



Theoretische Onderbouwing effectieve begeleiding (zeer) jonge ouders

Marjan Möhle
Juni 2016

Inhoud

Inleiding	4
1. Visie op het begeleiden van jonge (aanstaande) ouders en bijbehorende doelen	5
2. Afbakening doelgroep en doelen.....	6
3. Algemeen werkzame elementen in de begeleiding van jonge (aanstaande) ouders	8
Aansluiten bij de motivatie van de cliënt.....	8
Goede kwaliteit van de relatie cliënt-behandelaar	9
Goede structurering van de interventie.....	9
Een goede 'fit' van de aanpak met het probleem en de hulpvraag	9
Uitvoering van de interventie zoals deze uitgevoerd hoort te worden	9
Professionaliteit (goede opleiding en training) van de behandelaar	9
Goede werkomstandigheden van de behandelaar	10
4. Specifiek werkzame factoren in interventies voor jonge moeders	11
Timing	11
Doel van de interventie	11
Middelen en technieken	11
Type interventie en plaats van uitvoering	11
Stijl therapeut	12
Moeders vinden aansluiting tussen wat zij zelf kunnen en willen en wat de omgeving hen biedt en van hen vraagt (herstel)	12
Moeders reageren responsief op hun kind teneinde een veilige gehechtheid te bevorderen	13
Moeders worden versterkt in hun zelfredzaamheid en zelfvertrouwen zodat zij beter in staat zijn hun kind optimale ontwikkelingskansen te bieden.....	15
Moeders zijn in staat om met steun van anderen hun kind passende verzorging te bieden die bijdraagt aan een veilige omgeving voor hun kind	16
Moeders zijn in staat om zich te beschermen tegen een volgende onbedoelde zwangerschap	17
Samenvatting.....	21

Inleiding

In dit eerste deel wordt de visie en onderbouwing beschreven die ten grondslag ligt aan het Leef-/leerhuis van Siriz. Startpunt hierbij vormt de visie van Siriz op het begeleiden van jonge (aanstaande) moeders en vaders. Vervolgens worden de doelgroep en doelen van het Leef-/leerhuis. Afgebakend. Doelgroep en doelen vormen het startpunt voor de verdere onderbouwing van de methodiek voor het Leef-/leerhuis.

Deze onderbouwing begint bij het beschrijven van werkzame elementen in de begeleiding van jonge (aanstaande) moeders en vaders, dit betreft algemeen werkzame factoren en specifiek werkzame factoren. Daarna wordt aan de hand van de gestelde doelen een beschrijving gegeven van wat bekend is over het effectief behalen van deze doelen en worden suggesties gedaan voor het inzetten van interventies die hieraan bij kunnen dragen. Tenslotte wordt een overzicht gegeven van de manier waarop deze interventies gebruikt worden als 'bouwstenen' voor het integrale programma voor het Leef-/leerhuis.

1. Visie op het begeleiden van jonge (aanstaande) ouders en bijbehorende doelen

Siriz biedt preventie, ondersteuning en zorg bij onbedoelde zwangerschap (website Siriz). In haar visie staat: 'Siriz is een vernieuwende en resultaatgerichte organisatie voor preventie, ondersteuning en zorg op het terrein van onbedoelde zwangerschap. Wij zoeken onze klanten op en leveren maatwerk. We maken gebruik van de motivatie en talenten van onze medewerkers (zowel beroepskrachten als vrijwilligers) en van onze klanten.'

Siriz heeft als oorspronkelijke doelstelling de bescherming van het ongeboren kind. Hieruit vloeit voort dat zij kinderen uit een onbedoelde zwangerschap ook na hun geboorte een goede start wil bieden. Bij een onbedoelde zwangerschap is het vaak in eerste instantie de aanstaande moeder die om ondersteuning vraagt en begeleiding of zorg nodig heeft. In het belang van een goede start voor het kind is het daarnaast belangrijk om ook samen met de moeder de mogelijkheden te onderzoeken om de vader te betrekken en deze ook te begeleiden bij het oppakken van de vaderrol. Vaders zijn als opvoeders immers even belangrijk als moeders, al wordt hun rol vaak onderschat (Tavecchio, 2011).

Ouders zijn in de eerste plaats zelf verantwoordelijk voor de zorg voor hun kind. Siriz begeleidt de (aanstaande) ouders daarom tijdens de zwangerschap en in de eerste periode na de geboorte bij het bieden van de randvoorwaarden voor een goede start voor hun kind. Uit onderzoek blijkt immers dat de periode van conceptie tot twee jaar na de geboorte cruciaal zijn voor een gezonde ontwikkeling van het kind. Belangrijke factoren hierbij zijn ervaringen tijdens de zwangerschap en in de relatie tussen ouder en kind, blootstelling aan toxische stress (ten gevolge van fysieke of psychische problemen, relationele problemen, onverwerkt trauma, armoede of sociaal isolement) en alcohol- of drugsgebruik (NIP, DAIMH en Babywerk, 2015). De begeleiding richt zich daarom op het positief beïnvloeden van de bovengenoemde factoren. Hierbij is er speciale aandacht voor veelvoorkomende risico's bij kinderen van jonge moeders. Kinderen van jonge moeders groeien relatief vaker op in armoede, worden vaker het slachtoffer van mishandeling en verwaarlozing, hebben vaker emotionele en/of gedragsproblemen en hebben minder gunstige ontwikkelingskansen (Barlow, Smailagice, Bennett, Huband, Jones & Coren, 2011). Tijdens de ondersteuning en zorg wil Siriz deze risico's verminderen met gerichte interventies op de ouders en het kind.

Tenslotte richt Siriz zich ook op het voorkomen van herhaling van een onbedoelde zwangerschap, dit hangt samen met haar doelstelling ten aanzien van de bescherming van het ongeboren kind. Ook hier wordt in de begeleiding aandacht aan besteedt.

2. Afbakening doelgroep en doelen

Zoals hierboven aangegeven richt Siriz zich vanuit haar visie op het beschermen van kinderen van moeders die onbedoeld zwanger zijn. Dit betekent dat zij deze kinderen gedurende de zwangerschap en in de eerste periode na de geboorte een veilige omgeving wil bieden. De kinderen vormen hierbij de primaire doelgroep en de moeders vormen de intermediaire doelgroep. De interventies richten zich dus op de moeders die tijdens de zwangerschap en in de verzorging en opvoeding bijdragen aan een veilige omgeving voor het kind. Uiteraard kunnen vaders hierbij een net zo'n belangrijke rol spelen, de interventies richting de moeders bieden daarom ook ruimte voor verzorging en opvoeding door de vader.

Siriz gaat uit van maatwerk waarbij op basis van de kenmerken van de moeders als intermediaire doelgroep bepaald wordt welke vorm van ondersteuning en zorg het meest passend is. Hieronder is nader uitgewerkt hoe de doelgroep en bijbehorende ondersteuning en zorg voor het Leef-/ leerhuis er uit zien. Hierbij wordt voortgebouwd op de profielbeschrijvingen die JSO eerder heeft gemaakt op basis van haar onderzoek naar de opvang van jonge moeders (Huzen, 2015).

De doelgroep van het Leef-/ leerhuis bestaat uit (aanstaande) jonge moeders van 18 jaar en ouder (er is in principe geen maximumleeftijd) die (tijdelijk) geen eigen woonruimte hebben of waarbij het door uiteenlopende omstandigheden niet mogelijk is om in de oorspronkelijke thuissituatie de zwangerschap uit te dragen, te bevallen en de eerste maanden met het kind door te brengen. Zij zijn niet, of slechts zeer beperkt, in aanraking gekomen met justitie en er is geen sprake van verslavingsproblematiek.

