

Huisje, boompje, oefenbaby



Studenten:

Ilonka Hoencamp: 100517

Janneke Mali: 110133

S4C

Mei, 2014

Afstudeerbegeleider CHE:

Petra Koppelaar – Kieskamp

Afstudeerbegeleiders Stichting Philadelphia:

Liszette Vonken

Hanny Rozendal

© Christelijke Hogeschool Ede

***‘De oefenbaby is als een medicijn,
en een medicijn is nooit de oplossing.’***

(Gerards, 2014)

Inhoudsopgave

Deel I: Inleidend gedeelte	5
Samenvatting.....	5
Voorwoord	6
Inleiding.....	7
Probleemstelling.....	9
Vraagstelling.....	9
Doelstelling/projectresultaat	9
Achtergrond.....	10
Projectactiviteiten/verantwoording werkwijze	10
Projectgrenzen	12
Projectorganisatie	12
Risicoanalyse	13
Deel II: Onderzoeksresultaten.....	14
Hoofdstuk 1: Inzet oefenbaby	14
1.1 Inleiding	14
1.2 Realcare Baby	14
1.3 De inzet van de oefenbaby.....	15
1.4 Doel van de oefenbaby.....	16
1.5 Verslaglegging en evaluatie	17
1.6 Oefenbaby en de sociale interactie.....	18
1.7 Begeleiding	19
1.8 Conclusie	20
Hoofdstuk 2: Sociale interactie tussen ouders en baby	23
2.1 Inleiding	23
2.2 Sociale interactie	23
2.3 Hechting	24
2.4 De ontwikkeling van een baby van 0-1 jaar rondom hechting.....	25
2.5 Conclusie	28
Hoofdstuk 3: Competenties ouders	29
3.1 Inleiding	29
3.2 Ouderschap	29
3.3 Hechting van hechtingsfiguren.....	30
3.4 Draagkracht en draaglast	30

3.5 Vader en moeder en hun relatie	31
3.6 Natuurlijke affectie ouder	31
3.7 Conclusie	32
Hoofdstuk 4: Beoordelen sociale interactie	33
4.1 Inleiding	33
4.2 De interactie beoordelen	33
4.3 Conclusie	36
Hoofdstuk 5: Integreren sociale interactie en oefenbaby	38
5.1 Inleiding	38
5.2 Missie en visie van Stichting Philadelphia	38
5.3 Gezinsbegeleiding	39
5.4 Nieuwe methodiekbeschrijving met aanvulling sociale interactie	40
5.5 Conclusie	41
Deel III: Conclusie, aanbevelingen en discussie	42
Conclusie	42
Aanbevelingen	44
Discussie	46
Definitie van centrale begrippen	49
Literatuurlijst	51
Bijlagen	58
Bijlage A: Uitslagenrapport oefenbaby	58
Bijlage B: Zorgschema's	59
Bijlage C: De kindewenskoffer: Kinderen, waar kies ik voor?	60
Bijlage D: Geboortecertificaat	62
Bijlage E: Analyseschema	63
Bijlage F: Reflectie zorgen voor de oefenbaby	64
Bijlage G: Leerling contract oefenbaby	66
Bijlage H: Ouder contract oefenbaby	67
Bijlage I: Eigen ervaringen verzorgen van de oefenbaby	68
Bijlage J: Kernlabels	70
Bijlage K: Diagrammen enquête	72

Deel I: Inleidend gedeelte

Samenvatting

Deze scriptie betreft een onderzoek binnen de Stichting Philadelphia op de afdeling Gezinsbegeleiding. Het onderzoek gaat over hoe de oefenbaby Baby Bas methodisch ingezet kan worden zodat de sociale interactie beoordeeld kan worden tussen ouder en kind.

Op de afdeling Gezinsbegeleiding wordt gebruik gemaakt van de methodiek Baby Bas. Baby Bas is een computergestuurde pop. Deze oefenbaby heeft diverse soorten zorg nodig, namelijk de verschoning van de luier, het geven van voeding, het laten van een boertje en wiegen. De oefenbaby lijkt op een pasgeborene, weegt ongeveer zeven pond en is 54 cm lang. Ook heeft hij een flexibele nek, waardoor het hoofdje net zo zwaar voelt als bij een echte pasgeborene. Doordat het hoofdje van de oefenbaby flexibel is, moet deze altijd worden ondersteund.

Stichting Philadelphia is een stichting die zich inzet voor mensen met een verstandelijke beperking. Deze stichting wil dat mensen met een beperking gelukkig kunnen zijn en het beste uit zichzelf kunnen halen.

De resultaten van de huidige methodiek Baby Bas geven een beperkt beeld van de sociale interactie tussen ouders met een verstandelijke beperking en de baby. De sociale interactie is nodig om een goede hechting tot stand te laten komen.

De vraagstelling van dit onderzoek is:

Hoe kan Baby Bas methodisch worden ingezet om de sociale interactie tussen (toekomstige) ouders en Baby Bas te beoordelen, zodat er tussen ouders en kind(eren) een goede hechting tot stand kan komen?

Door middel van literatuuronderzoek is onderzocht wat er in de theorie gezegd wordt over wat een gezonde sociale interactie is en wat ouders daarvoor nodig hebben om een goede hechting tot stand te brengen. Door middel van praktijkonderzoek is in kaart gebracht hoe de oefenbaby ingezet wordt bij zowel Stichting Philadelphia als bij andere instellingen en praktijkscholen. En hoe de sociale interactie in kaart gebracht kan worden.

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat een hulpverlener zicht nodig heeft op een viertal aspecten bij een ouder, om een beeld te krijgen of hij een sociale interactie tot stand kan brengen. Namelijk: of de ouder een betrouwbare omgeving kan creëren, of de ouder sensitief/responsief is, of de ouder reflectievermogen heeft en of de draagkracht en draaglast in balans is.

Voor ons praktijkonderzoek zijn er 28 enquêtes ingevuld en tien interviews afgenomen bij de Stichting Philadelphia, de organisatie ASVZ, MEE en praktijkscholen in Nederland.

Uit dit praktijkonderzoek blijkt dat een hulpverlener gebruik kan maken van de Kinderwenskoffer, om zo zicht te krijgen op eerder genoemde vier aspecten. Deze Kinderwenskoffer is ontwikkeld door de ASVZ. Deze koffer heeft de titel: 'Kinderen, waar kies ik voor?' Het bezit o.a. gesprekskaarten over wat er komt kijken bij het hebben van een kind. Het opvallende is daarbij dat Stichting Philadelphia deze koffer in bezit heeft, maar dat hier minimaal gebruik van wordt gemaakt in combinatie met de methodiek Baby Bas. Het analyseschema van De Vries, Willems, Isarin & Reinders (2005) is helpend om de draagkracht en draaglast van de ouder in kaart te brengen. Daarnaast kan een reflectieschema of logboek helpend zijn om zicht te krijgen op het reflectievermogen van de ouder. Een ander resultaat van ons onderzoek is dat keuze voor een naam geven aan de oefenbaby resulteert in een grotere motivatie voor het verzorgen van de oefenbaby.

Een belangrijk aspect bij de methodiek is dat de hulpverlener tijdens het proces van de inzet van de methodiek Baby Bas een basishouding van gelijkwaardigheid heeft. En de keuze voor het verzorgen van Baby Bas bij de cliënt zelf houdt.

Voorwoord

De titel van ons onderzoek luidt als volgt: 'Huisje, boompje, oefenbaby'. Wij veronderstellen dat mensen met een verstandelijke beperking en een kinderwens, graag mee willen doen in de maatschappij. Net zoals mensen zonder een verstandelijke beperking, wil deze doelgroep ook een 'normale' baan, een huis, een relatie en daarbij ook een kind. Het is belangrijk om als hulpverlener de kinderwens van de cliënt serieus te nemen en samen te kijken hoe de cliënt het fundament van het gezin stevig kan maken.

In dit onderzoek zijn wij op zoek geweest naar de wijze hoe de sociale interactie tussen de oefenbaby en een ouder met een verstandelijke beperking, geïntegreerd kan worden binnen Stichting Philadelphia. In de beantwoording van de deelvragen kunt u opeenvolgend de informatie vinden over hoe de oefenbaby wordt ingezet bij diverse organisaties, hoe een gezonde hechting eruit ziet, wat een ouder nodig heeft om een gezonde hechting tot stand te laten komen, hoe deze sociale interactie beoordeeld kan worden en hoe de sociale interactie in de methodiek Baby Bas geïntegreerd kan worden bij Stichting Philadelphia. Voortvloeiend uit de beantwoording van deze deelvragen is een product gekomen, namelijk een methodiekb beschrijving over de inzet van de oefenbaby en hoe de sociale interactie beoordeeld kan worden.

De oefenbaby, die wordt ingezet bij de diverse organisaties, vinden wij een bijzonder middel in het kinderwenstraject. Zoals Gerards (2014) zegt is de oefenbaby als een medicijn, dat nooit de oplossing is. Het is een middel om de kinderwens zo goed mogelijk te begeleiden, met als basis het in gelijkwaardig contact staan met de cliënt.

In dit onderzoek zal gesproken worden over hij, hier kan ook zij worden gelezen. Eveneens zal er gesproken worden over ouder. Hier kan ook ouders, opvoeders en toekomstige ouders gelezen worden. In bijlage I kunt u terugvinden wat de betekenis is van de codes waarnaar wij verwijzen, die beginnen met HV, PRA, CP en LPR. De resultaten van de digitale enquête kunt u vinden in bijlage K.

Lisvette Vonken en Hanny Rozendal van de Stichting Philadelphia willen wij bedanken voor de begeleiding tijdens ons afstudeertraject. Hun enthousiasme en kennis van de praktijk, hielp ons om onszelf scherp en gemotiveerd te houden tijdens dit onderzoek.

Ook willen wij onze afstudeerbegeleider Petra Koppelaar – Kieskamp bedanken voor de gesprekken die wij met haar hebben gevoerd. Haar feedback was passend, kritisch en positief. Dit heeft ons gestimuleerd om zelf ook kritisch en positief te kijken naar ons onderzoek.

Martine Lukasse willen wij bedanken voor het nakijken van ons plan van aanpak. Zij heeft ons goede feedback gegeven, die wij ook tijdens ons gehele onderzoek konden gebruiken.

Wij willen Marloes Hoencamp en Netty Roersma en Diederik Mali bedanken voor het kritisch meelezen.

Daarnaast zijn wij blij met de mensen die dichtbij ons staan, die ons support hebben tijdens ons onderzoek.

Wij willen de hulpverleners van Stichting Philadelphia Apeldoorn bedanken voor het meewerken aan dit onderzoek, in de vorm van begeleiding en het meewerken aan een interview. Eveneens willen wij de hulpverleners van ASVZ, MEE Veluwe, Praktijkschool Breda, Rotterdam en Emmen bedanken dat zij hebben willen meewerken, door middel van een interview.

Leerlingen van praktijkscholen die onze enquête hebben ingevuld, twee leerlingen van de praktijkschool in Emmen die mee wilden meewerken in een interview en de cliënt van Stichting Philadelphia willen wij ook bedanken. Zij hebben ons inzicht gegeven in hoe leerlingen en cliënten omgaan met de oefenbaby.

Inleiding

‘Mannen en vrouwen van huwbare leeftijd hebben het recht te huwen en een gezin te stichten volgens de nationale wetten die de uitoefening van dit recht beheersen’, zo luidt het twaalfde artikel van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM, 2002). Deze wet geeft aan dat een ieder het recht heeft een gezin te stichten. Maar geeft dit ook aan dat ouders, met een verstandelijke beperking kinderen mogen krijgen? Dit is een moeilijke ethische discussie die wordt gevoerd binnen instellingen, in de politiek en door hulpverleners. Er spelen verschillende belangen een rol bij het ouderschap. Het kind heeft recht op een behoorlijk leven, de ouders hebben recht op voortplanting en het belang van de samenleving speelt ook mee (Den Boef, 2012). De vraag raakt mensen persoonlijk. Het gaat over hun eigen verlangens, religieuze overtuiging, toekomstverwachting en die van hun omgeving.

De voorzitter van de daarvoor speciaal ingerichte commissie, Pieter van Vollenhoven pleit voor een wettelijke regeling voor gedwongen anticonceptie voor verslaafden, psychiatrische en geestelijk gehandicapten (Den Boef, 2012). Prof. dr. J.S. Hans Reinders, Hoogleraar Ethiek aan de VU in Amsterdam meent dat: ‘De conditie van een verstandelijk beperking op zichzelf genomen geen sterke indicatie is voor succesvol of falend ouderschap. Maar dat mensen met een verstandelijke beperking dikwijls in moeilijke omstandigheden verkeren (onder andere te denken: aan een relatief slechtere gezondheid, een inkomen beneden het minimum of geringe scholing)’ (Reinders, 2011, pp. 41-43).

In 2009 kwam in de media de discussie over baby Hendrikus, de zoon van ouders met een verstandelijke beperking (NRC Weekblad, 2009). Baby Hendrikus is na zijn geboorte anderhalf jaar ondergebracht bij een pleeggezin. Dit omdat zijn ouders, zo bleek uit onderzoek van de Raad van de Kinderbescherming, niet voor hem konden zorgen. In de tijd dat Hendrikus uit huis is geplaatst, heeft de Kinderbescherming onderzoek gedaan om de vaardigheden en leercapaciteit van beide ouders te beoordelen. Na de eerste anderhalf jaar bleek er geen nieuw pleeggezin beschikbaar en werd Hendrikus bij zijn ouders teruggeplaatst. Deze situatie werd 24 uur per dag via camera’s bewaakt. In 2009 heeft de rechtbank een definitieve uitspraak gedaan om Hendrikus uit huis te plaatsen (Kinderbescherming, 2009).

In een aflevering van spraakmakende zaken werd na aanleiding van baby Hendrikus de vraag centraal gesteld: ‘Wat te doen met verstandelijk gehandicapten met een kinderwens?’. In deze uitzending gaf de niet-verstandelijk beperkte Claudia, een dochter van ouders, die beiden een verstandelijke beperking hebben, aan dat ze beter niet geboren had kunnen worden (Spraakmakende zaken, 2009). In een interview gaf de eveneens niet-verstandelijk beperkte Frieda, een dochter van ouders met een verstandelijk beperking, aan dat er thuis geen regels waren en dat altijd alles goed was (Libelle, 2013). Jeffe Chepman liet in de documentaire van de gezinsvoogd zien dat hij een dochter van een verstandelijk gehandicapte moeder in een pleeggezin laat plaatsen omdat, zo zei de moeder zelf, ze niet meer zo goed voor haar dochtertje kon zorgen (NCRV Document, 2013). Deze voorbeelden lijken aan te tonen dat verstandelijk gehandicapte ouders niet alle competenties bezitten die het opvoeden van kinderen van hen vragen.

Of ouders goed genoeg zijn om voor een kind te zorgen, hangt af van diverse factoren (Isarin, Reinders, Vries & Willems, 2005). De bereidheid om steun te vragen aan anderen en adviezen te accepteren is een beschermende factor die bijdraagt aan goed genoeg ouderschap. Een andere belangrijke factor is een ondersteunend netwerk van familie, burens, vrienden en een goede professionele hulpverlening. Wanneer een ouder een laag IQ heeft, is dit wel een risicofactor maar het bepaalt niet het succes of de mislukking van de opvoeding.

Uit onderzoek door de Vries, Willems, Isaring & Reinders (2005) is gebleken dat 30% van de ouders met een verstandelijke beperking goed genoeg is. De eigen opvoedingsservaringen van de ouders zijn erg belangrijk. Wanneer ze zelf een goede opvoeding hebben gehad, kunnen ze zich wellicht beter inleven in een kind.

De Gezondheidsraad zegt: *‘Mensen die een verstandelijke beperking hebben, zijn in hun ouderschap niet heel veel anders dan ouders die geen verstandelijke beperking hebben. Ze zijn voornamelijk kwetsbaarder, maar kunnen met de nodige ondersteuning van hulpverleners goede opvoeders zijn’* (Gezondheidsraad, 2002). Deze ondersteuning wil Stichting Philadelphia bieden. Binnen Philadelphia Zorg werd regelmatig nagedacht en gesproken over ‘het recht op kinderen’ van mensen met een verstandelijke beperking. Als ouder ben je verplicht om je kinderen goed te verzorgen en op te voeden. Het is lastig te zeggen wanneer iemand wel of niet goed kinderen kan opvoeden. Stichting Philadelphia Zorg wil de nadruk leggen op het volwaardig mens-zijn, met name bij mensen met een verstandelijke beperking (Primowees & Gendt, 2005).

De hulpverleners van de Stichting Philadelphia nemen een kinderwens serieus door gebruik te maken van de *BabyBedenktijd-baby*. Deze *Realcare Baby* is in 2006 in Nederland geïntroduceerd door Ingeborg Huijser. Zij richt zich vooral op tieners. Met de *Realcare Baby* kunnen ze ervaren hoe het is om een kind te hebben. Het verzorgen van de babypop biedt vele mogelijkheden voor de lessen op praktijkscholen. Te denken valt aan discussiëren met elkaar over of je al een kind kan groot brengen of het uitwisselen van ervaringen (Rozendal) (TV Rijnmond, 2007).

Philadelphia is in 2007 met deze *Babybedenktijd-baby* gaan werken, onder de naam Baby Daan. Baby Daan was eigendom van de organisatie MEE. Deze organisatie biedt ondersteuning aan mensen met een beperking (MEE, 2013). In 2009 heeft de gezinsbegeleiding van Stichting Philadelphia zelf een *Babybedenktijd-baby* aangeschaft onder naam Baby Bas. Deze methodiek geeft zowel de potentiële ouders als de hulpverleners inzicht of ouders in de opvoedingscapaciteiten bekwaam zijn. Aan de hand van deze beoordeling wordt een adviesrapport gemaakt.

Volgens Gebiedsmanager Bert van de Leer ontbreekt er een onderdeel in de beschrijving van de methodiek, namelijk het in kaart brengen van diverse sociale interacties. Baby Bas meet vooral in hoeverre ouders tegemoet komen aan de lichamelijke behoeften van een baby. Bijvoorbeeld verschonen, voedsel geven en hem laten boeren. Wanneer Baby Bas huult, zal de ouder hem op moeten pakken om te kijken wat er aan de hand is. Het kan ook zijn dat Baby Bas gewiegd wil worden. Dat is op dit moment de enige sociale interactie met Baby Bas die gemeten wordt.

De sociale interactie tussen ouder en kind is van belang voor het hechtingsproces. Volgens Bowlby is een hechtingsproces: een noodzakelijke emotionele binding en afhankelijkheid tussen kind en verzorger(s) (Hoogsteder & Vriese, 2004, p.8). Een hechtingsproces ontstaat doordat de baby contact zoekt met de verzorger door middel van lachen, huilen, volgen met de ogen, brabbelen en reiken met de handjes. En dat de verzorger hierop reageert door onder andere te praten, zingen of te knuffelen met de baby (Wal, 2009). De hechting is noodzakelijk voor een normale en een gezonde ontwikkeling bij de baby (Herbert, 1996, p.10).

Voor de methodiek Baby Bas is het van belang dat hulpverleners inzicht krijgen op de competenties van de ouders om een sociale interactie tot stand te brengen. Zodat de hulpverleners, na afloop van de inzet van Baby Bas, een passend advies kunnen geven aan de ouders om wel of geen kinderen te krijgen.

Een aantal vragen die wij tijdens ons onderzoek zullen beantwoorden zijn: Wat is sociale interactie? Wat hebben ouders nodig om hechting tot stand te laten komen? Op welke manier kan met de methode methodiek Baby Bas beoordeeld worden of een ouder in staat is een sociale interactie tot stand te laten komen?

Wij stellen ons ten doel dat de methodiek Baby Bas wordt beschreven en uitgebreid wordt met een onderdeel waarmee de competenties van potentiële ouders adequaat kunnen worden beoordeeld op het gebied van sociale interactie.

Probleemstelling

De resultaten van de huidige methodiek Baby Bas geven geen beeld van de sociale interactie tussen ouders met een verstandelijke beperking en de baby die nodig is om een goede hechting tot stand te laten komen.

Vraagstelling

Hoofdvraag:

Hoe kan Baby Bas methodisch worden ingezet om de sociale interactie tussen (toekomstige) ouders en Baby Bas te beoordelen, zodat er tussen ouders en kind(eren) een goede hechting tot stand kan komen?

Deelvraag 1:

-Op welke manier wordt Baby Bas ingezet zowel bij Stichting Philadelphia als bij andere organisaties?

Deelvraag 2:

-Hoe ziet een gezonde sociale interactie tussen ouders en baby van 0 tot 6 maanden er uit, zodat er een goede hechting ontstaat?

Deelvraag 3:

- Wat hebben ouders nodig om een gezonde sociale interactie tussen henzelf en hun baby tot stand te laten komen?

Deelvraag 4:

- Hoe kan sociale interactie tussen ouders en baby worden beoordeeld en op welke manier kan dat beoordelen geïntegreerd worden in de methodiek Baby Bas?

Deelvraag 5:

-Hoe kan de beschreven methodiek Baby Bas, met de aanvulling van de sociale interactie, geïntegreerd worden in de Stichting Philadelphia op de afdeling Gezinsbegeleiding?

Doelstelling/projectresultaat

Met dit onderzoek willen we inzicht krijgen hoe de sociale interactie tussen Baby Bas en de potentiële ouders beoordeeld kan worden. Met als concreet resultaat een beschrijving van de methodiek Baby Bas en hoe de sociale interactie geïntegreerd kan worden in de methodiek Baby Bas.

Aan de hand van de uitkomsten van ons onderzoek willen wij een product ontwikkelen dat kan bijdragen aan de kwaliteit van de methodiek Baby Bas. Allereerst zullen wij na de beantwoording van deelvraag één een methodiekbeschrijving maken over hoe Baby Bas op dit moment wordt ingezet. Deze methodiekbeschrijving zal bestaan uit maximaal drie pagina's (formaat A4). Aanvullend op de methodiekbeschrijving zal beschreven worden hoe de sociale interactie tussen ouders en Baby Bas beoordeeld kan worden.

Aan het eind van het onderzoek hopen wij te weten wat de resultaten zijn met betrekking tot de sociale interactie en waar de focus ligt van dit product. Onze verwachting is dat wanneer er onderzoeksresultaten zichtbaar zijn, wij conclusies zullen gaan trekken en wij de methodiek Baby Bas kunnen aanvullen zodat de sociale interactie in kaart gebracht kan worden. Op basis van de resultaten van ons onderzoek bepalen we de focus van het product waarmee de sociale interactie in kaart kan worden gebracht. Naar verwachting zal het gericht zijn op de hulpverleners, hoe zij Baby Bas hiervoor methodisch kunnen inzetten.

De onderzoeksresultaten zullen worden teruggekoppeld naar de Stichting Philadelphia. Met het doel Baby Bas op een methodische wijze in te zetten om op een adequate manier te beoordelen of mensen met een verstandelijke beperking en een kinderwens zowel sociaal als lichamelijk voor een baby kunnen zorgen.

Achtergrond

Dit onderzoek vindt plaats bij de Stichting Philadelphia. Stichting Philadelphia is een landelijke stichting, die ondersteuning biedt aan mensen met een verstandelijke beperking. Deze ondersteuning varieert van enkele uren begeleiding per week tot dagelijkse intensieve zorg, en van logeeropvang tot dagbesteding en begeleide werkvormen (Philadelphia, z.d.). Binnen de afdeling Gezinsbegeleiding maken hulpverleners gebruik van de methodiek Baby Bas, voor mensen met een kinderwens. Deze oefenbaby wordt ingezet om te kunnen beoordelen of de desbetreffende ouders een kind kunnen grootbrengen. In ons onderzoek richten wij ons op de methodiek Baby Bas. Zodat hulpverleners zowel de praktische (denk aan een luier verschonen en flesje geven) als de sociale interactie tussen ouders en Baby Bas kunnen beoordelen. Daarbij in het oog houdend dat de praktische interactie samen kan gaan met de sociale interactie.

Projectactiviteiten/verantwoording werkwijze

Het resultaat dat wij voor ogen hebben is een methodiekbeschrijving van Baby Bas. Hierin staat beschreven hoe Baby Bas wordt ingezet en hoe na het inzetten van Baby Bas de competenties van de toekomstige ouders worden gemeten.

Een aanvullend resultaat is dat wij middels het beschrijven van de methodiek naar mogelijkheden kijken hoe de sociale interactie tussen Baby Bas en ouders gemeten kan worden.

Wij doen een explorerend onderzoek, dat wil zeggen stap voor stap gaan wij onderzoeken hoe de sociale interactie (tussen ouder en Baby Bas) toegepast kan worden in de methodiek Baby Bas (Baarda, Goede & Teunissen, 2009, p. 96). Wij verkennen door het afnemen van interviews met medewerkers, cliënten (waar Baby Bas is ingezet) en organisaties elders waar een oefenbaby wordt ingezet, hoe de oefenbaby wordt ingezet en ervaren. Wij willen minstens vijftien interviews houden en twintig digitale enquêtes afnemen. Hiernaast zullen wij een literatuuronderzoek doen. Samen met het aantal interviews en de enquêtes zorgt dit voor een betrouwbaar onderzoek.

De interviews die wij zullen afnemen zijn half gestructureerd. Wij kiezen voor half gestructureerde interviews omdat onze hoofdvraag en deelvragen vastliggen. Door middel van een half gestructureerd staan onze onderwerpen vast maar kunnen wij afwijken van de vragenvolgorde. De beginvragen bij elke nieuw topic staan wel vast (Baarda & Goede, 2007, p. 16). Wij vragen door op een onderwerp dat relevante informatie kan zijn voor de beantwoording van de deelvraag (en de hoofdvraag). In een gesprek met de begeleider vanuit Stichting Philadelphia zal gekeken worden welke medewerkers en cliënten wij gaan interviewen. Wij zullen zelf medewerkers van externe organisaties benaderen om een interview af te nemen.

Ons aanpassen aan de geïnterviewde medewerker of cliënt is een belangrijk aspect van een half gestructureerd interview. Er zullen dus uiteindelijk een aantal verschillende interviews komen; voor de cliënten, de hulpverleners en docenten van praktijkscholen waar de oefenbaby wordt ingezet. Het is de bedoeling om interviews afnemen met verschillende bedrijven. Te denken aan Reality Works uit Amerika en Babybedenktijd in Nederland. Dit om een goed beeld te krijgen van hoe de baby (technisch) in elkaar zit.

De digitale enquêtes gaan we afnemen bij minstens twintig scholieren van praktijkscholen in diverse steden. In deze digitale enquête zullen er diverse vragen gesteld worden over de sociale interactie, ervaring, voorbereiding en de afronding met de oefenbaby. De vragen in de enquêtes zullen

grotendeels gesloten zijn. Maximaal twee vragen zullen open zijn, dit om de antwoorden van deze open vragen niet teveel in te perken. De gesloten vragen zijn duidelijk, dit omdat de enquête verspreid zal worden onder scholieren met een verstandelijke beperking.

Ons streven is om de digitale enquête af te nemen met meerdere studenten tegelijk, dit om de respons te vergroten en om de scholieren te ondersteunen wanneer een vraag voor hen niet duidelijk is (Baarda, Goede & Kalmijn, 2010, p. 23).

De interviews zullen wij door middel van labelen verwerken en hieruit informatie halen die wij kunnen gebruiken voor de deelvragen. De uitkomsten van de enquêtes gaan wij verwerken in diagrammen zodat er een overzicht komt van de informatie.

De uitkomsten van de interviews en de enquêtes zullen wij vergelijken met de literatuur die wij van internet(databanken), uit boeken, tijdschriften en kranten hebben. Uit de interviews en enquêtes halen wij informatie en cijfers halen die actueel zijn voor ons onderzoek.

Wij gaan de verschillende deelvragen beantwoorden door middel van interviews, enquêtes en literatuuronderzoek. Hieronder staat per deelvraag beschreven hoe we tot een antwoord willen komen op de deelvraag.

Deelvraag 1:

‘Op welke manier wordt Baby Bas ingezet zowel bij Stichting Philadelphia als bij andere organisaties?’

