorgers en het kind. De positieve interactie en de sensitieve discipline staan hierin centraal. De feedback wordt zo gegeven dat de ouder/verzorgers het goed in de praktijk kan toepassen (Karakter, z.d.).

Hoofdstuk 4: Concluderen, discussie en aanbevelingen

4.1 Conclusie

Het onderzoek is opgezet om antwoord te geven op de vraag 'Op welke manier kan de Vroegbehandeling van de (organisatie) de hechting bevorderen tussen een ouder/verzorger en het kind?'.

Dit is onderzocht door middel van enquêtes, interviews en persoonlijke gesprekken (zie databoek). Om de hoofdvraag te beantwoorden is er gekeken naar welke wensen/behoefte en randvoorwaarden er zijn bij de medewerkers, wat de ervaringen van soortgelijke organisaties zijn en welke instrumenten en interventies er al zijn.

Uit de wensen/behoefte en randvoorwaarden van de medewerkers van de Vroegbehandeling, is gebleken dat er behoefte is aan extra scholing over het onderwerp hechting en hechting bij kinderen met autisme. De scholing zal dan gaan over het signaleren van hechtingsproblemen en het behandelen van deze hechtingsproblemen. Daarnaast is er de wens om een instrument te hebben dat deze hechtingsproblemen in kaart brengt. De belangrijkste randvoorwaarden voor dit instrument zijn: een instrument passend bij de leeftijd 2 – 6 jaar, een instrument dat hechting in kaart brengt, rekening houdt met autisme en een korte afnameduur heeft.

Soortgelijke organisaties geven aan dat zij ook andere instrumenten gebruiken om de hechting in kaart te brengen. Zo wordt er gebruikgemaakt van een genogram, observatie en van een ontwikkelingsanamnese. Hierbij wordt niet alleen de hechting van het kind in kaart gebracht, maar wordt er ook gekeken naar de familiestructuur en het ouder/verzorgerperspectief. Hiermee kunnen vragen gesteld worden en er kan verdiepend ingegaan worden op bijvoorbeeld de voorgeschiedenis (Braet & Bosmans, 2016).

Uit de interviews met de soortgelijke organisaties en uit het onderzoek naar instrumenten blijkt dat er geen instrument is dat zowel hechting in kaart brengt als onderscheid maakt tussen hechtingsproblemen en autisme. Hechting en autisme hebben veel overeenkomsten waardoor het niet mogelijk is om dit in één instrument te omvatten. Een van de soortgelijke organisaties geeft aan dat zij met meerdere instrumenten werken om zo de hechting en autisme naast elkaar kunnen leggen. In de praktijk is het belangrijk dat de gedragingen van autisme bekend zijn zodat daar rekening mee wordt gehouden tijdens het screenen van de hechtingsproblemen (Naber, 2020).

Uit de interviews en de bijeenkomst met medewerkers gekomen dat er meerdere instrumenten interessant zijn voor gebruik in de praktijk. De situaties waarvoor een instrument ingezet kan worden kunnen zodanig afwijken dat er een verschil in aanpak nodig is. Hoe verschillend, hangt af van het doel waarvoor het instrument wordt ingezet, welke informatie er al bekend is en welke nog nodig is. Daarnaast maakt het uit of er vanuit kindperspectief geobserveerd wordt of vanuit ouder/verzorgerperspectief.

Uit de gesprekken met de opdrachtgevers en de inventarisatie van de wensen en behoeftes van medewerkers kwam er tijdens het onderzoek naar voren dat het voornaamste doel van dit onderzoek het in kaart brengen van de gehechtheid is. Dit was een belangrijk inzicht en heeft het vervolg van het onderzoek gestuurd richting instrumenten. De interventies zijn wel meegenomen omdat dit de vervolgstappen zijn als uit de onderzoeken blijkt dat sprake zou zijn van hechtingsproblemen.

Samengevat kan geconcludeerd worden:

- Dat de hechting tussen ouder/verzorger en kind eerst in kaart moet worden gebracht voordat de hechting bevorderd kan worden.

- De hechting kan bevorderd worden zonder dat de hechting in kaart is gebracht, maar dan kan er geen gerichte behandeling ingezet worden omdat er dan niet bekend is waar de behandeling op ingezet moet worden. Hiervoor is het belangrijk om dus eerst de hechting in kaart te brengen zodat de vervolgstappen aansluiten op de hulpvraag.
- De hechting in kaart brengen gebeurt door middel van een instrument en het bevorderen van de gehechtheidsrelatie met van een interventie.
- Om de hechting in kaart te brengen en te bevorderen bestaan meerdere instrumenten en interventies. Uit de interviews en de bijeenkomst zijn zeven belangrijke instrumenten naar voren gekomen. Dit zijn de LSVG, de AISI, de ARI-CP, de ASCT, de EAS en de KJTS. De medewerkers zijn van mening dat dit de juiste instrumenten zijn om hechting in kaart te kunnen brengen (persoonlijke communicatie, 12 mei 2022).
- Uit de afwegingen vanuit het literatuuronderzoek kunnen aanvullend meerdere interventies meegenomen worden, namelijk: de Basic Trustmethode, EMDR, Floorplay, NIKA, Theraplay en de VIPP-SD.
- Om aan te sluiten bij de wensen en de behoeftes van de Vroegbehandeling zal de focus eerst liggen op het in kaart brengen van de gehechtheid. Als de Vroegbehandeling over wil gaan op het behandelen van de gehechtheid dan kan er gekeken worden naar de interventies.

4.2 Discussie

Om het onderzoek richting te geven en gestructureerd te laten verlopen is er gekozen om de stappen van Van der Donk & Van Lanen (2011) te volgen. Aan de hand van deze stappen zijn het onderwerp, de doelstelling, de betrokkenen, de doelgroep en de tijdsperiode afgebakend. In de probleemanalyse en de methode van onderzoek (zie hoofdstuk 1 en hoofdstuk 2) is terug te zien welke stappen er zijn gezet. Door het onderzoek zo af te bakenen is het uitvoerbaar en haalbaar binnen de gestelde tijd. Met een planning (zie bijlage 5) is het tijdspad gestructureerd verlopen.

Tijdens het onderzoek zijn data in veel vormen verzameld. Dit vergroot de betrouwbaarheid van het onderzoek omdat de informatie dan ook op veel manieren met elkaar vergeleken kon worden. Er wordt dan gesproken van brontriangulatie (Van der Donk & Van Lanen, 2015). De onderzoekers vonden het belangrijk om correcte informatie te delen. Het onderzoek is daarom regelmatig voorgelegd en gecontroleerd door de opdrachtgevers om te checken of het onderzoek valide is en of de informatie klopt en aansluit op hun wensen en behoeftes.

Tijdens de dataverzameling kwamen de onderzoekers erachter dat het onderzoek beter tot zijn recht zou komen met vier deelvragen in plaats van drie deelvragen. Dit is transparant besproken met de opdrachtgevers en zo hebben zij mee kunnen denken in het proces en sturing kunnen geven. Door deze korte lijnen in de communicatie met de opdrachtgevers wordt de validiteit van het onderzoek gewaarborgd. Dit heeft geleid tot een focus op instrumenten in plaats van interventies. Omdat er in korte lijnen gecommuniceerd werd, was dit in een vroeg stadium bekend waardoor de onderzoekers hier snel op konden anticiperen. Door snel schakelen van de onderzoekers heeft dit niet geresulteerd in een probleem.

De data zijn verzameld met enquêtes, interviews en van persoonlijke gesprekken. De enquête is afgenomen bij 8 van de 13 medewerkers, allemaal werkzaam voor de Vroegbehandeling van de (organisatie). Van de dertien medewerkers hebben er acht de enquête ingevuld. De antwoorden van de acht medewerkers komen goed met elkaar overeen waardoor de verwachting is dat het weinig verschil zou maken als alle dertien medewerkers de enquête ingevuld zouden hebben. Als de antwoorden veel van elkaar zouden verschillen dan had het een probleem kunnen zijn voor de betrouwbaarheid (Van der Donk & van Lanen, 2017). Op dat moment zouden de onderzoekers persoonlijke gesprekken inzetten om toch de overige medewerkers te spreken over hun ervaringen met hechting. De afwijkingen zijn te vinden in het antwoord op de vraag of hechting momenteel in kaart wordt gebracht. Deze

afwijkingen zijn te verklaren doordat er op de ene groep momenteel hiervoor meer aandacht voor is dan op de andere groep en een andere kijk vanuit medewerkers op het in kaart brengen van hechting.

De interviews zijn uitgevoerd bij 2 van de 5 benaderde (soortgelijke) organisaties. Hierdoor kan de verkregen informatie minder betrouwbaar zijn (Van der Donk & Van Lanen, 2017). De andere drie hebben aangegeven niet te kunnen of willen deelnemen aan het onderzoek, wegens privacy redenen en personeelstekorten. Als er meer organisaties hadden deelgenomen, zouden er meer gegevens zijn geweest en de betrouwbaarheid groter. Niettemin heeft het vergelijkingsmateriaal van twee organisaties voor verheldering en verduidelijking voor de praktijkverbetering gezorgd. Opvallend was dat deze twee organisaties dezelfde instrumenten/interventies aandroegen en eenzelfde werkwijze hanteerden. Mogelijk dat dit bij meer organisaties het geval is. De beschreven resultaten en de conclusie, aan de hand van de transcripten, zijn gecontroleerd door de twee organisaties. Een verbeterpunt voor het onderzoek is dat er meer in had kunnen zitten als was ingezet het betrekken van meer organisaties, bijvoorbeeld door de regio te verschuiven of door meer organisaties te benaderen.

Aan de hand van de uitkomst van de enquête is er een bijeenkomst georganiseerd bij de (organisatie). Van de dertien medewerkers waren er zes medewerkers aanwezig na meerdere uitnodigingen. Natuurlijk had de uitkomst anders/uitgebreider kunnen zijn als alle dertien medewerkers waren aangeschoven. De zes medewerkers die aanwezig waren bij de bijeenkomst waren eensgezind en de antwoorden op de vragen kwamen overeen.

Door het gebruik van de verschillende methoden om data te verzamelen, wordt de betrouwbaarheid vergroot. Deze informatie wordt met elkaar vergeleken en gecheckt op volledigheid.

Zowel uit de conclusie als uit de discussie kan worden vastgesteld dat het allereerst van belang is om de hechting in kaart te brengen. Bijvoorbeeld door het inzetten van instrumenten, maar er kan ook gebruikgemaakt gaan worden van een genogram, een observatie of een ontwikkelingsanamnese.

Daarnaast is het goed om te kijken naar de interventies, omdat die uiteindelijk de hechting zullen bevorderen. Zoals aangegeven is het focuspunt tijdens het onderzoek verlegd naar de instrumenten omdat daar de behoefte was/is. Toch is het bevorderen van de hechting wel een zeer belangrijk onderwerp. Daarom is het alsnog meegenomen en het is tevens de vervolgstap voor de organisatie. Voor een vervolgonderzoek zou dit een heel mooi onderwerp zijn. En dan wanneer de Vroegbehandeling bij de volgende stap is aangekomen, namelijk de gehechtheid bevorderen.

4.3 Aanbevelingen

Op basis van conclusies en discussie kunnen de volgende aanbevelingen worden gedaan:

- Aanbevolen wordt om een basiscursus hechting op te stellen, om hechting beter te kunnen begrijpen. In deze basiscursus zal uitgelegd worden wat hechting is en hoe het gesignaleerd kan worden binnen de Vroegbehandeling.
- Om hechting in kaart te brengen, wordt er aanbevolen om gebruik te maken van een observatie, een genogram en een ontwikkelingsanamnese. Zo worden zowel het kind- als het ouderperspectief meegenomen bij het in kaart brengen.
- Aanbevolen wordt om een stappenplan op te stellen waarin wordt aangegeven welk instrument kan worden ingezet bij welke vorm van hechting.
 - o Hierbij wordt er gekeken naar de stappen en naar hoe de medewerkers van de Vroegbehandeling de instrumenten kunnen vinden.
- Aanbevolen wordt om te kijken naar de mogelijkheden voor een vervolgonderzoek voor de interventies.

- Aanbevolen wordt om het ouderperspectief mee te nemen in het proces van de behandeling. Ouders/verzorgers kunnen meedenken om het proces vorm te geven en in welke vorm voor de hen werkt. Dit kan bijvoorbeeld door middel van co-creatie. Hierbij hebben alle deelnemers invloed op het proces en het resultaat, het is een vorm van samenwerking (Van 't Veer, Wouters, Veeger & Van der Lugt (2021).

De aanbevelingen worden uitgewerkt in een implementatieplan. Echter zullen niet alle aanbevelingen uitgewerkt worden. Voor sommige geldt dat te weinig onderzoek is gedaan, ze zijn gebaseerd op minder betrouwbare uitkomsten die mogelijk niet valide genoeg zijn, om toe te kunnen passen binnen de Vroegbehandeling. Voor de aanbeveling over het ouderperspectief geldt dat deze al wordt toegepast in de praktijk. Tijdens de behandeling worden de stappen afgestemd en doorgenomen met ouders/verzorgers, hierin nemen ze het ouderperspectief mee in de behandeling. De aanbevelingen die wel zijn meegenomen in het implementatieplan zijn met name aanbevelingen die resulteren uit de interviews en enquêtes

Implementatieplan

De aanbevelingen worden in tabel 8 gepresenteerd aan de hand van een implementatieplan. Hierin wordt duidelijk welke aanbevelingen worden doorgevoerd en wie hiervoor verantwoordelijk is. Ook wordt er gekeken hoe de aanbevelingen worden geborgd.

Tabel 8: Implementatieplan

Wat:	Hoe:	Wie doet wat:	Wanneer:	Door wie geborgd:
Er zal een basiscursus hechting opgesteld gaan worden, om hechting beter te kunnen begrijpen. In de basiscursus wordt uitgelegd wat hechting is en hoe het gesignaleerd kan worden binnen de Vroegbehandeling.	In 2021 is er een referaat gegeven over hechting. De medewerkers van de Vroegbehandeling geven aan dat zij dit graag weer zouden willen maar dan in de vorm van een cursus. De cursus bestaat uit meerdere dagen waardoor er meer informatie kan worden gedeeld. En de medewerkers verwerkingstijd krijgen om de informatie op te kunnen slaan.	De medewerkers van de Vroegbehandeling zijn verantwoordelijk voor het aangeven wat zij zouden willen leren over hechting. De behandelaar die gespecialiseerd is in werken met hechting, zal de cursus opzetten. Daarbij is de input van de medewerkers van belang.	De basiscursus wordt pas geïmplementeerd in 2023. De behandelaar die gespecialiseerd is in werken met hechting, is al op de hoogte dat deze behoefte van de medewerkers. De behandelaar is nu bezig met een opzet te maken voor de basiscursus.	Door de behandelaar die gespecialiseerd is in werken met hechting.

Er zal een stappenplan worden opgesteld, waarin wordt aangegeven welk instrument kan worden ingezet bij welke vorm van hechting.	Er wordt een stappenplan opgezet aan de hand van een organogram. Hierin wordt er per stap aangegeven welk instrument aansluit bij welke vorm van hechting. Het geeft dus aan welk instrument er nodig is om bijvoorbeeld de gehechtheidsstijl van ouders in kaart te brengen. Bij het opstellen van het stappenplan wordt ook beschreven waar de Vroegbehandeling de instrumenten kan vinden.	De onderzoekers stellen een stappenplan op. Aan de hand van de gevonden literatuur en de bijeenkomst met de medewerkers, is er een aantal instrumenten dat mee zal worden genomen in het stappenplan. Na het opstellen van het stappenplan zullen de onderzoekers dit presenteren aan de medewerkers van de Vroegbehandeling.	Het stappenplan zal 31 mei 2022 worden gepresenteerd bij de opdrachtgevers. Daarna zullen er afspraken gemaakt worden wanneer het aan de medewerkers wordt gepresenteerd. De implementatiedatum is nog niet bekend.	Aangezien de onderzoekers in juni 2022 klaar zijn met hun onderzoek, kunnen zij het niet waarborgen. Daarom zullen de gedragswetenschappers dit borgen. Omdat zij degene zijn die voornamelijk de instrumenten mogen uitvoeren.
--	---	---	---	---

Alle aanbevelingen zijn besproken met de behandelaar die gespecialiseerd is in het werken met hechting, met de opdrachtgevers, en komen voort uit de enquête, de bijeenkomst met de medewerkers en het gesprek met twee medewerkers van de (organisatie). Zo heeft iedereen kunnen meedenken over de aanbevelingen en zijn ze betrokken bij het plan. Ook is er geluisterd naar de belangen. Dit heeft draagvlak gecreëerd binnen de Vroegbehandeling van de (organisatie) en bij de alle betrokkenen (Van der Donk & Van Lanen, 2017).

Voor- en nadelen implementatieplan

Aan elke aanbeveling zijn er voor- en nadelen verbonden. Hieronder zullen deze per aanbeveling toegelicht worden.

Er zal een basiscursus hechting opgesteld gaan worden, om hechting beter te kunnen begrijpen. In de basiscursus wordt uitgelegd wat hechting is en hoe het gesignaleerd kan worden binnen de Vroegbehandeling.

In Nederland is 42% van de kinderen met autisme veilig gehecht, rond het tweede levensjaar. Daarnaast is 33% van de kinderen met autisme onveilig gehecht (Naber et al, 2007). Vooral dat laatste percentage is erg hoog. Om het percentage te kunnen verlagen is het handig om te weten wat hechting inhoudt. Vandaar dat de eerste stap voor de medewerkers van de Vroegbehandeling gaat zijn om kennis te vergaren over hechting. Pas als zij weten wat hechting

inhoudt en waar je op moet letten bij het signaleren ervan, kunnen zij het traject starten. Het is belangrijk dat de medewerkers van de Vroegbehandeling weten waar ze het over hebben als er mogelijk sprake is van een onveilige gehechtheid. Ook omdat bij het signaleren de ouders/verzorgers zullen worden betrokken. Ondanks dat het heel belangrijk is dat deze cursus er gaat komen, heeft dit ook een nadeel. Momenteel is bij de (organisatie) een iemand bevoegd om deze cursus te geven. Dit is een grote verantwoordelijkheid waarover nagedacht moet worden.

Er zal een stappenplan worden opgesteld waarin wordt aangegeven welk instrument kan worden ingezet bij welke vorm van hechting.