Daarbij kunnen er binnen de doelgroep wel individuele verschillen zijn in de mate waarin de (aanstaande) moeders beschikken over:

- probleemoplossend vermogen,
- zelfstandigheid met betrekking tot de verzorging van zichzelf, hun kind, het huishouden en financiën,
- (perspectief op) deelname aan onderwijs of arbeid,
- voldoende sociale steun vanuit hun eigen netwerk,
- zelfvertrouwen met betrekking tot het opbouwen van een band met het kind en de opvoeding,
- vertrouwen vanuit hun sociale omgeving met betrekking tot de verzorging en opvoeding van het kind.

Daarbij kan er sprake zijn van ervaringen in het verleden waardoor zij soms al jaren rondlopen met een onverwerkt trauma.

Het hoofddoel ten aanzien van de primaire doelgroep is:

Kinderen uit onbedoelde zwangerschappen groeien op in een veilige omgeving

Hierbij horen de volgende subdoelen:

De kinderen bouwen tijdens de zwangerschap en in de eerste periode geboorte een veilige gehechtheid op met de ouders

De kinderen worden tijdens de zwangerschap en na hun geboorte beschermd tegen toxische stress en de negatieve gevolgen van alcohol- en drugsgebruik

Kinderen wier moeder onvoldoende veiligheid kan bieden krijgen zo nodig een passende opvangplek

Om het doel ten aanzien van de primaire doelgroep te bereiken richt Siriz zich op de intermediaire doelgroep: in eerste instantie zijn dit de moeders. Doelen ten aanzien van deze intermediaire doelgroep zijn:

Moeders vinden aansluiting tussen wat zij zelf kunnen en willen en wat de omgeving hen biedt en van hen vraagt (herstel)

Moeders reageren responsief op hun kind teneinde een veilige gehechtheid te bevorderen

Moeders worden versterkt in hun zelfredzaamheid en zelfvertrouwen zodat zij beter in staat zijn hun kind optimale ontwikkelingskansen te bieden

Moeders zijn in staat om zonedig met steun van anderen hun kind passende verzorging te bieden die bijdraagt aan een veilige omgeving voor hun kind

Moeders zijn in staat om zich te beschermen tegen een volgende onbedoelde zwangerschap

Naast de moeders vormen ook de vaders een intermediaire doelgroep die kan bijdragen aan een veilige omgeving van het kind. In principe kunnen bovengenoemde doelstellingen ook toegepast worden op de vaders. Het zal uiteraard per situatie verschillen in hoeverre Siriz haar interventies ook op de vaders kan richten. Uitgangspunt is dat er in de interventies aan de moeders ook altijd ruimte wordt geboden om een veilige hechting op te bouwen met hun kind en bij te dragen aan de verzorging en opvoeding van het kind.

3. Algemeen werkzame elementen in de begeleiding van jonge (aanstaande) ouders

Om te komen tot een goede onderbouwing van een methodiek is het belangrijk om zicht te hebben op de werkzame elementen in de begeleiding van jonge (aanstaande) ouders. Hierbij wordt doorgaans onderscheid gemaakt tussen algemeen werkzame factoren en specifiek werkzame factoren.

Algemeen werkzame factoren betreffen de ingrediënten van de hulp die tot het resultaat bijdragen ongeacht de soort behandeling en doelgroep (Van Yperen, 2003).

Bekende voorbeelden van deze factoren zijn:

- aansluiten bij de motivatie van de cliënt;
- goede kwaliteit van de relatie cliënt-behandelaar;
- een goede structurering van de interventie (duidelijke doelstelling, planning en fasering);
- een goede 'fit' van de aanpak met het probleem en de hulpvraag;
- uitvoering van de interventie zoals deze uitgevoerd hoort te worden;
- professionaliteit (goede opleiding en training) van de behandelaar;
- goede werkomstandigheden van de behandelaar (zoals draaglijke caseload, goede ondersteuning, veiligheid van de hulpverlener).

Naast deze factoren lijkt ook het samen met de cliënt routinematig monitoren van de effectiviteit van de behandeling en de tevredenheid van de cliënt gedurende de uitvoering te leiden tot betere resultaten (Van Yperen, 2003).

Hieronder worden de algemeen werkzame factoren nader toegelicht en uitgewerkt. Het is belangrijk op te merken dat bij de algemeen werkzame factoren steeds uitgegaan wordt van een cliënt met een 'probleem' of een 'hulpvraag'. Bij jonge ouders hoeft er uiteraard niet per se een probleem te zijn dat aangepakt of opgelost moet worden. Soms zal de ondersteuning alleen gericht zijn op een gezonde zwangerschap en bevalling en het creëren van de goede basisvoorwaarden voor een goede ontwikkeling van het kind en de ouders.

Aansluiten bij de motivatie van de cliënt

Prochaska en DiClemente (1984) beschrijven in hun model verschillende elementen die van belang zijn om motivatie te bevorderen. Deze elementen zijn ook terug te zien in de motivatiebevorderende handelingen die de basishouding van het vraaggericht werken kenmerken (Van Yperen, 2003).

Het allereerste element betreft de houding van de hulpverlener. De hulpverlener accepteert en respecteert de cliënt en gaat tactvol met de cliënt om (Prochaska en DiClemente, 1984), het vraaggericht werken voegt hier 'bescheidenheid' van de hulpverlener aan toe en stelt dat de hulpverlener steeds aansluit bij de behoeften en mogelijkheden van de cliënt (Van Yperen, 2003).

Het tweede element betreft de rolverdeling tussen hulpverlener en cliënt. De hulpverlener helpt de cliënt bewust te worden van het probleem en de mogelijke en gewenste verandering door feedback of adviezen aan te reiken over de mogelijke bedoeling van de cliënt (Prochaska en DiClemente, 1984), bij het vraaggericht werken is de hulpverlener de deskundige die de inbreng steeds toetst aan de ideeën van de cliënt (Van Yperen, 2003).

Het derde element gaat in op de positie van de cliënt als belangrijke factor in het opstellen van en het beslissen over de hulpvraag, de doelen en de werkpunten, zodat een appél wordt gedaan op het vermogen van de cliënt om controle over zijn eigen leven te voeren en om zijn problemen op te lossen (Prochaska en DiClemente, 1984). Het vraaggericht werken spreekt hierbij van een streven naar consensus tussen cliënt en hulpverlener rondom deze punten (Van Yperen, 2003).

Prochaska en DiClemente stellen tenslotte dat specifieke interventies gericht op gedragsverandering pas moeten starten als de cliënt zich ook echt bewust is van zijn probleem, zich verbindt aan actie, zich doelen stelt en denkt dat hij kan veranderen.

Goede kwaliteit van de relatie cliënt-behandelaar

Voor een goede kwaliteit van de relatie is het belangrijk dat de begeleiding gegeven wordt op een plek waar de deelnemers zich vertrouwd voelen (Jakobs, 1999; Van der Steege, 2007). De begeleiding wordt hierbij zo veel mogelijk uitgevoerd door één persoon, opdat de deelnemers een vertrouwensrelatie kunnen opbouwen (Jakobs, 1999).

Goede structurering van de interventie

Op het niveau van een interventie kan je hierbij spreken van een heldere doelstelling, planning en fasering. Bij het Leef-/leerhuis kan men hierbij eerder spreken van een programma waarbinnen verschillende interventies worden ingezet. Dan gaat het ook om een heldere samenhang tussen deze interventies.

Een goede 'fit' van de aanpak met het probleem en de hulpvraag

Hierbij wordt ook wel gesproken van het risicoprincipe, het behoefteprincipe en het responsiviteitsprincipe.

Het risicoprincipe stelt aan de orde wie er behandeld of begeleid moet worden. Om de risico's goed in te schatten wordt er een verkenning gedaan waarin risicofactoren of juist beschermende factoren worden geïnventariseerd.