Voor deelvraag één gaan we interviews en enquêtes afnemen bij de werknemers en cliënten van Stichting Philadelphia en andere organisaties (te denken aan 's Heeren Loo en Realcare baby) waarin een oefenbaby wordt ingezet. Wij beheersen samen de vaardigheden (door Kernopgave 15) om interviews en enquêtes uit te werken. Wij gaan relevante literatuur opzoeken waarmee wij de resultaten van de interviews en enquêtes kunnen aanvullen. Daarbij zullen wij ook moeten onderzoeken waar het idee van Baby Bas is ontwikkeld en waar deze pop wordt gemaakt en hoe de internationale ervaringen zijn. Dat vraagt van ons dat we Engels beheersen.

Wij kiezen voor deze methoden omdat deze deelvraag gericht is op hoe Baby Bas wordt ingezet bij Philadelphia en andere instellingen. Uit deze deelvraag hopen wij dat er een gedetailleerde methodiekbeschrijving voor Baby Bas zal komen. Deze methodiekbeschrijving zullen wij gebruiken om deelvraag vier verder op te bouwen.

Deelvraag 2:

‘Hoe ziet een gezonde sociale interactie tussen ouders en baby van 0 tot 6 maanden er uit, zodat er een goede hechting ontstaat?’

Deze deelvraag gaan we beantwoorden door middel van literatuuronderzoek. We zullen met name theorie van pedagogen gebruiken om inzicht te krijgen in de sociale interactie en hechting tussen ouders en een baby van 0 tot 6 maanden. Wij zullen de theorie vooral via databanken (die beschikbaar zijn vanaf databanken) gebruiken. Ook willen wij de Koninklijke Bibliotheek in Den Haag gaan bezoeken en zullen wij studieboeken raadplegen om informatie te verkrijgen. Van onze onderzoeksdocent krijgen wij in februari les in het gebruik maken van het programma Atlas, dit kunnen wij ook gebruiken om ons literatuuronderzoek te structureren.

Deze manier van informatiewerving sluit goed aan bij deze deelvraag, omdat het een deelvraag is die theoretisch is.

Deelvraag 3:

‘Wat hebben ouders nodig om een gezonde sociale interactie tussen henzelf en hun baby tot stand te laten komen?’

Deze deelvraag gaan wij allereerst beantwoorden door ons literatuuronderzoek voort te zetten vanuit deelvraag 2. Wij zullen in deze deelvraag ons meer gaan toespitsen op ouderschap van ouders met een verstandelijke beperking. Hierin zal de nadruk liggen op wat zij belangrijk vinden in het ouderschap en de sociale interactie met het kind. Verder zullen wij interviews houden van

medewerkers van Stichting Philadelphia die gezinnen begeleiden waarvan één of de beide ouders een verstandelijke beperking heeft.

Deelvraag 4:

‘Hoe kan sociale interactie tussen ouders en baby worden beoordeeld en op welke manier kan dat beoordelen geïntegreerd worden in de methodiek Baby Bas?’

Na beantwoording van deelvraag één tot en met drie zullen wij samen brainstormen over hoe de sociale interactie gemeten kan worden in de methodiek Baby Bas. Wij zullen met de gebiedsmanager en een gezinsbegeleider in gesprek gaan om ideeën te delen. Ook zullen wij enquêtes naar de leerlingen van praktijkscholen sturen, om zo te achterhalen of zij een sociale interactie met de oefenbaby hebben. Hieruit zal één concrete interventie rollen die wij zullen toevoegen aan de methodiek Baby Bas. Verder gaan wij een literatuuronderzoek doen naar diverse manieren van het beoordelen van sociale interactie en deze naast de eerdere methodiekbeschrijving houden om deze interventie te integreren.

Deelvraag 5:

‘Hoe kan de beschreven methodiek Baby Bas, met de aanvulling van de sociale interactie, geïntegreerd worden in de Stichting Philadelphia op de afdeling Gezinsbegeleiding?’

Wij doen een literatuuronderzoek om de visie van Stichting Philadelphia in kaart te brengen. Ook zullen wij in gesprek (door middel van een interview) gaan met de gebiedsmanager om aanvullende informatie te krijgen over de visie van Stichting Philadelphia. Wij kiezen hier voor een literatuuronderzoek en voor een interview omdat wij zo een volledig beeld krijgen van de visie van Stichting Philadelphia.

Tijdens een volgend gesprek met de gebiedsmanager en gezinsbegeleider zullen wij onze interventie die wij hebben als aanvulling voor de methodiekbeschrijving Baby Bas, vertellen en in overleg gaan of dit aansluit bij de visie van Stichting Philadelphia.

Projectgrenzen

Dit onderzoek is gericht zijn op de methodiek Baby Bas en hoe hulpverleners deze kunnen inzetten zodat zowel de praktische- als de sociale interactie beoordeeld kan worden. In de methodiek wordt de praktische interactie al gemeten. Wij richten ons daarom op de sociale interactie. Deze sociale interactie is van belang voor het kind omdat hierdoor hechting met de ouder tot stand komt. Onderzocht wordt wat er nodig is om een sociale interactie met een baby van 0 tot 6 maanden tot stand te laten komen en wat ouders daarvoor nodig hebben. Wij zullen daarom ook onderzoek doen bij andere organisaties (buiten Stichting Philadelphia) om te weten te komen hoe zij de methodiek Baby Bas (of BabyBedenkTijd-baby inzetten). Uiteindelijk richt dit onderzoek zich op de vraag hoe de methodiek Baby Bas ingezet kan worden, passend bij het beleid van Stichting Philadelphia, zodat adequaat beoordeeld kan worden of potentiële ouders in staat zijn een sociale interactie tot stand te brengen.

Projectorganisatie

Ilonka Hoencamp en Janneke Mali vanuit de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening van Christelijke Hogeschool Ede, Bert van der Leer (gebiedsmanager), Lizzette Vonken (teamleider) en Hanny Rozendal (gezinsbegeleider) als extern deskundigen en Petra Koppelaar als coachende docent zijn betrokken bij dit project.

Het onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van de Stichting Philadelphia regio Gelderland Noord op de afdeling Gezinsbegeleiding. Het onderzoek is gericht op de methodiek Baby Bas, waarin wij ons zullen richten op het beschrijven van deze methodiek op het gebied van sociale interactie van de toekomstige ouders met Baby Bas.

Risicoanalyse

Projectomvang

Met dit onderzoek willen wij de methodiek Baby Bas beschrijven en aanvullen met de sociale interactie zodat er aan het einde van het traject een complete methodiek gegeven kan worden.

Waar wij voor moeten waken is dat wij ons project niet te groot willen maken, maar dat wij het houden bij de methodiekschrijving en de toevoeging van de sociale interactie.

Wij gaan voor dit onderzoek ook bij diverse instellingen, o.a. MEE en Realcare Baby, interviews en enquêtes afnemen over het gebruik van een oefenbaby. Met die informatie krijgen we een meer compleet beeld. We doen die bij een beperkt aantal instellingen. Dit omdat onze focus ligt op het gebruik van de oefenbaby en we zo tijdens de interviews voldoende tijd hebben om door te vragen. Wij zullen een uitgebreid literatuuronderzoek doen (door gebruik te maken van databanken). Een aandachtspunt daarvoor is dat wij de literatuur structuren door zelf bij te houden welke literatuur we hebben gevonden en eventueel gebruik maken van het programma Atlas.

Projectplanning

Wanneer het plan van aanpak is goed gekeurd door onze onderzoeksbegeleider en onderzoeksdocent willen wij in januari 2014 beginnen met het uitvoeren van ons onderzoek. Wij gaan de deelvragen en de hoofdvraag beantwoorden en ons product ontwikkelen.

Er is een duidelijke en gestructureerde planning en deze is bij ons allebei bekend. In de opstartfase van het plan van aanpak zijn wij allebei druk met de verbredingsminors en keuzevakken op school. Hierdoor is het lastig om gesprekken te plannen met de extern deskundigen. In het nieuwe jaar kunnen wij ons, doordat we dan minder les hebben, meer focussen op het afstuderen.

Wij hebben goede afspraken met elkaar gemaakt en we hebben een eerlijke taakverdeling opgesteld. Daarnaast overleggen we regelmatig met elkaar.

Projectorganisatie

Wij ervaren het als erg prettig dat wij als tweetal het proces van afstuderen aangaan. Dit heeft als voordeel dat wij beiden contact (in overleg met de ander) kunnen opnemen met de organisatie als we een gesprek willen plannen of vragen hebben.

Vanuit de organisatie is er een externe deskundige aangewezen die ons zal begeleiden tijdens het traject. De externe deskundige blijkt een volle agenda te hebben, iets wat onze voortgang zou kunnen belemmeren. Dit hebben wij aangegeven bij de deskundige, waardoor er onder supervisie van de externe deskundige nu een nieuwe begeleider is aangewezen. Voor ons is het erg prettig te merken dat er met ons wordt meegedacht.

Externe invloeden

Wij zullen verschillende hulpverleners ontmoeten binnen de Stichting Philadelphia en andere organisaties. Deze hulpverleners kunnen sceptisch zijn over ons onderzoek en kunnen hierin wellicht weerstand bieden. Ook zullen wij te maken hebben met veel meningen van mensen (van zowel binnen als buiten de organisatie) met ieder zijn eigen mening over ons onderzoek. Dit omdat ons onderzoek een ethisch thema raakt, waar veel mensen verschillende meningen over hebben. Daardoor zullen wij zelf ook aan het denken worden gezet. Het is daarbij belangrijk dat we er samen over blijven praten en ook eventueel met mensen uit onze eigen omgeving.

De huidige bezuinigingen zorgen ervoor dat er binnen Stichting Philadelphia veel personeelsverschuivingen zijn, wat invloed kan hebben op onze begeleiding. Het is nodig dat we zelf initiatief tonen voor een afspraak of feedback.

Deel II: Onderzoeksresultaten

Hoofdstuk 1: Inzet oefenbaby

1.1 Inleiding

‘Op welke manier wordt Baby Bas ingezet zowel bij Stichting Philadelphia als bij andere organisaties?’

Voor een baby zorgen is één van de grootste verantwoordelijkheden die mensen kunnen hebben. Er is bijvoorbeeld geen boek dat je laat ervaren hoe het is om voor een baby te zorgen.

In 1993 zaten de oprichters van Realityworks, Rick en Mary Jurmain, naar een televisieprogramma te kijken. In dit programma waren tieners met zakken bloem de zorg van een kind aan het nabootsen. Op dat moment zei Rick tegen Mary: *‘There’s no crying or waking up at night’*. Later in het jaar hebben Rick en Mary een prototype gemaakt wat de oefenbaby zou worden. In het begin heette de stichting nog Think it Over, wat later is veranderd in Realityworks (Realityworks, 2014).

Realityworks heeft verschillende soorten oefenbaby’s en een programma voor tijdens de zwangerschap. Zo is er de *RealCare Drug-affected Baby*, de *RealCare Fetal Alcohol Syndrome Baby*, de *RealCare Shaken Baby* en de *Realcare Baby* (Realityworks, 2013).

In dit hoofdstuk wordt in kaart gebracht wat een oefenbaby is en hoe deze wordt ingezet bij Stichting Philadelphia, ASZV, MEE en meerdere praktijkscholen. De volgende aspecten worden daarbij belicht: het doel waarmee de oefenbaby wordt ingezet, hoe de verslaglegging en evaluatie eruit ziet, hoe de sociale interactie in het traject wordt meegenomen en de begeleiding die wordt geboden tijdens de inzet van de oefenbaby. In de conclusie wordt deze aspecten in een tabel weergegeven.

1.2 Realcare Baby

De *RealCare Baby* (in dit verdere onderzoek de oefenbaby genoemd) is een computergestuurde pop. De oefenbaby heeft diverse soorten zorg nodig, namelijk de verschoning van de luier, het geven van voeding, het laten van een boertje en wiegen. De oefenbaby lijkt op een pasgeborene, weegt ongeveer zeven pond en is 54 cm lang. Ook heeft hij een flexibele nek, waardoor het hoofdje net zo zwaar voelt als bij een echte pasgeborene. Doordat het hoofdje van de oefenbaby flexibel is, moet deze altijd worden ondersteund.

Wanneer de oefenbaby huilt klinkt dit net echt, dit komt doordat de geluiden die de oefenbaby maakt zijn opgenomen van een echte baby. Ook maakt de oefenbaby bijvoorbeeld tevreden geluidjes wanneer hij zijn fles leeg heeft of zijn luier is verschoond. Wanneer de ouder niet de zorg geeft die de oefenbaby nodig heeft, gaat hij langzaam steeds harder huilen (Realityworks, 2008). Dit is bij echte baby’s vaak ook het geval (Veldhuis, 2007, p.4).

Wanneer de oefenbaby met een cliënt meegaat, wordt de oefenbaby voor een bepaalde tijdsduur aangezet. Er wordt vooraf geprogrammeerd welke zorgzwaarte de oefenbaby heeft. Namelijk een makkelijke baby, een gewone baby of een huilbaby (zie bijlage B voor de verschillende zorgschema’s). Wanneer de oefenbaby huilt wordt de gegeven zorg geregistreerd, zoals beschreven in alinea één. De oefenbaby kan op elk moment gaan huilen, net als een echte baby. Als de oefenbaby huilt is het aan de cliënt de taak om uit te zoeken welke zorg hij nodig heeft en de juiste te zorg geven. Dit kan zijn: voeding geven, laten boeren, aandacht geven, troosten, luier verschonen, de baby zorgvuldig behandelen (hoofdje ondersteunen en niet schudden). De zorg die wordt gegeven is basale zorg (Joha, Gerards, Nas, Gendt & Kersten, 2006, p. 84). Er wordt gekeken of de oefenbaby op de juiste tijden (wanneer hij huilt) de gewenste verzorging krijgt, maar niet op welke manier deze verzorging wordt gegeven. Het wordt niet geregistreerd wanneer er bijvoorbeeld wordt gescholden op de oefenbaby.

Wanneer de zorg voor de oefenbaby afgelopen is, wordt hij uitgelezen. In bijlage A is te zien hoe een uitslagenformulier eruit ziet.

De oefenbaby wordt ingesteld met de computer, met een begin- en een eindtijd. Wanneer de cliënt bijvoorbeeld een belangrijke afspraak heeft, kan hij dit aangeven bij de hulpverlener. Zo kan de oefenbaby op pauze worden gezet, zodat de cliënt alsnog naar de belangrijke afspraak kan gaan zonder zorg te missen en zo een goed beeld te krijgen van de gegeven verzorging.

1.3 De inzet van de oefenbaby

Stichting Philadelphia heeft sinds 2011 zelf één oefenbaby. Dit is een blank jongetje die Baby Bas wordt genoemd (HV-2, 1.2).

Voordat bij Stichting Philadelphia de oefenbaby wordt ingezet, wordt er eerst gekeken naar wat precies de vraag van de cliënt is (HV-4, 1.7). Baby Bas wordt veelal twee weken ingezet. Hulpverleners zeggen dat dit een realistischer beeld geeft dan één week, omdat de cliënt zo zijn eigen behoeften langer op de tweede plek moet zetten (HV-2, 1.23).

Wanneer een cliënt zwanger is, wordt Baby Bas ingezet om het te ervaren hoe het is om voor een baby te zorgen (HV-2, 1.23).

Stichting Philadelphia geeft aan bewust na te denken over het programma waarop ze de oefenbaby inzetten (HV-4, 1.8). Aan het begin van het traject zetten hulpverleners Baby Bas altijd op een gemiddeld niveau, omdat dit het niveau is wat je van ouders mag verwachten, aldus de hulpverlener (HV-2, 1.3). Baby Bas kan ook worden voorgeprogrammeerd zodat hij bijvoorbeeld 's nachts niet gaat huilen. Dit gebeurt wanneer een vrouw zwanger is (HV-3, 1.20). Dit gebeurt echter alleen bij hoogzwangere vrouwen, dit omdat Baby Bas puur wordt ingezet om de praktische zaken te oefenen (een echte baby kan ook niet op pauze). Een leraar van een praktijkschool geeft aan dat ze de oefenbaby altijd op het programma medium zet (PRA-1, 1.9).

Bij de organisatie ASVZ (zie begrippenlijst) hebben ze twee oefenbaby's. Deze worden logés genoemd, namelijk een jongentje en een meisje. Eén logé heeft een donkere huidskleur en de andere logé een blanke huidskleur (HV-1, 1.5; HV-1, 1.6; HV-1, 1.28; HV-1, 1.35).

ASVZ gebruikt de methodiek van de logé samen met de Kinderwenskoffer met de titel: 'Kinderen, waar kies ik voor?', die ontwikkeld is door de ASVZ (HV-1, 1.9). Deze Kinderwenskoffer is gericht op het bespreekbaar maken van de kinderwens en wat er komt kijken bij het hebben van een kind (zie bijlage C). De koffer bevat spelen en praatkaarten, ook voor de teams (HV-1, 1.53).

Er is in het interview met een hulpverlener van MEE niet naar voren gekomen hoeveel oefenbaby's zij in bezit hebben. De oefenbaby wordt bij MEE oefenpop genoemd, als een neutraal begrip (MEE Friesland, p.1).

Bij MEE is de oefenpop een middel om cliënten met een kinderwens te ondersteunen (MEE Friesland, p.2). De oefenpop wordt ook geregeld ingezet bij een cliënt die al zwanger is, om zo de cliënt een stukje voorbereiding te bieden (HV-5, 1.8).

De cliënt krijgt de oefenpop ongeveer drie dagen. Ook worden er een aantal pauzes ingesteld zodat de cliënt boodschappen kan gaan doen, een rustige avond of nacht kan hebben (HV-5, 1.20). De hulpverlener benoemt dat het de oefenpop stress met zich meebrengt (HV-5, 1.19). Mevrouw Hut onderstreept dat de cliënt zelf gemotiveerd moet zijn voor de inzet van de oefenpop en zijn omgeving (Hut, p.3, 2010).

In Amerika wordt de oefenbaby veelal op high schools ingezet (PRA-2, 1.39). Huijser, lerares op een praktijkschool in Rotterdam, heeft de oefenbaby in Nederland gebracht in 2006 (TV Rijnmond, 2007; PRA-2, 1.1). Een medewerker van stichting de Meeuw heeft subsidies aangevraagd om de oefenbaby's aan te schaffen voor de praktijkscholen in Rotterdam. Vanuit de media heeft de oefenbaby in Nederland meer bekendheid gekregen. Huijser is toen ook workshops gaan geven op

praktijkscholen er is lesmateriaal voor ontwikkeld door stichting de Meeuw(PRA-2, 1.6; PRA-2, 1.8; PRA-2, 1.9).

De oefenbaby wordt ingezet bij de afdeling Zorg en Welzijn op praktijkscholen in combinatie met seksuele voorlichting (PRA-1, 1.18; PRA-2, 1.11). Daarbij wordt gebruikt gemaakt op de praktijkschool in Rotterdam van de lesmethode: Zelfzorg van Zegwaart. In deze lesmethode wordt uitgelegd hoe voortplanting gaat en wat er bij een kind hebben komt kijken (Zegwaart, 2009). In Breda gaat de leraar samen met de leerling de oefenbaby programmeren (PRA-1, 1.34, PRA-1, 1.35).

De leerlingen krijgen de oefenbaby in een Maxi-Cosi mee naar huis met een tas kleertjes (PRA-1, 4.3). Op één van de praktijkscholen is er ook een babyhoekje met een commode (PRA-2, 1.2).

Voordat de leerlingen de baby mee naar huis nemen vragen de leraren eerst toestemming aan de ouders (PRA-1, 1.19; PRA-1, 1.20; PRA-2, 1.23; PRA-3, 1.22).

Op de praktijkschool in Emmen wordt de oefenbaby ook tijdens de lessen ingezet. De lerares zet één van de drie oefenbaby's aan. Wanneer deze gaat huilen, moeten de leerlingen zien welke er huilt en hem de zorg leveren die hij nodig heeft. Wanneer de oefenbaby tijdens de les aanstaat, hebben de leerlingen ook andere taken die ze erbij moeten doen (bijvoorbeeld de was) (PRA-3, 1.11).

1.4 Doel van de oefenbaby

Stichting Philadelphia

De oefenbaby wordt bij Stichting Philadelphia op diverse manieren ingezet, namelijk als ontmoedigingsbeleid en ter voorbereiding op een kind wanneer de ouders al zwanger zijn (HV-3, 1.3; HV-3, 1.4). Bijvoorbeeld bij een cliënt van zestien die zwanger wil worden. Dan wordt de oefenbaby ingezet om te ervaren wat het betekent om voor een kind te zorgen (HV-3, 1.11).

Wanneer de ouders al zwanger zijn, wordt de oefenbaby ingezet zodat ze al een idee krijgen wat ze staan te wachten wanneer het kind is geboren.

Door de inzet van Baby Bas wordt er een beeld gevormd wat de competenties van de toekomstige ouders zijn en of deze voldoende zijn. Aan de hand daarvan wordt er gekeken waar je als hulpverleners op kunt sturen (HV-4, 1.5).

ASVZ

De ASVZ ziet de logé als een medicijn om met de kindwens om te gaan (HV-1, 1.56). Ook zetten hulpverleners de logé in voor een stukje bewustwording bij de cliënten (HV-1, 1.34). Achter de kindwens zit vaak een zorgwens zegt een hulpverlener van ASVZ (HV-1,1.10; HV-1, 1.48). De hulpverleners van ASVZ zien het hele kindwensstraject als een proces (HV-1, 1.55).

De logé wordt ook ingezet bij aanstaande moeders om te ervaren hoe bijvoorbeeld de baby vast gehouden moet worden (HV-1, 1.36).

MEE

Van oorsprong wordt de oefenpop bij MEE als preventief middel bedoeld wanneer er bij cliënten twijfel was over de kindwens (HV-5, 1.4). De oefenpop wordt ingezet om de eventuele babywens te ervaren en te kijken naar wat het betekent om een kind te hebben (HV-5, 1.5; HV-5, 1.26; HV-5, 1.28).

Het uiteindelijke doel is dat de eventuele toekomstige ouders door een bredere ervaring een keuze kunnen maken (HV-5, 1.6). De oefenpop wordt ook ingezet als de cliënt al zwanger is om zo de cliënt goed voor te kunnen bereiden op de komst van de baby (HV-5, 1.2).

Verdonk vertelt dat de cliënten door het zorgen voor de oefenpop, hun eigen behoeften moeten uitstellen (Duijn, 2009).

De leraren van de praktijkscholen zien de oefenbaby als een educatief middel (PRA-2, 1.10). De leraren willen de leerlingen een ervaring meegeven wat er allemaal komt kijken bij de zorg van een

baby waarover ze in gesprek kunnen gaan (PRA-2, 1.11, PRA-2, 1.12, PRA-1, 1.3). Zodat ze zich bewust worden dat een baby niet alleen maar lief en schattig is en daardoor over de gevolgen van seks na gaan denken (PRA-1, 1.2; PRA-1, 1.3).

Praktijkschool

Op een praktijkschool in Emmen wordt de oefenbaby ingezet met twee doelen. Het eerste doel is om de kinderwens uit te stellen en het tweede doel is het voorbereiden op het moederschap. De ondersteuning voor tienermoeders wordt door de lerares ook nog benoemd als doel (PRA-3, 1.4, PRA-3, 15).

1.5 Verslaglegging en evaluatie

Stichting Philadelphia

Aan de hand van de uitslagen en de evaluatie wordt er bij Stichting Philadelphia een rapport geschreven. Hierin wordt geen advies gegeven, maar worden de feitelijkheden opgeschreven (HV-3, 1.8). In de beschrijving van dit rapport, wordt alles meegenomen. Alles wat de hulpverleners signaleren, zien en horen wordt meegenomen in de evaluatie. Ook wordt er meegenomen wat ouders vroeger hebben meegemaakt (HV-2, 4.1). Bij de bevindingen wordt er gekeken of er voldoende zorg is gegeven, of er door de ouders goed gereageerd is op Baby Bas (HV-3, 1.9). Na de evaluatie wordt er een plan van aanpak gemaakt voor het vervolg. Het kan zijn dat wordt aangegeven dat het geen optie is om een baby te nemen (HV-4, 1.11). Ouders hebben daarin nog wel altijd zelf het recht in handen om hun eigen pad hierin te kiezen. Wanneer de hulpverlener een negatief advies geeft, wordt het gezin goed in de gaten gehouden wanneer zij besluiten toch een kind te nemen. Eventueel kan er een melding bij het AMK gedaan worden wanneer er daadwerkelijk sprake is van een zwangerschap (HV-4, 1.12).

Wat erg belangrijk is in de evaluatie bij Stichting Philadelphia is de draagkracht en de draaglast van de ouders (in deelvraag drie wordt de draagkracht en de draaglast verder toegelicht). Er wordt puur gerapporteerd op de zorg die is geleverd. Er kan moeilijk gezegd worden of het over vier jaar nog steeds goed gaat (HV-2, 1.13).

ASVZ

Bij ASVZ worden de uitkomsten van de verzorging bijna niet gebruikt, dit omdat de hulpverleners vinden dat deze niet betrouwbaar zijn. Er wordt door de hulpverlener niet toegelicht waarom zij het niet betrouwbaar vinden. Ook wordt de oefenbaby bijna niet meer digitaal gebruikt (HV-1, 1.46). Er wordt acuut gerapporteerd door de hulpverleners. Er wordt tegen de cliënt gezegd wat er wordt gezien wanneer de oefenbaby wordt ingezet (HV-1, 1.47).

De hulpverleners willen inspelen op het proces en niet op de resultaten (HV-1, 1.46). Wel worden alle observaties meegenomen door de hulpverleners (HV-1, 1.92).

De hulpverleners gaan acuut rapporteren. Dit houdt in dat wat ze zien, ze dit gelijk zeggen tegen de cliënt. Wanneer een cliënt bijvoorbeeld geen oog heeft voor de meegebrachte oefenbaby, wordt er gezegd: 'Heb je gezien wat ik heb meegebracht?' (HV-1, 1.47).

De cliënten bij ASVZ hebben een eigen schriftje of een mapje. Hierin kunnen zij opschrijven of tekenen wat zij voelen of vinden. Sommige cliënten kunnen het je niet altijd vertellen, daarom hebben ze dit schriftje of mapje (HV-1, 1.110).

De hulpverlener staat bewust naast de cliënt, ook als de hulpverlener ziet dat het niet verantwoord is als de cliënt een kind wil krijgen (HV-1, 1.17) (HV-1, 1.112). De ASVZ heeft absoluut geen ontmoedigingsbeleid, ze zeggen weleens: 'Ik vind het op dit moment nu niet verstandig, misschien over een jaar (HV-1, 1.17). Als de cliënt zijn kinderwens houdt ondanks het negatieve advies, werken de hulpverleners wel mee. De inzet van de Kinderwenskoffer staat centraal in de begeleiding (HV-1, 1.18).

MEE

De hulpverlener van MEE gaat samen met de cliënt en diens begeleider en de cliënt de uitslagen bespreken (HV-5, 1.14). Zo wordt er gekeken naar welke zorg de oefenpop heeft gekregen. Aan de hand hiervan wordt er aan de cliënt gevraagd waarom de oefenpop sommige zorg niet gekregen heeft (HV-5, 1.15). De uitslag is cijfermatig en zegt niks over de sociale interactie (HV-5, 1.18). MEE is aanwezig bij de evaluatie van de oefenpop met de cliënt en de ambulante begeleider. MEE neemt dan een uitdraai mee van de resultaten (HV-5, 1.9) (HV-5, 1.14). Uit de uitslagen worden niet veel conclusies getrokken.

De hulpverlener van MEE vindt dat het cijfermatige niet zoveel zegt. Daarnaast is MEE er zich van bewust dat je aan een volwassene vraagt om met een pop bijvoorbeeld een supermarkt in te gaan, dat willen veel cliënten dus ook niet (HV-5, 1.18). Het gaat vooral om een stukje ervaring en zelfinzicht (HV-5, 1.17).