Een stappenplan helpt bij het in kaart brengen en met welk instrument. Nu is het nog een beetje onduidelijk. Er zijn namelijk veel instrumenten om in te zetten bij het signaleren van hechting. Een stappenplan geeft structuur, een overzichtelijke weergave van het aanbod. Door de medewerkers is er de wens/behoefte geuit om het instrument te koppelen aan een type gehechtheid (persoonlijke communicatie, 12 mei 2022). Dit betekent dat als een kind signalen afgeeft van ambivalente gehechtheid (nabijheid zoeken en tegelijkertijd afstoten) dat er makkelijk te vinden is welk instrument daarvoor gebruikt kan worden om het gedrag te signaleren. Voor het signaleren is binnen de Vroegbehandeling niet iedereen bevoegd en heeft de rechten om te screenen. Veel van de instrumenten mogen alleen ingezet worden door een gedragsdeskundige (Nji., z.d.-d). Binnen de Vroegbehandeling zouden dat alleen de gedragswetenschappers zijn. Dit geldt niet voor alle instrumenten, maar voor het merendeel wel.

Waarborging

Gedurende het onderzoek is er voldoende nagedacht over de borging van het implementatieplan. Door alle betrokkenen te spreken en te informeren is er voldoende draagvlak gecreëerd. Het thema 'hechting' gaat door het implementeren van de aanbevelingen centraler staan. Er is voor gekozen om in het vervolg het thema 'hechting' terug te laten komen tijdens de teamvergaderingen van de Vroegbehandeling. Daarnaast zal het thema in de VB-MAPP (ontwikkelingsscoringslijst) benadrukt worden. De sociotherapeuten zullen bij het invullen van de lijst meer kijken met een hechtingsbril.

Hoofdstuk 5: Presenteren en evaluatie

5.1 Presenteren

In hoofdstuk 4 worden de aanbevelingen die zijn voortgekomen uit de conclusie en de discussie gepresenteerd. Van de vijf zijn er twee uitgewerkt in een implementatieplan. Deze twee aanbevelingen worden in dit hoofdstuk verder uitgewerkt en gepresenteerd aan de opdrachtgevers/de medewerkers van de Vroegbehandeling. Het is de bedoeling dat de aanbevelingen uiteindelijk geïmplementeerd worden binnen de Vroegbehandeling.

Implementatieplan

De twee aanbevelingen die worden uitgewerkt om binnen de Vroegbehandeling te implementeren zijn:

- Het **opstellen van een basiscursus hechting** om het begrip ‘hechting’ wat beter te kunnen begrijpen. In deze basiscursus wordt uitgelegd wat hechting is en hoe het gesignaleerd kan worden binnen de vroegbehandeling.
- Het **maken van een stappenplan**, waarin aangegeven is welk instrument kan worden ingezet bij welke vorm van hechting. Hierbij wordt er gekeken naar de stappen en naar waar de medewerkers van de Vroegbehandeling de instrumenten kunnen vinden.

In paragraaf 4.3 is het implementatieplan te vinden. In dit implementatieplan is weergegeven hoe de aanbevelingen worden doorgevoerd en wie er verantwoordelijk is. Ook wordt aangegeven, wanneer het wordt geïmplementeerd en wie het borgt.

Belangrijk is dat de aanbevelingen geëvalueerd worden. Dit gebeurt aan de hand van een tussen- en eindevaluatie. Tijdens de tussenevaluatie wordt gekeken hoe de basiscursus hechting en de handleiding er op dat moment aan toe zijn, of het aanslaat bij de medewerkers van de Vroegbehandeling en waar zij tegenaan lopen. Door dit te inventariseren kunnen de aanbevelingen worden aangepast. De aanpassingen worden door de mensen die het borgen doorgevoerd (zie paragraaf 4.3). In een eindevaluatie wordt er gekeken of de aanbevelingen voldoen aan de behoefte en wensen van de medewerkers van de Vroegbehandeling. In het geval dat er nog aanpassingen moeten komen, zal dit gecommuniceerd worden met de mensen die de aanbevelingen borgen. De mensen die borgen, zullen degene zijn die de taken gaan delegeren. Uiteindelijk is het team gezamenlijk verantwoordelijk voor het resultaat. (Daamen, z.d.).

Product

Een van de aanbevelingen is ontwikkeling van producten. Allereerst een basiscursus hechting, waarover zal worden gecommuniceerd met de behandelaar die dit in werking gaat zetten, het verder vorm gaat geven en eindverantwoordelijkheid is. Het gaat in de basiscursus om kennis die al bestaat en gedeeld zal worden. Tijdens het uitwerken zal er een gesprek plaats vinden met de behandelaar, waarin wordt aangegeven waaraan de cursus moet voldoen. Daarin zullen de wensen en behoeftes van de medewerkers van de Vroegbehandeling, worden meegenomen.

Het tweede product is het ontwikkelen van het stappenplan. Dit maakt duidelijk hoe hechting in kaart gebracht kan worden. Uit het onderzoek is namelijk gebleken, dat voor het in kaart brengen niet alleen instrumenten worden gehanteerd maar ook van een genogram of een ontwikkelingsanamnese. Er is gekozen om een handleiding op te

stellen. In deze handleiding staan de stappen die gezet moeten worden om de hechting in kaart te brengen. De handleiding is onderverdeeld in 4 stappen.

- Stap 1: Wees alert op gehechtheid
- Stap 2: Vermoeden van een problematische gehechtheidsrelatie
- Stap 3: Vervolg stappen
- Stap 4: Behandelplan

Daarnaast worden er ook nog bijlagen in de handleiding weergegeven, waarin de instrumenten die gehanteerd worden in stap 2/3, in kaart zijn gebracht. Daarin wordt aangegeven, waar de instrumenten te vinden zijn en wie ze mag uitvoeren.

De handleiding kan worden ingezet om hechting in kaart te brengen en kan worden gebruikt bij alle groepen. Omdat het in een mapje zit kan het makkelijk erbij worden gepakt. De handleiding is zo ontwikkeld, dat de medewerkers van de Vroegbehandeling alleen maar de stappen hoeven te doorlopen. Per stap staat duidelijk aangegeven wat je zou kunnen doen. Doordat er concreet staat beschreven wat de medewerkers moeten doen, is er een grotere kans dat zij deze handleiding daadwerkelijk zullen gebruiken (Van der donk & Van Lanen, 2017).

De handleiding is bijgevoegd als apart document.

Proces

Bij het in werking zetten van de basiscursus hechting, is er contact geweest met de behandelaar die de cursus gaat geven. Zij weet veel van dit onderwerp af en heeft al eerder in 2021 een referaat aan de vroegbehandeling gegeven. Haar betrokkenheid is van groot belang geweest tijdens dit onderzoek. Zij heeft veel informatie gedeeld en er is bij elke stap die gezet werd, contact met haar geweest.

Voor het ontwikkelen van het product hebben de uitkomsten van de enquête en de bijeenkomst belangrijke input gegeven. Onder andere naar aanleiding van deze twee meetinstrumenten is het stappenplan ontwikkeld. Vanuit de medewerkers van de Vroegbehandeling kwamen er een aantal wensen/behoefte en randvoorwaarden waaraan de instrumenten moeten voldoen. Daarom zijn AISI, de ARI-CP, de ASCT, de EAS, de KJTS en de LSVG meegenomen in het stappenplan. In het begin van het onderzoek lag de focus vooral op deze instrumenten, daarna waren er ook andere invalshoeken, vandaar ook de keuze om een handleiding op te stellen. Bij het opstellen van de handleiding hebben de medewerkers van de Vroegbehandeling een groot aandeel gehad door de instrumenten te filteren tot de (uiteindelijke) 6/ Ze hebben aangegeven altijd te willen starten met het instrument de LSVG. Ook de geïnterviewden en de behandelaar bijgedragen aan het ontwikkelen van de handleiding. De 'Richtlijnen Jeugdhulp' gaven een kader bij het opstellen van een handleiding (Richtlijnen jeugdhulp, 2021).

Afstemmingsoverleg

Voor het draagvlak binnen de Vroegbehandeling van de (organisatie) is ervoor gekozen om tijdens de presentatie de producten en het implementatieplan te bespreken. Benadrukt is dat het product aansluit op de wensen en behoeftes van de medewerkers van de Vroegbehandeling. Er is daarom veel rekening gehouden met hun wensen en behoeftes.

Tijdens de presentatie kwam de vraag naar voren, hoe het product geïmplementeerd wordt. In overleg met de opdrachtgevers, zullen de onderzoekers dit doen. Wel moet er een geschikte datum worden gevonden, zodat alle medewerkers aanwezig kunnen zijn. Hoe meer medewerkers er aanwezig zijn, hoe meer de betrokkenheid kan

worden vergroot (Van der Donk & Van Lanen, 2017). Ook is er besproken hoe en waar het product (digitaal) te vinden zal zijn, dit zal in het SharePoint zijn. Hier kunnen alle medewerkers van de Vroegbehandeling bij. Daarnaast krijgen alle groepen een uitgeprinte versie.

5.2 Evaluatie

Naar aanleiding van de presentatie hebben de opdrachtgevers feedback gegeven in het formulier van de opleiding. Zij geven aan dat de producten goed aansluiten op hun wensen en behoeften. Vooral de handleiding is voor de Vroegbehandeling een inzetbaar product. Het volledige feedback is te vinden in het document feedbackformulieren.

Wat de medewerkers Vroegbehandeling van het product vinden is nog niet geïnventariseerd. Dit zal gedaan worden wanneer het product bij hen is geïmplementeerd. Helaas gaat dit pas plaatsvinden na het inleveren van dit onderzoek. Hierdoor kan hun evaluatie niet worden meegenomen en is het product wellicht wat minder betrouwbaar (Van der Donk & Van Lanen, 2017). Wel hebben de opdrachtgevers de handleiding al gedeeld met een aantal medewerkers. Hun feedback is dan ook meegekomen waardoor de betrouwbaarheid weer wat vergroot is.

De feedback van de opdrachtgevers is dusdanig dat er geen nieuw implementatieplan hoeft te worden opgesteld. Het enige mogelijke verbeterpunt is het aansluiten bij autisme. Echter wordt er al meerdere malen in het onderzoek geconcludeerd dat er geen instrument bestaat die autisme en hechting beide in kaart brengt. De onderzoekers hebben aangegeven dat er naast een hechtingsinstrument, een signaleringslijst voor autisme kan worden neergelegd. Dit zouden de onderzoekers nog extra bij de medewerkers van de Vroegbehandeling kunnen benadrukken tijdens het implementeren van de producten.

De Vroegbehandeling kan nu aan de slag met het in kaart brengen van de hechting. Bij de start van de behandelingen kijken de medewerkers welk instrument zij gaan inzetten. Er kan dan worden gekeken om welke problematiek het gaat. Of om beide, dat kan natuurlijk ook. Daarbij is het ook belangrijk voor het kind dat er een behandeling wordt ingezet die aansluit bij de behoefte die op dat moment nodig zijn.

Als de onderzoekers terugkijken op het volledige onderzoek zijn ze tevreden met de uitkomsten. De producten sluiten aan op de wensen, behoefte en de gestelde randvoorwaarden van de medewerkers. Er zijn overeenkomsten met de aanpak van soortgelijke organisaties. De stappen in het onderzoek zijn verlopen zoals gedacht en alles komt voort uit de voorgaande hoofdstukken. Ook zijn de onderzoekers tevreden met de fijne samenwerking waarin gelachen kon worden, alles besproken kon worden en waar er vanuit twee kanten hard is gewerkt aan een mooi resultaat. Er is een product uit voort gekomen wat echt gaat worden gebruikt binnen de Vroegbehandeling.

Hoofdstuk 6: Verantwoording

In dit hoofdstuk zal er verantwoord worden waarom er bepaalde keuzes zijn gemaakt. Waarom is er in sommige onderdelen van het onderzoek afgeweken van de eerste opzet en wat heeft ervoor gezorgd dat de praktijkverbetering heeft geleid tot het ontwikkelen van een product? Gedurende de praktijkverbetering zijn er verschillende stappen gezet aan de hand van overwogen en te onderbouwen keuzes.

Deze verantwoording is geschreven vanuit de invalshoek van de praktijkverbetering, en vanuit het perspectief van Hbo pedagoog. De onderzoekers zijn na deze praktijkverbetering immers zelf Hbo pedagoog .

Hier zullen de stukken verantwoord worden die in het onderzoek nog niet aan bod zijn gekomen. De verantwoording zoals die al in het onderzoeksverslag zijn terug te vinden, zijn terug te vinden aan de hand van een leeswijzer.

Uitvoering van het onderzoeks- en verbeterproces

Alle keuzes die gemaakt zijn tijdens het onderzoek zijn besproken met de opdrachtgevers. Aan de hand van hun wensen zijn er stappen gezet en keuzes gemaakt: Zoals de keuze van de onderzoekbenadering, de betrokkenen, de meetinstrumenten en de procedure van het onderzoek. Deze zijn in paragraaf 2.2 uitgelegd.

In hoofdstuk 1, is de aanleiding beschreven voor dit onderzoek. De keuzes die hieruit zijn voortgekomen staan beschreven in paragraaf 2.2.

In de discussie (paragraaf 4.2) is beschreven hoe het verloop is geweest van een aantal gemaakte keuzes. Niet alles is namelijk gegaan zoals van te voren gepland was.

Afwijkingen plan van aanpak

Het plan van aanpak is een dynamisch stuk. Gedurende het onderzoek is het meerdere malen aangepast omdat er steeds nieuwe stukken aan zijn toegevoegd. En er zijn stukken aangepast omdat de onderzoekers gedurende het onderzoek er achter kwamen dat ze niet meer aansloten op aanleiding en onderzoek.

De grootste verandering was het aanpassen van de deelvragen. In eerste instantie waren dat er 3 , nu zijn het er 4. De deelvragen over de interventies en de instrumenten zijn samengevoegd aan het begin van dit onderzoek. Na het literatuuronderzoek en tijdens de het afnemen van de interviews, werd de onderzoekers duidelijk dat er een groot verschil zit tussen de instrumenten en interventies: Het instrument is om hechting te signaleren en de interventie is er om hechting te behandelen. Daarom is 1 deelvraag gewijzigd naar 2 losse deelvragen, zie ook paragraaf 1.4.

Ook wordt in de discussie (paragraaf 4.2) duidelijk weergegeven, wat erin het plan van aanpak nog meer is veranderd. Voordat het onderzoek begon was het heel duidelijk wie er betrokken zou worden bij het onderzoek. Aan het onderzoek hebben niet alle benaderde (soortgelijke) organisaties meegewerkt. Natuurlijk heeft dit invloed gehad op het onderzoek. De onderzoekers hadden er voor kunnen kiezen om (meer) andere organisaties te benaderen. Dat is niet gedaan omdat er de opdrachtgevers de wens hadden alleen soortgelijke organisaties te benaderen die in hun werkwijze in lijn liggen met de (organisatie). De organisaties die beschreven zijn in paragraaf 2.2 voldoen aan de eisen van 'soortgelijke organisatie'.

Naar aanleiding van de interviews en het literatuuronderzoek kwamen de onderzoekers er achter dat trauma een belangrijk onderwerp is bij hechting. Dit onderwerp kon niet gepasseerd worden omdat het van grote invloed kon zijn op dit onderzoek. In de literatuuranalyse in paragraaf 1.3, is daarom ook dit onderwerp toegevoegd. Daarnaast was de literatuuranalyse groter dan gedacht. Daarom is ervoor gekozen om de volledige analyse in bijlage 1 op te nemen. In het plan van aanpak staat de samenvatting van de literatuuranalyse.

De opdrachtgevers, de docenten van de opleiding en medestudenten hebben het plan van aanpak voorzien van feedback. In het bestand van de feedbackformulieren is terug te vinden wat de onderzoekers met deze feedback hebben gedaan.

Relatie tussen resultaten en product

De ontwikkelde producten zijn voortgekomen uit de resultaten. Doordat de betrokkenheid van de medewerkers van de Vroegbehandeling in het onderzoek, was er al snel duidelijk wat zij graag zouden willen. In de conclusie (paragraaf 4.1), is beschreven welke resultaten dit heeft gegeven. Dit heeft uiteindelijk geleid tot 2 producten die aansluiten bij de wensen, behoefte en randvoorwaarden van de medewerkers van de Vroegbehandeling. De onderzoekers zijn blij dat er eerst een cursus (aan de medewerkers) wordt gegeven om weer kennis te maken met het thema hechting. Hierdoor kunnen zij de handleiding extra goed toepassen omdat ze vanuit de cursus weten waar ze op moeten letten (zie paragraaf 5.2).

In de handleiding zijn meerdere instrumenten weergegeven. Aan het begin van het onderzoekstraject is er vanuit gegaan dat er maar 1 instrument zou worden aangedragen. Uit de bijeenkomst met de medewerkers van de Vroegbehandeling bleek de behoefte aan meerdere instrumenten. Zodat voor elke hechtingsituatie een instrument is die deze in kaart brengt. Toch voldoen de instrumenten niet helemaal aan de randvoorwaarden van de medewerkers. Graag hadden zij een instrument tot hun beschikking die zowel hechting als autisme in kaart kan brengen. Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat er geen instrument bestaat die de beide problematieken in kaart kan brengen. Hierdoor is dat instrument ook niet aangedragen. Wel hebben de onderzoekers aangegeven dat er naast het instrument om hechting in kaart te brengen en instrument kan worden neergelegd waarin de symptomen van autisme staan en dat deze kunnen worden vergeleken.

In eerste instantie zou alleen onderzocht worden, wat passend is voor de Vroegbehandeling. Bij het opstellen van de aanbevelingen werd de onderzoekers duidelijk dat er ook een ontwerpproces nodig was. Door het ontwerpen van het product zijn de onderzoekers ook bezig geweest met een ontwerponderzoek (Van 't Veer, Wouters, Veegers & Van der Lugt, 2021). Daarvoor zijn na iedere presentatie aan de medewerkers van Vroegbehandeling aanpassingen steeds doorgevoerd, tot het product perfect aansloot om het te kunnen toepassen binnen de Vroegbehandeling.

Ethische afwegingen

De onderzoekers hebben steeds rekening gehouden met hun eigen normen en waarden, maar ook met die van betrokkenen. We hebben zo goed mogelijk geprobeerd ethisch te handelen door altijd te checken wat de betrokkenen prettig vonden, tijdens bijvoorbeeld een gesprek. Zo zijn er afspraken gemaakt en deze zijn ook nageleefd. Hoe dat is aangepakt is te vinden in paragraaf 2.2.

Ook zijn er gedurende het onderzoek ethische afwegingen gemaakt. Een van deze ethische afwegingen is het ouder en kind perspectief. Vanwege de kwetsbaarheid van het onderwerp is er door de opdrachtgevers aangegeven dat het niet wenselijk is om beide perspectieven op eenzelfde wijze te benaderen. Het kind perspectief is vanuit literatuur verantwoord in paragraaf 1.2. Om het ouder perspectief in kaart te brengen is de maatschappelijke werker benaderd, vanwege privacy redenen kon zij niks voor ons betekenen.