Volgens het behoefteprincipe richt de begeleiding zich op de factoren die de kans op een positieve ontwikkeling voor de ouders en het kind vergroten en die in dit specifieke geval nog onvoldoende aanwezig zijn. Daarnaast moet de begeleiding qua intensiteit goed aansluiten bij de behoefte. Tenslotte moet de begeleiding passen bij de leerstijl/cultuur van de jonge ouders. Zij zijn zelf nog adolescent en hebben dus naast de ouderlijke taken ten aanzien van hun kind ook nog hun eigen ontwikkelingstaken die horen bij de leeftijd van 18 tot 23 jaar. Denk hierbij aan het zoeken van en zorgdragen voor een geschikte eigen woonsituatie, het afronden van een opleiding en vinden van een baan, zinvolle vrijetijdsbesteding, de weg weten en voor jezelf opkomen ten aanzien van allerlei instanties en regels, zelfstandig zorgdragen voor een goede lichamelijke conditie, sociale contacten opbouwen en onderhouden en het aangaan van en ervaring opdoen met (duurzame) relaties (Spanjaard & Slot, 2015).

Het responsiviteitsprincipe stelt dat de begeleiding afgestemd moet zijn op de individuele eigenschappen van de ouders en hun omgeving. Scholing van uitvoerders, waarin naast kennis, vooral aandacht wordt besteed aan de visie op ouders en de vaardigheden die nodig zijn om ouders respectvol te bejegenen, dialooggestuurd te werken en adequaat met ouders te communiceren, dragen bij aan een goede aansluiting van de aanpak met het probleem en de hulpvraag.

Uitvoering van de interventie zoals deze uitgevoerd hoort te worden

De begeleiding moet op de bedoelde wijze worden uitgevoerd (De Ruiter & Hildebrand, 2005), dit wordt ook wel behandelintegriteit genoemd.

Professionaliteit (goede opleiding en training) van de behandelaar

Dit heeft betrekking op de vereiste vooropleiding van degene die de begeleiding uitvoert evenals specifieke training in het uitvoeren van bepaalde interventies. Bij deze training is het belangrijk dat de begeleider kennisneemt van de inhoud van de interventie maar ook oefent met specifieke technieken die nodig zijn in de interventie (motiverende gesprekstechnieken, feedback geven, rollenspelen, etc.). Daarnaast dragen intervisie en coaching bij aan de professionaliteit, evenals regelmatige bijscholing. Ook het monitoren van de uitvoering en de resultaten, bijvoorbeeld door middel van een logboek, draagt bij aan de professionaliteit. Tenslotte is het belangrijk dat de begeleiders specifieke interventies of gesprekstechnieken regelmatig uitvoeren om de opgedane kennis en vaardigheden op peil te houden.

Goede werkomstandigheden van de behandelaar

Dit betreft de omstandigheden waaronder de begeleiding wordt uitgevoerd, waarbij er onderscheid gemaakt kan worden tussen fysieke, omgevings- en psychosociale belastende factoren. Met name wanneer er weinig regelmogelijkheden zijn in het werk kunnen deze factoren leiden tot overbelastingsverschijnselen. In de begeleiding aan jonge ouders zal er, met name wanneer deze begeleiding in de vorm van een gezinshuis plaatsvindt, aandacht moeten zijn voor de psychosociale belastende factoren en de belastbaarheid van de uitvoerder. Een gezonde balans tussen werk en privé, veiligheid en de samenwerking met derden zijn hierbij belangrijke thema's.

4. Specifiek werkzame factoren in interventies voor jonge moeders

In navolging van deze algemeen werkzame factoren geven Seitz en Apfel (1999) in hun review naar effectieve interventies voor jonge moeders de volgende werkzame ingrediënten:

- doelen worden onderschreven door de cliënt (aansluiten bij motivatie cliënt);
- er is persoonlijke zorg en aandacht (kwaliteit relatie cliënt-behandelaar);
- school lijkt een goede locatie te zijn voor het bieden van hulp aan (aanstaande) jonge moeders (kwaliteit relatie cliënt-behandelaar);
- timing: aangenomen wordt dat vroeg starten met de interventie een beter resultaat geeft (met name voor gezondheidseffecten bij de baby), echter pas als de moeder daar zelf 'klaar' voor is (aansluiten bij motivatie cliënt).

De factsheet 'Wat werkt bij jonge moeders' (Oudhof, Zoon en van der Steege, 2013) noemt uiteenlopende belangrijke 'ingrediënten' in de ondersteuning aan jonge moeders. Deze ingrediënten zijn van uiteenlopende aard, zij hebben betrekking op de timing, het doel van de interventie, de gebruikte middelen en technieken, het type interventie, de plaats van uitvoering en de stijl van de therapeut.

Timing

- prenatale start (voor betere geboorteresultaten: minder vroeggeboortes en hoger geboortegewicht)

Doel van de interventie

- ondersteuning bij opleiding of vinden van een baan,
- educatie over gezondheid, opvoeding en gezinsplanning
- opvoedingsondersteuning: verbeteren opvoedingsvaardigheden en opvoedklimaat
- sociaal netwerk en relatievorming
- eigen identiteitsontwikkeling en waardevorming
- levensloop van de moeder
- verbeteren zelfvertrouwen en zelfredzaamheid
- zelfstandigheid en zelfredzaamheid: o.a. gebruik van voorzieningen
- bevorderen veilige gehechtheid tussen moeder en baby

Middelen en technieken

- video-feedback
- psycho-educatie
- oefenen
- groepsbijeenkomsten: discussies en ervaringen delen
- modeling
- gebruik casuïstiek
- expressie van emoties

Type interventie en plaats van uitvoering

- huisbezoekprogramma
- schoolprogramma
- opvoedingsprogramma
- zowel individueel als groepsgewijs

Stijl therapeut

- vraaggericht, non-directief

Aan het begin van dit hoofdstuk is beschreven welke doelen Siriz hanteert ten aanzien van haar intermediaire doelgroep, de jonge moeders. Hieronder wordt per doel ingegaan op wat er bekend is over wat effectief is bij het behalen van deze doelen.

Moeders vinden aansluiting tussen wat zij zelf kunnen en willen en wat de omgeving hen biedt en van hen vraagt (herstel)

Dit doel sluit aan bij werkzame factoren zoals het aansluiten bij de motivatie van de cliënt, een algemeen werkzame factor die juist bij jonge moeders als zeer bepalend wordt gezien voor een goed resultaat (Seitz en Apfel, 1999). Volgens Seitz en Apfel staan jonge moeders juist halverwege de zwangerschap open voor ondersteuning, meer dan bijvoorbeeld aan het begin van de zwangerschap of na de geboorte.

Een methode uit de VS die de motivatie van de cliënt centraal stelt is het 'Strength Model' dat eind jaren tachtig werd ontwikkeld door Saaleebey, Rapp en Goscha (2012). Volgens Saleebey (2006) zullen mensen een betere kwaliteit van leven ervaren wanneer hun eigen krachten gemobiliseerd worden en deze in dienst worden gesteld van de doelen en inzichten die zij willen bereiken. Het 'Strength Model' is een practice- en evidence-based methode voor het sociaal werk waarin de eigen kracht van de cliënt centraal staat en de verbinding wordt gelegd tussen empowerment en het herstelproces. In Nederland wordt het reeds langere tijd toegepast in de GGZ waarbij niet de medische invalshoek en diagnostiek bepalend is voor het behandeltraject, maar er gekozen wordt voor een breder perspectief, dat zowel persoonlijke als sociale aspecten omvat. Door aan te sluiten bij de persoonlijke ervaringen, wensen en ambities wordt het mogelijk optimaal gebruik te maken van de eigen motivatie van cliënten. Empowerment is een proces van versterking waarbij individuen (maar ook groepen) 'greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving en dit via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie' (Van Regenmortel, 2002, p. 76). Centraal staat het versterkingsproces en participatie is hiertoe een krachtig middel. Bij empowerment ligt de focus op gezondheid, welzijn, krachten en omgevingsinvloeden in plaats van op problemen, risicofactoren en individualisering van problemen. Negatieve aspecten van een situatie worden verbeterd door positieve zaken te zoeken. De empowerment-theorie verbindt het individuele welzijn, de individuele krachten en natuurlijke hulpsystemen steeds met de bredere sociale omgeving. Uit studies blijkt dat het zoeken naar en versterken van krachten een van de belangrijkste herstelbevorderende elementen is (o.a. Ridgway, 2001; Powell, 2009; Wilken, 2010).