Praktijkschool

Nadat de leerling van een praktijkschool de baby thuis heeft gehad (dit kan 24 uur tot vijf dagen zijn), gaat de leraar in gesprek met de leerling aan de hand van de uitslagen (PRA-1, 1.10; PRA-2, 1.14; PRA-1, 1.24; LPR-1.10). Op de praktijkschool in Breda wordt gebruikt gemaakt van een reflectieschema die de leerlingen in mogen vullen nadat ze de baby thuis hebben gehad (Reflectie Baby project, z.d.) (zie bijlage F voor het reflectieschema). De leraar van de praktijkschool in Rotterdam verbindt een cijfer aan hoe de leerlingen voor de oefenbaby hebben gezorgd (PRA-2, 1.21).

Bij de praktijkschool in Emmen wordt er door de leerlingen een logboek bijgehouden. In dit logboek zit ook een contract voor de leerling en de ouders (Bijlage G en H, PRA-3, 1.22). De leerlingen schrijven in dit logboek hun persoonlijke ervaringen op en mogen er ook foto's bij doen (PRA-3, 1.23). De leraar bespreekt aan het einde van het traject het logboek met de leerling. Hierin wordt ook het draaiboek van de resultaten meegenomen. Aan het einde van het hele traject krijgt de leerling een bewijs van deelname mee (PRA-3, 1.24).

1.6 Oefenbaby en de sociale interactie

Veel cliënten binnen Stichting Philadelphia verheugen zich erop dat ze voor Baby Bas mogen zorgen. Sommige cliënten halen bijvoorbeeld bij de kringloop spulletjes voor Baby Bas (HV-2, 1.16). De naam Bas wordt standaard door de hulpverleners gegeven aan de oefenbaby. Alleen als de cliënt aangeeft deze naam niet te willen gebruiken, kan de cliënt zelf een naam geven aan de oefenbaby (HV-3, 1.25; HV-3, 1.27). Leerlingen van praktijkscholen mogen zelf een naam geven aan de baby's (PRA-1, 1.32; PRA-2, 4.4). Ook vullen de leerlingen van de praktijkschool in Breda een geboortecertificaat in (zie bijlage D).

Tijdens het interview met een hulpverlener van MEE, gaf zij het voorbeeld van een cliënt met een verstandelijke beperking en borderline die haar eigen oefenbaby heeft (HV-1, 1.23). Zij beleeft dat als een kind, zij kan op deze manier haar moedergevoel kwijt (HV-1, 3.10; HV-1, 1.24; HV-1, 1.25; HV-1, 3.11). Zij heeft nu vrede met de kinderwens, voor haar is de oefenbaby haar levend kind (HV-1, 1.27).

Een hulpverlener maakt tijdens het interview duidelijk dat de sociale interactie niet gemeten kan worden. Wil een hulpverlener dat doen dan moet een hulpverlener een aantal uren per dag aanwezig moeten zijn of de cliënt 24-uurs begeleiding krijgen. Daarnaast vraagt zij zich af hoe een cliënt een sociale interactie met een plastic pop kan hebben (HV-5, 4.1; HV-5, 4.2; HV-5, 4.3).

MEE Friesland heeft een document opgesteld waarin verschillende vragen staan beschreven die een hulpverlener kan stellen tijdens het gesprek waarin de resultaten worden besproken. Een aantal van deze onderwerpen zijn: de frustraties van de cliënt, het opzij kunnen zetten van eigen behoeftes, wat een baby allemaal nodig heeft (ook materieel) en wat een kind nodig heeft als deze groter is (MEE Friesland, p.4).

Een leraar van de praktijkschool in Emmen geeft aan dat de leerlingen niet zozeer kusjes geven of knuffelen met de oefenbaby, maar dat ze het wel erg leuk vinden om te tutten met de oefenbaby. Wandelen en met de kinderwagen door school heen lopen vinden de leerlingen erg leuk (PRA-3, 2.1). De leraar geeft aan dat 9 van de 10 leerlingen wel weten dat het een oefenpop is (PRA-3, 1.12). Over het algemeen wordt de oefenbaby baby genoemd. Dit om het realistischer te maken (PRA-3, 1.14)

1.7 Begeleiding

Het hele proces met Baby Bas wordt begeleid door de hulpverleners van Stichting Philadelphia (HV-2, 1.3). Stichting Philadelphia Gezinsbegeleiding Apeldoorn krijgt de vraag naar de oefenbaby vanuit het hele land van hulpverleners van Stichting Philadelphia (HV-2, 1.8; HV-3, 1.5). Ze krijgen ook van gynaecologen, medewerkers van de POP-poli en verloskundigen aanvragen (HV-2, 1.9; Begrippenlijst: POP-poli). Bij de inzet van de oefenbaby, wordt er tijdens een eerste gesprek aan de cliënt uitgelegd hoe Baby Bas in elkaar zit. Ook wordt verteld welke zorg hij nodig heeft en hoe deze zorg aangeboden kan worden (HV-3, 1.7). De ene begeleider zegt twee à drie keer per week langs te gaan en een andere begeleider zegt zo'n drie keer in het gehele traject langs te gaan en ze zijn daarnaast telefonisch bereikbaar (HV-2, 1.3; HV-2, 4.1; HV-3, 1.6). Na een week komt de begeleiding vanuit Stichting Philadelphia om Baby Bas voor de eerste keer uit te lezen. Aan de hand van die uitslagen kan worden gekeken hoe de verzorging is geweest en kunnen eventueel tips gegeven worden voor de tweede week. Wanneer Baby Bas wordt opgehaald aan het einde van het traject, gaat de begeleiding samen met de cliënt evalueren. Uit deze evaluatie komt ook weer een verslag voort, dat in een laatste gesprek wordt doorgenomen (HV-3, 1.7).

Bij de ASVZ gaat de aanvraag voor de logé via één vast persoon. Omdat er in het verleden negatieve ervaringen ontstonden met de zorg voor de logé, zijn ze nu terughoudender en lenen ze hem minder snel uit (HV-1, 1.8).

De hulpverlener van de ASVZ vindt het niet goed om de logé zo in te zetten dat een aanstaande moeder opeens voor honderd procent moeder is. Het is gericht op het proces, en het gesprek (HV-1, 1.39). De eventuele partner wordt ook in dit proces betrokken (HV-1, 1.40). De hulpverlener die de oefenbaby inzet, gaat tijdens het proces (afhankelijk van de indicatie) een aantal keren langs, een ambulante hulpverlener komt gemiddeld één keer in de week bij de cliënt thuis (HV-1, 1.60). Het traject kan van een paar weken tot een paar maanden duren.

De hulpverlener doet het proces echt samen met de cliënt door naast de cliënt te gaan staan en niet erboven. Dit kan er juist voor zorgen dat de cliënt het advies niet in acht neemt en zijn kinderwens toch doorzet (HV-1, 1.111; HV-1, 1.112; HV-1, 1.112).

Een hulpverlener geeft aan dat oplossingsgericht werken vaak helpt in het traject van de kinderwens. Niet blijven hangen in wat niet goed gaat, maar terugrijpen naar de kinderwens (HV-1, 1.108).

De hulpverleners van ASZV zeggen dat iedereen recht heeft op het krijgen van een kind (HV-1, 1.103).

Bij MEE is de medewerker bij het eerste gesprek en de eindevaluatie aanwezig (HV-5, 1.9). De ambulante begeleider begeleidt verder het traject (HV-5, 1.10). Wanneer er geen ambulant begeleider in beeld is zoekt MEE naar iemand in het netwerk van de cliënt, zodat deze persoon betrokken kan worden in het traject (HV-5, 1.12).

Wanneer er bijvoorbeeld blijkt vanuit het netwerk dat ouders geen kind kunnen opvoeden en zij zetten de kinderwens toch door, dan legt MEE contact met het AMK (HV-5, 1.30).

Hulpverleners van MEE zeggen niet tegen de cliënten dat ze geen kinderen mogen krijgen (HV-5, 1.25). Door het voortraject van de oefenpop te geven en door geen oordeel te geven geef je de cliënten ook respect voor hun kinderwens (HV-5, 1.27). Als hulpverlener moet je de kinderwens serieus nemen en er ook de tijd voor nemen (HV-5, 1.28).

De leerlingen van de praktijkscholen kunnen de leraren op school aanspreken en vertellen over hun ervaringen. In het verleden konden leerlingen de leraar telefonisch bereiken. Dit doen ze nu niet meer, omdat leerlingen dan ook voor onnodige dingen kunnen gaan bellen (PRA-1,1.29; PRA-1, 1.30).

Twee leerlingen van de praktijkschool in Emmen vertellen dat de leraar stap voor stap heeft verteld en heeft voorgedaan hoe de oefenbaby werkt en wat belangrijk is. Wanneer de oefenbaby in de les wordt ingezet, zorgen de leerlingen echt zelf voor de oefenbaby en de lerares ondersteunt hierbij (LPR-1, 1.7).

Uit de enquêtes, die zijn afgenomen bij leerlingen van praktijkscholen, vertelt 45.7% van de leerlingen dat de leraar voordoet hoe de oefenbaby verschoond moet worden, hoe er eten en drinken gegeven moet worden en hoe de oefenbaby vastgehouden moet worden (Diagram 4).

32.1% van de leerlingen geeft aan dat de leraar wel vragen stelt wanneer de leerling voor de oefenbaby zorgt (Diagram 9). De vraag die door de leraren het meeste wordt gesteld is: 'Lukt het om voor de baby te zorgen?' (32%) (Diagram 10).

1.8 Conclusie

Tijdens de beantwoording van deze deelvraag is er onderzocht hoe de oefenbaby wordt ingezet bij Stichting Philadelphia en diverse organisaties en praktijkscholen. Er zijn zeven punten beschreven in onderstaande tabel, die over de inzet van de oefenbaby gaan. Bijvoorbeeld de begeleiding tijdens de inzet van de oefenbaby, de verslaglegging, evaluatie en of er eventueel bijzonderheden zijn.

De inzet van de oefenbaby is bij de diverse organisaties vooral gericht op het ervaren en het meten van de competenties van de ouders. Tijdens de rapportage worden er veelal feitelijke bevindingen beschreven en weinig beschreven over de sociale interactie. Er wordt meer de nadruk op de feitelijke bevindingen gelegd.

In een gesprek met Stichting Philadelphia komt naar voren dat er onder hulpverleners verschillend wordt gedacht over als hulpverlener je mening geven over de kindervens. Het is daarbij bepalend of je als hulpverlener daarbij denkt aan de cliënt zelf met zijn kindervens, of uit de (ongeboren) baby. Wij vinden het belangrijk dat er wordt gekeken naar beiden. Is de cliënt bekwaam om voor een baby te zorgen, of zal de baby in een onveilige situatie terecht komen?

In deelvraag twee en drie zal beschreven worden wat een kind nodig heeft en welke competenties ouders nodig hebben om aan de behoeften van het kind te voldoen.

	Stichting Philadelphia	ASVZ	MEE	Praktijkscholen
Naam methodiek	Baby Bas	Logé	Oefenpop	Oefenbaby
Duur inzet oefenbaby	Twee weken.	Afhankelijk van cliënt (van een paar weken tot een paar maanden).	Circa drie dagen.	24 uur tot 5 dagen.
Programma oefenbaby	Afhankelijk van cliënt. Meestal medium.	-	-	Medium
Naamgeving oefenbaby	De vaste naam is Baby Bas, alleen wanneer cliënt aangeeft andere naam.	-	-	Leerlingen mogen zelf een naam bedenken.
Begeleiding	Stichting Philadelphia Gezinsbegeleiding Apeldoorn leent de oefenbaby aan andere hulpverleners uit binnen Philadelphia. De vaste begeleiders van de cliënten begeleiden het traject en komen regelmatig langs (in ieder geval één keer per week).	Afhankelijk van de indicatie komt de ambulante begeleider een aantal keren langs (gemiddeld één keer per week). Het gesprek staat in de ontmoeting centraal.	MEE leent als het ware de oefenbaby uit aan een ambulant begeleider. De ambulante begeleider begeleidt het traject, de consulent seksualiteit is bij de start en evaluatie aanwezig.	In de lessen van verzorging wordt de oefenbaby geïntroduceerd. Leerlingen nemen op vrijwillige basis de oefenbaby mee (met toestemming van de ouders). De docent is tijdens het traject beschikbaar voor vragen.
Verslaglegging en evaluatie	Rapport geschreven aan de hand van uitslagen en signalen die opgeschreven zijn in de rapportage op de zorg.	Zowel de hulpverlener als de cliënt rapporteert (schrijft dingen op) in een map op schrift. De digitale uitslagen worden niet meegenomen in de evaluatie.	Uitslagen bespreken met vaste begeleider en medewerker van MEE. Vragen stellen aan de hand van opgestelde vragen uit een document.	Gesprek aan de hand van de uitslagen. Een reflectieformulier invullen of een cijfer aan de hand van digitale uitslagen.

Bijzonderheden	Wordt zowel bij niet-zwangere vrouwen ingezet voor de ervaring als bij zwangere vrouwen als een stuk voorbereiding.	Gebruikt in combinatie met de kinderwenskoffer. Wordt zowel bij niet-zwangere vrouwen ingezet voor de ervaring als bij zwangere vrouwen als een stuk voorbereiding.	Wordt zowel bij niet-zwangere vrouwen ingezet voor de ervaring als bij zwangere vrouwen als een stuk voorbereiding.	Inzet in combinatie met seksuele voorlichting. Toestemming van ouders gevraagd en er wordt een contract getekend door leerlingen.
-----------------------	---	--	---	--

Hoofdstuk 2: Sociale interactie tussen ouders en baby

2.1 Inleiding

‘Hoe ziet een gezonde sociale interactie tussen ouders en een baby van 0 tot 6 maanden er uit, zodat er een goede hechting ontstaat?’

Uit de beantwoording van deelvraag één komt naar voren dat er weinig aandacht is voor de sociale interactie tussen de ouder en de oefenbaby. De oefenbaby wordt voornamelijk ingezet om cliënten te laten ervaren hoe het is om voor een baby te zorgen. Ook wordt de oefenbaby ingezet voor een eventueel ontmoedigingsbeleid.

In de beantwoording van deelvraag twee wordt er allereerst beschreven wat sociale interactie en hechting is. Ook wordt de ontwikkeling van een baby van 0 tot 2 jaar beschreven. Uit deze voorgaande informatie wordt een conclusie getrokken.

Om te overleven heeft een baby naast slaap en eten ook veiligheid en bescherming nodig. Omdat een baby niet voor zijn eigen veiligheid kan zorgen, heeft hij daarvoor hulp nodig van volwassenen. Een veiligheidsgevoel geven aan een kind is dat hij beseft dat een ander er voor hem is en dat hij op hem kan vertrouwen (Rigter, p. 175, 2002).

Om emotioneel en sociaal zelfstandig te worden, is het van belang dat de afhankelijkheid van kinderen eerst groter wordt (Kohnstamm, p. 76, 2011). Kinderen worden in de eerste anderhalf jaar sterker emotioneel afhankelijk van één of meerdere mensen. De personen waar het kind afhankelijk van is zijn de hechtingsfiguren.

Baby's zijn erg afhankelijk van hun opvoeders. Door op hun eigen manier te communiceren, door bijvoorbeeld te huilen of te lachen, maken zij contact met de opvoeder. Het is de taak aan de opvoeder om hier op in te spelen en te voldoen aan de wensen en behoeften van de baby. De ouders spelen in de opvoeding de belangrijkste rol bij baby's.

2.2 Sociale interactie

Goffman (1991) omschrijft sociale interactie op de volgende manier:

“Sociale interactie kan nauwkeurig geïdentificeerd worden als datgene wat bij uitstek aan het licht komt in sociale situaties, dat wil zeggen: omgevingen waarin twee of meer individuen fysiek in elkaars aanwezigheid zijn, waarbinnen ze elkaar kunnen beantwoorden.” (Popken, 1991, p. 63).

Een belangrijk onderdeel in het begin van de interactie tussen de baby en de ouders is de wederzijdse regulatie. Tijdens deze wederzijdse regulatie communiceren ouders en baby's emotionele stemmingen aan elkaar en reageren hier adequaat op. Er wordt zodoende gezamenlijk meegewerkt aan de zogenaamde beurtwisseling. Hierbij wacht de ene persoon tot de andere klaar is met een bepaalde handeling voordat hij zelf met een nieuwe of andere handeling begint (Feldman, 2002, p. 217).

Pasgeborenen kunnen al glimlachen. Dit is nog niet de sociale glimlach die zij later vertonen, maar een spontane beweging. Deze glimlach wordt door de ouders gezien als tevredenheid. Na ongeveer vijf weken glimlachen de baby's als een reactie op verschillende invloeden van buitenaf. Dit kan de stem van de vader of moeder bijvoorbeeld zijn. Het glimlachen van baby's bij het herkennen van voorwerpen of gezichten zag Piaget (2005) als een reactie van ontspanning nadat met moeite het voorwerp is herkend als iets dat bekend is.

Na ongeveer vijf maanden gaan baby's hun moeder meer als een uniek persoon herkennen. Er wordt vanaf deze leeftijd niet meer gelachen naar vreemden en steeds meer naar bekenden. Dit allemaal is een teken van de eerste werkelijke sociale interactie (Verhulst, 2005, pp. 75, 76).

Eliëns (2005) zegt in haar boek dat kinderen doorgaans contact blijven zoeken op een directe of indirecte wijze. Dit wordt lokgedrag genoemd. Dat kan bestaan uit: huilen, lachen, geluiden maken, volgen met de ogen en door armpjes uit te steken. Brazelton (2005) beschrijft dat baby's sociaal gemotiveerde personen zijn. Dat is te zien aan de nieuwsgierigheid door het zoeken van de menselijke stem en de aandacht waarmee het gezicht bekeken wordt. Ouders helpen het kind door dit contact dat zij zoeken te bevestigen door bijvoorbeeld blij te zijn met wat de baby laat zien. Er is sprake van interactie als ouders initiatieven (te denken aan: geluidjes) beantwoorden met toenadering, oogcontact en geluiden (Eliëns, 2005, pp. 24, 56, 63 - 64).

2.3 Hechting

Er worden veelal twee woorden gebruikt voor het hechtingsproces, namelijk hechting en gehechtheid. Hechting wordt gemakkelijk uitgesproken en het procesmatige van de hechting komt hier beter tot uiting. Doordat hechting gemakkelijk wordt uitgesproken, wordt deze term veelal gebruikt in boeken, lessen en dergelijke. Gehechtheid wordt vaak gebruikt in academische publicaties en is de vertaling van *attachment*.

Gehechtheid en hechting zijn beide iets wat groeit en ontwikkelt (Hoogsteder & Vriese, 2004, p. 7).

Kinderpsychiater John Bowlby gaf bijna zestig jaar geleden de aanzet tot de hechtingstheorie. Met gehechtheid en dus ook hechting wordt een affectieve band bedoeld die een persoon of dier tot stand brengt tussen zichzelf en een specifieke ander. Deze band verbindt hen over tijd en ruimte (Rigter, 2002, p. 175).

De overtuiging van Bowlby was dat baby's de neiging hebben om hun gehechtheidsgedrag op één persoon te richten. Hiermee bedoelde hij niet dat een kind zich maar aan één persoon zou kunnen hechten, maar meerdere gehechtheidsrelaties zou hebben. In die relaties zou een duidelijke hiërarchie zijn. Aan de top van deze hiërarchie staat volgens Bowlby maar één figuur, namelijk de moeder. Alleen het figuur die bovenaan deze hiërarchie staat, zou onder extreme omstandigheden voor voldoende veiligheid en vertrouwen kunnen zorgen. Dit idee van Bowlby wordt de monotropiestelling genoemd (Raymaekers, 2008, p. 87).

De overlevingskans voor een kind in gevaar of nood is het grootst wanneer het de nabijheid opzoekt van een volwassene die het kan beschermen. De neiging van het kind om zich aan de opvoeders te hechten, heeft dus overlevingswaarde voor de menselijke soort (Raymaekers, 2008, p. 87).

De meeste kinderen hechten zich allereerst aan hun moeder, dit omdat de primaire rol van het opvoeden door de moeder wordt vervuld. Wanneer iemand anders de primaire rol van opvoeder overneemt, hecht het kind zich normaliter het eerste aan die persoon.

De hoeveelheid contact tussen de opvoeder en het kind speelt mee in het ontstaan van gehechtheidsrelaties in de individuele levensloop. Hoe meer (en exclusiever) het contact met een bepaald figuur, hoe groter de kans is op hechting. Wanneer een kind de keuze heeft tussen verschillende gehechtheidsfiguren, zal het zich voornamelijk richten op de persoon die het best op zijn signalen en behoeften inspeelt (Raymaekers, 2008, p. 87).

Solter (2003) noemt in zijn boek een belangrijke voorwaarde voor de gehechtheidsrelatie. Het is belangrijk is dat een baby een voorspelbare relatie nodig heeft met minstens één persoon. Als een baby iedere dag door iemand anders zou worden verzorgd, zou zij of hij als volwassene nooit in staat zijn een diepgaande en duurzame relatie aan te gaan. Ook heeft een baby prikkels nodig om reflexen of reacties te geven (Verhulst, 2005, p. 15). Deze prikkels worden aangeboden vanuit de omgeving van de baby.

In een onderzoek van Spitz, Provence & Lipton (2003) staat beschreven dat een baby die opgroeit in een tehuis met weinig personeel geen scheidingsangst vertoont en ook geen angst voor vreemden heeft. Deze kinderen accepteren iedereen in dezelfde mate (Solter, 2003, p. 283 - 284). Deze theorie van Solter is vergelijkbaar met de theorie van Bowlby.

Tegenover de hierboven uitgelegde monotropiestelling staat de verbredingsstelling. Deze zegt dat kinderen meerdere gelijkwaardige gehechtheidsrelaties kunnen hebben. Dit niet alleen met beide ouders, maar ook met andere verzorgers die betrokken zijn bij hun opvoeding. Deze verbreding kan een voordeel hebben voor de ontwikkeling van een kind (Raymaekers, 2008, p. 88). Het kind leert zo meerdere aspecten uit de verschillende gehechtheidsrelaties, dat het kind kan meenemen in zijn verdere levensloop.

Angstig-vermijdende gehechtheid (type A), veilige gehechtheid (type B) en angstig-afwerend (type C) zijn drie typen gehechtheid die worden onderscheiden bij jonge kinderen. Zie daarvoor Tabel 1 'Typen gehechtheid'.

Type A	Type B	Type C
Angst-vermijdende gehechtheid (ook wel onveilig-vermijdend)	Veilige gehechtheid	Angstig-afwerend (ook wel onveilig-afwerend)
Kinderen zoeken nooit echt de nabijheid van de ouder op.	Kinderen blijven zich veilig voelen bij een vertrouwenwekkende ouder.	Kinderen klampen zich vast aan hun ouder en kunnen paniekgedrag vertonen.
Geven weinig aandacht aan de terugkeer van een ouder wanneer deze even weg is geweest.	Wanneer het kind zich gestrest voelde wanneer het kind alleen achtergelaten werd of bij een vreemde gelaten werd, blijven deze kinderen zich vertrouwd voelen bij een vertrouwenwekkende ouder.	Tegelijkertijd wordt de affectie van de ouder afgeweerd.
Kinderen zijn over het algemeen heel apathisch.		Ze zijn lastiger te troosten.
		Komen minder toe om op een rustige manier de omgeving te exploreren.

Tabel 1 'Typen gehechtheid.'

Later werd er ook nog een type D aan toegevoegd (Ainsworth, 2003). Type D is 'disorganized'. Bij type D is er sprake van gedrag die kenmerken hebben van type A en C (Nederlands Jeugd Instituut, z.d.). Er wordt door het kind toenadering gezocht tot de ouder, maar dit levert tegelijkertijd angst en stress op. Er is in de omgang met de ouder vaak inconsequent gedrag vertoond en dit gedrag was ook onvoorspelbaar. Er was daarnaast ook sprake van trauma's of andere ingrijpende gebeurtenissen (Verhofstadt-Denève, Geert & Vuyt, 2003).

2.4 De ontwikkeling van een baby van 0-1 jaar rondom hechting

Na ongeveer zes maanden zwangerschap ontwikkelt de foetus al vaardigheden die vooruitlopen op de hechtingsprocessen na de geboorte (Rigter, p. 177, 2002). De foetus ervaart geluiden van buiten de baarmoeder en hoort wanneer de moeder of iemand anders spreekt. Hij herkent gevoelselementen van taal en reageert wanneer de moeder angstige taal spreekt. Deze aspecten zorgen voor een eerste begin van het deel uitmaken van een sociaal netwerk.

Tot ongeveer zes of zeven maanden raken baby's steeds vertrouwder met de paar mensen die hen verzorgen. De baby's zoeken steeds de nabijheid van de opvoeder, met name in onbekende situaties.

Wanneer de ouders weggaan protesteren de baby's. De baby's protesteren ook wanneer ze met een vreemdeling worden achtergelaten. Deze ontwikkeling zorgt ervoor dat zij de basisveiligheid ervaren (Kohnstamm, 2011, p. 76).

De periode waarin de hechting tussen ouder en kind plaatsvindt, is een langere periode waarin bij de ouder en het kind bepaalde leergevoeligheden aanwezig zijn. Het is makkelijker om een gehechtheid tot stand te brengen in deze periode.

Het kind dat net geboren is, is nog volledig afhankelijk van de opvoeders. De aanzet tot het hechtingsproces doet de moeder, door het accepteren van het kind (Rigter, 2002, p. 179). De moeder is veelal het sleutelfiguur voor de hechting. Dit wordt ook wel exclusieve hechting genoemd (St. Elizabeth Ziekenhuis, z.d.).

In de periode na de acceptatie van de moeder, volgt een periode waarin de baby nog niet echt gehecht is aan zijn ouders. Wel zorgt hij er met zijn gedrag voor dat de volwassenen (met name de ouders) in de buurt blijven en hem verzorgen. De baby heeft automatisch het al eerder genoemde lokgedrag (huilen, lachen, geluidjes maken, volgen met de ogen, enzovoorts), dat automatisch ontwikkelt wanneer de omstandigheden normaal zijn. De ouder heeft normaliter een automatisch zorggedrag (moeilijk weerstand bieden wanneer de baby huilt), dit gedrag treedt automatisch in werking bij normale omstandigheden.

De baby heeft na zijn geboorte voorkeur voor de menselijke stem, en dan met name aan de stem van zijn moeder (Rigter, 2002, p. 180). Baby's vinden het prettig wanneer er met een zangerige, hoge stem tegen hen wordt gepraat. Ouders doen dit automatisch al zonder dat ze dit geleerd hebben, dit wordt intuïtief ouderschap genoemd.

De baby is na drie maanden in staat om zelf te brabbelen en geluidjes te maken waarmee verzorgers gelokt worden. Het zicht van de baby is tot ongeveer twintig centimeter. Wanneer een opvoeder de baby vasthoudt, zal hij bij het maken van oogcontact de baby ook op twintig centimeter afstand houden. Deze afstand is waarop de baby in de eerste weken het beste ziet.

Wanneer de baby nog in de baarmoeder zit, is deze gewend aan de hartslag van zijn moeder.

Wanneer de baby, na zijn geboorte, gevoed wordt, heeft hij voorkeur voor de linkertepel van de moeder. Dit omdat dit de hartzijde is en zo vertrouwd klinkt voor de baby. Het maakt niet uit of moeder links- of rechtshandig is, zij zal de baby automatisch de hartzijde aanbieden (Rigter, 2002, p. 181).

In de eerste maanden na de bevalling is de relatie tussen de moeder en de baby erg primair. De baby wil maar een handvol dingen. Namelijk drinken, een schone luier en veel interactie. Als hier aan voldaan wordt, is de baby gezond en heeft het geen pijn. De baby ontwikkelt zich voorspoedig wanneer er aan deze behoeften voldaan wordt.

Wanneer de ouder tegemoet komt aan de behoeften van het kind (luier verschonen, fles geven en interactie hebben), is de kans groot dat het kind zich optimaal ontwikkelt. Dit heeft een positieve uitwerking op de ontwikkeling van het kind en zal het zich veilig voelen bij de ouders (Vaessen, 2006).