Daarnaast zijn er veel ethische afwegingen geweest tijdens het uitvoeren van het onderzoek. Zo hebben de onderzoekers de hele tijd kritisch gekeken naar de keuzes die gemaakt moesten worden. Het gaat dan om kleine dingen zoals bijvoorbeeld het maken van het product. Daarin hebben de onderzoekers goed nagedacht over wat het beste zou aansluiten bij de medewerkers van de Vroegbehandeling.

Praktijkkennis en theoretische (vak) kennis

De gehele praktijkverbetering is onderbouwd met praktijkkennis en theorie. Om te checken of de praktijkkennis klopt, is deze voortdurend gecheckt bij de opdrachtgevers. Ook hebben zij in een feedbackformulier aangegeven wat zij van de inhoud van het onderzoek vinden en wat er nog mist. Dit formulier is te vinden bij het document van de feedbackformulieren. Wij hebben het feedbackformulier zelf ontworpen om te checken of de informatie over de praktijk klopt.

De gevonden literatuur is op onderdelen moeilijk te onderbouwen. Vooral bij het uitzoeken van de instrumenten hebben de onderzoekers een obstakel ervaren. Voor sommige informatie zijn bepaalde rechten nodig om deze te

kunnen gebruiken en voor ons als onderzoeker was die er niet altijd. Hierdoor lijkt de literatuur die is onderzocht karig, maar in feite is er niet meer in te zien dan dat er beschreven is. Ook binnen de Vroegbehandeling heeft niet iedereen dit soort rechten. Het literatuuronderzoek is hierdoor enigszins beperkt.

Samenwerkingsrelaties

Een goede samenwerkingsrelatie is van belang voor een goed onderzoek. De onderzoekers hebben geprobeerd om iedereen zoveel mogelijk te betrekken. Van te voren is er al een communicatieplan opgesteld waarin is beschreven wat er van alle betrokkenen verlangd werd. Het plan is te zien in paragraaf 2.8. Door veel afstemming en participatie is draagvlak gecreëerd bij de betrokkenen. Iedereen heeft de ruimte gekregen om zijn of haar mening te delen. Bijvoorbeeld door het invullen van de enquête, het bijwonen van de bijeenkomst en door deelname aan de interviews. Door te controleren of de informatie die geschreven is klopt, is er ook gewerkt aan de samenwerkingsrelatie. In het feedbackformulieren document, staat hoe de opdrachtgevers de samenwerkingsrelatie hebben ervaren.

Professioneel handelen

De onderzoekers denken tijdens het onderzoek professioneel gehandeld te hebben. Zo zijn de onderzoekers een professionele relatie aangegaan met de opdrachtgevers. De informatie is naar waarheid gerapporteerd en de onderzoekers hebben er bewust voor gekozen om samen met de opdrachtgevers het onderzoek te doen en te beschrijven. Na het rapporteren van de informatie hebben de onderzoekers elkaars rapportages gecontroleerd, om zo de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten. Het onderzoek is uitgevoerd vanuit de 5 principes van de Nederlandse beroepscode (paragraaf 2.2). Zeker hebben de onderzoekers tijdens het onderzoek nieuwe inzichten en kennis opgedaan die zij kunnen toepassen tijdens hun professioneel handelen, later in het werkveld.

Literatuurlijst

- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2000). *Manuel for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Uitgeverij: Burlington: ASEBA.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric. (2017). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5* (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Autoriteit persoonsgegevens. (z.d.). *Algemene informatie AVG*. Geraadpleegd op 21 februari 2022, van <https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/onderwerpen/algemene-informatie-avg/mag-u-persoonsgegevens-verwerken>
- Baarde, B. (2014). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (Tweede druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Bartimeus. (2021). *Gehechtheidstherapie*. Geraadpleegd op 21 maart 2022, van <https://www.bartimeus.nl/uploads/media/6217cb59f3473/gehechtheidstherapie.pdf?token=/uploads/media/6217cb59f3473/gehechtheidstherapie.pdf>
- Basic Trust. (z.d.). *De Basic Trustmethode*. Geraadpleegd op 19 mei 2022, van <https://www.basictrust.com/pagina/34/de+Basic+Trustmethode>
- Beer, R. (2014). *Verwerken en versterken: Werkboek voor ouders bij de methode traumagerichte cognitieve gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Beer, R. & De Roos, C. (2017). *EMDR bij kinderen en jongeren*. Uitgeverij: Lannoo Campus.
- Beer, R., Verlinden, E. & Lindauer, R. (2020). *Protocol voor classificatie, screening en diagnostiek van Trauma- en stressor gerelateerde & dissociatieve stoornissen bij kinderen en adolescenten*. Geraadpleegd op 20 april 2022, van <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/wp-content/uploads/2020/09/Diagnostieprotocol-Trauma-Kinderen-en-Adolescenten-2020.pdf>
- Briere, J. (2005). *Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)*. Professional manual. Lutz: PAR Psychological Assessment Resources, Inc.
- Casalin, S. & Vliegen, N. (2009). *De baby en zijn omgeving in beeld. Instrumenten die kunnen helpen bij de klinische diagnostiek van vroege ontwikkeling binnen primaire relaties*. Geraadpleegd op 20 april 2022, van <https://lirias.kuleuven.be/retrieve/111263>
- Commissie herziening Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit. (2018). *Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit*. KNAW; Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra; NWO; TO2-federatie; Vereniging Hogescholen; VSNU. <https://doi.org/10.17026/dans-2cj-nvwu>
- COTAN-documentatie NIP. (2022). *COTAN*. Geraadpleegd op 12 mei 2022, van <https://www.cotandocumentatie.nl/cotan/>
- Daamen, W. (z.d.). *Wat werkt bij het implementeren van jeugdinterventies?* Geraadpleegd op 31 mei 2022, van <https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-06/Wat-werkt-bij-het-implementeren-van-jeugdinterventies.pdf>

- De Bildt, A., Servatius-Oosterling, I. & de Jonge, M. (2021). *Autisme bij kinderen: signalering, diagnostiek en behandeling*. Uitgeverij: Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- De Wolff, M., Dekker – van der Sande, F., Sterkenburg, P. & Thoomes – Vreugdenhil, A. (2015). *Problematische gehechtheid*. 3^{de} herziene druk. Geraadpleegd op 7 april 2022, van https://richtlijnenjeugdhulp.nl/wp-content/uploads/2015/04/onderbouwing_problematische_gehechtheid.pdf
- Delfos, M.F. (2011). *Een patiënt met autisme*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Delfos, M. F. & Gottmer, M. (2008). *Leven met Autisme* (Tweede, herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- De Zeeuw, M., & Brok, C. (2013). *The Circle of Security Intervention*. New York: Guilford Publication.
- (organisatie). (z.d.) *Behandelcentrum Kinderen* (omslagfoto). Geraadpleegd op 31 mei 2022, van <https://www.leokannerhuis.nl/locaties/bckinderen>
- (organisatie). (2022). *(organisatie)*. Geraadpleegd op 18 februari 2022, van <https://www.leokannerhuis.nl/>
- Floorplay. (2016). *Wat is Floorplay?* Geraadpleegd op 30 mei 2022, van: <https://floorplaycoaching.nl/wat-is-floorplay/>
- Giltaij, H. P., Sterkenburg, P. S. & Schuengel, C. (2015). *Psychiatric diagnostic screening of social maladaptive behavior in children with mild intellectual disability: differentiating disorder attachment and pervasive developmental disorder behavior*. Geraadpleegd op 19 april 2022, van <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jir.12079>
- Gordon, T. (2020). *De Gordon Methode. Luisteren naar kinderen. Van contact naar verbinding binnen het gezin*. Uitgeverij: Kosmos uitgevers, Utrecht.
- 's Heeren Loo. (z.d.). *Hechting*. Geraadpleegd op 17 februari 2022, van <https://www.sheerenloo.nl/kennis-en-onderzoek/themas/hechting>
- Hermanns, J., Öry, F. G., & Schrijvers, G. (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller, beter: een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en Opgroeiproblemen*. Utrecht: De Inventgroep.
- Hofstra, E., Nadorp, M., Mettler, C., Heinemann, A., Antonides, R., Zegers, E., Fucht, N., Vliet, C., Hofste, A., Vader, M., Meijers, M., Wouda, M., Wouwe, H., Meddeler, B., Knol, S., de Wit, M.E., Brummelen-van Zandwijk, M. & Landshage-Schnitger, M. (2021). *Diagnostiek en behandeling van problematisch gehechtheid*. Geraadpleegd op 20 april 2022, van https://www.kenniscentrum-kjp.nl/wp-content/uploads/2021/10/Handreiking-Diagnostiek-en-Behandeling-Problematische-Gehechtheid-bij-LVB-A4_DEF.pdf
- Karakter. (z.d.). *VIPP-SD*. Geraadpleegd op 29 maart 2022, van <https://www.karakter.com/assets/uploads/pdf/Centrum-Jonge-Kind/VIPP-SD-Centrum-Jonge-Kind-01.pdf>
- Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie. (2021). *Diagnostiek en behandeling van problematische gehechtheid: bij jeugdigen en jongvolwassenen met een LVB*. Geraadpleegd op 19 april 2022, van https://www.kenniscentrum-kjp.nl/wp-content/uploads/2021/10/Handreiking-Diagnostiek-en-Behandeling-Problematische-Gehechtheid-bij-LVB-A4_DEF.pdf
- Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie. (z.d.-a). *Basic trust*. Geraadpleegd op 31 maart 2022, van <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/behandelmethoden/basic-trust/>

- Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie. (z.d.-b). *Theraplay*. Geraadpleegd op 18 februari 2022, van <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/behandelmethoden/theraplay/>
- Kuipers, P. (2015). *Eerste hulp bij hechting*. Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij.
- Lemstra, A. & Callot d'Escury-Koenings, A. (2019). *De attachment story completion task: gehechtheidsrepresentaties van kinderen met een licht verstande beperking*. Jaargang 17, nummer 1. Geraadpleegd op 19 april 2022, van https://www.kenniscentrumlvb.nl/wp-content/uploads/2019/07/20190702_Artikel_Lemstra_en_CollotdEscury.pdf
- Naber, F. (maart 2020). *Autisme en gehechtheid*. Geraadpleegd van: Autisme Kennisbank.
- Naber F.B., Swinkels, S.H., Buitelaar, J.K., Dietz, C., van Daalen, E., Bakermans-Kranenburg, M.J., Van IJzendoorn, M. H. & van Engeland, H. (2007). *Attachment in toddlers with autism and other developmental disorders*. Journal of Autism and Developmental Disorders 37, 1123-38. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0255-2>
- NIKA. (z.d.). *Op weg naar een veilig gehechtheidspatroon*. Geraadpleegd op 24 maart 2022, van <https://nika-nederland.nl/>
- Nederlands Jeugdinstituut (NJI). (2021). *Jeugd met problematische gehechtheid*. Geraadpleegd op 17 februari 2022, van <https://www.NJI.nl/sites/default/files/2021-05/Jeugd-met-problematische-gehechtheid-Wat-werkt.pdf>
- NJI. (z.d.-a). *Basic Trustmethode*. Geraadpleegd op 31 maart 2022, van <https://www.NJI.nl/interventies/basic-trustmethode>
- NJI. (z.d.-b). *Erkende interventies bij hechtingsproblemen*. Geraadpleegd op 19 mei 2022, van <https://www.NJI.nl/hechting-en-hechtingsproblemen/erkende-interventies>
- NJI. (z.d.-c). *Gordon- training: Effectief communiceren met kinderen*. Geraadpleegd op 28 maart 2022, van <https://www.NJI.nl/system/files/2021-04/Uitgebreide-beschrijving-Gordon-training-Effectief-communiceren-met-kinderen.pdf>
- NJI. (z.d.-d). *Instrumenten voor screening en diagnostiek hechtingsproblemen*. Geraadpleegd op 23 mei 2022, van <https://www.NJI.nl/hechting-en-hechtingsproblemen/instrumenten-voor-screening-en-diagnostiek>
- NJI. (z.d.-e). *Instrumenten voor verschillende doeleinden*. Geraadpleegd op 6 april 2022, van <https://www.NJI.nl/instrumenten/voor-verschillende-doeleinden>
- NJI. (z.d.-f). *Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG)*. Geraadpleegd op 25 maart 2022, van <https://www.NJI.nl/system/files/2021-04/Uitgebreide-beschrijving-Integratieve-Therapie-voor-Gehechtheid-en-Gedrag-%28ITGG%29.pdf>
- NJI. (z.d.-g). *Interventie: TOM-training*. Geraadpleegd op 25 maart 2022, van <https://www.NJI.nl/system/files/2021-04/Uitgebreide-beschrijving-TOM-training.pdf>
- NJI. (z.d.-h). *NIKA*. Geraadpleegd op 24 maart 2022, van <https://www.NJI.nl/interventies/nika>
- NJI. (z.d.-i). *Video- feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD)*. Geraadpleegd op 24 maart 2022, van <https://www.NJI.nl/system/files/2021-04/Uitgebreide-beschrijving-VIPP-SD.pdf>
- NJI. (z.d.-j). *Wat is hechting?* Geraadpleegd op 18 februari 2022, van <https://www.NJI.nl/hechting-en-hechtingsproblemen/wat-is-hechting>

- Ouwens, M. (2010). *Emotional Availability Scales*. Tijdschrift voor vaktherapie 2010/1, thema Opgroeien en ontwikkelen, jaargang 6.
- Parnassia groep. (z.d.-a). *Hechtingsstoornis*. Geraadpleegd op 17 februari 2022, van <https://www.parnassiagroep.nl/uw-probleem/ontwikkelingsstoornis/hechtingsstoornis>
- Parnassia groep. (z.d.-b). *Onze specialismen*. Geraadpleegd op 17 februari 2022, van <https://www.parnassiagroep.nl/wie-we-zijn/onze-specialismen>
- Prendiville, E., & Howard, J. (2014). *Play Therapy Today*. London: Routledge.
- Richtlijnen jeugdhulp. (2020). *Signalering en diagnostiek*. Geraadpleegd op 20 april 2022, van <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/problematische-gehechtheid/signalering-en-diagnostiek/diagnostische-instrumenten/>
- Richtlijnen jeugdhulp. (2021). *Problematische gehechtheid*. Geraadpleegd op 31 mei 2022, van <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/problematische-gehechtheid/>
- Rigter, J. & Van Hintum, M. (2015). *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum: Coutinho.
- Siegel, D. J. (2011). *De mindful therapist: Een gids voor mindfulness en neutrale integratie*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Sigman, M. & Ungerer, J.A. (1984). *Attachment behaviors in Autistic Children. Journal of Autism and Developmental Disorders*. Geraadpleegd op 17 februari 2022, van: <https://asd.talkbank.org/access/0docs/Sigman1984.pdf>
- Spruit, A., Colonesi, C., Uittenbogaard, R., Willems, L. D., Wissink, I. B., & Noom, M. J. (2019). *Attachment Relationship Inventory – Caregiver Perspective 2-5 years (ARI-CP 2-5)*. Amsterdam/Dordrecht: Universiteit van Amsterdam/Basic Trust B.V.
- The Theraplay Institute. (z.d.). *Wat is Theraplay*. Geraadpleegd op 15 maart 2022, van <https://theraplay.nl/informatie/>
- Van Bakel, H., de Groot, R., & Van der Ploeg, J. (2012). *Van klein tot groot: De ontwikkeling van het jonge kind*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Van der Boon, N., & van Bakel, H. (2017). *Modified Interaction Gu(naam)nace (MIG): interventie bij gedesorganiseerde gehechtheid en trauma*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van der Donk, C. & Van Lanen, B. (2011). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.
- Van der Donk, C. & Van Lanen, B. (2015). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* (Tweede, herziene druk). Bussum: Coutinho.
- Van der Donk, C. & Van Lanen, B. (2017). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* (Tweede, herziene druk). Bussum: Coutinho.
- Van der Donk, C. & Van Lanen, B. (2019). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* (Derde, herziene druk). Bussum: Coutinho.
- Van der Ploeg, J. D. & Scholte, E. M. (2005). *Handleiding Vragenlijst Fundamentele Onthechting (VFO)*. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu van Loghum.

- Van 't Veer, J., Wouters, E., Veeger, M. & Van der Lugt, R. (2021). *Ontwerpen voor zorg en welzijn* (Derde druk). Bussum: Coutinho.
- Wenselaar, L. (2015). *Integrale hulpverlening aan ouders met psychiatrische en/of verslavingsproblemen en hun kinderen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wijnroks, L. (2003). *Hechting bij kinderen met een autistische stoornis en een verstandelijke handicap*. Kind en Adolescent Praktijk. 03:39–47. DOI 10.1007/BF03059507
- Youz. (z.d.). *Youz*. Geraadpleegd op 17 februari 2022, van <https://www.youz.nl/>
- Zaal, S., Boerhave, M. & Koster, M. (2009). *Hechting, basisveiligheid, basisvertrouwen. Begeleiding en behandeling*. Geraadpleegd van: Cordaan en Amsta.

Bijlages

Bijlage 1: Literatuuronderzoek

In hoofdstuk 1 wordt er al het een en ander verteld over autisme, hechting, autisme bij hechting en trauma. In deze bijlage wordt er nog dieper op die thema's ingegaan. Dit literatuuronderzoek is gemaakt om het onderzoek en de deelvragen beter te kunnen begrijpen.

Autisme

“Het is inmiddels 78 jaar geleden dat de Amerikaanse kinderpsychiater Leo Kanner autisme als een aparte nog onbekende stoornis bij kinderen beschreef. Sindsdien is autisme uitgegroeid tot een alom bekend en nog altijd intrigerend fenomeen” (de Bildt, Servatius-Oosterling & de Jonge, 2021).

In 2000 waren er al vijf verschillende autismeclassificaties. Dit zijn: de autistische stoornis, de stoornis van Asperger, PDD-NOS (pervasive developmental disorder not otherwise specified), het retsyndroom en de desintegratieve stoornis van de kindertijd (American Psychiatric Association, 2000). In 2017 is er de autismespectrumstoornis (ASS) bijgekomen. Dit is een overkoepelende term geworden voor de autistische stoornis, de stoornis van Asperger en PDD-NOS. Het retsyndroom en de desintegratieve stoornis hebben een eigen classificatie gekregen (American Psychiatric Association, 2017). In het onderzoek zal er gesproken worden met de verkorte term autisme.