In Nederland is op basis van het 'Strengths Model' specifiek voor de vrouwenopvang de methodiek Krachtwerk ontwikkeld (Wolf, 2011). Hier wordt uitgegaan van vergelijkbare principes. Door te geloven in de eigen kracht, mogelijkheden, talenten en dromen van cliënten, herwinnen zij het vertrouwen en ontstaat er nieuw perspectief. De basisprincipes van Krachtwerk zijn:

1. Cliënten hebben het vermogen te herstellen, hun leven weer op te pakken en te veranderen.
2. Focus op krachten en niet op tekortkomingen.
3. De cliënt heeft de regie over de begeleiding.
4. De (werk)relatie tussen cliënten en hulpverleners komt op de eerste plaats.
5. Werken in de natuurlijke omgeving.
6. De samenleving als hulpbron.

Uit onderzoek in de VS en Zweden is gebleken dat het Strengths Model zowel in ambulante als in klinische settings effectief is. Uit een metastudie (Ibrahim, 2014) kwamen echter geen positieve effecten omdat de methodologische kwaliteit van de onderzoeken vaak zwak was en een heldere beschrijving van de gebruikte methodiek vaak ontbrak. Wel liet een Nederlandse evaluatiestudie naar

het 'Strength Model' in de GGZ (Van Wezep & Michon, 2011) positieve resultaten zien. De methode Krachtwerk wordt in Nederland op dit moment nog onderzocht op effectiviteit.

Deze methode lijkt echter wel geschikt als basismethodiek voor de algehele begeleiding van de jonge moeders in het Leef-/ leerhuis omdat het houvast biedt bij de dagelijkse omgang tussen de begeleiders en de jonge moeders waarbij ook de sociale omgeving actief betrokken wordt.

Moeders reageren responsief op hun kind teneinde een veilige gehechtheid te bevorderen

Ervaringen tijdens de zwangerschap en de relatie tussen ouder en kind zijn bepalend voor een gezonde en veilige ontwikkeling van het kind. Kinderen van jonge ouders hebben een vergrote kans om slachtoffer te worden van mishandeling en verwaarlozing (Barlow, Smailagice, Bennett, Huband, Jones & Coren, 2011) en daarmee op een onveilige ouder-kindgehechtheidsrelatie.

Gehechtheid ontstaat van nature, doordat kinderen een aangeboren neiging hebben om steun te zoeken bij iemand die sterker is, een volwassene die het kind kan beschermen en helpen, en dat begint al als baby (Bowlby, 1969). Omdat ieder kind hulpeloos op de wereld komt, is hij afhankelijk van de volwassenen om hem heen, meestal de ouder(s), totdat hij op eigen benen kan staan. De ouder beschermt het kind tegen honger, dorst en kou, en tegen allerlei lichamelijke en sociale gevaren. Doordat de ouder een veilige haven biedt, kan een kind leren en ervaring opdoen en zich zo cognitief en sociaal-emotioneel ontwikkelen.

Als ouders sensitief reageren op signalen van de baby, dan draagt dit bij aan het ontwikkelen van een veilige ouder-kindgehechtheidsrelatie van het kind. Kinderen met een veilige gehechtheidsrelatie ontwikkelen zich op latere leeftijd op sociaal-emotioneel vlak meer optimaal (Bowlby, 1969), zij kunnen hun emoties beter reguleren en hebben betere sociale vaardigheden dan onveilig gehechte kinderen. Kinderen met een onveilige gehechtheid hebben meer kans op het ontwikkelen van gedragsproblemen, problemen met zelfwaardering en eigenwaarde en zij hebben meer moeite met het aangaan van relaties. Daarbij is gedesorganiseerde gehechtheid is de meest zorgwekkende vorm van onveilige gehechtheid, omdat het latere gedragsproblemen en psychopathologie voorspelt. Mishandelde kinderen blijken een sterk verhoogd risico te hebben op onveilige gehechtheid (86% tegenover 38% in doorsnee gezinnen), en dan met name op gedesorganiseerde gehechtheid (51% tegenover 15% in doorsnee gezinnen). Ook kinderen die opgroeien in een hoogrisicosituatie, waarbij er sprake is van 5 risicofactoren of meer, hebben meer kans op het ontwikkelen van een gedesorganiseerde gehechtheid (Cyr e.a.). Onder de hoogrisicofactoren werden laag inkomen, middelenmisbruik, etnische minderheid, alleenstaand ouderschap, tienermoederschap en zeer laag opgeleid gerekend. Juist jonge ouders die in aanmerking komen voor het Leef-/ leerhuis voldoen vaak aan één of meer van deze hoogrisicofactoren. Het bevorderen van een veilige gehechtheidsrelatie in de eerste periode na de geboorte is daarom juist bij deze doelgroep erg belangrijk.

Overigens kunnen kinderen zich hechten aan iedere persoon in hun omgeving, dus ook aan hun vader (Paquette, 2004) of een andere vaste verzorger. Ook kunnen er bij een kind meerder soorten gehechtheidsrelaties ontstaan. Zo kan een kind met vader een veilige gehechtheidsrelatie ontwikkelen, terwijl het wellicht met moeder een onveilige gehechtheidsrelatie heeft en vice versa. Het betrekken van vader bij de opvoeding kan daarmee een kind daarmee extra kansen bieden. Uit onderzoek van De Wolff en Van IJzendoorn (1998) bleek dat het percentage kinderen dat veilig gehecht is aan de vader gemiddeld (67%) gelijk is aan het percentage kinderen dat veilig gehecht is aan de moeder. Uit het tot nu toe meest omvangrijke onderzoek naar de opvoeding in Nederland vonden kwam duidelijk naar voren dat vaders als opvoeders even belangrijk zijn als moeders (Dekovic & Groenendaal, 1998: 219); en dat hun betekenis voor het opvoedingsproces in vele tientallen jaren van empirisch onderzoek schromelijk is onderschat (Tavecchio, 2002: 26; 2003). Wanneer de vader in beeld is kan deze uiteraard ook betrokken worden bij de interventies gericht op het bevorderen van responsief gedrag.

Als de ouder problemen heeft, kunnen deze problemen de ouder-kindgehechtheidsrelatie beïnvloeden. Daarom lijken interventies gericht op hechting nodig te zijn in de begeleiding van jonge moeders (Olds, 2008). Uit de meta-analyse van De Wolff en Van IJzendoorn (1997) blijkt dat sensitiviteit een belangrijke rol speelt bij gehechtheidsontwikkeling. Sensitiviteit is de vaardigheid van ouders om gehechtheidsignalen van hun kind te herkennen en er adequaat en prompt op te reageren (Ainsworth, Bell, & Stayton, 1974). Doormiddel van interventies blijken moeders meer sensitief te kunnen worden en met deze toename van sensitiviteit verbetert ook de gehechtheidsrelatie tussen moeder en kind (Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, & Juffer, 2003). Uit een meta-analyse door Bakermans-Kranenburg en collega's (2003) blijkt dat programma's met als doel het bevorderen van de sensitiviteit van de moeder grotere effecten hebben dan programma's met als doel het vergroten van een veilige hechting tussen moeder en kind. Juist het bevorderen van de sensitiviteit draagt bij aan een veilige gehechtheid (Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn & Juffer, 2003; Kalinauskienė, Cekuoliene, Van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, Juffer & Kusakovskaja, 2009).