Bij dit onderzoek is het belangrijk om inzicht te krijgen in de cognitieve ontwikkeling van het kind. Dit om vervolgens te onderzoeken wat ouders nodig hebben om zo de cognitieve ontwikkeling van het kind te stimuleren.

Volgens Piaget doorloopt ieder kind stapsgewijs en in vaste volgorde de stadia van de cognitieve ontwikkeling (Verhulst, 2005, p. 15). Binnen ons onderzoek concentreren wij ons op de leeftijd van 0-6 maanden, de periode die Piaget heeft beschreven is van 0-2 jaar.

0-2 jaar: De sensomotorische periode.

0-1 maand → *Stadium 1: Reflexen*

1-4 maanden → *Stadium 2: Primaire circulaire reacties*

Het kind gaat in dit stadium gedrag vertonen dat een interessant of plezierig effect heeft en dat herhaald kan worden. Een handeling dat de eerste keer dit effect heeft is toevallig. Circulair is dat wanneer aan het einde van een toevallige handeling een effect optreedt, het kind opnieuw deze handeling verricht. Met primair wordt bedoeld dat de reacties op het eigen lichaam van het kind betrekking hebben. Wanneer bijvoorbeeld een baby voor het eerst zijn duim in zijn mond steekt en begint te zuigen, is dit toeval. Wanneer de baby dan herhaaldelijk op zijn duim gaat zuigen, wordt dit een primaire circulaire reactie. Hij herhaalt deze handeling omdat de sensatie van het duimzuigen plezierig is.

4-8 maanden → *Stadium 3: Secundaire circulaire reacties*

Baby's ervaren in dit stadium wat de effecten zijn van hun handelen op de omgeving buiten het eigen lichaam. Wanneer een baby bij toeval een klap tegen een speeltje geeft, met als effect dat de kralen rammelen geeft dit een boeiend geluid. Om dit geluid weer te maken, zal de baby proberen om dat wat eerst bij toeval gebeurde, doelbewust voor elkaar te krijgen.

8-12 maanden → *Stadium 4: Coördinatie van schema's*

In dit stadium is het kind in staat doelgerichte aaneenschakelingen van gedrag te laten zien. Hij kan iets doen om iets anders te bereiken. Gedrag komt naar voren dat niet in eerste instantie op toeval berust en daarna herhaald wordt zoals in de stadia hiervoor.

12-18 maanden → *Stadium 5: Tertiaire circulaire reacties*

Het kind begint te experimenteren en brengt zelf variaties aan in het omgaan met werken. Er kan veel plezier beleefd worden aan het weggooien van speelgoed op allerlei manieren. Het kind ontdekt hierdoor oorzaak- en gevolgrelaties.

24 maanden → *Stadium 6: Het eerste denken*

Het kind kan in deze fase voor het eerst een probleem in gedachten oplossen, in plaats van het zoeken van oplossingen door lichamelijk handelen. Deze fase markeert het einde van de sensomotorische periode en vormt de overgang naar het symbolisch denken.

Elk mens streeft volgens de Amerikaanse psycholoog Abraham Maslow naar zelfverwezenlijking, ofwel zelfontplooiing. Volgens hem zijn daar een aantal basisbehoeften voor nodig. In de onderstaande piramide staat in volgorde van onder naar boven welke basisbehoeften een mens nodig heeft om tot zelfontplooiing te komen (De behoeftehiërarchie van Maslow, 2013).



(Waverijn, 2010)

Een baby is totaal afhankelijk van de opvoeder wat betreft de lichamelijke behoeften. Te denken aan op vaste tijden voeding geven, de hygiëne (wassen en een schone luier), voldoende rust ofwel slaap, en de lichaamstemperatuur. Deze lichamelijke behoefte is een voorwaarde voor de behoefte van veiligheid en zekerheid en sociaal contact, ofwel de hechting.

2.5 Conclusie

Baby's zijn erg kwetsbaar in de eerste levensjaren. Ze zijn fysiek afhankelijk van hun opvoeders. Wanneer ze bijvoorbeeld voeding nodig hebben, kunnen ze dit alleen maar kenbaar maken door te gaan huilen. In het begin glimlacht de baby nog onbewust en ongecontroleerd. Na een aantal maanden gaat dit bewust en glimlacht de baby alleen naar de mensen die hij vertrouwt. Dit is het begin van de sociale interactie tussen opvoeder en kind.

In het begin hechten baby's zich meestal aan de moeder. Dit komt doordat de baby in de beginmaanden het meeste is verzorgd door de moeder. Het kan zijn dat er geen moeder aanwezig is, dan zal de baby zich hechten aan de persoon die het meest in zijn omgeving is. De hoeveelheid contact tussen de opvoeder en de baby speelt mee in het ontstaan van gehechtheidsrelaties. Wanneer er sprake is van meer contact met een bepaald figuur, zal de kans groter zijn op hechting. Als een baby de keuze heeft tussen verschillende hechtingsfiguren, zal de baby zich voornamelijk richten op de persoon die het beste op zijn signalen en behoeften inspeelt.

Het is voor een baby belangrijk dat hij een voorspelbare relatie nodig heeft met minstens één persoon. Wanneer een baby iedere dag door iemand anders wordt verzorgd, zal hij waarschijnlijk nooit in staat zijn een diepgaande en duurzame relatie aan te gaan.

Baby's raken tot ongeveer zes of zeven maanden vertrouwd met een paar mensen die hen verzorgen. Ze zoeken nabijheid van de opvoeder, dit met name in onbekende situaties. De baby's zullen protesteren wanneer ze bijvoorbeeld bij een vreemdeling worden achtergelaten. Zij ervaren dan dat de basisveiligheid niet aanwezig is.

Uit de voorgaande literatuur komt duidelijk naar voren dat het belangrijk is dat ze basisveiligheid ervaren van de opvoeder en dat ze worden gehoord in hun behoeften en signalen. Wanneer de baby deze veiligheid niet ervaart en niet wordt gehoord in zijn behoeften en signalen, zal er moeizamer een hechting tussen de baby en de opvoeder tot stand worden gebracht.

Wanneer we kijken naar de deelvraag 'Hoe ziet een gezonde sociale interactie tussen ouders en baby van 0 tot 6 maanden er uit, zodat er een goede hechting ontstaat?' is een sociale interactie een actie en reactie tussen de opvoeder en de baby. Wanneer de opvoeder gehoor geeft aan de signalen en behoeften van het kind, ontstaat er een hechting tussen hen beiden. Die hechting is van belang voor de levensloop wanneer het kind ouder wordt.

Nu het duidelijk is wat een kind nodig heeft voor een goede hechting, wordt er in de beantwoording van deelvraag drie gekeken naar welke competenties ouders nodig hebben. Dit om zo een gezonde sociale interactie tot stand te laten komen.

Hoofdstuk 3: Competenties ouders

3.1 Inleiding

‘Wat hebben ouders nodig om een gezonde sociale interactie tussen henzelf en hun baby tot stand te laten komen?’

Uit de beantwoording van de tweede deelvraag bleek dat baby's signalen afgeven aan ouders. Baby's hebben het nodig om gehoord te worden in hun signalen en behoeften, zodat er een basisveiligheid wordt gecreëerd.

Ouders zetten bewust of onbewust allerlei middelen in om zo in te gaan op de signalen en behoeften van de baby. Deze middelen zijn bijvoorbeeld verbaal of non-verbaal contact en fysiek contact in de vorm van bijvoorbeeld het geven van de fles.

In dit hoofdstuk staat de volgende vraag centraal: Wat hebben ouders nodig om een gezonde sociale interactie tot stand te laten komen? Om hierachter te komen wordt er beschreven wat ouderschap inhoudt en welke elementen belangrijk zijn binnen het ouderschap.

Wanneer we antwoord hebben op bovengenoemde vraag, hebben hulpverleners zicht of de (toekomstige) ouders in staat zijn een hechting tot stand te laten komen tussen henzelf en de baby.

3.2 Ouderschap

Ter Horst (2010) zegt dat ouders pedagogisch gezien de ‘echte’ opvoeders zijn. Ze dragen de verantwoordelijkheid voor hun kind, ze beleven het kind als leven van hun leven en blijven tot het einde toe voor hun kind door het vuur gaan (Horst, 2010 p.61).

De Vries, Willems, Isarin & Reinders (2005) merken terecht op in hun onderzoek met als titel: ‘Samenspel van factoren’, dat goed ouderschap moeilijk is om te definiëren, omdat verschillende ouders, culturen, klassen en tradities andere kwaliteitseisen stellen aan ouderschap. In de praktijk wordt goed ouderschap veelal afgemeten aan de ontwikkeling en welzijn van de kinderen. Deze auteurs stellen ook dat ouderschap gezien kan worden als een transactioneel oftewel wederkerig proces. Waarin de context (van het gezin) ook een rol speelt in dit wederkerige proces.

Er zijn verschillende factoren die de opvoeding kunnen bedreigen. Deze factoren kunnen bij de ouders, het kind zelf of de omgeving kunnen liggen. In de beantwoording van deze deelvraag zullen wij ons vooral richten op de competenties van de ouders. Dat wil niet zeggen dat we de stelling aannemen dat een ‘goede opvoeding’ alleen afhankelijk is van de ouders.

Van der Pas (2006) zegt in haar handboek Methodische Ouderenbegeleiding dat ouders in een kwetsbare positie zitten wegens een opdracht die niet te realiseren is. Namelijk: tijdloos en onvoorwaardelijk verantwoordelijk zijn voor hun eigen kind. En dat maakt ouders met opvoedingsproblemen extra kwetsbaar.

Ter Horst (2006) heeft in zijn boek ‘Het herstel van het gewone leven’ een aantal vragen opgesteld voor opvoeders die zorg dragen voor een ‘gewoon’ leven. Deze basisvragen zullen voor een stabiele relatie zorgen met het kind. Het betreffende de volgende vragen:

-Heeft het kind wel echte opvoeders?

Deze vraag verwijst naar van wie het kind is en wie het kind onvoorwaardelijk liefheeft. En wie er het dichtst bij het kind staat.

-Heeft de opvoeder wat over voor deze kinderen?

Deze vraag doet een beroep op de vitaliteit van de opvoeder. Ook vraagt het impliciet naar de (gezonde)ontwikkeling van de opvoeder.

-Is de opvoeder open voor en gericht op de kinderen?

De vraag verwijst naar de interactie(de communicatie) tussen de opvoeder en het kind.

-Beheerst de opvoeder de grondvormen?

De grondvormen van het gewone leven: o.a. aanraken, verzorgen, spelen, eten en drinken. Het aanbod van reageren op je kind (zowel op de lichamelijke behoeftes als op de emotionele behoeftes) wordt sensitief/responsief genoemd. Sensitief wil zeggen dat de ouder gevoelig is voor wat het kind

nodig heeft en responsief wil zeggen dat de ouder het aanbod geeft wat past bij de vraag van het kind (Vaessen, 2006, p.23).

-Kan de opvoeder voldoende bijtanken?

Of de opvoeder zelf hulp kan vragen en ontvangen van mensen in zijn of haar omgeving (te denken o.a. aan contact met andere opvoeders en de rolverdeling tussen de opvoeders).

In de beantwoording van de tweede deelvraag wordt de piramide van Maslov aangehaald. Deze piramide laat zien dat er een basis nodig is om het mens tot zelfontplooiing te laten komen. Dat vraagt van de ouder om deze basisbehoeftes te geven. Als de bovenstaande vragen beantwoord kunnen worden zal ook in deze basisbehoeftes voorzien kunnen worden voor een kind.

3.3 Hechting van hechtingsfiguren

In de beantwoording van de tweede deelvraag staat beschreven dat de moeder in de meeste gevallen het sleutelfiguur is voor de hechting. Kohnstamm(2002) beschrijft dat een moeder haar eigen persoonlijkheid meeneemt in de omgang met de baby, op grond van haar aanleg en eigen ervaringen. De relatie die een vrouw heeft gehad met haar eigen moeder heeft invloed op hoe zij als moeder is (Kohnstamm, 2002, p. 42). In een artikel van het tijdschrift Psychotherapie gaat Van der Kolk (2007) er van uit dat de basisschema's van een persoon gebaseerd zijn op vroegere hechtingservaringen. Deze worden opgeslagen in het zo genoemde procedurele geheugen. Dat wil zeggen het geheugen waar van men niet meer onder woorden weet te brengen hoe het proces verlopen is, maar waar men wel naar handelt (Antomides, 2007). Dit ziet men terug bij bijvoorbeeld mensen die in hun kinderjaren zelf zijn misbruikt of verwaarloosd, dat zij eerder hun eigen kinderen ook zullen misbruiken of verwaarlozen (IJendoorn, 1992, p. 17).

Ook als de hechtingsfiguren niet kunnen reflecteren op hun eigen onveilige hechting blijkt dat verband te houden met onveilige hechting bij hun kinderen. Onderzoek laat zien dat de hechtingscategorieën van kinderen voor 70% tot 80% te voorspellen zijn uit de hechtingsstijlen van hun verzorgers (Kestens, z.d.). Van Dale geeft als uitleg bij het woord reflectie de synoniemen: overweging en bespiegeling (Van Dale, 2014). Reflectievermogen wil dus zeggen dat je als het ware een spiegel voor je eigen handelen houdt. Dit wordt ook wel de metapositie of helikopterview genoemd. De metapositie is beschouwend en afstandelijk. Een ouder kan naar het gedrag van het kind kijken en naar het gedrag van zichzelf (Pas, 2006, p. 148 - 149). Als een opvoeder in staat is om te reflecteren zal hij zichzelf continu een spiegel voorhouden waardoor hij een groot deel van de bovenstaande basisvragen van Ter Horst automatisch positief zal kunnen beantwoorden.

Volgens Van IJendoorn (1992) bleek dat in gezinnen met ouderproblemen (te denken aan een psychische beperking) meer angstige gehechtheidrelaties voorkomen dan in normale gezinnen. In gezinnen met kindproblemen (te denken aan een psychische of verstandelijke beperking) bleek juist dat angstige gehechte kinderen niet vaker voorkwamen dan in normale gezinnen. Impliciet wil dit zeggen dat ouders wel in staat zijn om problemen van hun kinderen te compenseren, maar kinderen zijn niet in staat om de problemen van hun ouders te compenseren voor een goede gehechtheid (IJendoorn, 1992, pp. 15 - 16).

3.4 Draagkracht en draaglast

In een aflevering van 'Sprakmakende Zaken' werd na aanleiding van baby Hendrikus de volgende vraag centraal gesteld: 'Wat te doen met verstandelijk gehandicapten met een kinderwens?'. In deze uitzending stelt de ethicus Reinders dat het aan de omgeving van de (verstandelijke beperkten) ouders ligt of een opvoeding slaagt of niet (Sprakmakende Zaken, 2009). De grootste risicofactor hierin is het ontbreken van een sociaal netwerk in het ouderschap voor mensen met een verstandelijke beperking. Onderzoek toont aan dat het netwerk van mensen met een verstandelijke beperking vaak kleiner is dan van ouders zonder een verstandelijke beperking. Het wil echter niet zeggen dat wanneer een ouder een groot netwerk heeft, dit netwerk die persoon versterkt. Personen vanuit het netwerk kunnen zowel de draagkracht omhoog halen als de draaglast naar boven halen

(zie bijlage E) (Baert en Raymaekers, 2009, p. 121 - 122). Het netwerk kan naast een ondersteunende functie ook een signalerende functie hebben. De steun die opvoeders vanuit een netwerk kunnen krijgen kunnen variëren van huishoudelijke hulp tot een luisterend oor (Verdonk, 2011, p. 132). Een hulpverlener van de organisatie MEE bevestigt dit. Zij benoemt dat zij kijken naar de draagkracht van het netwerk (HV-5, 1.24).

Durinck & Racquet (2003) stellen dat er vier basisvereisten zijn van ouderschap. Namelijk: liefde en affectie geven, verzorging, stimulatie en veiligheid (p. 446).

Uit de beantwoording van deelvraag twee blijken deze ook alle vier nodig om een hechting tot stand te laten komen. In bijlage E staat het analyseschema van de draagkracht en de draaglast van De Vries, Willems, Isarin & Reinders (2005). Daarbij is een kanttekening nodig in het kader van ons onderzoek. Als risicofactor in het microstelsel en de ouderfactoren staat geen (mate van) verstandelijke beperking genoemd. Misschien staat de verstandelijke beperking impliciet wel als risicofactor genoemd, omdat juist de verstandelijke beperking zich als risico uit in o.a.: gebrekkige opleiding, isolement, laag zelfbeeld en sociale desintegratie. En het onderzoek van De Vries, Willems, Isarin & Reinders is juist om het thema risicofactoren bij ouders met een verstandelijke beperking gebouwd (De Vries, Willems, Isarin & Reinders, 2005). Het is van belang voor zowel de opvoeder als voor het kind dat de verhouding tussen draaglast en draagkracht in evenwicht wordt gehouden. Evenals hierboven kan de vraag gesteld worden in hoeverre de ouder in staat is zicht te hebben op zijn eigen draagkracht ten behoeve van het kind. Het draagkracht/draaglast- principe wordt als een methodiek beschreven in het boek 'Ondersteuning van ouders met een verstandelijke beperking'. Het vertrekpunt van deze methodiek zijn de vaardigheden van de ouders zelf en het vergoten van deze vaardigheden (Joha, Gerards, Nas, Gendt & Kersten, 2006, p.22).

3.5 Vader en moeder en hun relatie

In de beantwoording van de tweede deelvraag bleek dat veelal de moeder de sleutelfiguur voor de hechting is (ook wel exclusieve hechting genoemd) (St. Elizabeth ziekenhuis, z.d.). Dit wil niet zeggen dat er geen partner van de moeder nodig is in het hechtingsproces. Kinderen hebben namelijk meerdere gehechtheidrelaties nodig. Deze kunnen bestaan uit: moeder, vader, grootouder(s) of oppasouders. Wetenschappers zijn het er over eens dat kinderen geholpen zijn met stabiele relaties met hechtingsfiguren. Door een scheiding tussen ouders, uithuisplaatsing van het kind, overlijden van één van de ouders loopt het *secure base* van het kind gevaar (Joha, Gerards, Nas, Gendt en Kersten, 2006, p.14, 22 en 23). Rond de drie maanden krijgt de baby voorkeur voor personen in de directe omgeving. Het is daarom belangrijk dat er weinig wisselingen zijn. Dit is ook al eerder genoemd in de beantwoording van deelvraag twee. Het is namelijk belangrijk voor het proces van de hechting (St. Elizabeth ziekenhuis, z.d.). Kortom: baby's hechten zich aan mensen die regelmatig beschikbaar zijn en die sensitief reageren op hun behoeften en signalen (Vermeulen, 2009).

3.6 Natuurlijke affectie ouder

Als laatste is het goed om te benoemen dat een ouder in de meeste gevallen een natuurlijk affectie heeft met het net geboren kind. Tijdens de zwangerschap maken (de toekomstige) ouder(s) al een begin van een hechtingsproces door (zie hiervoor de beantwoording van deelvraag twee, de ontwikkeling van een baby van 0-1 jaar, rondom hechting). Het maakt daarom uit of het kind wel of niet welkom is. Als de baby net geboren is, is er het eerste fysieke contact tussen de ouder(s) en het kind. Dit moment wordt ook wel het inprentingmoment genoemd (Verdult, z.d.). Een hulpverlener benoemt in een interview dat het vanuit de natuur zo is dat een moeder van uit het diepst van haar ziel van een kind kan houden (HV-4, 3.2). Een cliënt van Philadelphia benoemt het als een bijzonder en een mooi moment (CP-1, 4.6). Dit onderstreept dat het begin van een ouder- kindrelatie van belang is voor het hechtingsproces.

3.7 Conclusie

Om een kind een veilige hechting te kunnen geven, hebben ouders verschillende aspecten nodig. Allereerst is het goed om te benoemen (wat ook uit de beantwoording van deelvraag twee bleek) dat hechting een wederkerig proces is. Het hangt dus niet alleen van de ouder af of er een veilige hechting tussen henzelf en het kind kan plaatsvinden. Ter Horst (2006) stelt een aantal vragen aan ouders om een goede ouder te kunnen zijn. Samengevat zegt hij dat ouders dit moeten kunnen en of doen: wat over hebben voor het kind, een vitale ouder kunnen zijn (meegenomen de achtergrond van de ouder zelf), interactie geven, de basisgrondvormen en zelf hulp kunnen vragen en ontvangen van hulp als ouder. De piramide van Maslov bevestigt dit: een ouder moet in staat zijn om de basisveiligheid te kunnen geven. Te denken aan: goede lichaamstemperatuur voor het kind, voeding, hygiëne en slaap.

Een ouder neemt zijn eigen hechting mee in de opvoeding. Het is van belang dat een ouder kan reflecteren op zijn eigen opvoeding (of hechtingsproces) om niet het 'verkeerde' (oftewel de onveilige hechting) mee te nemen en deze te kopiëren in de opvoeding met het eigen kind.

Een ouder moet in staat zijn de balans van draagkracht en draaglast in evenwicht te kunnen houden. Dit sluit ook aan bij de laatste vraag van Ter Horst, namelijk of een ouder hulp kan vragen en of ontvangen. Het netwerk van de ouder speelt een grote rol in de balans van de draagkracht en de draaglast, het kan de kracht en last zowel omhoog als naar beneden halen. Een baby gaat hechtingsrelaties aan met meerdere personen, het is van belang dat een baby continuïteit heeft in de mensen die hem verzorgen zodat hij een basis gaat ervaren. Deze *secure base* kan gevaar lopen als iemand wegvalt uit de nauwe omgeving. Dit alles rust op het feit dat een ouder bij de geboorte een bijzonder moment ervaart als het kindje vast gehouden kan worden, een natuurlijke affectie. De blijkt ook uit de gehouden interviews.

Wanneer we kijken naar de deelvraag 'Wat hebben ouders nodig om een gezonde sociale interactie tussen henzelf en hun baby tot stand te laten komen?', moeten ouders een sleutelfiguur kunnen zijn voor de hechting, sensitief/responsief te zijn, reflectievermogen te hebben op de eigen hechting en op de relatie met het eigen kind. Ook dienen zij de draagkracht en draaglast in balans te houden door een betrouwbare omgeving voor de baby te creëren door onder meer contacten te onderhouden.

Uit de beantwoording van deze deelvraag wordt beschreven welke competenties ouders nodig hebben, om zo een gezonde sociale interactie tot stand te laten komen.

Deze informatie kunnen wij gebruiken, om de volgende deelvraag te beantwoorden. Namelijk hoe kan de sociale interactie tussen ouders en baby worden beoordeeld en op welke manier kan dat beoordelen geïntegreerd worden in de methodiek Baby Bas?

Hoofdstuk 4: Beoordelen sociale interactie

4.1 Inleiding

‘Hoe kan sociale interactie tussen ouders en baby worden beoordeeld en op welke manier kan dat beoordelen geïntegreerd worden in de methodiek Baby Bas?’

Uit de beantwoording van de voorgaande deelvragen bleek dat kinderen signalen afgeven waarop ouders moeten reageren om een goede hechting tot stand te laten komen. Deze hechting is van belang voor het kind in zijn verdere ontwikkeling.

De eerste vraag die bij de beantwoording van deze deelvraag aan bod komt is: Hoe kunnen hulpverleners deze interactie beoordelen? Ofwel hoe kunnen hulpverleners zicht krijgen op de sociale interactie tussen ouder en kind? Als deze vraag is beantwoord, kan er worden gekeken naar hoe de sociale interactie geïntegreerd kan worden in de methodiek Baby Bas.

Hieronder staan de punten beschreven waar een hulpverlener zicht op moet hebben om te kunnen beoordelen of een cliënt in staat is een sociale interactie tot stand te brengen.

4.2 De interactie beoordelen

Uit een interview met een medewerker van Stichting Philadelphia komt naar voren dat cliënten opener zijn naar hulpverleners die niet dichtbij hen staan (HV-2, 1.42). Dit kan komen doordat een cliënt weet wat de visie van de vaste hulpverlener is over zijn kindwens. De onbekende hulpverlener is onafhankelijker over deze kindwens. Maar voor de onbekende hulpverlener is het lastiger om zicht te hebben op de competenties van de cliënt.

Het is belangrijk dat de vaste hulpverlener een goede band met de cliënt heeft om over de kindwens te kunnen spreken. Dat wil zeggen een relatie op basis van vertrouwen. Dat de hulpverlener naast de cliënt gaat staan en respect heeft voor diens kindwens (HV-1, 1.111; HV-4, 1.29). De onbekende hulpverlener kan door middel van respect meer naast de cliënt gaan staan, om meer inzicht te krijgen in de competenties van de cliënt.

Een cliënt die in een moeder-kindhuis woont van de ASVZ, zegt tijdens een conferentie dat een hulpverlener uit liefde moet helpen. Daarnaast zegt ze ook dat een hulpverlener haar niet kan helpen wanneer hij vindt dat ze geen kinderen moeten krijgen (Paumen, 2010). Het is daarom belangrijk dat een hulpverlener zich bewust is van hoe hij tegenover de kindwens staat. En dit ook in zijn team kan delen (eventueel met behulp van gesprekskaarten uit de Kinderwenskoffer).

Uit deelvraag twee bleek dat een kind van 0 tot 6 maanden een aantal dingen nodig heeft van mensen om zich heen. Namelijk een sleutelfiguur voor de hechting (in de meeste gevallen de moeder) en meerdere vaste personen in zijn omgeving, tegemoetkoming aan de lichamelijke behoeften (te denken aan: voldoende rust, hygiëne en voedsel) en reactie op zijn lokgedrag (te denken aan: wiegen, praten en knuffelen).

Uit deelvraag drie bleek dat ouders in staat moeten zijn om sensitief/responsief te zijn naar hun kind, reflectievermogen moeten hebben op de eigen hechting en op de relatie met het eigen kind. Ook dienen zij de draagkracht en draaglast in balans te houden door een betrouwbare omgeving voor de baby te creëren, door onder meer contacten te onderhouden.

De conclusies van deelvraag twee en drie zullen als uitgangspunt worden genomen voor de komende paragraaf. Op die manier kunnen hulpverleners de sociale interactie tussen de cliënt en hun kind kunnen beoordelen.

1) Eén of meerdere sleutelfiguren oftewel een betrouwbare omgeving

Een hulpverlener zal samen met de cliënt (en eventueel diens omgeving) het dag- en of weekprogramma doornemen om te kijken of een moeder voldoende bij haar baby kan zijn. Eén van de hulpverleners geeft in het interview aan dat zij ook de partner bij het kinderwensproces betreft (HV-1, 1.40). Daarnaast zal er ook een netwerk in kaart gebracht moeten worden. Wie heeft de cliënt in zijn omgeving wat voor een betrouwbare omgeving kan zorgen voor de baby (hierover wordt meer informatie gegeven bij draagkracht en draaglast)? In een interview vertelt een hulpverlener dat een cliënt zegt: 'Ik wil wel altijd Goede Tijden kunnen kijken'. De hulpverlener zet daar kanttekeningen bij door bijvoorbeeld de vraag te stellen: Hoe denk jij dan dat dat gaat (HV-1; 1.18)? Deze vraag duidt op de theorie van Ter Horst (2006), hij stelt de vraag of de ouders wat over hebben voor het kind en hun eigen behoeftes op een tweede plek kunnen stellen (Duijn, 2009, p.17).

De methodiek van Baby Bas sluit nauw aan op deze competentie. Als een cliënt voor Baby Bas moet zorgen kan het zijn dat zijn eigen wensen ook op nummer twee komen te staan. Bijvoorbeeld het niet door kunnen slapen of nadenken over wat je van het weekend wilt gaan doen en wat je dan moet regelen voor de oefenbaby (PRA-1, 1.11; HV-2, 1.31). Een hulpverlener kan in gesprek met de cliënt gaan over zijn ervaringen in de zorg van Baby Bas, in combinatie met zijn eigen behoeftes en wensen.