In de literatuuranalyse is terug te lezen dat autisme een veelvoorkomende, aangeboren, neurobiologische ontwikkelingsstoornis is. Bij autisme spreek je van een disfunctioneren op sociaal-emotioneel, communicatief en cognitief gebied. Lorna Wing in Delfos en Gottmer (p. 15, 2008) heeft het over een ‘triade’. Deze triade bestaat uit: moeite met het inschatten van sociale omgang, problemen in de communicatie en daarbij een gebrek aan verbeelding op specifieke gebieden en obsessies. Moeite met het inschatten van sociale omgang komt voort uit de theory-of-mind (TOM). De *theory-of-mind* is een theorie over het eigen denken en voelen maar ook het denken en voelen van de ander. Hiervoor heb je empathie nodig, het vermogen om je te kunnen verplaatsen in een ander. Bij mensen met autisme is de theory-of-mind vaak gebrekkig. Ook komt de theory-of-mind terug in de communicatie. Bijvoorbeeld omdat een woord naar een begrip verwijst, zoals liefde, vriendschap of agressie. Hiervoor moet je een voorstelling kunnen maken van de symbolische functie van taal. “In de psychologische verklaring voor autistische stoornissen is de TOM een belangrijk puzzelstuk. Het kan verklaren waarom mensen met autisme zoveel moeite hebben om gedrag van anderen te begrijpen en te voorspellen” (Delfos & Gottmer, 2008).

Bij autisme werd er vroeger al gauw gedacht aan een verstandelijke beperking. Inmiddels is er bekend geworden uit onderzoek dat mensen met een autisme vaker normaal begaafd zijn of meer dan gemiddeld begaafd op een aantal gebieden of aspecten (Delfos & Gottmer, 2008).

Hechting

Hechting is de band tussen ouder en kind dat al ontstaat voor de conceptie. Het wordt ook wel een gehechtheidsrelatie genoemd waarin er sprake is van wederzijdse signalen en reacties.

De allereerste fundamentele stap in het proces van hechting is de conceptie. Verdult in Kuipers (2015) geeft aan dat het niet alleen om de biologische samensmelting van zaadcel en eikel is, maar ook de emotionele omstandigheden lijken van belang omdat dit een neerslag geeft van het gevoelsleven van de ouders op dat moment. Bijvoorbeeld als de conceptie onder vervelende omstandigheden plaats vindt, dan is het een moeilijke start van het hechtingsproces met de baby. Daarna vindt de innesteling plaats, dit is het tweede kwetsbare moment. De innesteling is een fysiologisch proces waarbij de moeder het kind fysiek kan ontvangen of afwijzen. Het embryo komt na een week bij

de baarmoederwand waarbij het lichaam het embryo toe zal laten of afstoten. Het derde kwetsbare moment is de ontdekking van de zwangerschap door de moeder. Hoe reageert ze op de ontdekking? Tijdens de zwangerschap zal het embryo zich aan zowel het lichaam hechten als aan de psyché van moeder of juist de hechting ondermijnen. Het ondermijnen kan bijvoorbeeld gebeuren als er een ongewenst gevoel is. Het vierde kwetsbare moment is de geboorte. Op moment van de geboorte ervaren zowel moeder als kind de overweldigende kracht. Dit kan met veel emoties gaan zoals pijn, stress en vreugde. Moeder en kind ervaren dit beide. Als er bijvoorbeeld veel problemen zijn bij de bevalling dan kan het gevoel oplopen tot angst en paniek. Dit kan gevoelens versterken als verbondenheid door gedeelde emoties of juist de gevoelens versterken van angst voor verlatenheid (Kuipers, 2015). Tot een leeftijd van 5 jaar zullen de basis gevoelens van hechting worden gelegd. Tijdens de hechting bouwt een kind gevoelens van veiligheid en vertrouwen in de ander maar ook in zichzelf op. Hierbij is het belangrijk dat een ouder/verzorger reageert op de emotionele en/of lichamelijke behoeftes van het kind. Als een ouder/verzorger hierin te kortschiet kan er een gebrekkige of een onveilige hechting ontstaan (Wenselaar, 2015). Volgens Kuipers (2015) is de sensitiviteit erg belangrijk, de afstemming, de beschikbaarheid, mentaliseren en de comfortzone en stressregulatie. Als een ouder sensitief is dan kan de ouder het kind aanvoelen en daarop het handelen af te stemmen.

Voor het opbouwen van een band is er tijd nodig. De tijd dat je als ouders aanwezig bent bij het kind zonder dat het kind iets moet of hoeft, is de beschikbaarheid. Van Weerth (2015) heeft een onderzoek gedaan naar de fysieke gevolgen van crèche verblijf voor het kind. Van Weerth spreekt over een onverantwoord hoog – onafgebroken – stressniveau bij deze kinderen. Dit komt omdat er geen beschikbaarheid en aanwezigheid is vanuit de eigen ouders/verzorgers. Het kind is nog niet volledig gehecht aan de eigen ouders/verzorgers en zal zich dan ook moeten richten op andere verzorgers. De mate van stressniveau is afhankelijk vanaf welke leeftijd het kind naar de crèche gaat en hoe vaak.

Bij mentaliseren is het belangrijk dat je praat met het kind over wat er gebeurt, wat er gaat gebeuren en over de beleving en gevoelens. Een baby kan bijvoorbeeld nog niet praten maar neemt wel de essentie in zich op van de tot hem gesproken woorden. Verder zijn ook de comfortzone en de stressregulatie van belang voor een veilige hechtingsrelatie. Hiermee wordt de ruimte bedoeld die de mens heeft om goed om te gaan met frustraties en hier correct op te reageren zonder een disbalans. Baby's hebben een stressregulatiesysteem wat nog niet volledig is ontwikkeld en daarbij hebben ze een smalle comfortzone. Dit vraagt om geduld vanuit ouders, het vermogen om bijvoorbeeld huilen van het kind te verdragen en daarbij dan ook het kind te troosten. Door een goede benadering ontwikkelt het kind het stressregulatiesysteem en raakt kind stressbestendiger (Kuipers, 2015). Als een ouder uit evenwicht raakt door een huilend of boos kind, dan kan de ouder zich moeilijk inleven wat het troosten en rustig maken in de weg staat. De baby weet dan vooraf niet of de moeder boos wordt of liefdevol zal troosten. Als de ouder heftig reageert of het kind negeert dan leert het kind niets over de emotieregulatie. Dit kan dan resulteren in het onderdrukken van eigen gevoelens of juist extreem ventileren. Als er dan een veilige hechting is opgebouwd dan heeft het kind het vertrouwen dat de ouders met de heftige emoties om kunnen gaan (Siegel, 2011).

In principe zullen alle kinderen zich aan hun ouders/verzorgers hechten, maar de kwaliteit van gehechtheidsrelatie kan verschillen (NJI., 2021). De hechting is anders bij een kind dat bij adoptieouders of pleegouders(verzorgers) terecht komt. Het kind moet in dat geval eerst opnieuw de veiligheid vinden, waardoor er niet onmiddellijk sprake is van hechting (Adoptievoorzieningen, z.d.). Bij de biologische ouders verloopt dit proces vaak veel gemakkelijker, echter niet altijd. Mary Ainsworth onderscheidt vier typen gehechtheid namelijk (Rigter & Van Hintum, 2015):

Veilige gehechtheid: Er is een goede balans aanwezig tussen exploreren en het zoeken van nabijheid. Ouders/verzorgers bieden voorspelbaarheid en betrouwbaarheid.

Vermijdende gehechtheid: Het kind exploreert veel en zoekt weinig hulp of troost bij ouders/ verzorgers. Voor ouders/verzorgers is het belangrijk om goed op de signalen van het kind in te gaan.

Ambivalente gehechtheid: Het kind exploreert bijna niet. Het kind zoekt heel erg de nabijheid, maar kan ook net zo goed weer direct de ouders/verzorgers afstoten.

Gedesorganiseerde gehechtheid: Het gedrag van het kind lijkt heel doelloos en tegenstrijdig. Hij/zij is niet in staat om nabijheid te zoeken en afstand te bewaren. Het kind laat gedesorganiseerd gedrag zien richting de ouder/verzorger.

Door een veilige gehechtheid voelt een kind de veiligheid en het vertrouwen om op ontdekking te gaan. Het kind zal getroost willen worden als het angstig, moe of verdrietig is. Hier is de nabijheid dan weer erg belangrijk. Als het kind rustig en tevreden is, is het hechtingssysteem niet actief en kan het kind werken aan andere gedragssystemen. Bijvoorbeeld het exploratiesysteem (het spelen en onderzoeken) of het sociale gedragssysteem (spelen met andere kinderen). Als er geen veilige hechting is dan voelt het kind niet de vrijheid, de veiligheid en het vertrouwen om aan gedragssystemen te werken waardoor het kind achter kan gaan lopen in de ontwikkeling (Wijnroks, 2003).

Een onveilige hechting (vermijdende gehechtheid, ambivalente gehechtheid en gedesorganiseerde gehechtheid) kan voortkomen uit verschillende risicofactoren. Zoals bijvoorbeeld een moeilijke start tussen ouder en kind: vroeggeboorte, een ziekenhuisopname, adoptie, psychiatrische problematiek bij ouders, een postnatale depressie, e.d. Je kan dan spreken van een traumatische ervaring. Een onveilige hechting kan ook voortkomen uit het kind zelf. Bijvoorbeeld als het kind een verstandelijke beperking heeft. Het kan zijn dat het kind de signalen niet begrijpt of dat er onduidelijke signalen zijn: trager reageren, problemen met aandacht richten, bijkomende zintuigelijke problematiek e.d. Dit kan dan betekenen dat ouders/verzorgers de beperkte signalen minder goed kunnen opvangen of verkeerd kunnen opvatten. Door goed aan te voelen wat het kind nodig heeft, de signalen en het gedrag van het kind begrijpen en door hier responsief op te reageren is de ouder emotioneel beschikbaar voor het kind en zal het ten goede bijdragen aan een veilige hechting (Zaal, Boerhave & Koster, 2009).

De cirkel van veiligheid en vertrouwen

De cirkel van veiligheid en vertrouwen helpt om hechting en hechtingsgedrag te begrijpen. Het is een hulpmiddel om inzichtelijk te krijgen hoe een ouder- en kind relatie kan zijn. Vaardigheden van ouders worden benoemd en het type gehechtheid. In figuur 3 zullen de cirkels worden weergegeven (De Zeeuw & Brok, 2013).

Figuur 3

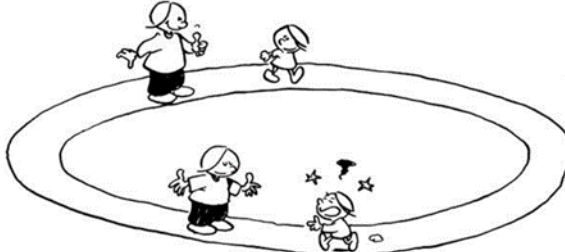
Cirkel van veiligheid en vertrouwen



② VEILIGHEID EN VERTROUWEN VAARDIGHEDEN VAN OUDERS

HELPEN EN OPLETTEN

- VOORUITLOPEN OP SITUATIES.
- GRENZEN STELLEN.
- STRUCTUUR BIJEDEN.
- TROTS TONEN EN COMPLIMENTEN GEVEN.



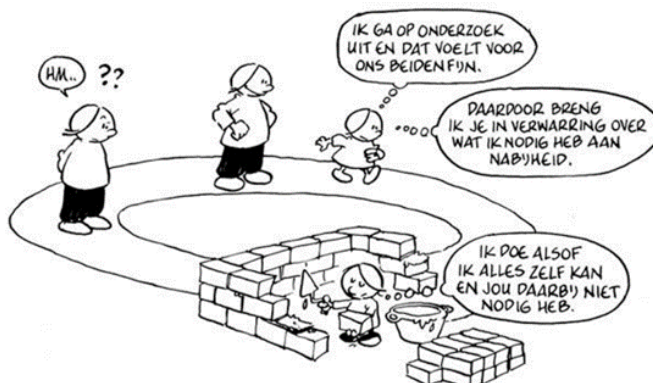
KALMEREN EN REPAREREN

- PLEZIER DELEN.
- TROOSTEN, GERUST STELLEN.
- BOOSHEID IN GOEDE BANEN LEIDEN.
- DE RELATIE HERSTELLEN NA ONBEGRIP.

③ ANGSTIG-AMBIVALENTE RELATIE TUSSEN OUDER EN KIND



④ VERMIDDE RELATIE TUSSEN OUDER EN KIND.



Overgenomen uit De Zeeuw & Brok (2013).

Hechting bij autisme

Bij kinderen met autisme zijn de effecten van de gehechtheidsrelatie nog veel sterker. Daardoor speelt gehechtheid een hele belangrijke rol bij kinderen met autisme. In 1967 heeft Bettelheim (in Naber, 2020) de uitspraak gedaan dat

kinderen autisme ontwikkelen omdat hun moeder geen liefde kon geven. Zo ontstond de term 'koelkastmoeders'. Deze term heeft grote impact gehad op de manier waarop er naar autisme werd gekeken. In 1980 werd een moeilijke hechting als een kenmerk gezien, inmiddels is dit kenmerk niet meer terug te vinden in de DSM-IV (American Psychiatric Association, 2017).

De basis van de gehechtheid ontstaat tijdens de zwangerschap en vormt zich door tot het 5^{de} levensjaar. De hechting ontwikkelt zich het hele leven door, maar de cruciale jaren zijn van 0 tot het 5^{de} levensjaar. Hechting ontwikkelen vraagt om sociale inzichten. Hierbij wordt er actief aan de theory-of-mind gewerkt maar ook aan het opbouwen en begrijpen van eigen gedachten en gevoelens en die van anderen. Bij kinderen met autisme verloopt dit anders. Kinderen met autisme zijn in eerste instantie meer geïnteresseerd in voorwerpen dan in mensen, wat betekent dat kinderen met autisme een achterstand oplopen in het leren hechten aan een ander. Dat kinderen met autisme het hechten later ontwikkelen, betekent niet dat het niet aanwezig is. Het is misschien alleen wat later zichtbaar. Op de leeftijd waar kinderen met een normale ontwikkeling het spelen met andere kinderen en het ontwikkelen van cognitieve vaardigheden centraal hebben staan, zijn kinderen met autisme nog bezig met het hechten aan hun directe verzorgers en te begrijpen hoe de wereld in elkaar zit. Het ontwikkelen en begrijpen van wederkerigheid in contact gebeurt bij kinderen met autisme later in de ontwikkeling. Dit zie je terug in de observatie dat kinderen met autisme andere kinderen inzetten als instrument in hun spel, zonder het bewustzijn van de gevoelens van een ander. Dit komt niet overeen met de kalenderleeftijd maar meer met de ontwikkelingsleeftijd en dat is vaak een stuk jonger (Delfos, 2011).

Trauma

Een pasgeborene is vanaf het begin in staat tot contact maken, door middel van oogcontact, vocaliseren en uitreiken naar de ouder. Daarbij zijn de hersenen van de baby nog niet ontwikkeld. De communicatie verloopt via geur, oogcontact, aanraking, toon van de stem, gezicht expressie en hartritme. Deze ervaringen zorgen voor direct contact. Echt opslaan doet de baby nog niet, hij of zij moet het vooral hebben van het non-verbaal gedrag. Bij een veilig relatie zal het kind het oogcontact koppelen aan de stem die hij/zij hoort. Het geeft een fijn gevoel in het lichaam en zorgt voor een rustige hartslag. Het kind en de ouder hoeven elkaar alleen maar aan te kijken en zij weten beide dat het goed zit, zij zijn op elkaar afgestemd. Wanneer er sprake is van traumatische ervaringen binnen de ouder-kindrelatie zal het kind reageren vanuit zijn of haar sociale systeem. Bij gevaar zal het kind met zijn ogen toenadering zoeken tot de ouders, zijn handjes uitreiken en de ouder roepen. Via die weg probeert het kind zichzelf te kalmeren. Wanneer de ouder emotioneel niet beschikbaar is of zelf de bron van angst is, maakt het kind voor hem/haar een beangstigd gezicht mee. Zijn/haar sociale systeem is nu niet meer effectief. Het kind bevriest en zal proberen zich af te keren van de ouder. Wanneer dit herhaaldelijk gebeurt, zorgt dit voor een onveilige gehechtheidsrelatie tussen de ouder en het kind (van der Boon & van Bakel, 2017).

Wanneer er sprake is of is geweest van een schokkende gebeurtenis, dan kan dat leiden tot een trauma. Een trauma wordt veroorzaakt door een situatie waarin ernstig gevaar dreigt voor onszelf of voor een ander. Het risico bestaat dat er sprake is van ernstige verwonding, aantasting van lichamelijke integriteit of de dood. Maar ook het getuige zijn van een dergelijke gebeurtenis kan tot een trauma op zich leiden. Bij een trauma wordt er angst, afschuw of hopeloosheid ervaren, vanwege de heftigheid van wat is gebeurd of dreigt te gaan gebeuren. Vaak is dit in combinatie met te weinig mogelijkheden om iemand bescherming te bieden of schadelijke effecten te bespreken, dan wel ongedaan te maken (Beer, 2014).

Het kan zijn dat iemand zo meerdere trauma's op loopt. Dit heeft veel invloed op het functioneren in de ontwikkeling. Deze wordt verstoord. Dat neemt niet weg dat het ervaren van maar één trauma ook al heftig kan zijn en invloed kan hebben op de ontwikkeling. Het verstoren van de ontwikkeling is wel afhankelijk van de leeftijd en de ontwikkelingsfase waarin de traumatische gebeurtenis(sen) zich hebben voorgedaan. Op diverse gebieden kunnen er

problemen ontstaan, namelijk op; affectief gebied, cognitief gebied, relationeel gebied, gedragsproblemen en de psychische ontwikkeling. De ontwikkelingsfase waarin een traumatische gebeurtenis wordt meegemaakt heeft grote invloed. Hoe jonger, hoe ernstiger de effecten kunnen zijn. Daarbij is het geweld en de relatie met de dader belangrijk om de ernst van het trauma te kunnen verwerken. Hoe dichterbij de dader bij de persoon stond, hoe groter de beschadiging kan zijn (Van Bakel, de Groot & van der Ploeg, 2012).

Een goede band met familieleden, vrienden of andere mensen in de omgeving is van belang om een trauma te kunnen verwerken. Het kan namelijk steun geven. Het verwerken van een trauma heeft vooral tijd nodig en het trauma zal tijdens de rest van de ontwikkeling nog lang worden meegedragen. Allerlei zaken kunnen een trigger zijn om het trauma weer terug te laten komen.

Een trauma kun je op elk moment krijgen. Zelfs kunnen trauma's al ontstaan voordat het kind geboren is. Voor de geboorte waarnemen, voelen, denken en proeven baby's al. Vanaf het moment voor de geboorte begint de ontwikkeling als het ware al. Wat betekent dat een kind al voor de geboorte te maken kan krijgen met traumatische gebeurtenissen. Dit wordt ook wel vroegkinderlijk trauma genoemd. Een vroegkinderlijk trauma heeft een grote invloed op de hersenen. Bepaalde gebeurtenissen zoals bijvoorbeeld seksueel misbruik, kunnen ervoor zorgen dat de emotieregulatie wordt verzwakt. Sommige delen in de hersenen worden door deze gebeurtenis negatief beïnvloed. Zo kunnen hormonale systemen, die een cruciale rol spelen in het omgaan met de fysieke gevolgen van stress, ontregeld zijn (Van Bakel, de Groot & van der Ploeg, 2012).

Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat de moeder een poging doet om abortus te plegen of dat de moeder zelf mishandeld wordt, waarbij de buik wordt geraakt. Dit zijn ervaringen die ervoor zorgen dat een vroegkinderlijk trauma kan ontstaan.

Trauma en hechting

Een onveilige hechting kan voortkomen uit een of meerdere traumatische ervaringen. Dit kan voortkomen uit de omstandigheden waaronder het kind is verwekt, de manier waarop het kind behandeld is of door het reactievermogen van ouders/verzorgers op de behoeftes en de kwetsbaarheid van het kind. Bijvoorbeeld: verwaarlozing (ondervoeding, hygiëne, gebrek aan troosten), psychische en emotionele geweld (negatieve uiting van ouders/verzorgers naar kinderen, schreeuwen, verbale vernedering), fysieke mishandeling (lichamelijk letsel, verwondingen) maar ook een vroeggeboorte, een ziekenhuisopname, psychiatrische problematiek bij ouders, een postnatale depressie kan een traumatische ervaring zijn voor het kind (Zaal, Boerhave & Koster, 2009).

Trauma en hechting hebben veel overeenkomsten, toch zijn er wel verschillen. Het verschil zit hem vooral in het feit dat hechting de band is die met het kind wordt gecreëerd. En een trauma kan ervoor zorgen dat er geen band wordt gecreëerd.

Een onverwerkt trauma van de ouder heeft invloed op de hechting van het kind met deze ouder en met andere mensen in de omgeving. Zodra er sprake is van een onverwerkt trauma in de gehechtheidsgeschiedenis bij ouders, is er een verhoogd risico op een onveilige hechting. Door de traumatische gebeurtenissen kunnen zij gekwetst zijn en is er een grote kans op een valse neuroceptie (gevormd door ervaringen). Hierdoor zullen zij zich gaan irriteren aan het gedrag van hun eigen kind omdat zij dit zelf ook hebben ervaren binnen hun eigen gehechtheidsrelaties. Zij verzetten zich als het ware tegen hun eigen gedrag (van der Boon & van Bakel, 2017).

Bijlage 2: Stappenplan bijeenkomst (Decision matrix)

Stappenplan bijeenkomst (Decision matrix) 12 mei 2022

Het stappenplan voor de bijeenkomst is geschreven aan de hand van de stappen van de Decision Matrix (Veer, Wouters, Veeger & Lugt, 2021). In tabel 9 zie je het stappenplan voor de bijeenkomst.

Duur: van 14.30 tot 15.30

Doel van de bijeenkomst (Decision matrix): Medewerkers inspraak laten hebben en betrekken bij de mogelijke opties. Door een bijeenkomst te organiseren kunnen de medewerkers de voor- en nadelen met elkaar bespreken per instrument. Dit geeft inzicht in waar de wensen en behoeftes liggen van de medewerkers.

Waarom de bijeenkomst: Er is gekozen voor een bijeenkomst omdat dit een luchtige manier is van informatie delen en onderling met elkaar bespreken. Hierdoor maak je het voor de medewerkers ook makkelijker om samen in gesprek te gaan. Door het gesprek aan te wakkeren onder de medewerkers laat je de medewerkers vanuit meerdere perspectieven kijken wat weer tot inzichten kan geven.

Anonimiseren: De gegevens die tijdens de bijeenkomst worden vergaard zullen anoniem worden verwerkt in de praktijkverbetering. De gegevens zijn niet te herleiden naar de individuele medewerkers.

Tabel 9

Stappenplan bijeenkomst

Stappenplan bijeenkomst (Decision matrix)	
Stap 1: Selecteer de juiste personen	De medewerkers uitnodigen voor de bijeenkomst 12 mei 2022 van 14.30 tot 15.30
Stap 2 en stap 3: Inventariseer de opties en bepaal de criteria	De aanwezige medewerkers de agendapunten mailen zodat de medewerkers zich kunnen voorbereiden op de bijeenkomst
Stap 4: Beoordeel en bespreek de opties	De bijeenkomst vormgeven – Introductie bijeenkomst (5 minuten) – Informatie delen over de instrumenten (25 minuten) – Voor- en nadelen bespreken van de instrumenten (15 minuten) – Met de medewerkers een top 3 maken (10 minuten) – Evalueren met medewerkers (5 minuten)
Stap 5: Beoordeel de totaalscores	De bijeenkomst samenvatten en concluderen in de praktijkverbetering

Stap 1 (19 april 2022)

Beste medewerkers,

Bedankt voor jullie respondentie wat betreft de enquêtes. Het heeft ons veel inzichten opgeleverd! Uit de enquêtes is naar voren gekomen dat jullie allemaal de behoefte hebben aan een duidelijk instrument wat betreft hechting.

Wij hebben verder onderzoek gedaan naar verschillende instrumenten om hechting in kaart te brengen wat ook passend gaat zijn bij het stukje autisme. Dit willen wij graag met jullie delen en daarbij ook samen overleggen over wat nou het meest passend in de praktijk gaat zijn.

Wij stellen voor op 12 mei van 14.30 uur tot 15.30 uur een bijeenkomst te organiseren waarbij wij samen in gesprek gaan over de verschillende instrumenten.

Hopelijk tot 12 mei!

Graag aanmelden via de mail.

Met vriendelijke groet,

(naam) en (naam)

Vierdejaars studenten aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Stap 2 (10 mei 2022)

Beste medewerkers,

Hierbij nog een uitnodiging voor onze bijeenkomst op 12 mei. Wij hebben al 4 aanmeldingen binnen, maar zouden het fijn vinden als er nog meer medewerkers kunnen aanschuiven.

Op donderdag 12 mei van 14.30 tot 15.30 zouden wij graag met jullie in gesprek willen gaan over de verschillende onderzochte instrumenten. Welke sluit het meest aan binnen de Vroegbehandeling. Tijdens de bijeenkomst zullen wij een korte toelichting geven over de instrumenten en er daarna met jullie daarover in gesprek gaan. Wij horen graag wat jullie ervan vinden en waarom het juist wel of niet binnen de Vroegbehandeling zou passen. De bijeenkomst gaat waarschijnlijk plaatsvinden in een van jullie lokalen. Mocht dat veranderen, laten wij dat weten.

Mochten jullie er niet bij kunnen zijn wegens bepaalde redenen, dan horen wij dat ook graag. Wij willen namelijk iedereen betrekken bij de voorstellen en zullen daarom iedereen die niet aanwezig kan zijn benaderen via de mail. Zo kan iedereen wel zijn mening geven over de instrumenten (als je al een reactie hebt gegeven over aanwezigheid of afwezigheid dan hoeft dit niet nog een keer).

In deze mail zit ook een bijlage. Hierin vinden jullie de instrumenten die wij donderdag zullen bespreken. Als je het prettig vindt dan kun je dit dus vast inlezen.

Hopelijk tot donderdag 12 mei!

Graag aanmelden via de mail, als je dat nog niet gedaan had.

Met vriendelijke groet,

(naam) en (naam)

Vierdejaars studenten aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Bijlage 3: Coderen

Voor het coderen is er gebruikgemaakt van de analysemethode 'open coderen'. Dat houdt in dat er voorafgaand aan het interview niet is nagedacht over de codes. Er wordt met een open blik gekeken naar de transcripten. Op het moment zelf worden de codes bepaald (van der Donk & van Lanen, 2017).

In tabel 10 zijn de meest belangrijke en scorende codes opgesteld. Deze codes zijn van belang voor het beantwoorden van deelvraag 2. De codes met de hoogste frequentie zijn door de respondenten het meest genoemd. Daarnaast is weergegeven welke code aansluit op wat door welke respondent is gezegd.

Tabel 10

Codelijst frequentie

Code:	Frequentie:	Respondent:
Gesprek ouders/verzorgers	3	Respondent 1,2,3
Instrument	3	Respondent 1,2,3
Theorie hechting	3	Respondent 1,2,3
Contact ouders/verzorgers	3	Respondent 1,2,3
Vergelijking tussen hechting en autisme	3	Respondent 1,2,3
Verantwoording keuze	3	Respondent 1,2,3
Observatie	3	Respondent 1,2,3
Hechting en autisme lijken op elkaar	2	Respondent 1,2
Aanpak hechting	2	Respondent 1,3
Perspectieven verschillende organisaties	2	Respondent 1,2
Leeftijd doelgroep	2	Respondent 1,2
Interactie tussen ouder/verzorger en kind	2	Respondent 2,3
Invloed classificeren	2	Respondent 2,3
Interventie	2	Respondent 2,3
Invloed trauma	2	Respondent 2,3
Ontwikkelingsanamnese	2	Respondent 2,3
In kaart brengen hechting	2	Respondent 1,3
Hechting	2	Respondent 1,3
Kracht ouders/verzorgers	2	Respondent 1,3
Interventie trauma	2	Respondent 2,3

In tabel 11, 12 en 13 worden de codes weergegeven die per respondent veel zijn genoemd. De frequentie is bepaald aan de hand van de hoeveelheid die de respondent heeft gebruikt. Hoe hoger de frequentie hoe vaker het is gebruikt. In tabel 14 staat de volledige codelijst.

Tabel 11

Codeerlijst respondent 1

Code:	Frequentie
Instrument	15
Aanpak hechting	8
Verwachting medewerkers	7
Invloed medewerkers	4
Aanpak instrument	4
Gesprek ouders/verzorgers	4
Invloed trauma	3
Ontwikkeling ouders/verzorgers	3
Verantwoording keuze	3
Vershil tussen normale ontwikkeling en autisme	2
Bevorderen hechting	2
Contact ouders/verzorgers	2
Eisen instrument	2
Vershil hechting en autisme	2
Vergelijking tussen hechting en autisme	2

Tabel 12

Codeerlijst respondent 2

Code:	Frequentie:
Instrument	16
Anamnese	7
Gesprek ouders/verzorgers	7
Interventie	4
Observatie	4
Samenwerkingsproces	3
Vergelijking tussen hechting en autisme	3
Verantwoording keuze	3
Richtlijn voor hechting	3
Hechting en autisme lijken op elkaar	3
Interventie trauma	3
Ontwikkelingsanamnese	3
Hechting aanwezig	2
Contact ouders/verzorgers	2
Ouder-kind relatie	2
Interactie tussen ouder/verzorger en kind	2
Invloed classificeren	2
Vroegkinderlijk trauma	2
Vergelijking tussen hechting en trauma	2
Invloed autisme	2
Ontwikkeling organisatie	2

Tabel 13*Codeerlijst respondent 3*

Code:	Frequentie:
Aanpak hechting	11
Interventie	10
Invloed hechting	5
Verantwoording keuze	4
Theorie hechting	4
Contact ouders/verzorgers	4
Gesprek ouders/verzorgers	3
Interactie tussen ouders/verzorgers en kind	3
Inhoud NIKA	3
Hechting	2
In kaart brengen hechting	2
Invloed classificeren	2
Kijk op ouders/verzorgers	2

Tabel 14*Complete codelijst*

Code:	Frequentie:	Code:	Frequentie
Instrument	33	Bewustzijn handelen kind	1
Aanpak hechting	19	Vroegbehandeling	1
Interventie	14	Behandeling Vroegbehandeling	1
Gesprek ouders/verzorgers	14	Observeren en diagnosticeren	1
Verantwoording keuze	10	Bevorderen gewenst gedrag	1
Contact ouders/verzorgers	8	Actuele thema's	1

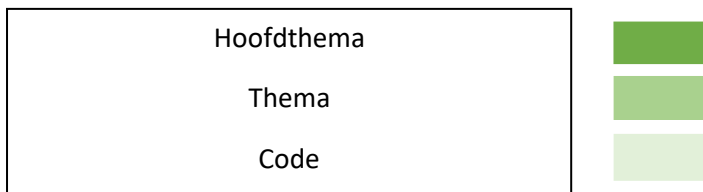
Verwachting medewerkers	7	Contact kinderen	1
Anamnese	7	Anamnese signalen	1
Theorie hechting	7	Kind betrekken	1
Vergelijking tussen hechting en autisme	6	Handelen ouders/verzorgers	1
Observatie	6	Symptomen autisme	1
Invloed trauma	5	Aanpassen verkregen informatie	1
Hechting en autisme lijken op elkaar	5	Hulpmiddel	1
Interactie tussen ouder/verzorger en kind	5	Ontwikkeling kaderen	1
Invloed hechting	5	Instrument autisme	1
Invloed medewerkers	4	Toepassen instrument	1
Aanpak instrument	4	Medewerking ouders/verzorgers	1
Ontwikkelingsanamnese	4	Instrument trauma	1
Invloed classificeren	4	Bewustzijn keuzes	1
Interventie trauma	4	Afstemming ouders/verzorgers	1
Ontwikkeling ouders/verzorgers	3	Observatie ouders/verzorgers	1
Bevorderen hechting	3	Voorwaarden onderzoek	1
Samenwerkingsproces	3	Kijk op onderzoek	1
Richtlijn voor hechting	3	Vastellen problematiek	1
Inhoud NIKA	3	Benaming problematiek	1
In kaart brengen hechting	3	Doel interventie	1
Verschil tussen normale ontwikkeling en autisme	2	Onderzochte interventie	1
Eisen instrument	2	Inhoud theraplay	1
Verschil hechting en autisme	2	Doel theraplay	1
Hechting aanwezig	2	Invloed interventie	1
Ouder-kind relatie	2	Verschillende invloeden	1
Vroegkinderlijk trauma	2	Ideale instrument	1
Invloed autisme	2	Normaliseren	1
Ontwikkeling organisatie	2	Stagnering ontwikkeling	1
Hechting	2	Verbetering interventie/instrument	1

Kijk op ouders/verzorgers	2	Instrument organisatie	1
Kracht ouders/verzorgers	2	Belang bevorderen hechting	1
Perspectieven verschillende organisaties	2	Kijk op hechting	1
Leeftijd doelgroep	2	Emotieregulatie	1
Handelen kind	2	Technieken om hechting te bevorderen	1
Interactie kind	1	Begin basis leggen	1
Invloed omgeving	1	Stimulering/begeleiding medewerkers	1
Invloed omgeving ouders/verzorgers	1	Gebruik maken van het moment	1
Invloed hechtingsfiguur	1	Instrument autisme en hechting	1
Type gehechtheid	1	Invloed problematiek	1
Invloed gemeente	1	Alle problematieken bekijken	1
Doelgroep onderzoek	1	Vergelijking instrumenten	1
Literatuuronderzoek	1	Realisatie	1
Verdiepen in hechting	1	Hechting in Nederland	1
Meerdere perspectieven	1	Aanwezigheid theorie	1
Wisselwerking tussen generaties	1		

Bijlage 4: Codeboom

Codeboom

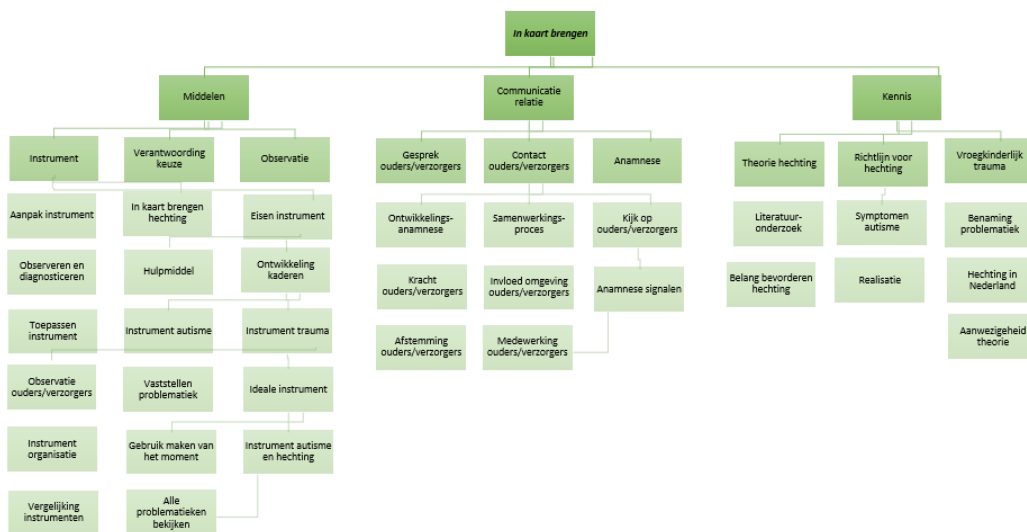
In de codeboom staan alle codes van het coderen. De codes staan gecategoriseerd op thema, om zo nog een beter beeld te krijgen van de onderwerpen die centraal staan tijdens dit onderzoek. Omdat het zoveel codes zijn is ervoor gekozen om de 3 hoofdthema's op te splitsen in drie diagrammen. De diagrammen zijn onderverdeeld in drie kleuren. Zie hieronder de categorieën.



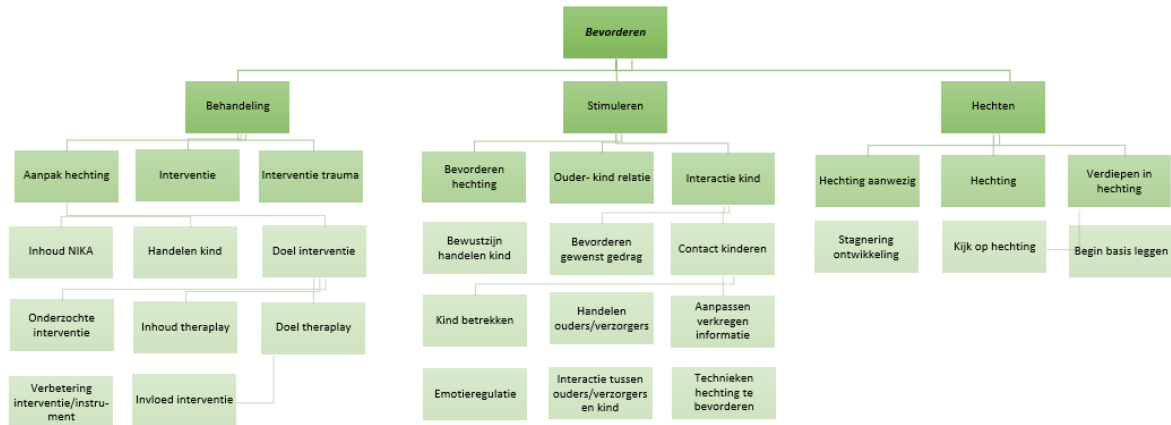
In tabel 15, 16 en 17 zijn de drie diagrammen weergegeven.