Het is dus van belang dat jonge moeders leren om de signalen van hun kind te herkennen en daar op de juiste manier op te reageren. Een middel dat hiervoor veel gebruikt wordt is het gebruik van videofeedback. De interventie VIPP (Videofeedback Intervention to promote Positive Parenting) maakt gebruik van videofeedback en is onderzocht in verschillende studies en bleek effectief in het vergroten van de sensitiviteit van de moeder en het verminderen van gedesorganiseerde gehechtheid (Juffer et al.;1997, 2005). De VIPP maakt gebruik video-opnamen van ouder en kind tijdens spel- of dagelijkse situaties. Voorzien van commentaar worden vervolgens deze opnamen met de ouder bekeken en besproken. De focus bij het terugkijken ligt op het observeren van het eigen kind, dus niet bij de ouder. Tijdens het terugkijken leren ouders observeren en oefenen zij met het benoemen en interpreteren van het gedrag van het kind, en daarmee oefenen zij met het "praten voor het kind" (Juffer et al., 2008). Zo worden ouders met videofeedback als het ware getraind in het leren observeren van hun kind, terwijl zij tegelijkertijd leren wat er (al) goed werkt met hun eigen opvoedvaardigheden. Momenten van succes worden uitgelicht, waardoor er een positieve focus ontstaat. Ouders worden hiermee gestimuleerd om te reflecteren op wat het kind zou kunnen willen, denken en voelen, en oefenen ouders met meer sensitiever opvoedingsgedrag. Het voordeel van videofeedback is dat er wordt gewerkt met videobeelden van de ouder zelf en het eigen kind; ze ontwikkelen als het ware een gebruiksaanwijzing van hun eigen kind en worden zelf hun eigen rolmodel. Dit versterkt het zelfvertrouwen van de jonge moeder.

Als jonge ouders leren om hun kind beter te begrijpen en hun eigen opvoedingsgedrag daarop af te stemmen, ontstaat er minder opvoedfrustratie. Deze vaardigheid helpt jonge ouders om het risico op verwaarlozing en mishandeling te voorkomen.

De meest effectieve interventies bestaan uit minder dan zestien bijeenkomsten en starten zes maanden na de bevalling. Dit betekent echter niet dat er in deze periode niet geïnvesteerd kan worden in het bevorderen van het responsieve gedrag van de moeder. De VIPP kan worden ingezet bij baby's van 0 tot 12 maanden en is op effectiviteit onderzocht bij baby's van zes tot negen maanden (Juffer et al.;1997, 2005). Om optimaal gebruik te maken van de werkzame bestanddelen van de interventie zou de VIPP in het Leef-/ leerhuis vanaf 5 maanden na de bevalling kunnen worden ingezet (met 2 terugkombijeenkomsten in de thuissituatie).

Daarnaast blijkt uit de literatuur blijkt dat interventies gericht op het vergroten van sensitiviteit effectiever zijn wanneer babymassage wordt toegepast. Babymassage is tevens positief gerelateerd aan verbeterd ouder-kindcontact. Hierbij zijn kortdurende interventies met maximaal vijf sessies net zo effectief zijn in het vergroten van sensitiviteit als interventies met vijf tot zestien sessies. Babymassage kan worden toegepast bij baby's in de leeftijd van 6 weken tot 9 maanden en kan gecombineerd

worden met opvoedingsondersteuning door jeugdverpleegkundigen. Door de toepassing van modeling, actief leren, directe ervaring, feedback en oefening leert de moeder signalen van haar baby herkennen, wordt zij zich er meer bewust van dat de baby signalen geeft, en leert zij sensitieve opvoedvaardigheden (Simpson, 2001). Bovendien kan de moeder tijdens de babymassage het geleerde direct in de praktijk brengen. Bij het masseren komt tevens het hormoon oxytocine vrij, wat een belangrijke rol speelt bij de hersenontwikkeling van de baby, het helpt bij het associëren van sociale interactie met gevoelens van kalmte en plezier en het helpt om stress te verminderen (Feldman et al, 2007). Het risico op sensitief opvoedgedrag wordt verminderd door de moeder in informele setting opvoedingsondersteuning te bieden. Uit een eerste onderzoek naar de toepassing van babymassage bij multiprobleemgezinnen geven docenten en deelnemers aan dat de deelnemers de massagetechnieken leren, de signalen van de baby beter herkennen, weten wat de baby bedoelt met zijn of haar gedrag, zich gesteund voelen bij de omgang met hun baby, en dat het contact tussen de deelnemer en de baby verbetert. De baby's lijken volgens zowel docenten als deelnemers rustiger te worden van het masseren. De meeste deelnemers geven aan dat de baby minder huult. Naast babymassage kan ook huid-op-huidcontact bijdragen aan een positieve ouder-kindrelatie (Barlow, 2010).

Ook voor begeleiders van het Leef-/ leerhuis zijn sensitiviteitsvaardigheden belangrijk. Door zowel signalen van kind als moeder te herkennen en daar adequaat en prompt op te reageren heeft de jonge ouder een rolmodel. De VIPP-CC is een videofeedback interventie voor kinderdagverblijven en is effectief gebleken in het verbeteren van de kwaliteit van de opvang en de sensitiviteit van de pedagogisch medewerkers (Werner, 2013). Daarnaast hebben begeleiders een belangrijke signalerings- en beschermingsfunctie voor de veiligheid van de baby (en moeder). Kennis en vaardigheden op het gebied van de Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling zijn daarom voor de begeleiders onmisbaar.

Moeders worden versterkt in hun zelfredzaamheid en zelfvertrouwen zodat zij beter in staat zijn hun kind optimale ontwikkelingskansen te bieden

Niet alle moeders durven bij een eerste kind te vertrouwen op hun eigen kennis, inzicht en vaardigheden in de verzorging en opvoeding van hun baby. Met name bij jonge moeders speelt deze onzekerheid vaak een rol, hierbij is het belangrijk niet alleen kennis, inzicht en vaardigheden te vergroten, maar ook het zelfvertrouwen van de moeder te vergroten. Er bestaan verschillende drie factoren die de opvoedingsonzekerheid van moeders versterken, namelijk een grote hoeveelheid informatie en adviezen, een baby krijgen in specifieke omstandigheden en problemen hebben tijdens of na de zwangerschap. Deze omstandigheden kunnen niet rechtstreeks beïnvloed worden (al verdient het aandacht om de hoeveelheid informatie voor jonge moeders gedurende de begeleiding bewust te doseren) maar het zelfvertrouwen van de moeders kan wel vergroot worden, waardoor ze beter in staat zijn om met de omstandigheden om te gaan. Een laatste factor die bijdraagt aan onzekerheid is geen of een heel klein netwerk hebben, waardoor er beperkte mogelijkheden zijn om dagelijkse vragen te stellen en informele ondersteuning te ontvangen. In het hieronder beschreven doel wordt apart ingegaan op het versterken van sociale netwerken.