2) Sensitief/responsief zijn

Een hulpverlener zal zicht moeten hebben of een ouder ingaat op de emotionele en lichamelijke behoeften van zijn kind. Een hulpverlener kan hier zicht op hebben door huisbezoeken af te leggen en hier te observeren, werken met camerabeelden, gesprekken te voeren met de omgeving van de cliënt of met de cliënt zelf in gesprek te gaan (Algemeen Dagblad, 2009). Een hulpverlener van Stichting Philadelphia geeft aan dat het gebruik van video-hometraining complex is. Dit omdat er een indicatie aangevraagd moet worden voor video-hometraining, wat maakt dat het traject dan langer zal duren en dit intensievere begeleiding vraagt (HV-3, 4.8). Het onderscheid moet hier gemaakt worden in hoe de begeleiding van de cliënt eruit ziet. Het maakt een verschil of een cliënt ambulante hulpverlening ontvangt of woont met 24-uurs begeleiding (HV-1, 1.3).

Eén van de hulpverleners vertelt in een interview dat ze vooral kijkt naar hoe de cliënt contact maakt met het eigen kind en niet kijkt van welk merk de voeding of kleding is. Dit laatste lijkt de cliënt belangrijk te vinden (HV-1, 3.2; HV-1, 3.3).

In interviews met hulpverleners van Stichting Philadelphia komt naar voren dat zij alle feitelijke signalen rapporteren van zorg van de oefenbaby. In deze rapportage nemen deze hulpverleners ook de geschiedenis van de cliënt mee (HV-2, 4.2; HV-3, 1.8; HV-3, 1.9). Bijvoorbeeld: hoe de cliënt over de oefenbaby praat, hoe ze met de baby omgaat en of het andere kleertjes aantrekt en de manier waarop ze het vasthoudt (HV-3, 4.1; HV-2, 1.22).

Zoals in deelvraag één staat beschreven wordt de zorg van de oefenbaby geregistreerd op voeding, boeren, wiegen, verschonen van de luier en of de verzorger de nek ondersteunt. Deze verzorgingstaken vallen onder zowel lichamelijke als emotionele behoeften. Wat daarin niet wordt geregistreerd, is hoe de cliënt deze verzorgingstaken uitvoert. De oefenbaby geeft maar twee reacties wanneer er wordt voldaan aan deze verzorgingstaken, namelijk het stoppen met huilen en een tevreden geluidje. Daarom zetten hulpverleners ook kanttekeningen bij de vraag of een cliënt een sociale interactie met de oefenpop kan hebben. Daarbij wordt aangedragen dat het misschien kan door de cliënt te observeren in een 24-uurs opvang (HV-5, 4.3).

Eén van de hulpverleners vertelt dat zij ook let op hoe cliënten omgaan met kinderen in zijn omgeving. Daarbij is de hulpverlener zich bewust dat het momentopnames zijn (HV-1, 3.7; HV-1, 3.8; HV-1.1.21).

Uit de interviews blijkt dat sommige cliënten en leerlingen contact maken met de oefenbaby door bijvoorbeeld te gaan zingen, knuffelen of tegen de oefenbaby te gaan praten (HV-3, 4.3; PRA-1, 4.4; LPR-1, 4.1; LPR-1, 4.4; LPR-1, 4.7). 36.2% van de leerlingen geeft aan tegen de oefenbaby te hebben

gepraat, geknuffeld, een kusje te hebben gegeven of voor de oefenbaby te hebben gezongen (Diagram 11). Eén van de leraren op de praktijkschool benoemt dat ze ziet dat sommige leerlingen zich aan de oefenbaby gaan hechten (PRA-2, 1.14). Daarbij maakt het wel uit of een cliënt of leerling gemotiveerd is om voor de oefenbaby te zorgen en welk IQ de cliënt of leerling heeft (HV-3, 4.4; PRA-2, 1.16; HV-4, 1.32). Bij een wat hoger IQ zal de schaamte meer een rol spelen dan bij een lager IQ (CP-1, 4.1; PRA-2, 4.10). Eén cliënt geeft in een interview aan haar eigen kind wel te knuffelen en de oefenbaby niet (CP-1, 4.5; CP-1, 4.8).

Zelf hebben wij (auteurs) ervaren hoe het is om voor de oefenbaby te zorgen. Wanneer wij over straat liepen met de oefenbaby, schaamden wij ons voor wat de omgeving zou denken. De oefenbaby riep bij ons moedergevoelens op, maar doordat de oefenbaby toch een pop is voelde dit toch onnatuurlijk. Dit zorgde ervoor dat wij niet gingen knuffelen of zingen met de oefenbaby (zie voor verdere ervaringen bijlage I).

3) Reflectievermogen

Zoon (2013) schrijft dat licht verstandelijk beperkte jeugdigen (lvb-jeugdigen) een beperkte metacognitie hebben. Dat wil zeggen dat ze moeite hebben met het terughalen van oude situaties en het lastig vinden om hierop te analyseren en te reflecteren (Zoon, 2013, p.2). Eén van de interviews met een leerkracht van een praktijkschool bevestigt dit. In dit interview wordt gezegd dat een leerling met een hoger IQ makkelijker kan reflecteren (PRA-2, 4.11; PRA-2, 4.12). Uit deelvraag drie blijkt dat een metapositie nodig is om zowel op de eigen opvoeding te reflecteren als op de opvoeding van zijn eigen kind. Een hulpverlener zal in gesprek met de cliënt moeten gaan om te kijken naar in hoeverre de cliënt zicht heeft op zijn eigen opvoeding en zijn opvoedingsstijl.

Uit meer dan de helft van de enquêtes blijkt dat leraren de leerlingen vragen stellen over het verzorgen van de baby in de tijd dat ze er voor zorgden (Diagram 9). Daarnaast blijkt uit de interviews dat leraren in gesprek gaan met hun leerlingen (PRA-1, 1.10; PRA-2, 1.14; PRA-1, 1.24; LPR-1, 1.10). Twee praktijkscholen maken daarbij gebruik van reflectieformulieren en een praktijkschool daarbij een logboek, die de leerlingen zelf in kunnen vullen (zie voor het reflectieschema bijlage F) (PRA-3, 1.22; PRA-3, 1.23).

In één van de interviews geeft een leraar van een praktijkschool aan dat ze naar de gevoelens van de leerlingen vraagt en wat zij voelden als bijvoorbeeld de oefenbaby hilde (PRA-2, 4.1).

4) Draagkracht en draaglast

In bijlage E staat het analyseschema over de draagkracht en draaglast van De Vries, Willems, Isarin & Reinders (2005). Daarin staat precies beschreven welke factoren meespelen in de draagkracht en de draaglast. Als hulpverlener is het belangrijk om zicht te hebben op de draagkracht en draaglast van de cliënt zodat deze in balans kan blijven als er een kind komt. Door in gesprek te zijn met de cliënt zelf en ook zijn of haar netwerk.

In de interviews komt het stuk van draagkracht en draaglast ook meerdere keren terug. Eén hulpverlener benoemt dat ze bij het inzetten van de oefenbaby kijkt naar de draagkracht van het netwerk (HV-5, 1.24). Een andere hulpverlener benoemt dat zij vooral bij het bespreken van de kinderwens het netwerk in kaart wil brengen aan de hand van de methodiek de Kinderwenskoffer (zie bijlage C) (HV-1, 1.21; HV-1, 1.72; HV-1, 3.1; HV-1, 3.5). De ASVZ biedt ook een cursusvorm aan voor cliënten met een kinderwens om samen (kan bestaan uit het netwerk of meerdere cliënten samen) te bespreken wat er komt kijken bij een kinderwens (aan de hand van de Kinderwenskoffer) (HV-1, 1.86).

Opvallend is dat uit de interviews blijkt dat er achter een kinderwens vaak een zorgwens zit. Zo kan een cliënt bijvoorbeeld op een kinderboerderij of een kinderdagverblijf gaan werken, waardoor er tegemoet wordt gekomen aan hun zorgwens (HV-1, 1.10). Dat wil zeggen dat de cliënt graag zelf iets wil om voor te zorgen omdat mensen in hun omgeving dat ook hebben (HV-1, 1.10; PRA-2, 3.5; HV-5,

3.1; HV-4, 1.28) (van Duijn, 2009, p.19). Voor de hulpverlener de taak om er achter te komen wat er achter de genoemde kinderwens zit.

Door de oefenbaby een naam te geven hebben leerlingen meer het gevoel dat het hun baby is aldus een lerares van een praktijkschool. Uit deelvraag één bleek al dat Stichting Philadelphia een vaste naam heeft gegeven aan de oefenbaby, namelijk Bas. Twee van de drie praktijkscholen hebben er voor hebben gekozen dat leerlingen zelf een naam mogen geven aan de oefenbaby. Daarnaast wordt er ook op de praktijkscholen gebruik gemaakt van het geboortebewijs (zie hiervoor bijlage D) (PRA-2, 4.3; PRA-2, 4.4; PRA-1, 4.2).

4.3 Conclusie

Voor het beoordelen van een gezonde sociale interactie tussen ouder en kind hebben hulpverleners zicht nodig op een viertal aspecten. Namelijk: of de ouder in staat is een betrouwbare omgeving te creëren, of de ouder sensitief/responsief is, of de ouder reflectievermogen heeft en of de draagkracht en draaglast in balans is.

In goed contact staan met de cliënt is de basis voor het kunnen beoordelen van de sociale interactie. Wij ervaren zelf dat het als hulpverlener belangrijk is om je eigen mening en gevoelens serieus te nemen. Dit omdat het invloed heeft op je handelen. In het kwetsbare proces van de kinderwens is het belangrijk dat je bespreekt in je team hoe je als hulpverlener tegen de kinderwens aan kijkt. Dat vraagt van een team respect en openheid.

Om bovengenoemde vier aspecten te kunnen beoordelen kan een hulpverlener gebruik maken van de Kinderwenskoffer 'Kinderen, waar kies ik voor?', die ontwikkeld is door de ASVZ (in bijlage C is beschreven welke inhoud de kinderwenskoffer heeft).

De manier waarop de cliënt woont, heeft invloed hoe de hulpverlener zicht heeft op het sensitief/responsief zijn van de ouder.

Er kan gebruikt gemaakt worden van videobeelden en van het netwerk van de cliënt. Het netwerk is een belangrijk onderdeel voor de draagkracht of draaglast. Er kan daarbij gebruik gemaakt worden van het analyseschema wat gemaakt is door De Vries, Willems, Isarin & Reinders (2005).

Om deze viertal aspecten te kunnen beoordelen in de methodiek Baby Bas, is het allereerst belangrijk dat een hulpverlener in gesprek gaat over de kinderwens van de cliënt. Omdat, zo blijkt uit de interviews, achter een kinderwens vaak een zorgwens zit. Ook is het belangrijk dat de hulpverlener de cliënt serieus neemt in de kinderwens en ook de keuze bij de cliënt laat om wel of niet te zorgen voor Baby Bas.

De vier aspecten die van belang zijn voor de hechting zijn:

1) Eén of meerdere sleutelfiguren ofwel een betrouwbare omgeving

De methodiek Baby Bas sluit nauw aan om zicht te hebben of een ouder in staat is een betrouwbare omgeving te creëren en zijn eigen wensen aan de kant te zetten.

2) Sensitief/responsief zijn

Hulpverleners kunnen alle signalen rapporteren om in kaart te zetten of een ouder sensitief/responsief is. Wat belangrijk is voor hulpverleners om te onthouden, is dat de oefenbaby ook kanttekeningen heeft. De oefenbaby heeft wel de lichamelijke zorg nodig, maar de emotionele zorg blijft beperkt bij het wiegen van de oefenbaby.

3) Reflectievermogen

Om het reflectievermogen in kaart te brengen kan een hulpverlener in gesprek gaan met de cliënt over zijn gevoelens tijdens het zorgen voor Baby Bas en de cliënt gebruik te laten maken van een logboek of een reflectieformulier. In het reflectieformulier kan tevens de vraag gesteld worden naar

de opvoeding van de ouder. Bij de methodiek Baby Bas kan eveneens gebruik gemaakt worden van het analyseschema van De Vries, Willems, Isarin & Reinders (2005).

4) Draagkracht en draaglast

Opvallend is dat de methodiek Kinderwenskoffer: Kinderen, waar kies ik voor?, aansluit bij de aspecten die in kaart gebracht moeten worden om zicht te hebben op bijvoorbeeld het netwerk en financiën. De Methodiek kan zowel in groepsverband gebruikt worden als individueel.

Daarnaast blijkt uit de interviews dat zelf een naam geven aan de oefenbaby een goede basis is voor een affectieve band met de oefenbaby.

Nu duidelijk is hoe de sociale interactie tussen ouders en baby beoordeeld kan worden en hoe deze geïntegreerd kan worden in de methodiek Baby Bas, kan gekeken worden hoe deze integratie plaats kan vinden binnen Stichting Philadelphia op de afdeling Gezinsbegeleiding. Dit zal in deelvraag vijf worden beantwoord.

Hoofdstuk 5: Integreren sociale interactie en oefenbaby

5.1 Inleiding

‘Hoe kan de beschreven methodiek Baby Bas, met de aanvulling van de sociale interactie, geïntegreerd worden in de Stichting Philadelphia op de afdeling Gezinsbegeleiding?’

In deelvraag vier is beschreven wat er beoordeeld moet worden voor de sociale interactie en hoe hulpverleners deze sociale interactie kunnen beoordelen. In deze deelvraag wordt de toepassing geschreven voor Philadelphia op de afdeling Gezinsbegeleiding. Allereerst wordt in deze deelvraag beschreven wat de visie en missie van Stichting Philadelphia is. Vervolgens wordt beschreven wat de afdeling Gezinsbegeleiding inhoudt in Apeldoorn. Daarna wordt de toepassing gemaakt hoe de aanvulling van de sociale interactie op de methodiek Baby Bas gebruikt kan worden door hulpverleners van Stichting Philadelphia op de afdeling Gezinsbegeleiding.

5.2 Missie en visie van Stichting Philadelphia

“Vanuit een christelijke visie kunnen bijdragen dat mensen met een verstandelijke beperking gelukkig kunnen zijn en het beste uit zichzelf kunnen halen” (Philadelphia, 2014). Dit is wat de missie en visie van Stichting Philadelphia is. Er staat in de visie van Stichting Philadelphia ook beschreven dat ze het belangrijk vinden om het werk met verantwoordelijkheid, passie, aandacht en professionaliteit te doen. Zelf keuzes kunnen maken en meedoen in de maatschappij, net zoals dit voor iedereen belangrijk is.

Uit de interviews met de medewerkers van Stichting Philadelphia, komt naar voren dat de stichting het belangrijk vindt om naast de cliënt te gaan staan. De cliënten willen meedoen in de maatschappij en willen hetzelfde als bijvoorbeeld de buurvrouw (HV-4, 1.28). Een medewerker van Stichting Philadelphia vertelt dat ze probeert om samen met de cliënt tot een gezamenlijke keuze te komen (HV-4, 1.30).

Stichting Philadelphia benoemt in de visie ook dat ze het belangrijk vindt om de ervaringswereld van de cliënt te vergroten, dingen te ontdekken en zelf mee te doen. Hierin halen ze, volgens de stichting, het beste uit zichzelf (Philadelphia, 2014). Een medewerker van Stichting Philadelphia benoemt dat Baby Bas onder andere wordt ingezet om cliënten te laten voelen hoe het is om voor een kindje te zorgen (HV-2, 1.31). Deze hulpverlener vertelt dat ze een verdiepingsslag wil maken met de (toekomstige) ouders (HV-2, 1.47). Een andere hulpverlener van Stichting Philadelphia vertelt dat Baby Bas wordt ingezet zodat de cliënten specifiek kunnen ervaren wat zorg met zich meebrengt (HV-4, 1.5).

Er zijn vier kernwaarden die worden benoemd bij de visie van Stichting Philadelphia.

1. Aandacht met plezier

Hier wordt benoemd dat er aandacht is van mens tot mens en dat er aandacht is voor de zaken die voor de cliënten belangrijk zijn. Van gewone momenten, bijzondere gebeurtenissen maken. Dit geeft de cliënten én medewerkers inspiratie en energie.

Een hulpverlener die de oefenbaby inzet, vertelt dat ze Baby Bas een mooie methodiek vindt, om ouders te laten ervaren wat het is om een kindje te hebben (HV-3, 1.19). Ze is trots op deze methodiek (HV-3, 1.22). Een andere hulpverlener vindt het ook een mooie methodiek. Ze vindt het een mooie manier om ouders te laten voelen wat het betekent om in de vrije tijd voor een kind te zorgen (HV-2, 1.31).

Wanneer mensen praten over een pop en geen baby, wordt de geïnterviewde hulpverlener hier een beetje geïrriteerd van. Ze vindt dat wanneer een begeleider pop blijft zeggen, je niet van een cliënt kan verwachten om baby te zeggen (HV-3, 1.24). Ook vertelt ze dat een gynaecoloog eerder niet mee wilde werken aan de kinderwens van cliënten omdat hij vond dat de cliënten niet voor een kind zouden kunnen zorgen. Door Baby Bas wilde hij dit uiteindelijk wel, dat maakt voor de hulpverlener de methodiek Baby Bas zinvol. (HV-3, 1.21; HV-3, 1.4).

2. Professionaliteit

Er wordt al vanaf de kennismaking gekeken hoe ze een cliënt het beste kunnen helpen. Er worden wetenschappelijke en beproefde behandel- en begeleidingsstrategieën gebruikt. De medewerkers krijgen de ruimte voor scholing, zodat er overal vakkennis is (Philadelphia, 2014).

Een hulpverlener van Stichting Philadelphia vertelt dat ze altijd respect heeft voor de wens van de cliënt. Ze vertelt dat de cliënten ook gewoon mensen zijn die ook deel willen zijn van de maatschappij. De cliënten worden wel meegenomen in de zorgen die er eventueel kunnen zijn (HV-4, 1.29).

3. Verantwoordelijkheid

Mensen met een beperking zijn vaak kwetsbaar. Stichting Philadelphia vindt het belangrijk dat ze zoveel mogelijk zelf moeten doen of eventueel samen met bijvoorbeeld hun ouders. De hulpverleners werken met de handen op de rug, maar zijn er wanneer dit nodig is.

Een hulpverlener vertelt dat cliënten altijd zelf het recht in handen hebben om hun eigen pad te kiezen (Philadelphia, 2014). Wanneer een hulpverlener een negatief advies geeft en de cliënt houdt de kindwens toch, word je als hulpverlener getriggerd om het in de gaten te houden. Wanneer er daadwerkelijk sprake is van een zwangerschap, wordt een melding bij het AMK overwogen (HV-4, 1.12).

Deze zelfde hulpverlener vertelt dat ze rekening houdt met het hele verhaal van de cliënt en hierin de context meeneemt (HV-4, 1.15).

4. Passie

Stichting Philadelphia definieert passie als doen wat nodig is. Wat hulpverleners terugkrijgen van cliënten is van onschatbare waarde. Bijvoorbeeld trots te zijn samen met een cliënt wanneer deze een goede dag heeft of voor de eerste keer zonder hulp eet (Philadelphia, 2014).

In een interview vertelt een hulpverlener dat zij helemaal blij is met de methodiek Baby Bas, om zo ouders te laten ervaren van wat het is om een kindje te hebben (HV-3, 1.19). Een andere hulpverlener vertelt dat ze de methodiek Baby Bas mooi vindt, om eventueel een ontmoedigingsbeleid te voeren (HV-4, 1.6).

5.3 Gezinsbegeleiding

Stichting Philadelphia zet gezinsbegeleiding in op de volgende gebieden: huisvesting, financiën, sociaal functioneren, psychisch functioneren, zingeving, lichamelijk functioneren, praktisch functioneren en de dagbesteding (Vonken & Groenen, z.d.).

De gezinsbegeleiding versterkt gezinnen in het dagelijkse leven. Hierdoor:

- Wordt de draagkracht van het gezin vergroot
- Wordt de draaglast verlicht
- Wordt het netwerk rondom het gezin versterkt
- Kunnen kinderen thuis blijven wonen
- Ontwikkelen kinderen zich beter.

In het boek Families First (Spanjaard & Haspels, 2005, p. 75) wordt gesproken over gezinsmedewerkers. Deze gezinsmedewerker heeft een centrale rol bij het verzamelen en analyseren van informatie. Er wordt door de gezinsmedewerker gevraagd naar de problemen en wensen van de diverse gezinsleden. Het kan ook zijn dat gezinsleden een bepaalde gewoonte of gedraging niet als problematisch ervaren, maar dat de gezinsmedewerker dit een bedreigende factor vindt.

Wanneer de gezinsmedewerker de informatie heeft verzameld, maakt hij een analyse van de veiligheid in het gezin en neemt hierin de competenties van de gezinsleden mee. Deze analyse geeft zowel een beeld van de krachten en vaardigheden van het gezin als van de problemen en tekorten.

Uit de analyse vloeit een hypothese voort, waarin de huidige situatie en de veranderingsmogelijkheden voor de nabije en verdere toekomst worden beschreven. Deze hypothese wordt aan het gezin voorgelegd en de doelen worden besproken.

Het is mogelijk dat de ouders zich niet kunnen vinden in de doelen die de gezinsmedewerker heeft opgesteld. Het is dan belangrijk dat de gezinsmedewerker op zoek gaat naar nieuwe doelen waarin beide partijen zich kunnen vinden (Spanjaard & Haspels, 2005, p.76).

Er wordt bij de gezinsbegeleiding gewerkt met twee ambulante begeleiders, deze komen elke week op bezoek. De gezinsbegeleiders kunnen verschillende dingen voor de gezinnen betekenen. Zo brengen ze bijvoorbeeld structuur aan in de opvoeding, adviseren over een goede dag invulling, leren gezinnen nieuwe vaardigheden en hebben aandacht voor psychische en/of verslavingsproblemen (Philadelphia Gezinsbegeleiding, z.d.).

Wanneer Baby Bas wordt ingezet, zijn de hulpverleners die de oefenbaby inzetten, de begeleiders. De ouders worden in het hele proces begeleid door deze hulpverleners. Twee keer in de week komen ze op huisbezoek en zijn ze telefonisch bereikbaar voor vragen (HV-2, 1.3). Wanneer het traject met Baby Bas is afgelopen, zijn deze hulpverleners weer weg en neemt de gezinsbegeleiding het weer over (HV-3, 1.7).

Een hulpverlener vertelt in een interview dat er contact is tussen hen en de vaste begeleider van de cliënt. Zo kan de begeleider bij het intakegesprek en het eindgesprek aanwezig zijn. Het is lastig om de vaste begeleider ook bij de evaluatie te laten zijn, dit omdat de agenda's vaak erg verschillen van elkaar en het dus lastig te plannen is (HV-3, 1.10).

5.4 Nieuwe methodiekbeschrijving met aanvulling sociale interactie

Wanneer we kijken naar de beantwoording van deelvraag vier, worden er een viertal aspecten benoemd waarop hulpverleners zicht op moeten hebben om zo de sociale interactie te beoordelen. Deze vier aspecten zijn: of de ouder in staat is een betrouwbare omgeving te creëren, of de ouder sensitief/responsief is, of de ouder reflectievermogen heeft en of de draagkracht en draaglast in balans zijn.

Aan de hand van deze vier aspecten is de aanvullende methodiekbeschrijving gemaakt. Deze zorgt ervoor dat deze vier aspecten voor het beoordelen van de sociale interactie, terugkomen in de methodiek Baby Bas.

De aanvullende methodiekbeschrijving heeft drie aspecten die worden uitgewerkt. Deze drie aspecten zullen hieronder worden toegelicht.

1. Aandachtspunten voordat Baby Bas ingezet wordt

De vier punten waar een hulpverlener aandacht aan moet geven zijn samengevat als volgt: zicht hebben of een cliënt gemotiveerd is om voor Baby Bas te zorgen, naamgeving Baby Bas, reflectie op eigen handelen (hoe hulpverlener staat tegenover kindwens en het gesprek over de kindwens).

Bij dit aspect staat de cliënt voornamelijk centraal, dat is ook wat er in de missie staat beschreven van Philadelphia. Namelijk de ervaringswereld van de cliënt vergroten, hen dingen te laten ontdekken en zelf mee te laten doen staan centraal. Het gesprek met de cliënt is een belangrijk onderdeel.

2. Beoordelen sociale interactie

Uit deelvraag vier blijkt dat de sociale interactie tussen ouder en Baby Bas beoordeeld wordt op vier aspecten. Namelijk: of de ouder een betrouwbare omgeving kan creëren, ingaat op de behoeften van Baby Bas, in staat is om te reflecteren en of de draagkracht en draaglast van de ouder in evenwicht zijn.

Bij deze vier aspecten staan vragen in de methodiekbeschrijving. Wanneer deze worden beantwoord wordt helder hoe de sociale interactie is tussen Baby Bas en de ouder en wordt er helder hoe de basis van de ouder is.

In de visie wordt benoemd dat er al vanaf de kennismaking gekeken wordt hoe ze een cliënt het beste kunnen helpen. De vier punten waarop de sociale interactie wordt beoordeeld, zijn vier punten waarin er wordt gekeken hoe de ouder het beste voor Baby Bas kan zorgen. En waar de hulpverlener zicht op moet hebben.

3. Helpende methodieken of schema's

Er staan bij dit aspect drie punten beschreven die helpend kunnen zijn om de sociale interactie te kunnen beoordelen. Er kan gekozen worden voor een methodiek, schema of materiaal. De drie punten die ingezet kunnen worden zijn: de Kinderwenskoffer, een analyseschema en een reflectieschema/logboek. Bij de beantwoording van deelvraag vier werd genoemd dat een medewerker van Stichting Philadelphia kanttekeningen had bij het gebruik maken van videobeelden in combinatie met Baby Bas. Omdat er een indicatie vooraf aangevraagd moet worden en het traject zal daardoor langer duren en vraagt intensievere begeleiding (HV-3, 4.8). Daarom staan videobeelden niet genoemd als bruikbaar materiaal voor de beoordeling van de sociale interactie.

Eén van de vier kernwaarden die wordt benoemd in de visie van Philadelphia is professionaliteit. Hierin staat beschreven dat er beproefde wetenschappelijk en behandel- en begeleidingsstrategieën worden gebruikt. Er is voor de hulpverleners ruimte voor scholing.

De drie helpende methodieken of schema's zorgen ervoor dat de professionaliteit van de hulpverleners omhoog gaat om in kaart te brengen of een cliënt in staat is een hechting tot stand te brengen met zijn kind.

5.5 Conclusie

Samengevat wil Stichting Philadelphia bereiken dat een cliënt gelukkig is en het beste uit zichzelf kan halen. Daarbij heeft Stichting Philadelphia vier kernwaarden: Aandacht met plezier, professionaliteit, verantwoordelijkheid en passie.

De methodiek Baby Bas sluit aan bij de visie van Stichting Philadelphia, omdat door de inzet van Baby Bas de ervaringswereld van de cliënt wordt vergroot. De cliënt staat centraal doordat de hulpverlener de keuze bij de cliënt laat of hij wil zorgen voor Baby Bas. Ook zal de hulpverlener de cliënt moeten leren kennen en wat voor hem de kindwens inhoudt.

Hulpverleners kunnen professioneel gebruik maken van de methodiek Baby Bas door de ouder te observeren en daarover te rapporteren. De gezinsbegeleiding wil de draagkracht vergroten en de draaglast verlichten en hierbij zicht hebben op het netwerk. Dit sluit nauw aan op de aanvullende Methodiekbeschrijving. Het gesprek staat centraal door gebruik te maken van de reflectie(kaarten), de Kinderwenskoffer: Kinderen waar kies ik voor? en het reflectiescherm over draagkracht en draaglast.

Aan de hulpverleners de taak om de nieuwe methodiekbeschrijving zo goed mogelijk op te volgen, om zo zicht te krijgen of de ouder in staat is een hechting tot stand te brengen. En vervolgens daar een passend advies op te kunnen geven.

Deel III: Conclusie, aanbevelingen en discussie

Conclusie

In deze conclusie willen wij de hoofdvraag van ons onderzoek beantwoorden. De hoofdvraag luidt als volgt:

Hoe kan Baby Bas methodisch worden ingezet om de sociale interactie tussen (toekomstige) ouders en Baby Bas te beoordelen, zodat er tussen ouders en kind(eren) een goede hechting tot stand kan komen?