Tabel 15

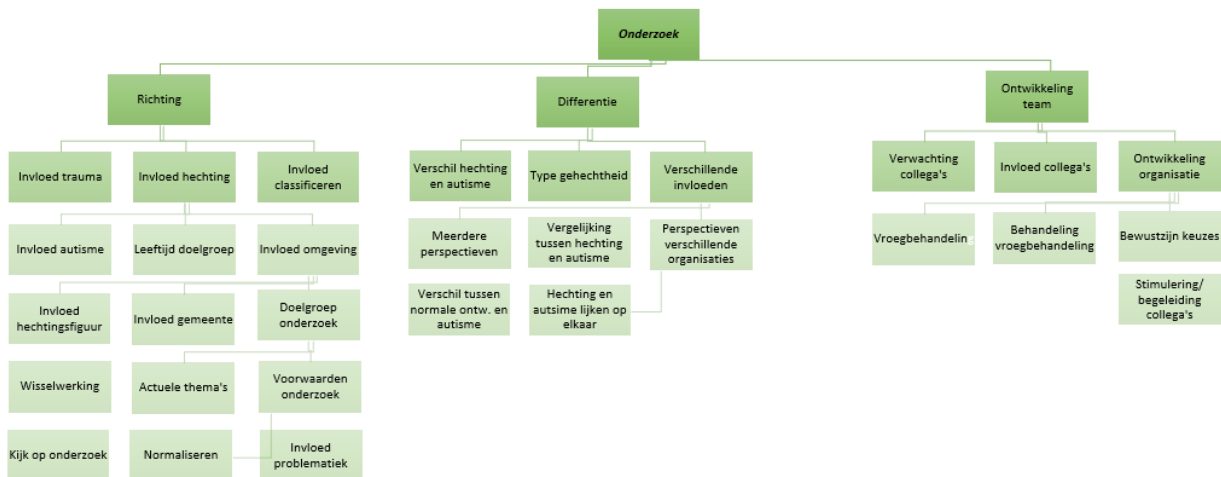
Diagram 1



Tabel 16
Diagram 2



Tabel 17
Diagram 3



Bijlage 5: Planning

In tabel 19 staat de planning van het onderzoek.

Tabel 19

Planning onderzoek

Week:	Planning:
Week 7: 14-18 februari Oriëntatie	15 feb: Kennismakingsgesprek met de opdrachtgevers 14.30u (teams) 16 feb: Lokaal gereserveerd D0.21, 9.00 tot 16.00u 17 feb: Lokaal gereserveerd D0.20, 10.30 tot 16.00u 17 feb: Coaching bijeenkomst 9.00 tot 10.30 D2.22 18 feb: Lokaal gereserveerd D0.20, 9.00 tot 17.00u 18 feb: Informatie college 12.15 tot 13.00
Week 8: 21-25 februari Oriëntatie	21 feb: Werkplaatsleren A005 21 feb: Lokaal gereserveerd D0.20, 10.30 tot 16.00u 22 feb: Lokaal gereserveerd D0.20, 9.00 tot 16.00u 22 feb: Coachmoment met coach 13.15 D0.20 23 feb: Lokaal gereserveerd D0.20, 9.00 tot 16.00u 24 feb: Gesprek met de opdrachtgevers over plan van aanpak 9.30u (op locatie) 25 feb: thuis werken
Week 9: 28 februari - 4 maart Vakantie	28 feb: Verkregen feedback verwerken
Week 10: 7-11 maart Oriëntatie/Plannen	7 mrt: Inleveren van plan van aanpak 12.00u + feedbackformulieren 8 mrt: thuis werken 9 mrt: thuis werken 10 mrt: Ruimte Hatertseweg gereserveerd, 10.30 tot 15.00u 10 mrt: Coaching bijeenkomst Q2.09 11 mrt: thuis werken
Week 11: 14-18 maart Plannen	14 mrt: Lokaal gereserveerd D2.14, 10.00 tot 12.00 14 mrt: enquête voor de organisatie maken 15 mrt: (naam) meedraaien 8.00 – 15.00 15 mrt: Vergadering 15.00 – 16.00 16 mrt: (naam) meedraaien 8.00 – 15.00 17 mrt: Lokaal gereserveerd D0.20, 9.30 tot 17.00u 17 mrt: Coachmoment met coach 15.00u 18 mrt: Thuis werken
Week 12: 21-25 maart Plannen/Data verzamelen	21 mrt: Lokaal gereserveerd D0.19, 9.30 tot 16.00u 22 mrt: Rozet 9.00 tot 14.00 uur 22 mrt: Vergadering 14.30 tot 15.30 23 mrt: Lokaal gereserveerd D0.20, 9.30 tot 16.00 uur 24 mrt: Rozet 9.00 tot 14.00 uur 24 mrt: Vergadering 15.00 tot 16.00 25 mrt: thuis werken
Week 13: 28 maart- 1 april	28 mrt: Werkplaatsleren 9.00 tot 10.30 A005

Data verzamelen	28 mrt: Lokaal gereserveerd D0.12, 9.30 tot 16.00u 29 mrt: Lokaal gereserveerd D0.21, 9.30 tot 16.00u 29 mrt: Interview organisatie 10.30 Teams 30 mrt: Lokaal gereserveerd D0.21, 9.30 tot 16.00u 31 mrt: Lokaal gereserveerd D0.21, 9.30 tot 16.00u
Week 14: 4-8 april Data verzamelen	4 apr: Lokaal gereserveerd, G1.24A Laan van Scheut 4 apr: Naar de testotheek op de Radboud 5 apr: reminder sturen naar medewerkers voor enquête 6 apr: Lokaal gereserveerd, D0.20 Kapittelweg 11.00 tot 16.00 uur 7 apr: Coaching bijeenkomst online 9.00 tot 10.30 uur 7 apr: Lokaal gereserveerd, D0.21 Kapittelweg 9.30 tot 16.00 uur 8 apr: thuiswerken
Week 15: 11-15 april Data verzamelen	11 apr: 12.00 uur interview organisatie 12 apr: thuis werken 13 apr: thuis werken 14 apr: 14.30 meeting met opdrachtgevers om vorderingen te bespreken 15 apr: goede vrijdag
Week 16: 18-22 april Data verzamelen + resultaten analyseren	18 apr: 2 ^e paasdag 19 apr: Lokaal gereserveerd, D0.21 Kapittelweg 9.30 tot 16.00 uur 20 apr: Lokaal gereserveerd, D0.21 Kapittelweg 9.30 tot 16.00 uur 21 apr: Lokaal gereserveerd, D0.21 Kapittelweg 9.30 tot 16.00 uur 21 apr: Coaching bijeenkomst A4.16 9.00 tot 10.30 uur 22 apr: Thuis werken
Week 17: 25-29 april Resultaten analyseren	25 apr: 9.00 – 12.15 A0.05 blik op de toekomst 25 apr: 13.30 gesprek met organisatie 26 apr: 11.30 gesprek met organisatie 27 apr: Koningsdag 28 apr: Thuis werken 29 apr: Thuis werken
Week 18: 2-6 mei Organisatie van opdrachtgevers dicht wegens meivakantie	
Week 19: 9-13 mei Resultaten analyseren	9 mei: Lokaal gereserveerd, D0.19 Kapittelweg 9.30 tot 16.00 uur 10 mei: Thuis werken 10 mei: 15.15 webinar kindermishandeling 11 mei: Lokaal gereserveerd in Arnhem S3.02 12 mei: Coaching bijeenkomst A4.16 9.00 tot 10.30 uur 12 mei: 14:30 meeting met opdrachtgevers om vorderingen te bespreken 13 mei: Thuis werken
Week 20: 16-20 mei Conclusie + discussie schrijven	16 mei: Lokaal gereserveerd, D0.21 Kapittelweg 9.30 tot 16.00 uur 17 mei: Lokaal gereserveerd, D0.21 Kapittelweg 9.30 tot 16.00

	uur 18 mei: Lokaal gereserveerd, D0.21 Kapittelweg 9.30 tot 16.00 uur 19 mei: Lokaal gereserveerd, D0.21 Kapittelweg 9.30 tot 16.00 uur 20 mei: Thuis werken
Week 21: 23-27 mei Taalcheck + finetunen	23 mei: Lokaal gereserveerd, D0.19 Kapittelweg 9.30 tot 16.00 uur 24 mei: Thuis werken 25 mei: Thuis werken 25 mei: 9.00 met coach online meeting 26/27 mei: Thuis werken
Week 22: 30 mei- 3juni Presenteren	30 mei: Lokaal gereserveerd, D0.21 Kapittelweg 9.30 tot 16.00 uur 31 mei: presenteren voor de opdrachtgevers 1 jun: Lokaal gereserveerd, D0.21 Kapittelweg 9.30 tot 16.00 uur 2 jun: Coaching bijeenkomst D3.04 9.00 tot 10.30 uur 2 jun: Werkplaatsleren K1.10 (HDW 121) 10.45 tot 12.15 uur Lokaal gereserveerd, D0.21 Kapittelweg 12.00 tot 16.00 uur
Week 23: 6-10 juni Evalueren	6 jun: feedback verwerken 6 jun: Tweede Pinksterdag 7 jun: Lokaal gereserveerd, D0.21 Kapittelweg 9.30 tot 16.00 uur 8 jun: Lokaal gereserveerd, D0.21 Kapittelweg 9.30 tot 16.00 uur 9 jun: Meeting met opdrachtgevers om feedback te evalueren en te bespreken 10 jun: Beide verslagen inleveren
Week 24: 13-17 juni	13 jun: Inleveren uitvoering en verantwoording + feedback 12.00u (duo) 15 jun: Inleveren reflectie en evaluatie (individueel) 24 jun: beoordeling terug

Bijlage 6: Instrumenten

In tabel 20 t/m 31 staan de instrumenten.

Tabel 20

Attachment Insecurity Screening Inventory 2-5 years (AISI)

Attachment Insecurity Screening Inventory 2-5 years (AISI)	
Gericht op:	Het vaststellen of er risico is op een onveilige gehechtheid bij kinderen van 2 t/m 5 jaar
Leeftijd:	Ouders/verzorgers van kinderen met de leeftijd 2 t/m 5 jaar
Informanten:	Ouders/verzorgers
Doel:	Het meten van hechtingsproblemen aan de hand van drie typen gehechtheid
Afnameduur:	20 minuten
Methode:	Vragenlijst
Hoe ziet het instrument eruit?	De AISI 2-5 is een vragenlijst dat bestaat uit een deel A en deel B en wordt ingevuld door de ouders/verzorgers. Deel A bevat twintig vragen over het hechtingsgedrag van het kind en deel B bevat open vragen over de interactie tussen kind en volwassene vanuit het perspectief van de ouders/verzorgers. Deel A wordt beantwoord door middel van een 6 puntenschaal van nooit tot altijd. De drie typen gehechtheid die gemeten worden zijn: vermijding, ambivalent, gedesorganiseerd en totaal. De AISI 2-5 is inmiddels doorontwikkeld tot de ARI-CP 2-5 (Spruit, Colonnese, Uittenbogaard, Willems, Wissink & Noom. 2019). Bij de resultaten worden de verschillen tussen beide instrumenten uitgelegd.
De voordelen en nadelen	- Legt de nadruk op beleving van ouders - Minder specifiek dan de ARI-CP - Sluit beter aan bij adoptie- of pleeggezinnen - De AISI is ontwikkeld en verbeterd door Basic Trust en de Universiteit van Amsterdam. De AISI is vervolgens genormeerd en gevalideerd door onderzoekers van de Universiteit van Amsterdam. Het blijkt een valide en betrouwbare lijst te zijn, die screent op de aanwezigheid van hechtingsproblemen bij kinderen. Instrument moet gekocht worden via Basic Trust. - De AISI is (nog) niet beoordeeld door de COTAN.
Wie mag het afnemen?	Het mag worden afgenomen door iemand die (forensische) orthopedagogiek,

	ontwikkelingspsychologie of klinische psychologie heeft gestudeerd.
--	---

Tabel 21

Attachment relationship inventory caregiver perspective 2 – 5 years (ARI-CP)

Attachment relationship inventory caregiver perspective 2 – 5 years (ARI-CP)	
Gericht op:	Hoe ouders/verzorgers de gehechtheidsrelatie met hun kind ervaren
Leeftijd:	Ouders/verzorgers van kinderen met de leeftijd 2 t/m 5 jaar
Informanten:	Ouders/verzorgers
Doel:	Het doel van het instrument is om een beeld te geven van hoe ouders/verzorgers de gehechtheidsrelatie met hun kind ervaren. De ARI-CP 2 – 5 wordt gebruikt ter ondersteuning van de screening van de gehechtheidsproblemen.
Afnameduur:	15 minuten
Methode:	Vragenlijst
Hoe ziet het instrument eruit?	De ARI-CP 2-5 is ontwikkeld door de Universiteit van Amsterdam in samenwerking met Basic Trust. Basis Trust richt zich met zijn methodes op het basisvertrouwen van het kind. Basis Trust ziet als basis het vertrouwen dat het kind heeft in zichzelf en in zijn vaste ouders/verzorgers. Het instrument bevat 48 uitspraken over de opvoeder-kind relatie. De ouder/verzorger vult de vragenlijst in aan de hand van een vijf-punt-schaal (tussen: helemaal niet van toepassing – helemaal wel van toepassing). De uitkomst van de vragenlijst wordt gegeven in vier schalen: 1. Veilige gehechtheid, 2. Vermijdende gehechtheid, 3. Ambivalente gehechtheid, 4. Gedesorganiseerde gehechtheid. De uitkomst geeft zicht in een lage, beneden gemiddelde, gemiddelde, bovengemiddelde of hoge score (Spruit et al., 2019).
De voordelen en nadelen	- Scoort op alle 4 de schalen type gehechtheid, ook veilige hechting - Legt de nadruk op het relationele aspect van gehechtheid - Gratis te verkrijgen. - Uit onderzoek (Spruit et al., 2019) met 446 ouders/verzorgers, is gebleken dat de betrouwbaarheid, interne structuur, convergente validiteit en concurrente validiteit, voldoende is. - De ARI-CP is (nog) niet beoordeeld door de COTAN.

Wie mag het afnemen?	Het mag worden afgenomen door iemand die (forensische) orthopedagogiek, ontwikkelingspsychologie of klinische psychologie heeft gestudeerd.
-----------------------------	---

Tabel 22

Attachment Story Completion Task (ASCT)

Attachment Story Completion Task (ASCT)	
Gericht op:	De hechtingsstijl van jonge kinderen in kaart te brengen
Leeftijd:	4 t/m 10 jaar
Informanten:	Jonge kinderen
Doel:	De hechtingsstijl van kinderen met een licht verstandelijke beperking bepalen door te analyseren hoe een kind met een stressvolle gebeurtenis omgaat.
Afnameduur:	30 – 60 minuten
Methode:	Observatie/spelenderwijs
Hoe ziet het instrument eruit?	“De ASCT is ontwikkeld om in kaart te brengen hoe kinderen omgaan met gepresenteerde conflicten en emoties en op basis daarvan een relatie te leggen met hun interne werkmodellen over gehechtheid. Met behulp van spelmateriaal wordt het begin van een verhaal uitgebeeld en mag het kind het verhaal afmaken” (Hofstra, Nadorp, Mettler, Heinemann, Antonides, Zegers, Fucht, Vliet, Hofste, Vader, Meijers, Wouda, Wouwe, Meddeler, Knol, de Wit, Bummelen- van Zandwijk & Lanshage-Schmitger, 2021). De ASCT is een instrument waarbij een kind verschillende verhalen aan worden geboden. In deze verhalen doen zich bepaalde conflictsituaties/stressvolle gebeurtenissen voor. Degene die de test afneemt speelt het begin van het verhaal met poppetjes en daarna maakt het kind het verhaal af op het moment van het conflict (op geheel eigen wijze). De conflicten bevatten gevoelens zoals angst, ruzie, pijn, afzondering en confrontatie. De gevoelens die het kind krijgt bij het verhaal zullen het gehechtheidssysteem activeren en zullen tot uitdrukking komen in het verhaal dat het kind vertelt of uitbeeldt. Voor de afname heb je verschillend spelmateriaal nodig en een videocamera. Het scoreformulier wordt naderhand ingevuld aan de hand van het beeldfragment. Uit het scoreformulier komt de bijpassende hechtingsstijl naar voren (Lemstra & Collot d’Escury-Koenigs, 2019).
De voordelen en nadelen	- 60 minuten uitspelen van verhalen/conflictsituaties. Naderhand observeren aan de hand van beeldmateriaal. - Zichtbaar reactievermogen van het kind (veelzeggend) - Gescoord op hechtingsstijlen - Er is een 2-daagse praktijkgerichte cursus (via Fortior).

	- Leeftijd 4 – 10 jaar, voorwaarde kinderen kunnen vertellen/verhaal afmaken - Zelf spelmateriaal aanschaffen (o.a. duplo poppetjes en dierenfiguren) - Het kenniscentrum LVB heeft de ASCT getest door middel van de Cronbach's Alpha. Dit is een manier om vast te stellen of meerdere items samen één schaal mogen vormen, dit noemen ze een betrouwbaarheidsanalyse. Uit deze betrouwbaarheidsanalyse komt naar voren dat alle verhalen bijdragen aan een voldoende betrouwbaar concept.
Wie mag het afnemen?	Het mag worden afgenomen door een orthopedagoog, een psycholoog en een psychodiagnostisch werkende in eigen praktijk (onderwijs, GGZ, forensische zorg en zorginstelling voor LVB).

Tabel 23

Ages and Stages Questionnaire (ASQ:SE)

Ages and Stages Questionnaire (ASQ:SE)	
Gericht op:	Het in kaart brengen van de psychosociale ontwikkeling van het jonge kind
Leeftijd:	Afname gebeurt bij ouders/verzorgers van kinderen tussen de 3 en 66 maanden
Informanten:	Ouders/verzorgers
Doel:	De psychosociale ontwikkeling van het jonge kind in kaart brengen
Afnameduur:	10-15 minuten
Methode:	Vragenlijst
Hoe ziet het instrument eruit?	Het is een vragenlijst met 19 tot 33 vragen, afhankelijk van de ontwikkelingsleeftijd. De ouder/verzorger vult de vragenlijst in met een 1(meestal), 2 (soms) of 3 (bijna nooit). Naast deze vragen zijn er ook drie open vragen, bijvoorbeeld: "Welke dingen vindt u het leukst aan uw kind?". De scoring wordt geschaald op verschillende onderwerpen: adaptief functioneren, affect, communicatie, interactie, zelfregulatie en zorgen en opmerkingen (Hermanns, Öry & Schrijvers, 2005).
De voordelen en nadelen	- Je krijgt de beleving van ouder/verzorger in beeld - Gericht op psychosociale ontwikkeling, niet toegespitst op hechting of autisme. - Door onderzoek is aangetoond dat de gebruiksvriendelijkheid van de vragenlijst goed is (De Wolff, et al., 2015). - De Nederlandse versie is nog niet bekend. - De validiteit van het instrument is door Hermanns et al. (2005) als goed

	beoordeeld. - De ASQ:SE is (nog) niet door de COTAN beoordeeld.
Wie mag het afnemen?	Wie het mag afnemen is onbekend.