Uit onderzoek blijkt dat als ouders meer vertrouwen hebben in zichzelf als opvoeder dit leidt tot een groter welbevinden van de ouder en een toename van de kwaliteit van de opvoeding (Jones & Prinz, 2005). Hierboven is reeds beschreven hoe het empowermentprincipe een vaste plek krijgt in de basismethodiek Krachtwerk. Hierbij betreft het vooral de empowerment van de jonge moeders als persoon. Daarnaast is het ook nodig om te investeren in de empowerment van de jonge moeder als zelfverzekerde opvoeder (Rappaport & Seidman, 2000). Een belangrijke voorwaarde is dat de moeder gestimuleerd wordt om haar eigen keuzes te maken. Zij weet wat goed is voor haar kind. Als het goed gaat met de baby, groeit het zelfvertrouwen van de moeder en voelt zij zich geslaagd en bevestigd in haar rol als opvoeder. En als het met de moeder goed gaat, heeft dit weer een positieve invloed op

het kind (De Graaf & Anthonijsz, 1998; Van de Sande, 1995). Dit vraagt van de begeleiders een bevestigende en ondersteunende houding waarbij uitgegaan wordt van de ideeën en wensen van de moeder. De begeleider erkent de vragen en twijfels van de moeder, maar beschouwt zichzelf niet als degene die het beter weet. Ze stimuleert de moeder om zelf met oplossingen te komen naar aanleiding van de vragen die ze heeft. De begeleider spreekt waardering uit voor deze oplossingen, ook als ze het er niet mee eens is. Bovendien stimuleert ze het vertrouwen van de moeder in haar eigen vaardigheden om oplossingen ook uit te voeren, haar eigen keuzes te maken, en zo te ontdekken wat bij haar en haar baby past. Ook als het gaat om opvoeding blijkt dat de focus op iemands krachten, zijn/haar vertrouwen als opvoeder kan versterken (Hanrahan-Cahuzak, 2002). Een methode die aanvullend op de basismethodiek van Krachtwerk empowerment verder stimuleert is Proud2bME. Een training van 5 groepsbijeenkomsten van 3,5 uur waarin geen opvoedtrucs aangeleerd worden maar waarbij deelnemers onder het motto 'Het begint bij mij!' stilstaan bij hun rol en verantwoordelijkheid als ouder of mede/opvoeder, het vergroten van zelfvertrouwen bij henzelf en bij hun kinderen, het belang van effectieve communicatie thuis en in de omgeving, het uiten van normen en waarden naar de sociale omgeving en het opbouwen en onderhouden van een supportgroep. De training bestaat uit praktische oefeningen, videoclips en informatie verpakt in korte rijmpjes of pakkende uitspraken en is daarom sterk activerend en toegankelijk voor alle doelgroepen. Daarnaast draagt het bij aan continuïteit omdat deelnemers worden gestimuleerd elkaar te blijven ondersteunen.

Moeders zijn in staat om met steun van anderen hun kind passende verzorging te bieden die bijdraagt aan een veilige omgeving voor hun kind

Voor een veilige omgeving van het kind is het belangrijk dat moeders toegerust worden met betrekking tot dagelijkse vragen over de verzorging en opvoeding door hun kennis, inzicht en vaardigheden rond verzorgings- en opvoedingsvragen te vermeerderen. Hierboven is reeds aangegeven dat teveel (tegenstrijdige) informatie ook juist tot onzekerheid kan leiden. Een belangrijk uitgangspunt moet daarom zijn dat de ondersteuning op maat is en aansluit op de wensen van de moeder (De Graaf & Anthonijsz, 1998; Van de Sande, 1995). De ondersteuning kan het beste aansluiten bij de gevraagde hulp of het gesignaleerde probleem van de ouders. Ouders voelen zich geholpen als er aandacht is voor het probleem waar ze mee komen en er begrip is voor hun emoties (Prinsen e.a., 2012). Voor begeleiders betekent dit dat zij de verzorgings- en opvoedingsvragen van de moeder als uitgangspunt nemen en samen met de moeder diens kennis, inzicht en vaardigheden rond die vragen vergroten, bijvoorbeeld door de door haarzelf aangedragen oplossingen (kennis, inzicht of vaardigheden) te gaan oefenen en hier samen op te reflecteren, eigen ervaringen met betrekking tot het ouderschap uit te wisselen met als doel de moeder gerust te stellen of te inspireren om tot nieuwe oplossingen te komen. Een belangrijk uitgangspunt is tevens dat een ouder nooit helemaal alleen staat voor de opvoeding. Jonge moeders geven zelf aan dat sociale steun van vrienden en familie van cruciaal belang is in hun leven (Keinemans, 2011). Ook in de literatuur wordt gesproken over de positieve invloed van sociale ondersteuning op jonge moeders. Aan sociale steun wordt een grote waarde toegekend om de negatieve consequenties van jong moederschap te keren. Ook lijkt er een positieve invloed uit te gaan van de aanwezigheid van steunende netwerken op bijvoorbeeld stress, de maatschappelijke perspectieven van de jonge moeders, de ouder-kindrelatie, ontwikkelingskansen van kinderen en ouderschapsstijl (Keinemans, 2011; Moran et al., 2005). Uit onderzoek onder jonge moeders blijkt dat er ook een samenhang is tussen de sociale steun die de moeder krijgt en het zelfvertrouwen dat zij heeft om de verzorging van de baby aan te kunnen (Hudson, Elek & Campbell-Grossman, 2000). In die zin is er dus ook sprake van overlap tussen het vergroten van het zelfvertrouwen en het versterken van sociale steun. Bovendien blijkt dat als ouders steun ervaren uit hun sociale netwerk dit leidt tot een groter welbevinden van de ouder en een toename van de kwaliteit van de opvoeding (Armstrong, Birnie-Lefcovitch & Ungar, 2005). Keinemans (2011) geeft dan ook aan dat het nodig is het sociale netwerk van de cliënt te betrekken in

de behandeling van jonge moeders. Wanneer het sociale netwerk niet aanwezig is of onvoldoende ondersteuning (kan) bieden, kan de professionele hulpverlening tijdelijk een leemte vullen. Voorwaarde is dan wel dat er een betekenisvolle relatie is tussen de professionele hulpverlener en de cliënt. Seitz en Apfel (1999) beamen deze voorwaarde. Ook de stijl van de therapeut is van belang voor het effect van de interventie: de stijl van de therapeut dient non-directief te zijn waarbij geen gedrag of oplossingen worden voorgeschreven (Donohue, 2004; Olds, 2006). Er is nog weinig wetenschappelijk onderzoek naar wat effectief is bij het versterken van het sociaal netwerk. Zelfs bij interventies die zich richten op het versterken van het sociaal netwerk richt het onderzoek zich niet op de impact op het sociale netwerk zelf maar op het gezinsfunctioneren of de veiligheid van het kind. Algemene aanbevelingen voor het versterken van het sociale netwerk richten zich op:

- aandacht voor het sociale netwerk van gezinnen
- het organiseren van laagdrempelige mogelijkheden voor ontmoeting tussen ouders gericht op het uitbreiden van het sociale netwerk en op het leren inschakelen van het bestaande sociaal netwerk.

Om de inzet van het sociale netwerk te versterken is het nodig om een goed onderbouwde interventie te ontwikkelen die aandacht schenkt aan:

Manieren en hulpmiddelen om het sociale netwerk van gezinnen goed in kaart te brengen, bijvoorbeeld met behulp van een ecogram.

Manieren waarop gezinnen hun bestaande netwerk kunnen inschakelen, bijvoorbeeld hoe en wanneer gezinnen mensen uit hun netwerk om hulp kunnen vragen waardoor zij ontlast worden en zich gesteund voelen.

Manieren waarop gezinnen hun netwerk kunnen uitbreiden, bijvoorbeeld door contact met andere ouders die vergelijkbare ervaringen hebben of bezoeken van laagdrempelige ontmoetingsplekken.

Het ontwikkelen van sociale vaardigheden die gezinnen nodig hebben om hun sociale netwerk in te schakelen en uit te breiden, bijvoorbeeld vaardigheden om relaties op te bouwen en te onderhouden, gesprekken te voeren, een mening te geven, kritiek te geven en ontvangen, met emoties van zichzelf en anderen om te gaan en met conflicten om te gaan.

Hierboven is de methode Proud2beMe beschreven waarin meer dan in veel andere interventies voor opvoedingsondersteuning juist aan deze elementen aandacht wordt besteed.