De oefenbaby wordt bij de instelling ASVZ, MEE, Stichting Philadelphia en de praktijkscholen verschillend ingezet. Zo heeft de oefenbaby een naam (zoals Bas) bij Stichting Philadelphia. Bij andere instellingen of praktijkscholen wordt de oefenbaby logé of oefenpop genoemd.

De duur van de inzet van de oefenbaby varieert van 24 uur tot twee weken. Ook de begeleiding is tijdens de inzet van de oefenbaby verschillend. De vaste hulpverleners worden vaak wel betrokken bij het proces.

De digitale uitslagen worden door de meeste instellingen en scholen besproken met de cliënt of de leerling. De meeste instellingen rapporteren de observaties tijdens de inzet van de methodiek. Op praktijkscholen en bij de ASVZ wordt de leerling of cliënt ook actief betrokken in het opschrijven van ervaringen. Uit de interviews en enquêtes is gebleken dat er weinig sociale interactie tussen de cliënten/leerlingen en de oefenbaby is geweest. In de enquête geeft 1.4% aan dat zij voor de oefenbaby hebben gezongen en 5.6% dat zij kusjes hebben gegeven aan de oefenbaby. Dit zingen en het geven van kusjes was op de momenten dat de oefenbaby niet hilde. Wanneer de oefenbaby wel hilde, geeft 18.4% aan dat zij de oefenbaby hebben opgepakt en hebben geknuffeld. Slechts 2.3% geeft aan dat zij, wanneer de oefenbaby hilde, liedjes voor hem hebben gezongen.

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat baby's fysiek en emotioneel afhankelijk zijn van hun opvoeders. Na een aantal maanden is een baby zicht bewust van de sociale interactie die er kan zijn tussen mensen in zijn omgeving. Een baby gaat dan bewust glimlachen naar de mensen die hij vertrouwt.

De hoeveelheid contact tussen de opvoeder en de baby speelt mee in het ontstaan van een gehechtheidrelatie. Een baby zal een hechting aangaan met een persoon die het beste op zijn signalen en behoeften inspeelt. Meestal is dat de moeder, de moeder wordt daarom vaak als een sleutelfiguur van de hechting gezien. Een baby heeft basisveiligheid nodig, baby's zoeken daarom in onbekende situaties de nabijheid van de opvoeder op.

De sociale interactie (die nodig is voor de hechting tussen opvoeder en baby) is een actie en een reactie tussen opvoeder en baby. Wanneer een opvoeder sensitief/responsief is (ingaat op de behoeften en signalen van de baby), ontstaat er een hechting tussen hun beiden. Wat van belang is voor de levensloop van de baby als hij ouder wordt.

Een ouder heeft verschillende aspecten nodig om een veilige hechting te kunnen bieden voor hun baby. Allereerst is het daarbij van belang om te weten dat hechting een wederkerig proces is. Ter Horst (2006) stelt dat ouders het volgende moeten kunnen en/of doen: wat over hebben voor het kind, een vitale ouder kunnen zijn (meegenomen de achtergrond van de ouder zelf), interactie geven, de basisgrondvormen en zelf hulp kunnen vragen en ontvangen van hulp als ouder.

De piramide van Maslov bevestigt dit: een ouder moet in staat zijn om de basisveiligheid te kunnen geven. Bijvoorbeeld: goede lichaamstemperatuur voor het kind, voeding, hygiëne en slaap.

Ouders nemen hun eigen hechting mee in de opvoeding. Het is van belang dat een ouder kan reflecteren op zijn eigen opvoeding (of hechtingsproces) om niet het 'verkeerde' (ofwel de onveilige hechting) mee te nemen en deze te kopiëren in de opvoeding met het eigen kind.

Een ouder moet in staat zijn de balans van draagkracht en draaglast in evenwicht te kunnen houden. Het netwerk van de ouder speelt een grote rol in de balans van de draagkracht en de draaglast, het kan de last en kracht zowel omhoog als naar beneden halen. De secure base voor een baby kan gevaar lopen als iemand wegvalt uit de nauwe omgeving. Het is hierbij van belang dat een ouder de geboorte van hun kindje als bijzonder ervaart. Dat is namelijk het begin van de hechting.

Als een hulpverlener zicht wil hebben op de sociale interactie tussen ouder kind hebben ze zicht nodig op de volgende aspecten:

- Of de ouder in staat is een betrouwbare omgeving te creëren,
- Of de ouder sensitief/responsief is,
- Of de ouder reflectievermogen heeft ,
- Of de draagkracht en draaglast in balans is.

In goed contact staan met de cliënt is de basis om bovengenoemde aspecten te beoordelen. Een hulpverlener moet zich bewust zijn van hoe hij tegenover de kindwens staat. Het is belangrijk dat dit in het team wordt besproken met als belangrijkste aspect openheid en respect.

Om deze vier aspecten te kunnen beoordelen kan een hulpverlener gebruik maken van de Kinderwenskoffer die ontwikkeld is door de ASVZ.

Het verschilt hoe de cliënt woont in hoeverre een hulpverlener zicht heeft op het sensitief/responsief zijn van de ouder. Er kan gebruikt gemaakt worden van videobeelden en van het netwerk van de cliënt. Het netwerk is een belangrijk onderdeel voor de draagkracht of draaglast. Er kan daarbij gebruik gemaakt worden van het analyseschema wat gemaakt is door De Vries, Willems, Isarin & Reinders (2005).

Om de vier aspecten te kunnen beoordelen in de methodiek Baby Bas is het belangrijk dat een hulpverlener in gesprek gaat over de kindwens. Omdat, zo blijkt uit de interviews, achter een kindwens vaak een zorgwens zit. Ook is het belangrijk dat de hulpverlener de cliënt serieus neemt in zijn kindwens en de keuze bij de cliënt laat om wel of niet te zorgen voor Baby Bas.

De methodiek Baby Bas sluit nauw aan om zicht te hebben of een ouder in staat is een betrouwbare omgeving te creëren en zijn eigen wensen aan de kant te zetten.

Hulpverleners kunnen alle signalen rapporteren om in kaart te zetten of een ouder sensitief/responsief is. Wat belangrijk is voor hulpverleners om te onthouden, is dat de oefenbaby ook kanttekeningen heeft. De oefenbaby heeft wel de lichamelijke zorg nodig, maar de emotionele zorg blijft beperkt bij het wiegen van de oefenbaby.

Om het reflectievermogen in kaart te brengen kan een hulpverlener in gesprek gaan met de cliënt over zijn gevoelens tijdens het zorgen voor Baby Bas en de cliënt gebruik te laten maken van een logboek of een reflectieformulier. Bij de methodiek Baby Bas kan eveneens gebruik gemaakt worden van het analyseschema van De Vries, Willems, Isarin & Reinders (2005). Opvallend is dat de Kinderwenskoffer met als titel: 'Kinderen, waar kies ik voor?' aansluit bij de aspecten die in kaart gebracht moeten worden om zicht te hebben op bijvoorbeeld het netwerk en financiën. De Methodiek kan zowel in groepsverband gebruikt worden als individueel.

Daarnaast blijkt uit de interviews dat zelf een naam geven aan de oefenbaby een goede basis is voor een affectieve band met de oefenbaby.

Stichting Philadelphia wil bereiken dat een cliënt gelukkig is en het beste uit zichzelf kan halen. Daarbij heeft Stichting Philadelphia vier kernwaarden: aandacht met plezier, professionaliteit, verantwoordelijkheid en passie.

De methodiek Baby Bas sluit aan bij de visie van Stichting Philadelphia omdat door de inzet van Baby Bas de ervaringswereld van de cliënt wordt vergroot. De cliënt staat centraal doordat de hulpverlener de keuze bij de cliënt laat of hij wil zorgen voor Baby Bas. Ook zal de hulpverlener de cliënt moeten leren kennen en proberen te ontdekken wat de kindwens inhoudt. Hulpverleners kunnen professioneel gebruik maken van de methodiek Baby Bas door de ouder te observeren en daarover te rapporteren. De gezinsbegeleiding wil de draagkracht vergoten en de draaglast verlichten en daarbij zicht hebben op het netwerk. Dit sluit nauw aan op de aanvullende Methodiekbeschrijving. Het gesprek staat centraal door gebruik te maken van de reflectie(kaarten), de Kinderwenskoffer en het reflectiescherm over draagkracht en draaglast.

Aan de hulpverleners de taak om de nieuwe methodiekbeschrijving zo goed mogelijk op te volgen, om zo zicht te krijgen of de ouder in staat is een hechting tot stand te brengen. En vervolgens daar een passend advies op te kunnen geven.

Wij, als toekomstige hulpverleners, hebben ervaren dat als we over een baby spraken de methodiek van de oefenbaby dichterbij de werkelijkheid kwam, dan wanneer wij over een pop spraken. Als hulpverlener blijft het, denken wij, een zoektocht of de wens van de cliënt centraal staat of het (ongeboren) leven. Wij zijn van mening dat de kindwens bij iedereen, dus ook bij mensen met een verstandelijke beperking, serieus genomen moet worden. Er moet wel realistisch gekeken worden naar het toekomstig ouderschap en of daarmee recht wordt gedaan aan het ongeboren leven. De oefenbaby en onze aanvullende methodiek zijn daar waardevolle methodieken voor.

De hoofdvraag luidt als volgt: *‘Hoe kan Baby Bas methodisch worden ingezet om de sociale interactie tussen (toekomstige) ouders en Baby Bas te beoordelen, zodat er tussen ouders en kind(eren) een goede hechting tot stand kan komen?’*

Samengevat is het antwoord op deze hoofdvraag als volgt:

Een hulpverlener legt de vraag bij de cliënt neer of hij voor Baby Bas wil zorgen en voor welke duur. Daarnaast is het de keuze aan de cliënt welke naam hij aan de oefenbaby wil geven. Ook is het belangrijk dat een hulpverlener zich bewust is van hoe hij zelf tegenover de kindwens staat en dit ook in zijn team bespreekt.

Het is belangrijk dat een hulpverlener zicht heeft op de volgende aspecten:

- Of een ouder een betrouwbare omgeving kan creëren
- Of de ouder sensitief/responsief is
- Of de ouder reflectievermogen heeft
- Of de draagkracht en draaglast in balans is.

Om hier zicht op te krijgen kan een hulpverlener gebruik maken van de Kinderwenskoffer (ontwikkeld door de ASVZ aanwezig bij Stichting Philadelphia), het analyseschema van De Vries, Willems, Isarin & Reinders (2005) of een reflectieschema of logboek.

Bij de hele inzet van Baby Bas is het belangrijk dat één hulpverlener het traject begeleidt en naast de cliënt staat met als basishouding respect.

Aanbevelingen

Aanvullende methodiekbeschrijving oefenbaby

De aanvullende methodiekbeschrijving is een toevoeging op hoe de oefenbaby op dit moment bij Stichting Philadelphia wordt ingezet. Er zijn negen aspecten die in de aanvullende methodiekbeschrijving aan bod komen.

Deze negen aspecten zijn tevens onze aanbevelingen, die ervoor zorgen dat de oefenbaby zo efficiënt mogelijk ingezet kan worden.

Bij een aantal aspecten wordt aanbevolen om een spel uit de Kinderwenskoffer (ontwikkeld door ASVZ) te gebruiken. Deze Kinderwenskoffer bezit Stichting Philadelphia in Apeldoorn. In bijlage C staat kort beschreven wat elk spel inhoudt.

Motivatatie cliënt om voor oefenbaby te zorgen

Als hulpverlener ga je na bij de cliënt of hij gemotiveerd is om voor de oefenbaby te zorgen. Dit kan door middel van een gesprek aan te gaan met de cliënt en het netwerk erbij te betrekken. Zie hiervoor ook de aanbeveling ‘In gesprek gaan over de kindwens’.

De cliënt is gemotiveerd wanneer hij volledig achter de keus staat om voor de oefenbaby te zorgen. Heeft de cliënt zelf de kindwens, of is de kindwens opgedrongen aan de cliënt?

Aan te bevelen is om het spel ‘Weet ik waarvoor ik kies?’ te gebruiken uit de Kinderwenskoffer (ASVZ, z.d.) (zie bijlage C). Dit is een spel dat mensen met een verstandelijke beperking bewust maakt wat de keuze voor een kind zoal inhoudt.

Naam geven aan de oefenbaby

Wanneer de oefenbaby wordt ingezet bij een cliënt, gaat de hulpverlener na bij de cliënt of hij zelf een naam wil geven aan de oefenbaby. Dit kan zorgen voor de meerwaarde in de affectie tot de oefenbaby (PRA-2, 4.4). Wanneer de cliënt zelf een naam weet, kan deze ingezet worden. Ook kan het voorkomen dat een cliënt geen naam weet of niet zelf een naam wil geven. In dit geval kan de hulpverlener samen met de cliënt op zoek gaan naar een naam of dat de naam Bas wordt gebruikt.

Hulpverlener wordt zich bewust van zijn eigen houding en of hij naast de cliënt staat

Ga als hulpverlener na hoe jouw contact is met de cliënt. Staan de ideeën van de hulpverlener voorop van het (ongeboren) kind of van de cliënt?

Het spel 'Visie op visie' uit de Kinderwenskoffer kan helpen (ASVZ, z.d.) (zie bijlage C). Dit is een stellingenspel waar hulpverleners hun eigen opvattingen kunnen ontdekken ten aanzien van een kinderwens bij mensen met een verstandelijke beperking. Dit spel kan gespeeld worden in teamverband. Het is daarbij belangrijk dat er respect is voor ieders mening.

In gesprek gaan met de cliënt over de kinderwens

Ga als hulpverlener met de cliënt in gesprek over de kinderwens. Vraag aan de ouder wat voor hem een kinderwens inhoudt. Want achter een kinderwens kan een zorgwens schuilen.

'Praten over de kinderwens' is een ondersteunend spel uit de Kinderwenskoffer (ASVZ, z.d) (zie bijlage C).

Tijdens het gesprek met de cliënt is het belangrijk om positief te blijven. Luister aandachtig wat de cliënt vertelt over de kinderwens en heb geen vooroordelen over de kinderwens. Door een aandachtige houding aan te nemen, ontstaat er ruimte om over de kinderwens te praten. In het gesprek met de cliënt wordt er onderzocht wat de betekenis is van de kinderwens (HV-1, 1.48).

Het is mogelijk dat de cliënt al zwanger is, wanneer er een gesprek wordt gevoerd. Wanneer dit het geval is, is het aan te raden om het spel 'Bij wie kan ik terecht?' en het 'Zwangerschapsboek' te gebruiken (ASVZ, z.d) (zie bijlage C). Hierin wordt er aandacht besteed aan de omgeving en het netwerk van de cliënt. Wie in het netwerk kan bijvoorbeeld ingezet worden om op te passen? In het zwangerschapsboek wordt stap voor stap beschreven hoe de zwangerschap eruit ziet. Ook wordt er in dit boek beschreven wat belangrijk is voor de moeder tijdens de zwangerschap.

Aanbevelingen die de sociale interactie beoordelen tussen ouder en de oefenbaby

De kinderwenskoffer ontwikkeld door de ASVZ

De Kinderwenskoffer heeft Stichting Philadelphia in bezit, deze toolkit bezit informatiebrochures en spellen. Om de inhoud van de kinderwens inzichtelijk te maken voor de cliënt en de hulpverlener. Ook zit er een spel in waarin stellingen worden besproken binnen een team van hulpverleners.

De negen spellen en brochures worden in bijlage C verder toegelicht.

Het analyseschema van De Vries, Willems, Isarin & Reinders(2005).

Door het analyseschema van De Vries, Willems, Isarin & Reinders(2005) te doorlopen, krijgt de hulpverlener inzicht in wat van invloed kan zijn op de draaglast en draagkracht van de cliënt.

Het is belangrijk om de draagkracht te vergroten en de draaglast te verkleinen. Dit kan worden opgenomen in het zorgplan van de cliënt (zie bijlage E).

Video-hometraining

Wanneer de oefenbaby wordt ingezet, kan video-hometraining helpend zijn. Er worden camera's opgehangen bij de cliënt thuis, die registreren hoe de cliënt met de (oefen)baby omgaat. Deze camera's kunnen op verschillende momenten worden aangezet en op verschillende plekken worden opgehangen (Algemeen Dagblad, 2009).

Aan de hand van deze videobeelden gaat de hulpverlener in gesprek met de cliënt over de gegeven zorg. In dit gesprek worden tips gegeven en is het belangrijk om positief te blijven.

Een logboek voor de cliënt

In de tijd dat de cliënt voor de oefenbaby zorgt, houdt hij een logboek bij. Hierin staan vier vragen beschreven die gaan over de zorg voor de oefenbaby en of de cliënt erop uit is gegaan met de oefenbaby. Het is belangrijk om de cliënt elke dag het logboek in te laten vullen en deze met de cliënt te bespreken. Hierdoor heeft de cliënt overzichtelijk wat hij heeft ervaren tijdens het zorgen voor de oefenbaby (PRA-3, 1.22; PRA-3, 1.23) (zie product methodiekbeschrijving).

Een reflectieschema

Aan het einde van de verzorging voor de oefenbaby of tijdens de middenevaluatie, vult de hulpverlener samen met de cliënt een reflectieschema in. Hier staan vijf vragen in over de verzorging van de oefenbaby en hoe dit is gegaan.

Aan de hand van het ingevulde reflectieschema gaat de hulpverlener in gesprek met de cliënt (zie product methodiekbeschrijving).

Vervolgonderzoek

Een vervolgonderzoek zou kunnen zijn of een oefenbaby daadwerkelijk een sociale interactie uitlokt. Omdat de sociale interactie van belang is voor een goede hechting tussen ouder en kind.

Bij de beantwoording van deelvraag twee, over hoe een sociale interactie tussen ouders en baby eruitziet voor een goede hechting, wordt beschreven dat een sleutelfiguur voor de hechting belangrijk is. Ons rest nog de vraag voor een eventueel vervolgonderzoek, wat de invloed is wanneer een baby wordt afgestaan en binnen welke tijd. Dit zal verschil maken voor de melding bij het AMK.

Discussie

In dit hoofdstuk zal er ingegaan worden op de uitvoering en betrouwbaarheid van het onderzoeksproces. Binnen dit hoofdstuk zullen de uitkomsten van de enquêtes, interviews, het literatuuronderzoek en het product ter discussie worden gesteld.

In dit onderzoek is onderzocht hoe de oefenbaby methodisch ingezet kan worden zodat de hulpverlener kan beoordelen of een ouder in staat is een hechting tot stand te brengen. Uit het literatuuronderzoek blijkt dat een hulpverlener overzicht heeft op een viertal aspecten bij een ouder, om zicht te hebben of hij een sociale interactie tot stand kan brengen. Namelijk: of de ouder een betrouwbare omgeving kan creëren, of de ouder sensitief/responsief is, of de ouder reflectievermogen heeft en of de draagkracht en draaglast in balans is. Uit de interviews is gebleken dat er verschillende methodes of schema's hier helpend bij kunnen zijn. Namelijk een reflectieschema en of logboek, Om hier zicht op te krijgen kan een hulpverlener gebruik maken van het analyseschema van De Vries, Willems, Isarin & Reinders (2005) en de Kinderwenskoffer, 'Kinderen, waar kies ik voor?' (ASVZ, z.d.).

Voorafgaand aan dit onderzoek dachten wij dat het beoordelen van de sociale interactie vooral afhangt van de motivatie van de cliënt, of hij gemotiveerd is om voor de oefenbaby te zorgen. En daarin ook laat zien dat hij contact maakt met de oefenbaby, door bijvoorbeeld te praten tegen de oefenbaby. Uit dit onderzoek blijkt echter dat de instelling van de hulpverlener voor een deel bepalend is voor de beoordeling van de sociale interactie. Een hulpverlener neemt zijn eigen mening en gevoelens mee. Daarom is de methodiek Baby Bas een ethisch middel waarin het belangrijk is dat de hulpverlener en cliënt serieus genomen worden.

Wij zijn gestart met het literatuuronderzoek en tevens begonnen met interviews af te nemen. Verschillende keren zijn wij naar de Koninklijke Bibliotheek gegaan omdat dat een omgeving is met goede literatuur. Wij hebben gebruik gemaakt van verschillende (wetenschappelijke) bronnen wat ons literatuuronderzoek valide maakt.

In de enquêtes hebben wij ons vooral gericht op de sociale interactie tussen de oefenbaby en de cliënt. Wij hebben de enquête gemaakt voordat wij waren begonnen met het literatuuronderzoek. Onze gedachtekoers over de sociale interacties was voor het literatuuronderzoek vooral gericht op de interactie met de oefenbaby zelf. De vragen waren vooral gericht op welke (sociale) interactie de leerling met de oefenbaby had. De enquêtes hebben wij om deze reden niet veel kunnen gebruiken. Wij hebben wel duidelijk zicht gekregen op de interactie die er plaats kan vinden tussen leerling en de oefenbaby.

Na het onderzoek zijn wij vooral naar de cliënt gaan kijken in zijn context. Bijvoorbeeld hoe de draagkracht en draaglast is, of hij reflectievermogen heeft en of hij een betrouwbare omgeving kan creëren. Daarnaast is de instelling van de hulpverlener ook van belang om de sociale interactie te beoordelen.

Als feedback op onze enquête, gaf één van de leraren van een praktijkschool aan dat niet alle antwoorden er tussen zaten. Waardoor een leerling voor een antwoord moest kiezen wat niet (volledig) aansloot bij zijn eigen mening. Wij hadden als plan om maximaal twee open vragen te stellen in de enquête, maar hebben dit niet gedaan. Dit doordat we dachten dat alle mogelijke opties ertussen stonden. Achteraf was het betrouwbaarder geweest als we wel een open vraag hadden gesteld, of waar de leerlingen het antwoord 'anders' hadden kunnen aanvinken. Dit doet af aan de betrouwbaarheid van de uitkomsten van de enquêtes.

De enquêtes zijn via de mail verspreid naar 50 praktijkscholen, zodat leerlingen deze in konden vullen. De enquête is maar door 28 leerlingen ingevuld, wat wij een lage respons vinden.

Bekend is dat enquêtes vaak een laag respons opleveren (Baarda, de Goede & Kalmijn, 2010, p. 16). Op de mail kregen wij weinig respons, daarom hebben wij de praktijkscholen opgebeld met de vraag of zij de oefenbaby inzetten en of er de mogelijkheid was om een enquête af te nemen.

Onze kanttekening bij de digitale enquêtes die wij hebben verspreid is dat het kan zijn dat leerlingen meerdere malen de enquêtes hebben ingevuld. Dit was echter ook een risico als wij de enquêtes op papier hadden verspreid. Wij hebben de docenten gevraagd of zij de enquêtes wilde uitzetten bij hun leerlingen en bij vragen konden zij ons per mail of telefonisch bereiken. Dit hebben wij bewust gedaan, omdat het IQ van de leerlingen een rol kan spelen in het begrijpen van de vragen.

Op praktijkscholen zitten leerlingen van 12 tot 18 jaar met een IQ tussen de 55 en 80 (PRA-2, 4.9). De cliënt met wie wij een interview hebben gehad van Stichting Philadelphia, had een IQ van rond de 80. Uit de interviews blijkt dat het IQ uitmaakt voor in hoeverre een leerling of cliënt een interactie aangaat met de oefenbaby. In het afnemen van de enquêtes, hebben wij niet meegenomen wat het IQ is van de leerlingen. Dat maakt dat het onderzoek naar de interactie met de oefenbaby een zwak punt is in dit onderzoek.

De vraag die vooraf aan dit onderzoek onderzocht had kunnen worden was: Likt een oefenbaby een sociale interactie uit? Uit het literatuuronderzoek blijkt echter dat de interactie een baby voor een deel bepalend is voor de hechting, maar dat de factoren van het netwerk, reflectievermogen en de draagkracht en draaglast ook bepalend zijn voor de hechting.

In de interviews met de hulpverleners hebben wij vragen gesteld met betrekking tot de sociale interactie, de inzet, het doel en de evaluatie van de oefenbaby. Met deze informatie hebben wij een beeld gekregen over hoe de oefenbaby wordt ingezet bij diverse organisaties en zijn wij te weten gekomen hoe de sociale interactie tussen de cliënt en de oefenbaby is. Tijdens het proces van het afnemen van de interviews merkten wij dat onze interviews geleidelijk aan steeds meer weg kregen van topicinterviews. Wij gingen punten aanhalen, die in andere interviews waren benoemd. Hiermee stuurde wij het interview. Dit is negatief omdat de geïnterviewde mogelijk aspecten niet heeft gezegd die wel van belang waren voor ons onderzoek. Het kan ook positief worden gezien, omdat we

zo een breed inzicht kregen op bepaalde aspecten (bijvoorbeeld de Kinderwenskoffer) (Baarda, Goede, Teunissen, 2009, p.234-235).

Ons plan was om met de oprichters van Reality Works een interview af te nemen, zodat wij een beeld zouden krijgen van hoe de oefenbaby in Amerika wordt ingezet. Meerdere malen hebben wij deze vraag gesteld aan Reality Works, wij kregen hier echter geen antwoord op. Wel hebben wij van Reality Works materiaal ontvangen (te denken aan: de catalogus en de geschiedenis van de oefenbaby).

Er is in dit onderzoek voor gekozen om interviews af te nemen met hulpverleners van diverse organisaties. Zo hebben wij interviews afgenomen met hulpverleners van Stichting Philadelphia, ASVZ, MEE Apeldoorn en met drie docenten van praktijkscholen.

Voordat wij met dit onderzoek waren begonnen hadden wij verwacht met meerdere cliënten een interview af te kunnen nemen bij Stichting Philadelphia. Dit bleek echter lastiger door verschillende privéomstandigheden van cliënten. Daarom hebben wij er voor gekozen om aan een docent van een praktijkschool te vragen of wij leerlingen konden interviewen die de oefenbaby hadden verzorgd. Dit bleek een mogelijkheid. Vervolgens hebben wij één interview met twee leerlingen gehad.

Doordat de leerlingen in een andere leeftijdsfase zitten was de vormgeving van het interview anders (omdat de oefenbaby een onderdeel is van een lesprogramma). Aan de andere kant zijn de niveaus van de leerlingen overeenkomstig met die van de cliënten van Stichting Philadelphia. De uitkomsten zijn daardoor wel toepasbaar, maar hebben wij geen zicht op alle aspecten (bijvoorbeeld de begeleiding vanuit Stichting Philadelphia) die we bij een cliënt wel konden vragen.

Ons plan was om 15 interviews af te gaan nemen, dit bleek echter (mede doordat wij weinig cliënten konden interviewen) een te groot aantal. In overleg met onze onderzoeksdocent hebben wij besloten dat wij met 10 interviews en 28 enquêtes voldoende informatie hadden.

De interviews die wij hebben afgenomen zijn direct vastgelegd door middel van een geluidsopnameapparatuur. Deze geluidsopname hebben wij na het interview letterlijk uitgetypt. Aan de hand van de letterlijk uitgetypte tekst hebben wij fragmenten en labels gemaakt bij de uitgewerkte interviews. Aan de hand hiervan kunnen wij de gegeven informatie goed terugvinden en hiernaar verwijzen in de literatuur (Baarda, Goede, Teunissen, 2009, pp.303-324). Dat maakt ons onderzoek valide. Twee interviews hebben wij individueel afgenomen, dit omdat het organisatorisch twee keer niet mogelijk was om samen het interview af te nemen. Een nadeel van individueel een interview af te nemen is dat je elkaar niet kan aanvullen om zo meer informatie te verkrijgen. Wanneer wij samen een interview afnamen, vulde wij elkaar aan en kregen zo meer informatie.

Ons product, de methodiekbeschrijvingen, zijn ontstaan uit ons literatuur- en praktijkonderzoek. Onze aanvullende methodiekbeschrijving verwijst naar bestaande methodieken of schema's. De Kinderwenskoffer en het schema van De Vries, Willems, Isarin & Reinders(2005) kunnen geïntegreerd worden in de methodiek Baby Bas. Wij maken gebruik van deze methodiek en het schema omdat het schema publiekelijk is te bekijken en de Kinderwenskoffer al in bezit is van Philadelphia. Het reflectieschema en het logboek zijn door ons zelf ontwikkeld.