Tabel 24

Child Behavior Checklist 1,5 – 5 jaar (CBCL)

Child Behavior Checklist 1,5 – 5 jaar (CBCL)	
Gericht op:	Probleemgedrag en vaardigheden van kinderen te kwantificeren
Leeftijd:	Ouders/verzorgers van kinderen met de leeftijd 1,5 t/m 5 jaar
Informanten:	Ouders/verzorgers
Doel:	Gedrag in kaart brengen
Afnameduur:	15 tot 20 minuten
Methode:	Vragenlijst
Hoe ziet het instrument eruit?	De CBCL is een vragenlijst met 99 vragen. Deze vragen worden door ouders/verzorgers ingevuld maar het kan ook ingevuld worden door andere volwassenen die het kind goed kennen. De vragen bestaan uit verschillende problemen (emotioneel, gedrags- en overige problemen). Ouders/verzorgers geven aan de hand van een driepuntsschaal aan in hoeverre het probleem de afgelopen 6 maanden bij hun kind aanwezig is geweest. De uitkomst van deze vragenlijst geeft zicht in internaliserende problemen of externaliserende problemen en op welke gebieden (affectieve problemen, angst problemen, pervasieve ontwikkelingsproblemen, slaapproblemen, aandacht te kort/hyperactiviteit problemen en oppositioneel- opstandige problemen). In deze vragenlijst staan er vragen zoals: heeft uw kind pijnklachten, doet het kind te jong voor zijn/haar leeftijd, vermijdt uw kind om anderen aan te kijken, is uw kind snel jaloers etc. (Achenbach & Rescorla, 2000).
De voordelen en nadelen	- Algemene vragenlijst en niet gespecificeerd in hechting en/of autisme. - De CBCL is genormeerd onder een landelijk representatieve steekproef van 4-18-jarigen (1993) van 2068 kinderen uit het normale onderwijs, zonder recente professionele hulp. - De CBCL is in 1999 door de COTAN beoordeeld, als voldoende tot goed. De recente versie is ook door de COTAN beoordeeld. Hoe de CBCL beoordeeld is, is niet in te zien. Hiervoor moet je een account hebben bij de COTAN.

Wie mag het afnemen?	Wie het mag afnemen is onbekend.
-----------------------------	----------------------------------

Tabel 24

Klinische Observatie van Gehechtheid (Clinical Observation Attachment; COA)

Klinische Observatie van Gehechtheid (Clinical Observation Attachment; COA)	
Gericht op:	De gehechtheidsrelatie in kaart brengen tussen ouder/verzorger en kind
Leeftijd:	14 maanden – 6 jaar
Informanten:	Ouder/verzorger en kind
Doel:	Type gehechtheidsrelatie tussen ouder/verzorger en kind in kaart brengen
Afnameduur:	60 minuten
Methode:	Afname en observatie
Hoe ziet het instrument eruit?	De COA komt van de wetenschappelijke Vreemde Situatie Procedure van Mary Ainsworth, maar de COA heeft twee extra ‘stress’-momenten toegevoegd. Deze twee extra ‘stress’-momenten laat het hechtingsgedrag van het kind zien op dat moment. Bij deze momenten wordt beangstigend speelgoed aangeboden of een onbekende ‘onderzoeker’ zoekt contact met het kind. Naderhand beoordeel en observeer je het videofragment met behulp van de Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (Richtlijnen jeugdhulp, 2020). “De COA beschrijft 8 soorten gehechtheidsgedrag: 1. affectie; 2. zoeken van troost; 3. vertrouwen in de ander; 4. samenwerking; 5. explorerend gedrag; 6. controlerend gedrag, 7. reactie bij hereniging/terugkeer.; 8. Reactie Tegenover vreemden” (Hofstra, et al., 2021). Voor de afname en de scoring van de COA is een training vereist, deze training kan gevolgd worden bij RINO Groep of bij Bartiméus (Hofstra, et al., 2021).
De voordelen en nadelen	- Training vereist voor afname - Situatie uitspelen samen met ouder/verzorger en kind. Naderhand het videofragment observeren (min. 60 minuten). - In de Practice Parameter van de AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) wordt een klinische observatie van de jeugdige met

	ouder(s) en met een vreemde geadviseerd. De COA-procedure, oorspronkelijk ontwikkeld en getest door Boris en medewerkers, wordt hiervoor aanbevolen bij jonge kinderen.
Wie mag het afnemen?	Het zal worden afgenomen door een professional vanaf het niveau van een gedragswetenschapper.

Tabel 25

Disturbances of Attachment Interview (DAI)

Disturbances of Attachment Interview (DAI)	
Gericht op:	Reactieve hechtingsstoornis
Leeftijd:	Afname gebeurt bij ouders/verzorgers van kinderen tussen de 0 en 6 jaar.
Informanten:	Ouders/verzorgers
Doel:	Het differentiëren van gehechtheidsgedrag en verstoord gehechtheidsgedrag.
Afnameduur:	30 minuten
Methode:	Vragenlijst (interview)
Hoe ziet het instrument eruit?	Het doel van de DAI is om adaptief gehechtheidsgedrag in kaart te brengen aan de hand van gedragssymptomen. De DAI is een semi- gestructureerd interview met 12 vragen. De vragen bestaan uit de volgende thema's: • Afwezigheid van volwassenen • Gebrek aan troost • Niet reageren op ouders/verzorgers • Gebrek aan sociale en emotionele wederkerigheid • Emotieregulatie • Afstand volwassenen • Omgang onbekenden • Contact met familie • Zelfbeschadiging • Vastklampend gedrag

	• Hypervigilantie • Parentificatie (Giltaij, Sterkenburg & Schuengel, 2015). Er zal naar concrete voorbeelden van het gedrag worden gekeken. Daarna wordt dit verder uitgevraagd, om uiteindelijk te scoren op een driepuntsschaal. Het interview wordt opgenomen en daarna wordt er een transcript van gemaakt. Aan de hand daarvan wordt er gekeken welke mogelijke hechtingsstoornis er aanwezig is (Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2021). Er wordt dan onderscheid gemaakt tussen reactieve hechtingsstoornis (geen gehechtheidsrelatie) of vertekeningen van een veilige basis (secure- base distortions). Voor de afname en de scoring van de DAI is een training vereist, deze training kan gevolgd worden bij Rino Groep of bij Bartiméus (Hofstra, et al., 2021).
De voordelen en nadelen	- Gerichte vragenlijst op hechtingsproblemen (voornamelijk bedoeld om te diagnosticeren) - Training vereist voor afname (incompany, bij het volgen van de training wordt er een betrouwbaarheidscertificaat meegegeven). - De DAI sluit goed aan bij de beschrijving van de DSM-5-criteria voor de beide typen hechtingsstoornissen (RAD en DSED), en is voldoende valide gebleken.
Wie mag het afnemen?	Het zal worden afgenomen door een GZ-psycholoog, orthopedagoog-Generalist, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog of psychiater.

Tabel 26

Emotional Availability Scales (EAS)

Emotional Availability Scales (EAS)	
Gericht op:	Het meten van de interactie tussen ouder-kind in hun relatie
Leeftijd:	0 – 5 jaar
Informanten:	Opvoeder of volwassen zorgverlener
Doel:	Diagnostiek van de kwaliteit van de ouder-kind relatie
Afnameduur:	30 minuten
Methode:	Observatie aan de hand van beeldmateriaal
Hoe ziet het instrument	“De EAS is een meetinstrument waarin de emotionele beschikbaarheid van zowel de volwassene als het kind wordt gemeten. De uitkomst van het instrument is

eruit?	hiermee een belangrijke voorspeller van de mogelijke hechtingsrelatie tussen ouder en kind” (Ouwens, 2010). Allereerst wordt er een spelsituatie tussen ouder en kind gefilmd. Deze spelsituatie wordt geobserveerd aan de hand van een vragenlijst. Deze vragenlijst bevat vragen zoals: hoe ziet de band eruit, is er een gezonde verbindingen, is er een connectie. De eindscore wordt uitgedrukt in een cijfer van één tot zeven. Dit refereert aan de zeven hechtingscategorieën van Ainsworth (in Ouwens, 2010).
De voordelen en nadelen	- 3-daagse training (online beschikbaar in het Engels), betrouwbaarheid certificaat wordt meegegeven. - Een spelsituatie tussen ouder en kind wordt gefilmd en naderhand wordt de spelsituatie geobserveerd. - De EAS is een instrument wat al jaren gebruikt wordt in de GGZ. De theoretische basis van de EAS ligt dan ook bij de integratie van hechtingstheorieën en emotionele uitgangspunten.
Wie mag het afnemen?	Het zal worden afgenomen door een GZ-psycholoog, psycholoog, orthopedagoog of kinder- en Jeugdpsychiater.

Tabel 27

Kind en Jeugd Traumascreener (KJTS)

Kind en Jeugd Traumascreener (KJTS)	
Gericht op:	Screening op trauma symptomen
Leeftijd:	Ouders/verzorgers van kinderen met de leeftijd 3 – 6 jaar
Informanten:	Ouders/verzorgers
Doel:	Traumasymptomen in kaart brengen
Afnameduur:	20 minuten
Methode:	Vragenlijst
Hoe ziet het instrument eruit?	Het instrument is een traumasymptoom screeningslijst voor ouders/verzorger van kinderen met de leeftijd 3 – 6 jaar. De vragenlijst bevat een korte Life Event Checklist, gevolgd door 20 items. Hiermee wordt de aanwezigheid en de ernst van de PTSS-symptomen in kaart gebracht. Het is een instrument afgeleid van de Child and Adolescent Trauma Screening (CATS). Het instrument is nog in ontwikkeling en wordt onderzocht door de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het Amsterdam

	UMC (Beer, Verlinden & Lindauer, 2020).
De voordelen en nadelen	- Nog weinig informatie over bekend, het is nog in ontwikkeling - De KJTS is afgeleid en vertaald van de Child and Adolescent Trauma Screening (CATS). - Onderzoek naar de validiteit en betrouwbaarheid van de Kind en Jeugd Trauma Screener moet nog worden gedaan.
Wie mag het afnemen?	Wie het mag afnemen is onbekend.

Tabel 28

Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (LSVG)

Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (LSVG)	
Gericht op:	Het signaleren van jeugdigen met een problematische gehechtheidsrelatie
Leeftijd:	Ouders/verzorgers van kinderen met de leeftijd 0 - 6 jaar
Informanten:	Ouders/verzorgers
Doel:	Gehechtheidsgedrag schalen
Afnameduur:	30 minuten
Methode:	Observatie aan de hand van de LSVG
Hoe ziet het instrument eruit?	De Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag is een vertaling van de Behavioral Signs of Disturbed Attachment in Young Children van Boris & Zeanah (in Wolff, et al., 2015). Er zijn acht onderwerpen waarbij er gescoord wordt op een 5 puntenschaal (bijna altijd verstoord – bijna altijd normaal). De acht onderwerpen zijn: affectie, zoeken van troost, vertrouwen in de ander; zoekt hulp, samenwerking, explorerend gedrag, controlerend gedrag, reactie bij hereniging/terugkeer en reactie tegenover vreemden. De LSVG kun je bij een kort gesprek met de ouders/verzorgers invullen of aan de hand van de EAS. Bij de EAS wordt er een filmfragment gemaakt van de interactie tussen ouder en kind. Tijdens de observatie zou de LSVG ingevuld kunnen worden (Wolff, et al., 2015).
De voordelen en nadelen	- Er is geen specifieke training nodig, maar er wordt wel aangeraden om de 3-daagse cursus 'Diagnostiek van gehechtheidsproblemen bij kinderen en jeugdigen', te volgen.

	- Kennis van gehechtheidstheorie en bekendheid met veilig en onveilig gehechtheidsgedrag is nodig. - Wordt aanbevolen in de richtlijn voor jeugdhulpverlening. - Er bestaat internationale consensus over de LSVG, en het instrument wordt op dit moment onderzocht op betrouwbaarheid en validiteit. De lijst kan wel beschouwd worden als 'to the best of our knowledge' (AACAP, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry). - De LSVG is (nog) niet door de COTAN beoordeeld.
Wie mag het afnemen?	Het zal worden afgenomen door een professional vanaf het niveau van een gedragswetenschapper.

Tabel 29

Traumasyntomen bij jonge kinderen (TSCYC)

Traumasyntomen bij jonge kinderen (TSCYC)	
Gericht op:	De TSCYC geeft inzicht in de symptomen van posttraumatische stress en andere gerelateerde problemen
Leeftijd:	3 t/m 12 jaar
Informanten:	Ouders/verzorgers
Doel:	Het in kaart brengen van de psychische gevolgen van negatieve levenservaringen bij kinderen van 3 tot en met 12 jaar
Afnameduur:	15 minuten
Methode:	Vragenlijst
Hoe ziet het instrument eruit?	Deze vragenlijst heeft 90 vragen in de vorm van: hoe vaak heeft uw kind deze dingen gedaan of ervaren in de afgelopen maand (niet, soms, vaak, heel vaak). De vragenlijst wordt door ouders/verzorgers ingevuld en er wordt gescoord in 9 schalen. Posttraumatische stressstoornis - Schalen 1. Herbeleving 2. Vermijding 3. Prikkelbaarheid 4. PTSS Totaalscore Emotionele en gedragsproblemen –Schalen 5. Dissociatie 6. Depressie

	7. Angst 8. Woede 9. Seksuele zorgen Voorbeelden: (Kind) is gespannen, slaapt niet goed, vergeet eigen naam, lijkt verdrietig, schreeuwt tegen familie/vrienden/leerkracht, is ongehoorzaam, doet opzettelijk andere kinderen pijn, noemt zichzelf slecht, trekt haren uit, vecht, maakt ruzie, staart, huult 's nachts, schrikt snel, maakt fouten, huult zonder duidelijk reden, is bang om alleen te zijn, bang in het donker, agressief, driftbuien, lijkt droevig, liegt, nare dromen, heeft last van herinneringen, wil niet praten over wat er met hem/haar is gebeurd etc. De TSCYC ziet als traumatische gebeurtenissen: kindermishandeling, seksueel misbruik, getuige zijn van huiselijk geweld, fysiek of seksueel geweld door leeftijdsgenoten, geld op school of in omgeving, ongelukken met motorvoertuigen, natuurrampen, levensbedreigende ziektes of ingrijpende medische behandelingen, oorlog, ervaringen als vluchteling, terroristische aanslagen, minder overweldigende (maar desondanks traumatische) levenservaringen als scheiding, alcoholisme bij een van de ouders of (psychische) ziekte van een familielid. Om de ernst van de klachten te bepalen is er van elke schaal een T-score. Op basis van de T score wordt de problematiek van het kind ingedeeld als normaal, problematisch of klinisch. De vragenlijst kan uiteindelijk een diagnostisch hulpmiddel zijn voor het stellen van een diagnose maar is niet het doel van de vragenlijst (Briere, 2005).
De voordelen en nadelen	- Richt zich vooral op PTSS. - Betrouwbaarheid en validiteit is in Nederland onbekend. - De TSCYC heeft geen COTAN-beoordeling.
Wie mag het afnemen?	Wie het mag afnemen is onbekend

Tabel 30

Vragenlijst Fundamentele Onthechting (VFO)

Vragenlijst Fundamentele Onthechting (VFO)	
Gericht op:	Het vroegtijdig signaleren van fundamentele onthechting
Leeftijd:	4 tot en met 11 jaar
Informanten:	Beoordelaars die goed op de hoogte zijn van het gedrag van het kind
Doel:	De VFO brengt in kaart of er bij kinderen en jongeren sprake is van sociale onthechting, emotionele onthechting of een combinatie daarvan.

Afnameduur:	+/- 10 minuten
Methode:	Vragenlijst
Hoe ziet het instrument eruit?	De VFO bevat 16 vragen over gedragsproblemen op het gebied van sociale onthechting, emotionele onthechting en sociaal-emotionele onthechting. De vragen gaan over de afgelopen 6 maanden. De antwoorden worden gescoord op een vijfpuntsschaal (het gedrag komt niet of nauwelijks voor tot het gedrag komt zeer vaak voor). (Ploeg & Scholte, 2005). Voorbeeld vragen: toont geen emoties, zet eigen wensen en behoeftes door ten koste van anderen, toont geen spijt of berouw, wil graag het middelpunt zijn, is overmatig zelfverzekerd, is ongevoelig voor straf, houdt ervan opwindende of riskante dingen te ondernemen, grote moeite zich aan te passen, geen oog voor gevoelens van anderen.
De voordelen en nadelen	- Dit screeningsinstrument is alleen af te nemen, als er over VFO- handleiding wordt beschikt. - De VFO mag worden uitgevoerd door beoordelaars die goed op de hoogte zijn van het gedrag van het kind. De uitslag mag alleen geïnterpreteerd worden door psychodiagnostische bevoegde professionals. - De VFO is in 2005 beoordeeld door de COTAN.
Wie mag het afnemen?	Wie het mag afnemen is onbekend.

Tabel 31

Working Model of Child Interview (WMCI)

Working Model of Child Interview (WMCI)	
Gericht op:	De kwaliteit van de gehechtheid vanuit het perspectief van ouders/verzorgers in kaart brengen
Leeftijd:	Afname gebeurt bij ouders/verzorgers van kinderen tussen de 0 en 5 jaar.
Informanten:	Ouders/verzorgers
Doel:	De kwaliteit van de gehechtheid vanuit het perspectief van ouders/verzorgers in kaart brengen.
Afnameduur:	30 – 75 minuten
Methode:	Interview

Hoe ziet het instrument eruit?	Het is een semigestructureerd interview over de wijze waarop ouders/verzorgers de relatie met het kind ervaren. Het bevat 19 hoofdvragen en verdiepingsvragen. Tijdens dit interview staat het interne werkmodel van ouders/verzorgers centraal. Uiteindelijk wordt er gescoord op de volgende dimensies: perceptuele rijkdom, openheid tot verandering, intensiteit van de betrokkenheid, coherentie, sensitiviteit in de zorg, aanvaarding, en moeilijkheden bij het kind. Op basis van deze dimensies wordt er gekeken naar of het kind evenwichtig, onbetrokken of verstoord gehecht is. Tevens geeft het inzicht in de capaciteit van ouders/verzorgd om het gedrag van hun kind te begrijpen vanuit eventuele onderliggende gevoelens en gedachten (Casalin & Vliegen, 2009). “Dit interview richt zich op de perceptie over het kind, subjectieve ervaringen met het kind, de persoonlijkheidseigenschappen van het kind en de relatie met het kind” (Hofstra, et al., 2021).
De voordelen en nadelen	- De 3-daagse training is vereist (via RINO Amsterdam). Daarnaast wordt er geadviseerd om eerst de AMBIANCE training te volgen. Hier komen namelijk veel concepten van in terug die ook in de WMCI worden toegepast. - Zeer waardevol en bruikbaar, zowel bij diagnostiek als behandeling. - Goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor zowel coderen via verbatim transcript of video-opname. Een systematische review over de WMCI (n = 24 studies) uit 2012 laat zien dat de WMCI convergeert met gehechtheidsclassificaties, zoals verkregen vanuit Vreemde Situatietesten.
Wie mag het afnemen?	Het zal worden afgenomen door een GZ-psychologen, orthopedagogen-generalist, kinder- en jeugdpsychologen, klinisch psychologen, psychiaters, psychotherapeuten of arts.