Moeders zijn in staat om zich te beschermen tegen een volgende onbedoelde zwangerschap

Een laatste doel is het voorkomen van een volgende onbedoelde zwangerschap. Hiertoe is het belangrijk dat de jonge moeders kennis hebben over de lichaamsfuncties aangaande seksualiteit en de mogelijkheden voor anticonceptie. Dit kan bevorderd worden door middel van voorlichting. Bij voorlichting gericht op het voorkomen van onbedoelde zwangerschap gaat het om zogenaamde persuasieve voorlichting: "een communicatieve activiteit, gericht op verandering in attitude en gedrag in een door de zender aangegeven richting, waarbij het belang van de ontvanger centraal staat" (Röling, 1994). Hierbij is het belangrijk dat de voorlichtingsactiviteit is afgestemd op de doelgroep (NIGZ, 2008).

Voor het daadwerkelijk beïnvloeden van attitude (en gedrag) door middel van persuasieve voorlichting gelden een aantal voorwaarden (Van der Ban, 1985).

Ten eerste is het van belang erachter te komen welke overtuigingen de ontvanger koestert. Er kan dan ingespeeld worden op de overtuigingen die niet correct zijn en de objectieve overtuigingen die ondergewaardeerd worden.

Ten tweede is het belangrijk dat de voorlichter de aandacht krijgt van de doelgroep door specifiek beeldmateriaal te gebruiken dat de doelgroep aanspreekt.

Ten derde dient de voorlichter over een inhoudelijke en een methodische deskundigheid te beschikken. De inhoudelijke deskundigheid is van waarde, omdat de ontvanger moet kunnen vertrouwen op de informatie die hij of zij krijgt. Wanneer dit vertrouwen niet aanwezig is, kan de voorlichting weinig tot geen effect hebben. Daarnaast moet de voorlichter inzicht en vaardigheid hebben op het gebied van de voorlichtingsmethodiek en –strategie.

Wanneer je met voorlichting ook de attitude met betrekking tot seksueel gedrag wilt beïnvloeden is het belangrijk om ook te weten hoe personen zich een attitude (houding) ten aanzien van bepaald gedrag vormen (Van Woerkum en Kuiper, 1995). Dit gebeurt door de mogelijke consequenties van bijvoorbeeld seksueel onveilig gedrag af te wegen. Volgens de theorie van gepland gedrag (Ajzen, 1975) bepaalt de attitude samen met de subjectieve norm (wat verwacht je dat anderen zullen denken en doen) en de eigen-effectiviteit (hoe moeilijk of makkelijk is het voor jou het om dit gedrag ook echt uit te voeren) de intentie van gedrag (Van Woerkum en Kuiper, 1995). Om daadwerkelijk tot gedragsverandering te komen is dus beïnvloeding van attitude, subjectieve norm én eigen-effectiviteit nodig.

Attitudeverandering is hierbij het belangrijkste maar dit wordt bemoeilijkt doordat mensen meer waarde hechten aan onmiddellijke gevolgen dan gevolgen op de lange termijn, voor de leeftijdsgroep van jonge moeders zal dit nog sterker gelden. Wanneer gedrag niet direct beloond wordt, vinden mensen het minder interessant om het te veranderen (De Vries, 1995).

Ook denken mensen vaak dat hun eigen meningen en gedragingen vaker voorkomen dan in werkelijkheid het geval is (Van Gent, 2000). Jongeren kunnen bijvoorbeeld denken dat het normaal is om geen voorbehoedsmiddel te gebruiken omdat 'niemand' dat doet.

Ook de mate waarin mensen denken dat zij hun gedrag kunnen bepalen en de uitkomsten van hun gedrag in de hand kunnen houden wordt vaak overschat, Langer (1975) noemt dit de „illusie van controle“. Tenslotte hebben mensen de neiging om te denken dat positieve gebeurtenissen henzelf eerder zullen overkomen en dat negatieve gebeurtenissen waarschijnlijker zijn voor anderen (Van der Pligt en Van Schie, 1991). Dit wordt ook wel onrealistisch optimisme genoemd. Dit onrealistisch optimisme kan verminderd worden door het verkleinen van de interpretatieruimte van de ontvanger van de voorlichting. Het moet duidelijk worden dat bepaalde negatieve consequenties niet alleen bij kwetsbare personen voorkomen maar ook henzelf kunnen betreffen (De Vries 1995).

Op basis van de uit de voorlichting verkregen informatie kan de jonge moeder begeleid worden in haar eigen keuzeprocessen en indien gewenst in de contacten met de arts of verloskundige met betrekking tot het gebruik van bepaalde vormen van anticonceptie. Het is hierbij belangrijk dat de moeder wel gestimuleerd wordt om eigen keuzes te maken. Een methode die hierbij gebruikt kan worden is de counseling methode. Deze methode ondersteunt deelnemers bij het maken van verantwoorde keuzes door uit te gaan van de eigen vragen, attitudes, motivaties en emoties (van de Jagd, 2003). Het is een beproefde methode om mensen te helpen bij het oplossen of hanteren van problemen, het vinden van antwoorden op vragen, het benutten van ongebruikte mogelijkheden en het ontwikkelen van kennis en vaardigheden. Zie hiervoor ook de beschrijving bij het doel met betrekking tot het bieden van passende verzorging. Counseling is resultaatgericht en pragmatisch van aard. Het gaat er om dat een deelnemster doelen gaat formuleren en gaat handelen om deze doelen te bereiken. Counseling is een effectieve methode gebleken bij jongeren (Connell, Barkham, Mellor-Clark, 2008).

Maar naast kennis over lichaamsfuncties aangaande seksualiteit en over de mogelijkheden voor anticonceptie wordt seksuele gezondheid vooral bepaald door seksuele interactiecompetentie. Hierbij gaat het om zowel intrapersonlijke vaardigheden (herkennen van eigen seksuele behoeften) en interpersoonlijke vaardigheden (het communiceren van deze behoeften naar de ander, en reacties en instemming bij de ander adequaat waarnemen en er rekening mee houden).

De interactionele competentie wordt bepaald door vier verschillende soorten factoren:

1. Achtergrondfactoren (bv. ervaringen en situaties in de jeugd)
2. Intermediërende factoren (bv. socio-culturele achtergronden, persoonlijkheidskenmerken),
3. Factoren in de actuele context (ofwel de 'seksuele arena': omstandigheden en tijd, toegang tot bijvoorbeeld condooms), specifieke gebeurtenissen, stimuli en belemmeringen)
4. De evaluatie van de concrete seksuele ervaringen en de ontwikkeling van intenties voor de toekomst. Door te reflecteren op de concrete situaties wordt via een feedback-mechanisme de verdere ontwikkeling van de interactionele competentie beïnvloed. (Vanwesenbeeck et al. 1999).

Hierbij kunnen de achtergrondfactoren niet beïnvloed worden, maar bieden de intermediërende factoren, de factoren in de actuele context en het proces van kritische reflectie op de concrete ervaringen aanknopingspunten voor het bevorderen van seksueel gezond gedrag.

Eenzijds is het belangrijk dat meiden inzicht verwerven in de sociaal-culturele normen die hun cognities, gedrag en vaardigheden beïnvloeden. Dit kan door hen een diversiteit aan sociale normen ten aanzien van seksualiteit en seksueel gedrag te laten ervaren en hen te leren hierin een eigen standpunt in te nemen. Anderzijds is het belangrijk om cognities en vaardigheden te ontwikkelen en /of bij te sturen die ondersteunend zijn bij het realiseren van seksuele gezondheid en seksueel gezond gedrag, zoals positieve attitudes en een accepterende houding ten aanzien van de eigen seksualiteit, positieve attitudes ten aanzien van gelijkwaardige seksuele relaties en plezierige seksuele ervaringen, het ontwikkelen van intenties en vaardigheden ten aanzien van het realiseren van eigen wensen en grenzen (vooral door middel van communicatie met de partner) en het ontwikkelen van ondersteunende attitudes, intenties en vaardigheden inzake veilig vrijen. Daarbij moet steeds aandacht zijn voor de factoren die in de actuele context een rol spelen.