Definitie van centrale begrippen

- ASVZ
ASVZ staat voor Algemene Stichting tot Verzorging en verpleging van Zwakzinnigen. ASVZ is een organisatie voor zorg- en dienstverlening aan mensen met een verstandelijke beperking. Zij biedt de volgende faciliteiten: begeleid wonen, ambulante zorg, logeerweekenden, (medische) dagbesteding/verblijven en specifieke medische zorg. Het dienstverleningsgebied van ASVZ strekt zich uit van Zuid- en Midden-Holland tot Brabant (ASVZ, z.d.).
- Baby
Een kind van 0 tot 6 maanden.
- Baby Bas
De BabyBedenkTijd-baby die ingezet wordt bij ouders met een verstandelijke beperking.
- BabyBedenkTijd-baby
De oefenbaby is een robotbaby van de firma *RealCare*. Deze baby is net zo veeleisend als echte baby's en wanneer gebruikt binnen het aangewezen kader, voorziet deze de studenten van de meest realistische ouderschapssimulatie die beschikbaar is.
De baby heeft voeden, boeren, schommelen, luier verschonen en voorzichtig ondersteunen van het hoofdje nodig. De verzorger moet dus zelf uitvinden welke zorg er nodig is.
Een draadloze ID-chip wordt gedragen op de pols van de student, en staat de baby toe om met de student te communiceren.
De baby registreert de kwaliteit van de zorg die het ontvangt en rapporteert het aantal keren dat elk type zorg gegeven is.
De baby registreert ook het aantal en de tijden van gemiste verzoeken om zorg, evenals de frequentie van verkeerde positie, ruwe behandeling en schudden.
De baby kan tot 7 dagen vooraf worden geprogrammeerd, kan worden geprogrammeerd om op één of twee verzorgers te reageren, en kan in dagopvang worden gezet wanneer de student geen zorg kan verstrekken. BabyBedenkTijd-baby wordt ook wel als computergestuurde baby geduid.
- Hechting
Een affectieve band die een persoon of dier tot stand brengt tussen zichzelf en een specifieke ander. Een band dat hen over tijd en ruimte verbindt (Rigter, p. 175, 2002).
- Hulpverleners
Dit zijn Sociaal Pedagogisch Hulpverleners en Sociaal Pedagogisch Werkers die werkzaam zijn met mensen met een verstandelijke beperking.
- IQ
Intelligentiequotiënt; cijfer om de intelligentie aan te duiden, verkregen door de verstandsleeftijd (bepaald op grond van tests) te delen door de werkelijke leeftijd (Thesaurus zorg en welzijn).

- MEE
De naam MEE is geen afkorting maar staat voor de positie ze naast de cliënt hebben. MEE staat voor: MEE doen, MEE denken en MEE gaan.
De organisatie MEE is er voor mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke beperking. En ook voor mensen met een chronische ziekte een hersenletsel of autisme. Ze zijn er zowel voor de hulpvrager zelf als ook zijn of haar sociale omgeving. Daarnaast is MEE een samenwerkingspartner voor alle organisaties die mensen met een beperking van dienst willen zijn. Cliënten kunnen bij MEE terecht met vragen over opvoeding en ontwikkeling, leren en werken, samenleven en wonen en regelgeving en geldzaken. MEE bestaat uit tweeëntwintig regionale MEE- organisaties verspreid over heel Nederland (MEE, z.d.). MEE zet zich in voor kortdurende trajecten en verwijst bij intensievere trajecten door naar andere organisaties, passend bij de cliënt (HV-5. 1.34).
- Methodisch
Doelgericht, systematisch, procesmatig en bewust (Werkgroep, Weert).
- POP-poli
POP staat voor Psychiatrie, Obstetrie (verloskunde) en Pediatrie (kindergeneeskunde). Dit is een polikliniek die hulp biedt voor vrouwen met psychische klachten voor, tijdens en/of na de zwangerschap .Zij geven advies als een vrouw overweegt zwanger te worden bij al langer bestaande psychische klachten en/of medicatiegebruik. Daarnaast kunnen zij vrouwen in de zwangerschap begeleiden met ondersteunende behandeling, begeleiding en zo nodig medicatie (Maximá Medisch Centrum (z.d.).
- Praktijkscholen
Een praktijkschool is voortgezet onderwijs voor leerlingen van 12 tot 18 jaar die niet op het reguliere VMBO hun diploma kunnen halen (CBS, 2014). In het praktijkonderwijs doen leerlingen praktijkervaringen op. Theorie wordt gekoppeld aan praktische opdrachten en stages (Wat is praktijkonderwijs, z.d.).
- Realityworks
Realityworks is een Amerikaanse organisatie die de oefenbaby heeft bedacht en ontwikkeld. De oprichters van Realityworks zijn Rick en Mary Jurmain. Vanaf 1993 zijn zij bezig geweest met het ontwikkelen van de realcarebaby. In het begin heette de stichting nog Think it Over. Dit is later veranderd in Realityworks (Realityworks, 2014).
Realityworks heeft verschillende soorten oefenbaby's en een programma voor tijdens de zwangerschap. Zo is er de RealCare Drug-affected Baby, de RealCare Fetal Alcohol Syndrome Baby, de RealCare Shaken Baby en de Realcare Baby (Realityworks, 2013).
- Sociale interactie
De interactie die er is tussen ouder en kind.
- Verstandelijke beperking
Verstandelijk duidelijk onder het gemiddelde functionerend: een IQ van 70 of minder bij een individueel toegepaste IQ-test. Daarnaast is er sprake van gelijktijdige tekortkomingen in aanpassingsgedrag. Dat wil zeggen of betrokkene erin slaagt te voldoen aan de normen die horen bij de leeftijd in vergelijking tot zijn of haar culturele achtergrond, zoals sociale vaardigheden en verantwoordelijkheden, communicatie, ADL-niveau, onafhankelijkheid en zelfredzaamheid. De achterstand is zichtbaar voor het 18e levensjaar (Nijgh & Bogerd, 2007, p. 41).

Literatuurlijst

- Algemeen Dagblad (2009). *Baby Hendrikus thuis, met een camera*. Opgevraagd op 20 maart 2014 van <http://www.ad.nl/ad/nl/1012/Nederland/article/detail/2009819/2009/05/04/Baby-Hendrikus-thuis-met-een-camera.dhtml>
- Antonides, R. (2007). *Geheugen*. Opgevraagd op 14 maart 2014 van <http://www.hersencentrum.nl/wetenschap/scripties-artikelen-wetenswaardigheden/geheugen-html/>
- ASVZ. Afkortingen in de zorg (z.d.). Opgevraagd op 22 april 2014 van <http://www.apv-amstelveen.nl/afkortingen.htm>
- ASVZ. De complete toolkit. (z.d.). Opgevraagd op 16 april 2014 van <http://www.asvz.nl/kinderwensenouderschap/toolkit.html>
- ASVZ. De toolkit. (z.d.). Opgevraagd op 15 april 2014 van <http://www.asvz.nl/kinderwensenouderschap/koffer-film.html>
- ASVZ. Zorg- en dienstverlening van A tot Z. [gegevens]. (z.d.). Opgevraagd op 4 maart 2014 van <http://www.asvz.nl/>
- Baarda, D. B., Goede, M.P.M. de & Kalmijn, M. (2010). Wat is enquêteren? *Basisboek Enquêteren* (p. 16-23). (3^e druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, D. B., Goede, M.P.M. de, Meer-Middelburg, A.G.E. van der (2007). Het half gestructureerde en gedeeltelijk gestructureerde interview. *Basisboek Interviewen* (p. 16). (2^e druk). Houten: Wolters-Noordhoff.
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & Teunissen, J. (2009). Onderzoekstypen. *Basisboek kwalitatief onderzoek*. (p. 88). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.
- Baarda, D.B., Goede, de. M.P.M., & Teunissen, J.(2009). Hoe analyseer ik mijn kwalitatieve gegevens? (pp. 303-325). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten:, Noordhoff Uitgevers bv.
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & Teunissen, J.(2009). Interviewen, hoe doe ik dat? (pp. 234-235). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten:, Noordhoff Uitgevers bv.
- Baert, M. & Raymaekers, J. (2009). Verduidelijking van enkele begrippen. *Kinderwens en ouderschap bij mensen met een verstandelijke beperking*. (p. 122) Antwerpen-Apeldoorn: Garant
- Boef, A. H. den. Volkskracht Opinie (2012 16 april). Mag iedereen in Nederland kinderen krijgen? Opgevraagd op 16 december 2013 van <http://www.volkskrant.nl/vk/nl/3184/opinie/article/detail/3241467/2012/04/16/Mag-iedereen-in-Nederland-kinderen-krijgen.dhtml>
- BTSG (28 juni 2013). De behoeftehiërarchie van Maslow. Opgevraagd op 31 januari 2014 van <http://www.btsg.nl/infobulletin/Maslow.html>

- Budde, S., Dijk, J. van, Kisman, S. & Leene, W. R. (Verslaggeving) (2009) *Spraakmakende Zaken. Baby Hendrikus*. [TV-uitzending]. Hilversum: IKON. Opgevraagd op 5 november 2013 van <http://www.uitzendinggemist.nl/afleveringen/1176993>
- Dale, van (2014). Betekenis reflectie. Opgevraagd op 4 februari 2014 van <http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=reflectie&lang=nn#.UvDsZPtU1MA>
- Duijn, F. van. (2009). Risico-ouders: verstandelijk beperkt. *Kindermishandeling* [Tijdschrift]. 2^e jaargang, nr. 3, pp. 17-19.
- Durinck, K. & Racquet, L. (2003). Kwaliteitsbewaking. *Opvoedingsondersteuning leidraad voor ouderbegeleiders*. (p. 446) Antwerpen-Apeldoorn: Garant
Opgevraagd op 27 februari 2014
van <http://books.google.nl/books?id=KizPc9y7xB8C&pg=PA445&lpg=PA445&dq=durinck+%26+racquet+2003+basisvereisten&source=bl&ots=Cv2K6fmVNi&sig=NM3Jecd5tycyp0qDrvb81JKPs&hl=nl&sa=X&ei=UTcPU4X8BKqG4ATMylGwCw&ved=0CC8Q6AEwAA#v=onepage&q=durinck%20%26%20racquet%202003%20basisvereisten&f=false>
- Eliëns, M. (2005). Ontwikkeling van de baby. *Baby's in beeld. Video-hometraining en video-interactiebegeleiding bij kwetsbare baby's*. (pp. 24, 56, 63, 64). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Europees Hof voor de Rechten van de Mens (2002), *Artikel 1; Recht te huwen. Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden* (verdrag Europees Hof). Opgevraagd op 5 november 2013 van http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_NLD.pdf
- Feldman, R. S (2012). De sociale ontwikkeling en de persoonlijkheidsontwikkeling in de babytijd. *Ontwikkelingspsychologie*. In A. Moons, *Ontwikkelingspsychologie*. (p. 218) (5^e druk). A. Benelux: Pearson Education.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., & Target, M. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.). *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (pp. 233-278). New York: Analytic Press.
- Gezondheidsraad (2002). *Anticonceptie voor mensen met een verstandelijke handicap*. (Brief aan de Minister van Volksgezondheid en Sport). Den Haag.
Opgevraagd op 5 november 2013 van <http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/0214nnw3.pdf>
- Herbert, M. (1996). Hechting van het kind aan de ouder. *Hechting*. (p. 10). Baarn: Intro.
- Hoogsteder, M. & Vriese, S. de (2004). Hechting en loyaliteit. In Hoogsteder M. en Vriese S. de (Red.), *Hechting en loyaliteit*. (p.8). Amsterdam: SWP.
- Hoogsteder, M & Vriese, S. de (2004). Inleiding. *Hechting en loyaliteit* (p. 7). Amsterdam: Uitgeverij SWP.

- Horst, W. ter (2002). De ouders. *Onderwijzen is opvoeden*. (4^e druk) (p. 61). Kampen: Uitgeverij Kok.
- Horst, W. ter (2006). *Het herstel van het gewone leven* (geactualiseerde druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Hut, M. (2010). *Validatie methodieken*. MEE Drenthe.
- IJzendoorn, M.H. van (1992). *Het stempel van ouders op de gehechtheid van het kind*. (pp. 15 - 17). Rijks Universiteit Leiden.
- Joha, D., Gerards, G., Nas, M., Gendt, J. van & Kersten, M. (2006). Omgaan met een kinderwens. *Ondersteuning van ouders met een verstandelijke beperking. Een overzicht van methodieken* (p. 84). Den Haag: LEMMA BV.
- Joha, D., Gerards, G., Nas, M., Gendt J. van & Kersten, M. (2006). Inleiding. *Ondersteuning van ouders met een verstandelijke beperking. Een overzicht van methodieken*. (pp. 14, 22 en 23). Den Haag: Boom Lemma.
- Kestens, E. (z.d.) Hechten binnen pleegzorg: een uitdaging voor alle betrokken partijen!
Opgevraagd op 19 maart 2014 van
http://www.bethanie.be/sites/default/files/pdfs/Pleegzorgengehechtheid_Eva%20Kestens.pdf
- Kohnstamm, R. & Kohnstamm, D. (2002). Moeders, baby's en vaders. *Kleine ontwikkelingspsychologie, het jonge kind*. (p. 42). (5e druk). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kohnstamm, R. (2011). Een veilig gevoel. *Kinderen als beroep? Praktische ontwikkelingspsychologie* (p. 76). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kohnstamm, R. & Kohnstamm, D. (2002). De ontwikkeling van kinderen. *Kleine ontwikkelingspsychologie, het jonge kind*. (p. 20). (5e druk). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Mat, J. (2009). Beperkte ouders. *NRC Weekblad en Wetenschap*, 12-15
- MEE. Afkorting MEE (z.d.). Geraadpleegd op 22 april 2014 van
<http://www.vrijwilligerswerkdrenthe.nl/emmen/organisaties/MEE>
- MEE Friesland. Kwaliteitshandboek. *Document de oefenbaby*.
- MEE. Ondersteuning bij leven met een beperking [contactgegevens]. (z.d.). Opgevraagd op 16 december 2013 van <http://www.mee.nl/homepage>
- Nederlands Jeugd Instituut (z.d.). *Hechting en hechtingsproblemen*. Geraadpleegd op 4 februari 2014 van <http://www.nji.nl/Hechting-en-hechtingsproblemen-Probleemschets-Definitie>
- Nijgh, L. & Bogerd, A. (2007). Wie zijn mensen met een verstandelijke beperking? In dr. A. Gennep van. *Basisboek ondersteuning aan mensen met een verstandelijke beperking*. Soest: Nelissen
- Pas, A. van der (2006). Een metapositie. *Handboek methodische ouderbegeleiding. Naar een psychologie van ouderschap*. (pp. 148 en 149). (4e druk) Amsterdam: B.V. Uitgeverij SWP.

- Pas, A. van der (2006). De ouderen begeleidende positie: een definitie en zijn consequenties. *Handboek methodische ouderenbegeleiding, ouderenbegeleiding als methodiek*. (2^e druk). (p. 25). Amsterdam: Uitgeverij SWP
- Paumen, M. (2010). *Goed genoeg ouderschap bereiken op eigen kracht, Conferentie over Ouderschap en Kinderwens*. Kennisnet. Opgevraagd op 26 maart 2014 van <http://www.vilans.nl/docs/KNP/kennis/pdf/kinderwensenouderschap.pdf>
- Philadelphia (2014). Aandacht met plezier. *Missie en visie*. Geraadpleegd op 28 maart 2014 van <http://www.philadelphia.nl/Over-Philadelphia/Bestuur-en-organisatie/Visie-en-missie/Met-Aandacht-en-Plezier>
- Philadelphia (z.d.). Gezinsbegeleiding. Geraadpleegd op 28 maart 2014 van <http://www.philadelphia.nl/getmedia/6b20a85c-9812-45a0-8394-5c73cefc809b/Gezinsbegeleiding-folder.pdf.aspx?ext=.pdf>
- Philadelphia (2014). Missie en visie. Geraadpleegd op 28 maart 2014 van <http://www.philadelphia.nl/Over-Philadelphia/Bestuur-en-organisatie/Visie-en-missie>
- Philadelphia. Over Philadelphia[contactgegevens]. (z.d.). Opgevraagd op 5 november 2013 van <http://www.philadelphia.nl/philadelphia/overphiladelphia/>
- Philadelphia (2014). Passie. *Missie en visie*. Geraadpleegd op 28 maart 2014 van <http://www.philadelphia.nl/Over-Philadelphia/Bestuur-en-organisatie/Visie-en-missie/Passie>
- Philadelphia (2014). Professionaliteit. *Missie en visie*. Geraadpleegd op 28 maart 2014 van <http://www.philadelphia.nl/Over-Philadelphia/Bestuur-en-organisatie/Visie-en-missie/Professionaliteit>
- Philadelphia (2014). Verantwoordelijkheid. *Missie en visie*. Geraadpleegd op 28 maart 2014 van <http://www.philadelphia.nl/Over-Philadelphia/Bestuur-en-organisatie/Visie-en-missie/Verantwoordelijkheid>
- Popken, J. (1991). Het persoonlijke en het openbare bij Goffman. *Het leed dat samenleving heet*. (p. 63) (1^e druk). Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Primowees, E. & Gendt, J. van. (2005). Kinderwens en ouderschap van mensen met een verstandelijke beperking. Philadelphia.
- Raad voor Kinderbescherming (z.d.). Reactie Raad op beschikking rechtbank in zaak baby Hendrikus[nieuwsbericht]. (2009, 2 februari). Opgevraagd op 5 november 2013 van http://www.kinderbescherming.nl/meer_nieuws/nieuwsberichten/archief-2009/actie-raad-op-beschikking-rechtbank-in-zaak-baby-hendrikus.aspx
- Raymaekers, R. (2008) Gehechtheid: definitie en oorsprong. *Denken en weten over de wereld XXI. Lessen voor de eenentwintigste eeuw*. (pp. 87 en 88). Leuven: Universitaire Pers.
- Realityworks (2014). The realityworks Story. Opgevraagd op 4 maart 2014 van <http://realityworks.com/about/realityworks-story>

- Realityworks (2013). Experiential Learning Technology. Opgevraagd op 4 maart 2014 van <file:///C:/Users/Gebruiker/Downloads/International%20Catalog%202013.pdf>
- Realityworks (2008). Explanation of the RealCare Program. *RealCare Program, Curriculum with RealCary Baby*.
- Reflectie Baby project (z.d.) Breda. [Persoonlijk bezit praktijkschool Breda].
- Reinders, H. (2011). Kinderwens en ouderschap. *Hoera, ik ben een autist!* (pp. 41-43). Apeldoorn: Garant-Uitgevers n.v.
- Rigter, J. Gehechtheid en hechtingsstoornissen (2002). *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen* (pp. 175, 177, 179 - 181). (1^e druk) Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Rozendal, H. (z.d.). Presentatie Baby Bedenktijd-baby. Philadelphia.
- Solter, A. (2013). Gehechtheid: Laat je baby zich veilig voelen. *Baby's weten wat ze willen. Vertrouwen op de signalen van de je kind* (p. 283 en 284). (3^e druk). Berchem/Antwerpen: Uitgeverij EPO.
- Spanjaard, H. & Haspels, M. (2005). Informatie analyseren en doelen stellen. *Families First*. (6^e geheel herziene druk) (pp. 75 - 76). Amsterdam: B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam
- St. Elizabeth ziekenhuis. *Het hechtingsproces bij kinderen tussen de 0 en 2 jaar*. (z.d.). Opgevraagd op 4 maart 2014 van http://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDgQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.elisabeth.nl%2Fpublish%2Fpages%2F44608%2F1.65003-10hechtingsproblemenbijkinderen.pdf&ei=jyY0U7fBFOiG0AX04YDwAw&usg=AFQjCNGp85vqXYdIMAs-wJbeeuJ0Yftm6A&sig2=A9vYNShNy_ZRscp3v58Tlw&bvm=bv.63808443,d.d2k
- Stimulansz (2013). Thesaurus zorg en welzijn [definitie uitleg]. Opgevraagd op 19 november 2013 van <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/IQ.htm>
- TV Rijnmond (2007). *Interview Ingeborg Huijser en leerling Wendy* [TV-uitzending]. Opgevraagd op 16 december 2013 van <http://babybedenktijd.nl/?ContentID=6&SubcontentID=10>
- Vaessen, G. (2006). Veilig gehechte kinderen. *Als hechten moeilijk is. De rode draad van het verleden. Een professioneel dialooggericht aanbod voor ambulante werkers in de jeugdzorg en ouders* (p. 23). (2^e druk). Apeldoorn/Antwerpen: Garant. Opgevraagd op 14 maart 2014 van http://books.google.nl/books?id=WKzSUIyBgMC&pg=PA23&dq=piaget+en+hechting&hl=nl&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q=piaget%20en%20hechting&f=false
- Veldhuis, M. (2007). Startmap voor Nederlandse Gebruikers. *BabyBedenktijd-Baby* (p. 4). Rotterdam: Stichting de Meeuw.

- Verdonk, I. (2011). Kinderwens en ouderschap: verlangen en realiteit. *Ze zeggen dat we het niet aankunnen. Kinderwens en ouderschap van mensen met een lichte verstandelijke beperking*. (p. 132). Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Verdult, R. *De competente foetus en baby: op weg naar hechting*. Opgevraagd op 4 maart 2014 van <http://www.stroeckenverdult.be/site/upload/docs/de%20competente%20foetus%20en%20baby%20vlov%20versie.pdf>
- Verhofstadt-Denève, L., Geert, van P. & Vuyt, P. (2003). De ethologische hechtingstheorie van Bowlby. *Handboek ontwikkelingspsychologie. Grondslagen en theorieën*. (p. 66). (5^e druk). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Verhulst, F. C. (2005). Ontwikkelingstheorieën. *De ontwikkeling van het kind*. (pp. 15, 75, 76). Assen: Uitgeverij Van Gorcum.
- Vermeulen, P. (2009) *Jonge kinderen en scheiding*. Opgevraagd op 4 maart 2014 van <http://www.mediat.nl/documenten/Jongekinderen&scheiding.pdf>
- Vonken, L. & Groenen, M. *Productomschrijving Gezinsbegeleiding* (z.d.).
- Vries, J.N. de, Willems, D.L., Isarin, J. & Reinders, J.S. (2005). *Samenspel van factoren. Inventariserend onderzoek naar de ouderschapscompetenties van mensen met een verstandelijke handicap*. Amsterdam: eindrapport Universiteit van Amsterdam in samenwerking met Vrije Universiteit Amsterdam. Opgevraagd op 27 februari van <http://parlis.nl/pdf/bijlagen/BLG5147.pdf>
- Vries, J.N. de, Willems, D.L., Isarin, J. & Reinders, J.S. (2005). *Samenspel van factoren: inventariserend onderzoek naar de ouderschapscompetenties van mensen met een verstandelijke handicap: eindrapport*. Universiteit van Amsterdam. Opgevraagd op 10 februari 2014 van <http://www.nji.nl/nl/Samenspel-van-factoren-Inventariserend-onderzoek-naar-de-ouderschapscompetenties-van-mensen-met-een-verstandelijke-handicap>
- Waal, J. de (2002). In de beginne was er hechting. De waarde van theorieën over hechtingsstijlen voor de psychotherapeutische behandeling en indicatiestelling. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 28, 181-191
- Wal, H. van der (2009). Hechting is van levensbelang. *Boektijdschrift Kiind* Opgevraagd op 16 januari 2014 van <http://kiind.nl/articles/65/Hechting.html>
- Wat is de oefenbaby. (z.d.). Opgevraagd op 15 januari 2014 van <http://www.oefenbaby.nl/?page=wat>
- Waverijn, P. (2010). De behoefte piramide van Maslow [afbeelding]. Opgevraagd op 31 januari 2014 van <http://www.philipwaverijn.nl/advies/?page=voorna>
- Weert, D. de (2006, 21 november). De kenmerken van methodisch handelen. [bijdrage online werkgroep]. Opgevraagd op 16 oktober 2013 van <http://werkgroep-oam6b.blogse.nl/log/de-kenmerken-van-methodisch-handelen/de-kenmerken-van-methodisch-handelen.html>

Westerloo, A. van (2013). Frieda's ouders zijn zwakbegaafd. *Libelle*, 34, 33-34

Zegwaart (2009). *Zelfzorg, verzorging en biologie deel 7*. (1^e druk) Didam: Uitgeverij Spondi

Zoon, M. (2013). *Kenmerken en oorzaken van een licht verstandelijke beperking*. Nederlands Jeugd Instituut. Opgevraagd op 25 maart 2014 van
http://www.jeugdinstituut.nl/nl/LVB_Kenmerken_en_oorzaken.pdf

Bijlagen

Bijlage A: Uitslagenrapport oefenbaby

RealCare® Baby
Simulation Report



Class

Student ID1 5663D ID2 00000

Baby BABYCC25 Caucasian Male

Start 8/3/2010, 7 PM **Stop** 9/3/2010, 7 PM

Schedule Order 2 1 2 3 4

Quiet Times

Total Simulation Time: 0d 00h 44m

Proper Care		
Rock	0/0	0%
Diaper	0/0	0%
Burp	0/0	0%
Feed	1/1	100%
Average	1/1	100%

ID1 was used 3 times, ID2 was used 0 times

Baby cried 3 minutes total

Mishandle		
Shaken Baby	0	0%
Head Support	2	-6%
Wrong Position	0	0%
Rough Handling	0	0%
Other		0%
Total	2	-6%

Performance Overview: 94% 

Monday, March 8

7:56 PM Start Simulation

8:07 PM Head Support

8:13 PM Head Support

8:33 PM Begin Quiet

8:40 PM Stop

Er staat bovenin hoelang de oefenbaby heeft aangestaan. In de linker tabel staat de juiste zorg met aantallen en procenten erbij. De oefenbaby heeft dertig keer gevraagd om de zorg wiegen. Deze heeft hij alle dertig gekregen. Hier is de score daarom ook 100%. Wanneer de ouder niet voldoet aan deze zorg, dan zal het aantal zorg wat gevraagd en gegeven is niet volledig zijn. Dit wordt dan ook aangegeven in de aantallen en de procenten. In de rechterkolom wordt aangegeven of de oefenbaby is mishandeld, bijvoorbeeld wanneer de oefenbaby door elkaar is geschud, in een verkeerde positie heeft gelegen of wanneer het hoofdje niet voldoende is ondersteund. Zoals in bijlage één in de rechterkolom is aangegeven heeft de oefenbaby één keer in een verkeerde positie gelegen. Onderaan het schema staat hoe de ouder het in het algemeen heeft gedaan in de zorg voor de oefenbaby. Wanneer er teveel zorg is gemist en niet zorgvuldig is vastgehouden zal de totale zorg ook aangegeven dat het niet voldoende is (Realityworks, 2008.).

Bijlage B: Zorgschema's

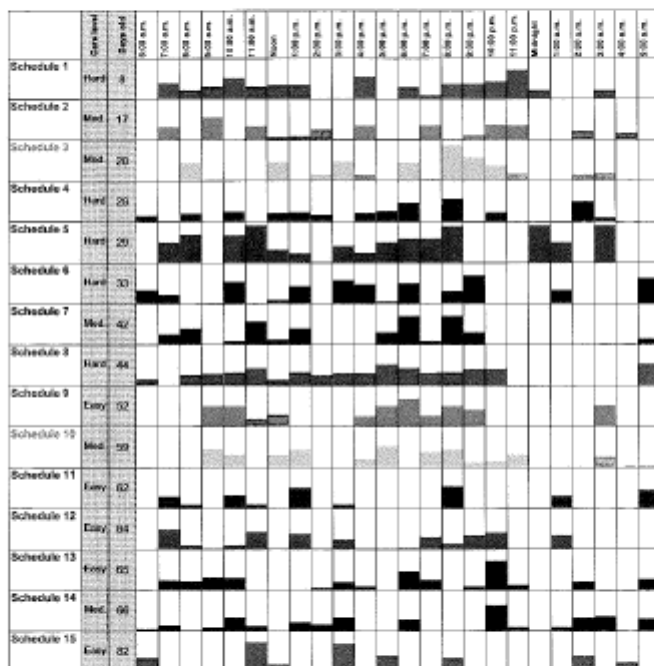


Infant Care Schedule Table

The Realityworks RealCare® Parenting Program features infant care simulations that can be customized for each participant.