Begrip definiëring:

COTAN: De COTAN (de commissie testangelegenheden Nederland) beoordeelt testen, toetsen, observatieschalen en vragenlijsten die in Nederland worden gebruikt (COTAN-documentatie NIP, 2022). De COTAN beoordeelt de kwaliteit van instrumenten die worden ingezet op terreinen zoals psychodiagnostiek en het onderwijs.

Bijlage 7: Interventies

In tabel 32 t/m 40 staan de interventies.

Tabel 32

Basic Trustmethode

Basic Trustmethode	
Gericht op:	Gedragsproblemen en gehechtheidsrelatie
Leeftijd:	2 t/m 12 jaar
Doel:	Afname van (ernstige) gedrags- en/of emotionele problemen van het kind.
Methode:	Gezinsgerichte aanpak
Hoe ziet de interventie eruit?	De Basic Trustmethode is een kortdurende interventie voor kinderen van 2 t/m 12 jaar met (ernstige) gedrags- en/of emotionele problemen en hun (professionele) ouders/verzorgers, waarbij tevens sprake is van problemen in de gehechtheidsrelatie. Aan de hand van intermediaire doelen leren ouders/verzorgers om goed verbaal en non-verbaal af te stemmen op het gedrag van hun kind. Daarnaast leren zij hoe zij het kind voldoende basisvertrouwen kunnen meegeven, door te kijken naar het opvoedgedrag (NJI., z.d.-a). De Basic Trustmethode bestaat uit 8 tot 12 sessies met behulp van videofeedback. Er wordt gewerkt aan het verminderen van de problemen door de gehechtheidsrelatie te versterken. De begeleiding van deze interventie start met een psycho-educatie over de achtergrond van het probleemgedrag. Maar ook de symptomen van gehechtheid worden in kaart gebracht. Tijdens de sessies staan communicatievaardigheden centraal die ouders/verzorgers in het contact met het

	kind hanteren (Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, z.d.-a). De video-opnamen staan in het teken van spel- of een opvoedingssituatie waarin ouders/verzorgers bevestiging krijgen aan de hand van vaardigheden die Basic Trustmethode opstelt. Daarnaast oefenen ouders/verzorgers met specifieke vaardigheden. Zo wordt desorganiserend opvoedgedrag gecorrigeerd en veilig disciplineren aangeleerd.
--	--

Tabel 33

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	
Gericht op:	Kinderen die iets hebben meegemaakt waardoor ze last hebben gekregen van emotionele, lichamelijke of gedragsproblemen
Leeftijd:	Geen specifieke leeftijd
Doel:	Het doel van EMDR is dat het kind zich weer veilig gaat voelen en dat de traumatische ervaring het dagelijks leven van het kind niet meer verstoort
Methode:	Therapie
Hoe ziet de interventie eruit?	EMDR heeft 1 tot 4 sessies van 90 minuten. Hierbij worden traumatische herinneringen opgehaald en dan gecombineerd met een afleidende taak zoals met de handen tikken of oogbewegingen. De therapie wordt aangepast op verschillende factoren, namelijk: de aard van de gebeurtenis, het functioneren van het kind, de vaardigheden van het kind maar ook van ouders/verzorgers. Bij de sessies worden de ouders/verzorgers betrokken. Dit kan door het kind op schoot te laten zitten of door ouders/verzorgers het verhaal te laten vertellen (Beer & de Roos, 2017). EMDR mag afgenomen worden door een orthopedagoog of een psycholoog.

Tabel 34

Floorplay

Floorplay	
Gericht op:	Spelenderwijs interactie stimuleren tussen ouder/verzorger en kind
Leeftijd:	0-7 jaar
Doel:	Het doel van deze methode is de band tussen ouder/verzorger en kind te vergroten en het kind in de ontwikkeling verder te helpen
Methode:	Therapie
Hoe ziet de interventie eruit?	“Bij kinderen met een ontwikkelingsachterstand is het niet altijd duidelijk wat de aard van de problematiek is. Met Floorplay worden de cognitieve en sociale capaciteiten van het kind zichtbaar” (Floorplay, 2016). Bij Floorplay is de ouder/verzorger volgend. Het sluit aan bij de interesses van het kind. Door Floorplay wordt de emotionele band tussen ouder/verzorger en kind gestimuleerd door het samenspel. Tijdens het samenspel wordt er gecoacht door de behandelaar. Dit kan tijdens spelmomenten thuis maar ook op de groep. Het traject duurt gemiddeld tussen de 10 á 15 sessies (Floorplay, 2016).

Tabel 35
Gordon-cursus

Gordon-cursus	
Gericht op:	Gedragsproblemen, opvoeding en hechting
Leeftijd:	Voor ouders en verzorgers van kinderen tussen de 2 en 12 jaar oud
Doel:	Ouders en verzorgers leren effectief te communiceren met hun kind
Methode:	Groepsgerichte aanpak
Hoe ziet de interventie eruit?	De Gordontraining is een groepstraining voor ouders en verzorgers die problemen in de ouder- kind relatie ervaren. De training is de Nederlandse bewerking van de Amerikaanse Parent Effectiveness training (PET). Een gezonde onderlinge relatie tussen ouder en kind is op veel gebieden goed. Hierdoor worden de ontwikkelingskansen van het kind vergroot, gedragsproblemen voorkomen en een veilige hechting bevorderd. Dit kan zich gaan uiten in een ontspannen en positief contact tussen het ouder en het kind (Gordon, 2020) De interventie bestaat uit 10-wekelijkse bijeenkomsten die drie uur duren. Tijdens deze bijeenkomsten staat het verwerven van communicatievaardigheden en een democratische conflictoplossing centraal. De leerwensen en de ervaringen van de ouders vormen een belangrijk aspect tijdens deze interventie. Het biedt onder andere informatie en vaardigheidstrainingen zoals leren actief luisteren, het

	formuleren van de ik-boodschap en het uitwisselen van ervaringen/ meningsvormende discussies (NJI., z.d.-c).
--	---

Tabel 36

Integratieve therapie voor gehechtheid en gedrag (ITGG)

Integratieve therapie voor gehechtheid en gedrag (ITGG)	
Gericht op:	Gedragsproblemen en gehechtheidsrelatie
Leeftijd:	Vanaf 9 maanden tot 18 jaar
Doel:	Het verminderen van gedragsproblemen en het opnieuw opbouwen van een gehechtheidsrelatie
Methode:	Individuele aanpak
Hoe ziet de interventie eruit?	De ITGG-interventie is bedoeld voor kinderen met een meervoudige problematiek, ernstig verstandelijke beperking en ernstige problemen met gehechtheid en gedrag. Bij deze kinderen hadden eerdere interventies gericht op de dagelijkse begeleiding en leefsituaties net het gewenste effect. Aan de hand van de ITGG-interventie leert het kind nieuw gewenst gedrag zien. Het probleemgedrag wordt verminderd en de gehechtheidsrelatie wordt weer opnieuw opgebouwd (NJI., z.d.-f). Het programma van de interventie bestaat uit drie sessies van een uur per week. Het wordt uitgevoerd in de dagelijkse omgeving van het kind en bestaat uit drie fasen. • Fase 1: Het opbouwen van een gehechtheidsrelatie In deze fase van de interventie wordt er gewerkt aan de gehechtheidsrelatie tussen de cliënt en de behandelaar. De cliënt zal hierdoor hulp, ondersteuning of troost zoeken bij de handelaar en activiteiten ondernemen die eerst niet mogelijk waren. Dit zou ongeveer zichtbaar moeten zijn na 4 maanden vanaf de start. • Fase 2: Gedragstherapie waarmee gewenst gedrag wordt aangeleerd In fase 2 laat de cliënt na ongeveer 6 maanden vanaf de start, gewenst gedrag zien. Het probleemgedrag wordt hierbij gepasseerd. • Fase 3: Het generaliseren naar de dagelijkse omgeving In deze fase zoekt de cliënt vanuit zichzelf hulp, ondersteuning en troost bij de dagelijkse begeleiders of ouder/verzorger. Ook onderneemt de cliënt activiteiten waarvan hij/zij kan genieten. Hierdoor zal de cliënt zichzelf beter kunnen ontplooiën voor de rest van de ontwikkeling. Dit is ongeveer zichtbaar na 10 maanden vanaf de start van de interventie.

	In totaal duurt de interventie ongeveer een jaar. Bij verschillende fasen zullen ook de ouders/verzorgers en begeleiders betrokken worden (Bartimeus, 2021).
--	--

Tabel 37

NIKA Jeugdinterventie

NIKA Jeugdinterventie	
Gericht op:	Hechting en hechtingsproblemen
Leeftijd:	0-12 jaar
Doel:	Preventie en verminderen van problemen
Methode:	Individuele aanpak
Hoe ziet de interventie eruit?	Verminderen van problemen Methode: individuele aanpak NIKA is een interventie die zich richt op kinderen (en hun ouders) van 6 maanden tot 12 jaar die signalen laten zien van verstoord hechtingsgedrag of een verhoogd risico lopen op een gedesorganiseerde hechting. Voorbeelden hiervan zijn gezinnen waarbij er sprake is (geweest) van mishandeling, verwaarlozing en/of huiselijk geweld. Het doel van deze interventie is dat ze een gedesorganiseerde hechting willen voorkomen of verminderen. Een voorwaarde voor deze interventie is dat er dus al sprake moet zijn van signalen van een verstoord hechtingsgedrag of dat er een verhoogd risico is op een gedesorganiseerde hechting (NJI., z.d.-h). Het is een kortdurend cognitief gedragstherapeutische interventie waarbij er gebruikgemaakt wordt van een interview, een vragenlijst en video feedback. NIKA onderscheidt de interventie in een diagnostiekfase en een interventiefase. In de diagnostiekfase wordt er een interview en een vragenlijst afgenomen en wordt er een beeldopname gemaakt van het contact tussen ouder en kind. Na de diagnostiekfase wordt er een afspraak gepland waar alles wordt besproken met de ouder. Daarna komt de interventiefase en die bestaat uit maximaal 5 momenten dat er beeldopnames worden gemaakt. Deze beeldopnames worden naderhand besproken met de ouder. Bij deze beeldopnames wordt er gekeken naar wat werkt en wat helpt en wordt er gewerkt aan het afleren van handelingen wat niet werkt. "NIKA maakt de ouder bewust van de invloed van zijn of haar eigen handelen op het welzijn en het gedrag van het kind. NIKA reikt concrete handvatten aan om het verstoorde opvoedgedrag te stoppen en te versterken wat helpt" (NIKA, z.d.).

Tabel 38

Theraplay

Theraplay	
Gericht op:	Hechting
Leeftijd:	Vanaf de zwangerschap
Doel:	Een veilige en plezierige relatie tussen een kind en ouders/verzorgers creëren.
Methode:	Individuele- en Groepsgerichte aanpak
Hoe ziet de interventie eruit?	Theraplay is een interventie die wordt ingezet om de band tussen een ouder/verzorger en het kind te verstevigen. Op een speelse manier wordt het gedrag van het kind verbeterd en wordt de ouder/verzorger en kind relatie versterkt. Ook wordt er zelfvertrouwen opgebouwd om zo de gehechtheidsrelatie aan te kunnen gaan. Hierdoor is er een intensieve en positieve interactie aanwezig en voelt het kind zich geliefd en de moeite waard. Een basisgevoel dat elk kind nodig heeft (The Theraplay Institute, z.d.). Theraplay wordt vooral gebruikt bij kinderen vanaf 3 jaar. Echter is het inzetbaar vanaf de zwangerschap en wordt het vaak gebruikt tot de tienerjaren. Het gaat hierbij niet om de kalenderleeftijd, maar om de ontwikkelingsleeftijd op het emotionele aspect. Theraplay wordt ingezet bij: • Boosheid, agressie of opstandigheid. • Angstig, verlegen, teruggetrokken gedrag of claimend gedrag van een kind. • Hechtingsproblemen als gevolg van adoptie of uithuisplaatsing (trauma of verwaarlozing). • Problemen in de ouder-kind relatie als gevolg van (echt) scheiding of het wegvallen van een van de ouders. • Kinderen met ontwikkelingsproblemen zoals, autisme, ADHD of een verstandelijke beperking. Theraplay bestaat uit behandelingen waarbij de ouders/verzorgers betrokken worden bij het proces. Zowel het kind als de ouders/verzorgers hebben een actieve rol tijdens deze behandelingen. Beide worden zij aangemoedigd tot speels en afgestemd contact of aandacht voor elkaar, zodat het passend is voor een veilige onderlinge relatie. Ouders/verzorgers leren de signalen van hun kind beter op te pakken en daarop te reageren (Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, z.d.-b). Tijdens de behandelingen staan 4 essentiële kenmerken centraal. Namelijk; structuur, betrokkenheid, verzorging en uitdaging. Deze 4 kenmerken worden geuit in spel. Spel helpt het kind en de ouders/verzorgers bij zelfuiting, gevoelens delen en contact maken. Mensen waarbij autisme is geconstateerd, vinden dit lastig. Wanneer de hechting niet goed is, kunnen zij hier extra moeite mee hebben. Ook is het vaak lastig voor ouders/verzorgers. Binnen de ouder-kind relatie is het van fundamenteel belang dat de sociaal- emotionele ontwikkeling goed verloopt. Dit versterkt de relatie. Het is voor ouders/verzorgers dan lastig als zij de behoefte hebben om te reageren of toenadering te zoeken, maar het niet beantwoord wordt (Prendiville & Howard, 2014).

Tabel 39*ToM-training*

ToM- training	
Gericht op:	Sociaal- cognitieve ontwikkeling voor kinderen met een autisme- spectrum stoornis
Leeftijd:	4 t/m 12 jaar
Doel:	Het vergroten van het adequaat sociaal gedrag bij kinderen met een autisme- spectrum stoornis.
Methode:	Groepsgerichte aanpak (2 tot 6 kinderen)
Hoe ziet de interventie eruit?	De ToM- training is gebaseerd op de Theory of Mind. Het bevordert de sociaal- cognitieve ontwikkeling bij kinderen van 4 tot en met 12 jaar, met een autisme- spectrum stoornis. Hierdoor zijn zij minder kwetsbaar en kunnen zij meer adequaat gedrag vertonen in sociale situaties (NJI., z.d.-g). Tijdens de trainingen leren zij om hun eigen emoties te herkennen en zich in een ander te verplaatsen. Hierdoor zullen zij in staat zijn om het gedrag beter te begrijpen en zullen zij ook beter met de ander kunnen afstemmen. De training is een groepstraining voor twee tot zes kinderen per groep. Het bestaat uit 24-wekelijkse bijeenkomsten van een uur. De sessies hebben een vaste structuur. In het boek over de TOM- training staan 200 werkvormen beschreven die weer gerubriceerd zijn in 54 voorbeeldsessies (in opklimmende moeilijkheidsgraad en gerubriceerd in bouwstenen van ToM). Afhankelijk van de leeftijd of van uitval/vertraging van ToM, wordt er een keuze gemaakt. Daarbij maken ze gebruik van de werkvormen en van de voorbeeldsessies. De werkvormen zijn toegespitst op het oefenen van de bouwstenen van ToM en worden toegepast in een dagelijkse situatie. De bouwstenen van ToM bestaan uit 6 stenen, ook wel 6 subdoelen genoemd. Deze zijn nodig om de ToM- training te behalen/beheersen. De 6 bouwstenen bestaan uit (Boek: ToM-training: leren denken over denken en leren begrijpen van emoties): • Beter kunnen doen alsof. • Beter begrijpen van eigen en andermans emoties. • Begrijpen van het verschil tussen de fysische en mentale wereld. • Begrijpen van het gedrag van anderen door beter in te schatten wat anderen in bepaalde situaties denken en voelen, en het besef dat deze informatie helpt bij het begrijpen van de acties van anderen. • Begrijpen van bedrog en misleiding door te begrijpen dat informatie waar jij over beschikt anders kan zijn dan die van anderen en dat dit leidt tot een bepaald perspectief.

	Na iedere sessie krijgen de kinderen huiswerkopdrachten mee, waar zij in het kader van de transfer hun ouders en/of leerkrachten bij betrekken. Wellicht kan dit nog worden gebruikt. Hele uitgebreide uitleg over hoe de ToM-training werkt (NJI., z.d.-g).
--	--

Tabel 40

Video- feedback Intervention to Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD)

Video- feedback Intervention to Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD)	
Gericht op:	Gedragsproblemen en hechting
Leeftijd:	0 t/m 6 jaar
Doel:	Gedragsproblemen voorkomen of verminderen door de opvoedingsvaardigheden van de ouders/verzorgers te versterken.
Methode:	Gezingsgerichte aanpak
Hoe ziet de interventie eruit?	VIPP-SD is een gedragsinterventie voor ouders/verzorgers met kinderen in de leeftijd van 0 tot 6 jaar. De interventie is erop gericht om gedragsproblemen te voorkomen of verminderen. Dit wordt gedaan door de opvoedingsvaardigheden van ouders/verzorgers te versterken en de aandacht te leggen op de positieve interactie/ sensitieve disciplineringsstrategieën. De interventie is gericht op ouders/verzorgers die problemen ervaren bij sensitief opvoeden of grenzen stellen, resulterend in problemen in de ouder- kind relatie en (een verhoogd risico op) externaliserende gedragsproblemen bij het kind. Naast de ouders/verzorgers kan de interventie toegepast worden bij pleegouders, adoptieouders en professionele opvoeders in de kinderopvang (NJI., z.d.-i). Interventie begint met een startgesprek. Aan de hand van dat startgesprek wordt de interventie opgezet. Deze zal thuis of op locatie worden uitgevoerd door een getrainde ondersteuner. De interventie bestaat uit video-opnamen, waarbij dagelijkse momenten (spelsituaties of eetmomenten) worden gefilmd. Dit zijn korte momenten tussen de 10 en 30 minuten. In totaal zijn het ongeveer 7 interventiemomenten (huisbezoeken). Vervolgens wordt er feedback gegeven op de interactie tussen de ouder/verzorger en het kind. De positieve interactie en de sensitieve discipline staan tijdens het feedback centraal. De feedback wordt zo gegeven dat de ouder/verzorger het goed in de praktijk kan toepassen (Karakter, z.d.).

Bijlage 8: Uitkomst Bijeenkomst