Zoals hierboven reeds beschreven is het ontwikkelen van attitudes de uitkomst van een sociaal beïnvloedingsproces waarbij niet alleen kennis een rol speelt maar ook verwachtingen ten aanzien van de houding en het gedrag van anderen. Discursieve werkvormen bieden aanknopingspunten voor het geven van feedback en of het overtuigen van de ander door middel van argumenten; dit zijn technieken die door deskundigen effectief geacht worden in het beïnvloeden van attitudes (Michie et.al. 2008). De eigen-effectiviteit en vaardigheden ten aanzien van het weigeren van onvrijwillige seks of condoom- en anticonceptiegebruik kan worden vergroot door middel van gerichte oefenopdrachten (praten over seksualiteit en aangeven van eigen wensen) en simulatieoefeningen en adviesopdrachten. Met rollenspelen (gericht op communicatie, onderhandelen en voet bij stuk houden) en stem- en lichaamsgerichte oefeningen worden ervaringen opgebouwd met nieuw gedrag, modeling, overhalen en simulatie die effectief zijn bij het vergroten van de eigen-effectiviteit (Bandura, 1997). Voor weerbaarheidsprogramma's voor jonge vrouwen is inmiddels aangetoond dat programma's waarin daadwerkelijk geoefend wordt met gedrag effectiever zijn dan programma's zonder oefenmogelijkheid (Söchting, Fairbrother & Koch, 2004; Kirby, 2002). In het algemeen zijn programma's die vanuit een sociaal cognitieve invalshoek opgezet zijn en behalve op kennis sterk gericht zijn op attitudes, competentie en vaardigheden effectiever in het bevorderen van gezond gedrag. (Jemmot & Jemmot, 2000, Kirby, 2002).

Een aanvullende methodiek gebruikt kan worden bij het bevorderen van seksueel gezond gedrag is peer-learning.

Peer-learning betekent dat meiden die al meer kennis en ervaring hebben met seksualiteit en relaties expliciet worden uitgenodigd dit te delen met anderen. Zij kunnen vooral een rolmodel zijn voor andere meiden. Meiden met minder of geen seksuele ervaring kunnen worden uitgenodigd hun keuzes en motieven toe te lichten en op deze manier de diversiteit in seksuele opvattingen te laten zien. Peer-learning draagt bij aan de cognitieve ontwikkeling in het algemeen en in het bijzonder aan de ontwikkeling van zelfreflectie bij adolescenten (Rijke & de Vries, 1995).

Een interventie waarin bovengenoemde principes bij elkaar komen is Girls' Talk. Het doel van Girls' Talk is bevordering van seksuele gezondheid van laag opgeleide adolescente meiden (circa 14-18 jaar) met diverse etnische achtergronden. Girls' Talk is een intensieve semigestructureerde en

seksespecifieke groeps counseling-methodiek. Er zijn 8 bijeenkomsten van twee uur voor groepen van 6 tot 8 meiden. De bijeenkomsten worden begeleid door twee vrouwelijke begeleiders die de verplichte tweedaagse opleiding tot counselor Girls' Talk hebben gevolgd. Girls' Talk is uit te voeren in diverse settings en geschikt voor het (buurtgerichte) jeugd welzijnswerk, de jeugdzorg, de residentiële jeugdhulpverlening en als buitenschoolse activiteit in een schoolse setting. De nadruk ligt op het versterken van interactiecompetenties, het versterken van ondersteunende attitudes en gedragsintenties, uitwisseling en evaluatie van persoonlijke ervaringen en, in mindere mate, overdracht van kennis. Er wordt gebruik gemaakt van diverse werkvormen als spel, discussie, rollenspelen, creatieve opdrachten, reflectieoefeningen en lichaamsgerichte opdrachten.

Samenvatting

In het schema hieronder wordt op basis van de hierboven beschreven inzichten het programma samengevat waarin de verschillende te beïnvloeden factoren, de doelen, de werkzame principes en de in te zetten interventies bij elkaar komen.

Factoren	Doelen	Werkzame principes	In te zetten interventie
Aansluiten bij motivatie cliënt	Moeders vinden aansluiting tussen wat zij zelf kunnen en willen en wat de omgeving hen biedt en van hen vraagt (herstel)	Vraaggerichte/non-directieve stijl Start halverwege de zwangerschap Modeling	Krachtwerk vanaf het eerste contactmoment en gedurende de gehele begeleiding
Responsiviteit	Moeders reageren responsief op hun kind teneinde een veilige hechting te bevorderen	Modeling Actief leren/psycho-educatie Directe ervaring Feedback Videofeedback Oefening	Shantala babymassage vanaf 6 weken na de geboorte, 5 sessies VIPP vanaf 4 maanden na de geboorte, 6 sessies
Eigen kracht/positieve identiteit	Moeders worden versterkt in hun zelfredzaamheid en zelfvertrouwen zodat zij beter in staat zijn hun kind optimale ontwikkelingskansen te bieden	Self-efficacy/empowerment Vraaggerichte/non-directieve stijl Groepstrainingen Inzet lotgenoten Aansluiten bij sterke kanten, unieke behoeften, aanwezige waarden en krachten Intensieve en gerichte begeleiding	Krachtwerk gedurende de gehele begeleiding Proud2beME, 5 bijeenkomsten
Sociale steun/versterken sociaal netwerk	Moeders zijn in staat om zonedig met steun van anderen hun kind passende verzorging te bieden die bijdraagt aan een veilige omgeving voor hun kind	Self-efficacy/empowerment Sociaal-ecologische theorie	Krachtwerk gedurende de gehele begeleiding Sociale Netwerk Strategieën bij besluitvorming Proud2beME, 5 bijeenkomsten
Weerbaarheid en seksuele voorlichting	Moeders zijn in staat om zich te beschermen tegen een volgende onbedoelde zwangerschap	Self-efficacy/empowerment Actief leren/psycho-educatie Groepsbijeenkomsten/discussies en ervaringen delen	Girls' talk, 8 bijeenkomsten

Factoren	Doelen	Werkzame principes	In te zetten interventie
Aansluiten bij motivatie cliënt	Moeders vinden aansluiting tussen wat zij zelf kunnen en willen en wat de omgeving hen biedt en van hen vraagt (herstel)	Vraaggerichte/non-directieve stijl Start halverwege de zwangerschap Modeling	Krachtwerk vanaf het eerste contactmoment en gedurende de gehele begeleiding
Responsiviteit	Moeders reageren responsief op hun kind teneinde een veilige hechting te bevorderen	Modeling Actief leren/psycho-educatie Directe ervaring Feedback Videofeedback Oefening	Shantala babymassage vanaf 6 weken na de geboorte, 5 sessies VIPP vanaf 4 (?) maanden na de geboorte, 6 sessies
Eigen kracht/positieve identiteit	Moeders worden versterkt in hun zelfredzaamheid en zelfvertrouwen zodat zij beter in staat zijn hun kind optimale ontwikkelingskansen te bieden	Self-efficacy/empowerment Vraaggerichte/non-directieve stijl Groepstrainingen Inzet lotgenoten Aansluiten bij sterke kanten, unieke behoeften, aanwezige waarden en krachten Intensieve en gerichte begeleiding	Krachtwerk gedurende de gehele begeleiding Proud2beME, 5 bijeenkomsten (timing?)
Sociale steun/versterken sociaal netwerk	Moeders zijn in staat om zonedig met steun van anderen hun kind passende verzorging te bieden die bijdraagt aan een veilige omgeving voor hun kind	Self-efficacy/empowerment Sociaal-ecologische theorie	Krachtwerk gedurende de gehele begeleiding Sociale Netwerk Strategieën bij besluitvorming Proud2beME, 5 bijeenkomsten (timing?)
Weerbaarheid en seksuele voorlichting	Moeders zijn in staat om zich te beschermen tegen een volgende onbedoelde zwangerschap	Self-efficacy/empowerment Actief leren/psycho-educatie Groepsbijeenkomsten/discussies en ervaringen delen	Girls' talk, 8 bijeenkomsten