Fifteen different infant care schedules – classified into Easy, Medium and Hard – are available to choose from. A variety of schedules can be selected for the course of a simulation, and these schedules can be manually chosen or randomly assigned using Control Center software or the optional handheld control unit. Schedules are based on the care required by 15 real infants over a period of 24 hours as shown below.

The blocks of color indicate the amount of time during the hour that the simulator will need care. This allows the instructor to choose the most appropriate schedule for each participant.



The following are registered trademarks of Realityworks:
RealCare Baby and the RealCare Baby logo are registered trademarks in
Australia, Canada, Japan, United Kingdom, and the United States only.
RealCare Baby, RealCare Baby II and RealCare Baby II are registered
in Australia, European Community, Mexico, New Zealand, and the United States only.

Copyright © 2008 by Realityworks. All rights reserved.

Realityworks

Specialty Learning
2709 Mendota Road
PO Box 929
Evanston, WI 54703-0929 USA
800.830.1436
+1.715.896.2800
www.realityworks.com
info@realityworks.com
Outside the United States:
info@realityworks.com

Er zijn vijftien zorgschema's, onderverdeeld in de drie hoofdprogramma's. Deze vijftien zorgschema's verwijzen naar de programma's in de bijlage.

Makkelijk: 9, 11, 12, 13, 15

Gemiddeld: 2, 3, 7, 10, 14

Moeilijk: 1, 4, 5, 6, 8 (Realityworks, 2008.)

Bijlage C: De kinderwenskoffer: Kinderen, waar kies ik voor?



De ASVZ (een organisatie voor zorg- en dienstverlening aan mensen met een verstandelijke beperking) heeft in 2008/2009 de Kinderwenskoffer samen gesteld. Deze koffer, met als titel: Kinderen, waar kies ik voor? is een toolkit met spelvormen, handreikingen en aanbevelingen om met cliënten, ouders en collega-hulpverleners over dit thema in gesprek te gaan (ASVZ, z.d.). Het gesprek in deze methodiek staat centraal. Het in gesprek gaan met jezelf, collega's en de ouder. De toolkit bevat de volgende producten:



Kinderen, waar kies ik voor?

Dit is een handreiking waarin informatie staat over het onderwerp kinderwens. En het geeft uitleg over de materialen die de Kinderwenskoffer bevat.



Praten over de kinderwens

Aan de hand van casuskaarten kan de hulpverlener oefenen om met zijn cliënt in gesprek te gaan over de kinderwens. Dit product bevat oefenmateriaal voor in het team: casuskaarten, evaluatievragen, observatielijst en een informatieboekje over praten over de kinderwens.



Het wensenkwartet

Dit is een spel wat de hulpverlener samen met de cliënt kan spelen. Om de toekomst van de cliënt te verkennen. En de kinderwens bespreekbaar te maken. Met als onderwerpen: wonen, werken, vrienden, contacten in de buurt, vakantie, persoonlijke ontwikkeling, relaties, leven zonder kinderen, leven met kinderen, opvoeden, inkomen, dromen, familie, begeleiding voor mezelf, begeleiding bij opvoeden, omgeving, ik en mijn leven, vrije tijd, seksualiteit, vrienden maken, uit huis gaan, school, steun van familie, gezondheid en verleidingen.



Bij wie kan ik terecht?

Met dit spel kan de hulpverlener het netwerk van de cliënt in kaart brengen. En wie in de omgeving van de cliënt welke steun kan bieden als er een kind is.



Weet ik waarvoor ik kies?

In dit pakket zitten verschillende spelen en informatie wat inzicht geeft aan de cliënt wat er komt kijken bij het hebben van een kind. De volgende onderwerpen staan daarbij centraal: geld, relatie, tijd, vaardigheden en wonen.



Visie op visie

Dit is een stellingenspel waarmee hulpverleners op zichzelf kunnen spiegelen hoe zij tegenover de kindwens staan. Dit spel kan in teamverband gebruikt worden.



Kijken naar keuzes

In deze brochure worden tips gegeven voor themabijeenkomsten over de kindwens binnen de organisatie.



Mijn kind wil een kind...

Een informatiebrochure voor ouders met een verstandelijke die zich zorgen maken over de kindwens van hun kind.



Zwangerschapsboek

Deze brochure is bedoeld voor mensen met een verstandelijke beperking die zwanger zijn. De verschillende fases van de zwangerschap worden beschreven waarbij de (toekomstige) ouder zelf dingen kan bijschrijven (ASVZ, z.d.).

Bijlage D: Geboortecertificaat



The image shows a birth certificate form for a baby doll. On the left is a photograph of a baby doll wearing a white onesie with a small circular logo. The form is titled "Birth Certificate" in a large, bold font. Below the title, there are several lines for text entry, each with a label: "Baby Name", "Day", "Month", "Year", "Parent Name", "Weight", "Length", and "Delivered by". The "real care" logo is in the top left corner, and the "Realityworks" logo with the tagline "Live it. Learn it." is in the bottom right corner.

real care

Birth Certificate

Baby Name

Day Month Year

Parent Name

Weight

Length

Delivered by

Realityworks
Live it. Learn it.

Bijlage E: Analyseschema



(Vries, J.N. de, Willems, D.L., Isarin, J. & Reinders, J.S. 2005)

Bijlage F: Reflectie zorgen voor de oefenbaby

Reflectie Baby project

Naam:

Klas:

Aan het eind van de verzorgingsperiode van de baby vul je dit formulier in. Je levert dit ingevulde formulier tegelijk met de baby bij mij in.

1. Op welke manier was het zorgen voor de baby net als het zorgen voor een echte baby?
2. Op welke manier was het zorgen voor de baby niet hetzelfde als het zorgen voor een echte baby?
3. Wat viel mee aan het verzorgen van de baby?

4. Wat viel tegen aan het verzorgen van de baby?
5. Wat heb je nodig om een goede ouder te kunnen zijn?
6. Wat heb je geleerd van deze ervaring?
7. Heb je nog opmerkingen?

Leerling-contract

Contract gebruik realcare baby

Leerling:

Adres:

Postcode:

Plaats:

Ik verklaar de oefenbaby te behandelen volgens de afspraken hieronder:

1. Ik ga 1 weekend voor de realcare baby zorgen.
Vanaf vrijdagmiddag tot en met maandagmorgen.
2. Ik zal voor de realcare baby zorgen alsof het mijn eigen kind is.
3. Ik zal goed voor alle spullen zorgen.
4. Ik neem de realcare baby weer mee naar school op de eerste schooldag en ik neem alle spullen die erbij horen mee.
5. Ik laat de realcare baby niet over aan anderen en zorg ervoor dat huisdieren er niet bij kunnen.
6. Ik behandel de realcare baby voorzichtig en geduldig.
7. Ik maak het "kastje" in de rug niet open.

Handtekening

Datum

Oudercontract

Contract gebruik realcare baby

Verzorgers van:
Naam verzorger:
Adres:
Postcode:
Plaats:

Ik verklaar dat mijn zoon/dochter een weekend lang voor een realcare baby mag zorgen.

Een realcare baby kost €1500,00.
Eventuele schade aan de baby door verkeerd of onzorgvuldig gebruik wordt op de leerling /ouders verhaald.

Handtekening

Datum

Bijlage I: Eigen ervaringen verzorgen van de oefenbaby

Reflectie na het zorgen voor Baby Bas: Janneke Mali.

24 – 27 januari 2014.

Ik haalde Baby Bas op vrijdag om 15.00 op. Ik was best gespannen, omdat ik niet zo goed wist wat ik moest verwachten. Hanny vertelde mij wat te doen wanneer Bas zou huilen. Ik hoefde alleen de chip langs zijn luier of rug te halen en ik zou zijn luier kunnen verschonen of hem zijn flesje geven. Zo gezegd zo gedaan. Ik stapte op de fiets met Baby Bas, want ik heb helaas geen auto. Ik had het idee dat iedereen naar mij keek, omdat ik met een Maxi-Cosi met een kind erin op de fiets zat.

Samen met mijn vriend en Baby Bas ben ik naar mijn vaders huis gegaan om hem te laten zien. Na een tijd viel het ons op dat hij wel erg stil was. Wat bleek, zijn batterij was leeg. Dus nog even geen gehuil totdat ik thuis was. Eenmaal thuis heb ik Baby Bas aan de lader gelegd om zo toch nog even voor hem te kunnen zorgen.

De eerste nacht heeft hij aan de oplader gelegen waardoor hij 's nachts nog niet heeft gehuild. Zaterdag overdag begon het dan echt. Baby Bas begon te huilen wanneer hij iets nodig had. Het was nog best lastig om te ontdekken wat hij nodig had aan zorg. Zijn luier moest precies goed zitten, dan pas stopte hij met huilen. Zaterdags moest ik werken om 11.00 uur en daarom zorgde mijn vriend tot 15.00 uur voor hem omdat hij daarna ook moest werken.

Toen ik 's avonds thuis kwam, begon het zorgen voor Baby Bas weer. Hij hilde wanneer hij iets nodig had en ik dacht (zo was mij ook verteld), dat als hij aan de oplader ligt hij dan niet huilt. Dus toen wij 's avonds naar bed gingen, hebben wij Baby Bas aan de oplader gelegd om een goede nacht te kunnen maken. Helaas was Baby Bas het er niet mee eens en heeft de hele nacht gehuild. Dit was best pittig, omdat hij ongeveer om de anderhalf uur/twee uur hilde. Ik ben uit bed gegaan om hem tevreden te stellen met een flesje, aai over zijn rug of een schone luier. De eerste nacht dat hij zoveel hilde, is me erg zwaar gevallen. Ik wist wel dat baby's 's nachts veel zouden huilen, maar dat het zo vermoeiend was wist ik niet.

Zondag zijn we weer er tegen aan gegaan om voor Baby Bas te zorgen. Overdag was het best gezellig, omdat er een Maxi-Cosi in je huis staat, het flesje en alle kleertjes er ook zijn.

Toen het zondagavond was, zag ik weer erg tegen de nacht op. Dit omdat ik van de vorige nacht wist hoe vermoeiend het was. Ik had van te voren al zijn kleertjes al uit gedaan, dit wanneer hij een schone luier wilde ik niet eerst al zijn kleertjes uit hoefde te doen en hij dus sneller stil was. Dit is natuurlijk niet echt een goede competentie, maar wanneer het een echte baby is doe je dit natuurlijk niet.

Maandagnacht heeft Baby Bas weer veel gehuild, maar doordat ik al beter wist wat ik moest doen was hij gelukkig sneller tevreden en hield eerder op met huilen. Deze nacht was alsnog erg vermoeiend en ik was blij dat we hem maandag ook weer terug mochten brengen.

Het zou nog even spannend worden op de fiets, omdat hij natuurlijk op een onverwacht moment kan gaan huilen. We hebben ook erg snel gefietst naar Philadelphia om hem terug te brengen, zonder dat hij zou gaan huilen onderweg.

Al met al was het een hele ervaring om voor Baby Bas te zorgen. Ik weet nu dat het lastig is om iets te plannen wanneer je een klein kind hebt. Maar doordat hij een pop is en wij een 'normale' begaafdheid hebben, is het al wat meer beschamend wanneer je met hem op straat loopt of fietst. Wat ik ook erg lastig vond, is dat wanneer hij hilde en je hem oppakte, je echt eerst met de sensor moest zoeken naar wat hij nodig had. Een echte baby gaat al wat minder huilen wanneer je hem oppakt, dan weet hij al dat er iets gaat gebeuren. Dat Baby Bas dit niet doet is logisch, maar dit maakt het wel wat moeilijker om je in te leven en te doen alsof het een echt kind is.

Ik ben blij dat ik Baby Bas wel een weekend mee naar huis heb gehad om voor te zorgen. Zo weet je ook wat cliënten en ouders doormaken wanneer ze twee weken voor hem zorgen, wat echt heel lang is.

Reflectie na het zorgen voor Baby Bas: Ilonka Hoencamp

20 – 21 februari 2014.

Baby Bas ben ik rond 11 uur gaan ophalen met de auto in Apeldoorn. Ik had Baby Bas al een keer eerder in huis gehad voor de presentatie van de factsheet. Ik ben toen 's middags voor school gaan werken en ook kwam er 's middags iemand bij mij thee drinken. Ik ben 's avonds met Bas een vriendin naar de winkel geweest.

Ik merkte (zeker de eerste keer) dat ik het wijs vond om met Baby Bas over straat te gaan. Ik vind het een leuk idee als mensen mij als een moeder zien. Aan de andere kant schaamde ik me ook wel wat als mensen dichterbij kwamen en dan konden zien dat het een oefenbaby was. Ik merkte dat er wel echt moedergevoelens bij mij naar boven komen en ik dan in een soort droom kan leven. Het lijkt me namelijk erg leuk om echt een baby te hebben.

Ik vond het spannend dat hij rond twee uur aan zou gaan en ik moest ook wennen toen hij begon te huilen. Ik ben toen gaan kijken van wat hij nodig had. Ik merkte dat er wel een prestatiedruk op me lag, omdat ik het graag goed wilde doen. Ik wil me niet laten kennen dat ik niet voor hem kan zorgen. Ik merkte ook dat ik het spannend vond als iemand anders hem vast hield, want ik wilde niet dat ik daardoor minder punten zou krijgen (doordat bijvoorbeeld iemand zijn hoofdje niet goed vast hield).

's Avonds ben ik samen met een vriendin en Baby Bas naar de winkel gegaan. Ik had een sjaal als een soort draagdoek om mij heen, zodat Baby Bas tegen mij aan lag. Mensen konden eigenlijk alleen zijn voetjes en mutsje zien. Mensen glimlachten ook naar mij, één mevrouw zei zelf: 'Net geboren zeker?' Ik vond het bijzonder om te merken dat mensen het als echt zagen, het voelde als toneelspelen.

Als ik achter mijn laptop zat te werken dacht ik soms: ooh ja hij kan gaan huilen. Ik hield er best wel veel rekening mee gedurende de dag. Toen ik 's middags wat boodschappen ging doen deed ik dat ook snel (mijn huisgenoot paste toen even op) want ik wilde graag zelf hem de verzorging bieden.

Eerlijk gezegd vind ik het systeem nog best wel lastig. En tegelijkertijd vind ik het heel bijzonder dat dit kan bestaan! Hoe bijvoorbeeld de computer nu kan registeren hoe ik voor hem zorg.

Ik merkte dat ik het zelf spannend vond en ook wel ingewikkeld. Ik vroeg me daarom ook af hoe mensen met een beperking dit beleven. Zouden zij het dan moeilijker vinden en ook spannend? Dat zijn mooie dingen waar ik nu wil achter komen doordat ik nu zelf voor de baby heb gezorgd.

Kortom: Ik vond het een waardevolle ervaring wat denk ik ten goede komt aan het onderzoek, omdat ik nu zelf heb ervaren wat Baby Bas vraagt en wat daarbij komt kijken.

Bijlage J: Kernlabels

Kernlabels	Sublabels
Aanvullende methodiek oefenbaby	Kinderkoffer(54) Video-hometraining(20)
Beleving oefenbaby	Bas ervaren(13) Cliënten(46) Ervaring baby Bas(27) Ervaring cliënten(21) Ervaring hulpverlener(22) Ervaring leerling(91) Mening baby Bas(6) Oefenbaby ervaren(3) Praktijk(13) Visie oefenbaby(3) Voorbeelden cliënten(82)
Doel oefenbaby	Beoordelen(78) Doel inzet oefenbaby(15) Eigen kind opvoeden(17) Ethisch(3) Gevolgen zwangerschap(7) Kinderwens(14) Reden zwangerschap(5)
Inzet oefenbaby	Afronding(10) Begeleiding(114) Begeleiden(39) Begeleiden cliënt(21) Evaluatie oefenbaby(22) Methode(218) Organisatie(2) Samenwerken derde(25) Samenwerking(19) Samenwerken begeleiders(44) Vorbereiding oefenbaby(47)
Ontstaan methodiek oefenbaby	Geschiedenis baby Bas(4) Geschiedenis oefenbaby(88)
Praktisch zaken oefenbaby	Bedrijf RealCare(20) Technisch Bas(9) Technisch oefenbaby(4)
Sociale interactie	Sociale interactie(119)

In de beantwoording van de deelvragen worden de codes HV, PRA, CP en LPR gebruikt. Deze afkortingen hebben wij gebruikt om de interviews te anonimiseren.

Deze afkortingen staan voor:

- HV: Hulpverlener
- PRA: Praktijkschool
- CP: Cliënt Philadelphia
- LPR: Leerling Praktijkschool

Het cijfer wat volgt achter deze afkorting, is de verwijzing naar het interview met de desbetreffende persoon. Na het interview zijn er fragmenten gemaakt, die genummerd zijn. De laatste cijfers in de verwijzing, staat voor dit fragment.

De interviews zijn opvraagbaar bij Ilonka Hoencamp en Janneke Mali.

Bijlage K: Diagrammen enquête

Algemene informatie enquête.

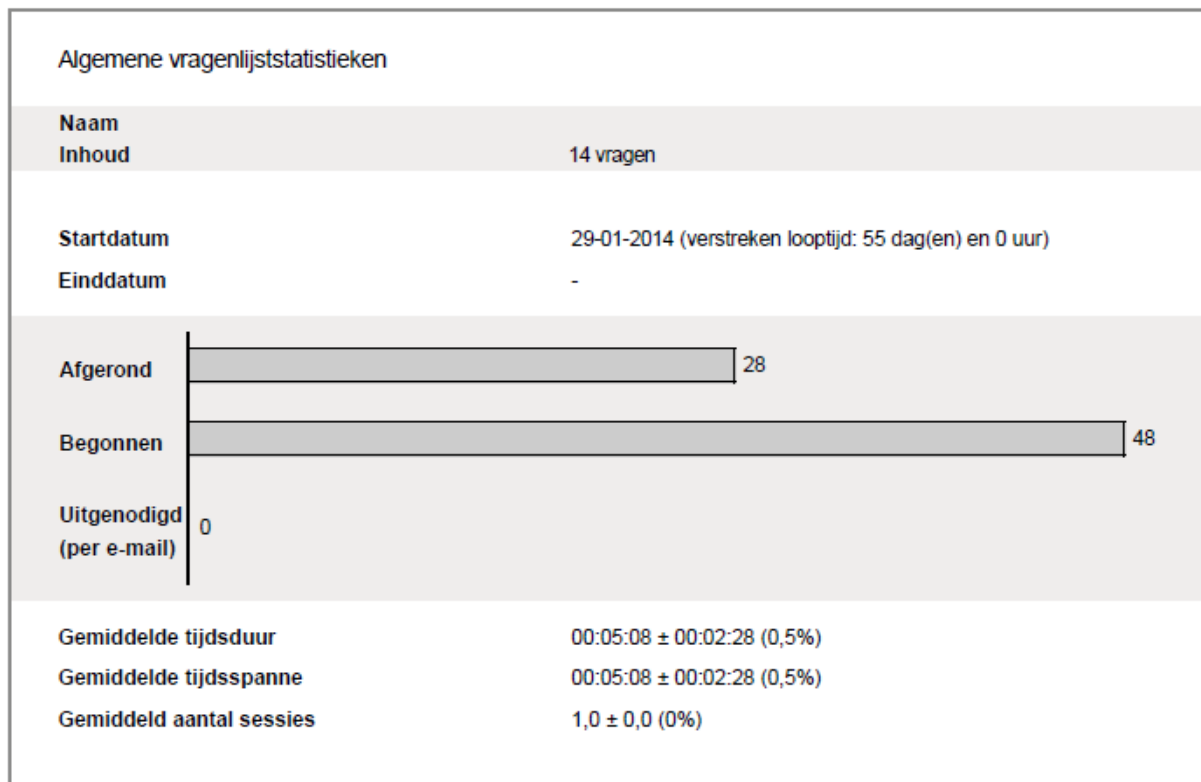


Diagram 1

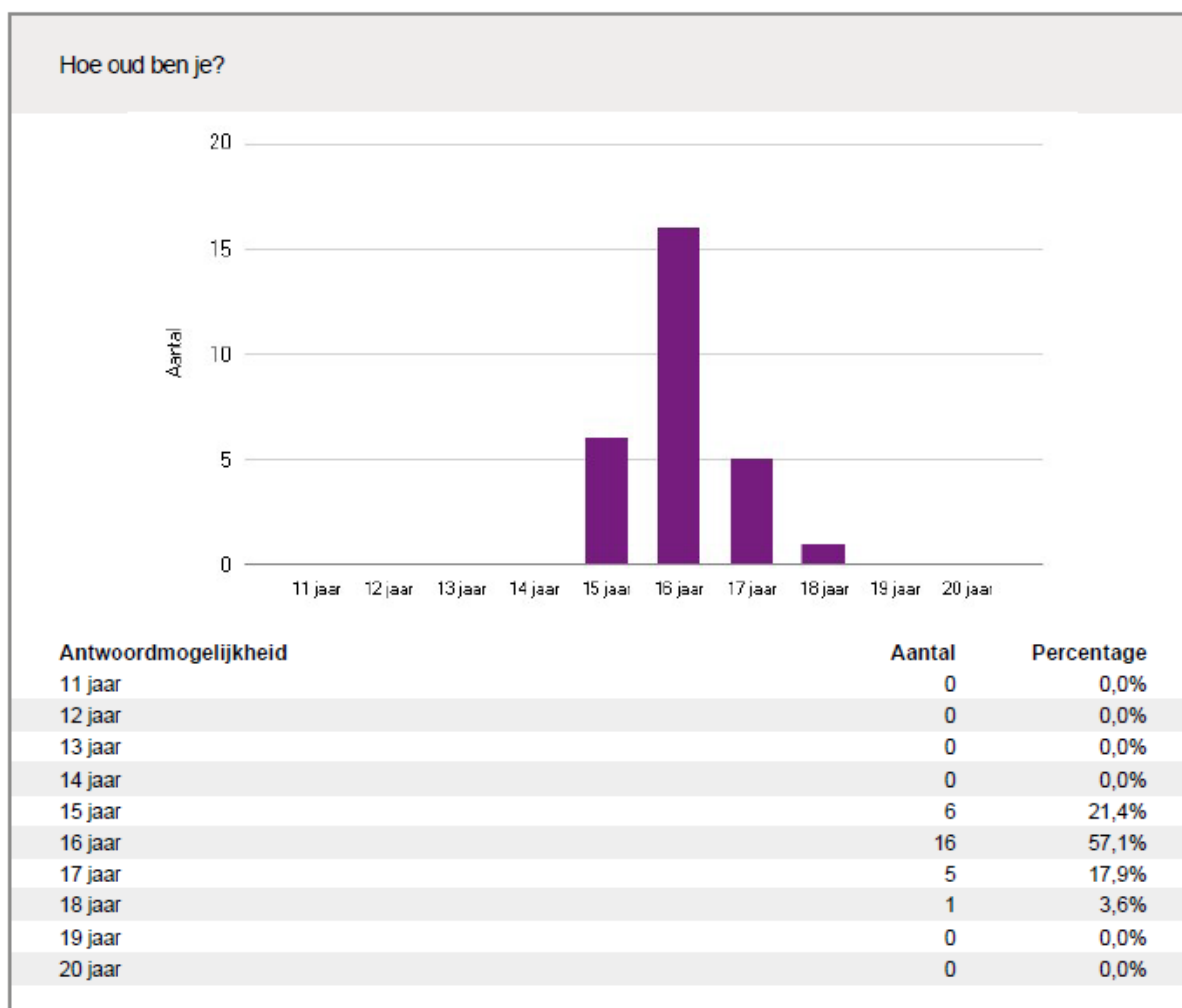


Diagram 2

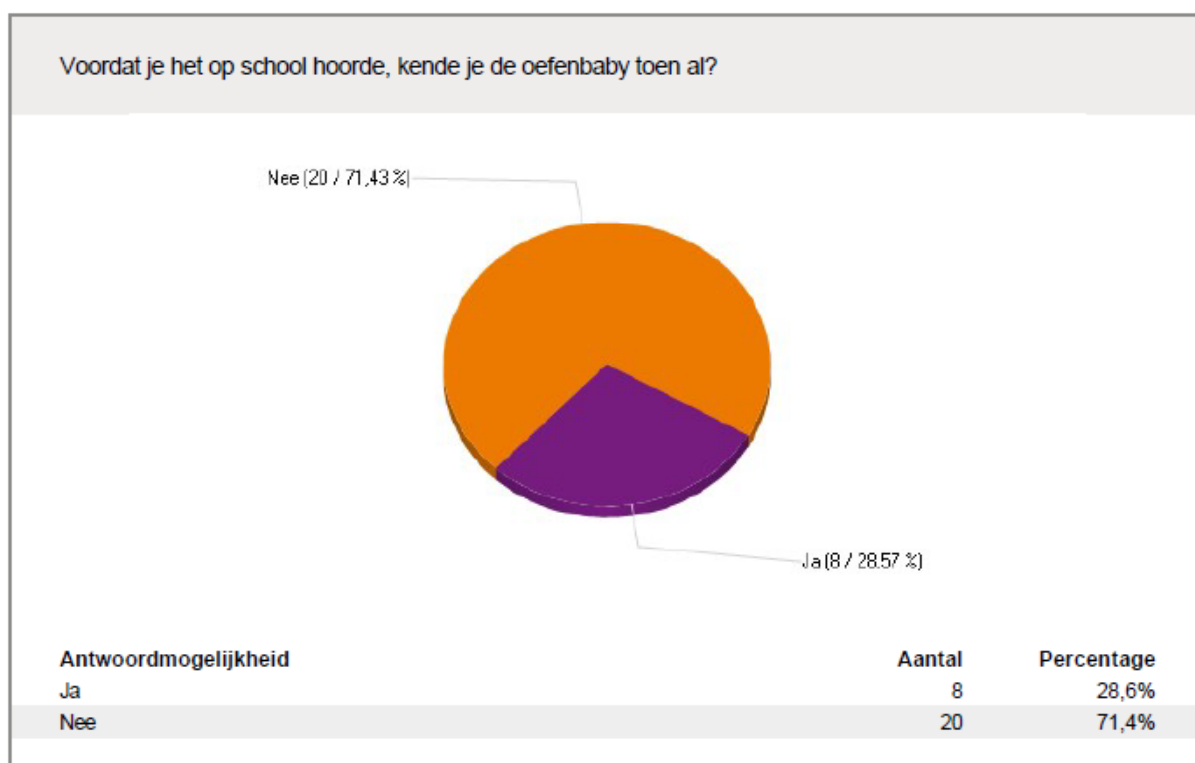
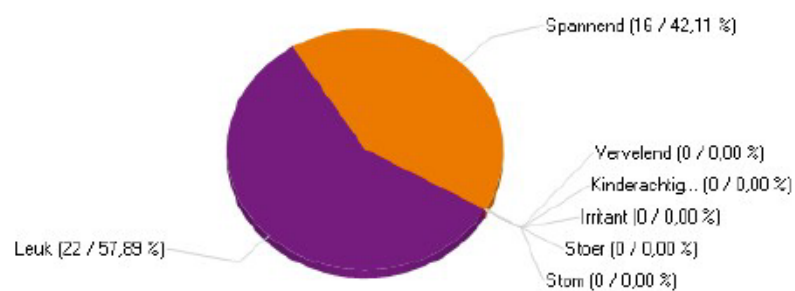


Diagram 3

Toen je hoorde dat je voor de baby mocht zorgen. Hoe vond je dat?



Antwoordmogelijkheid	Aantal	Percentage
Leuk	22	57,9%
Spannend	16	42,1%
Stom	0	0,0%
Vervelend	0	0,0%
Stoer	0	0,0%
Kinderachtig	0	0,0%
Imitant	0	0,0%

Diagram 4

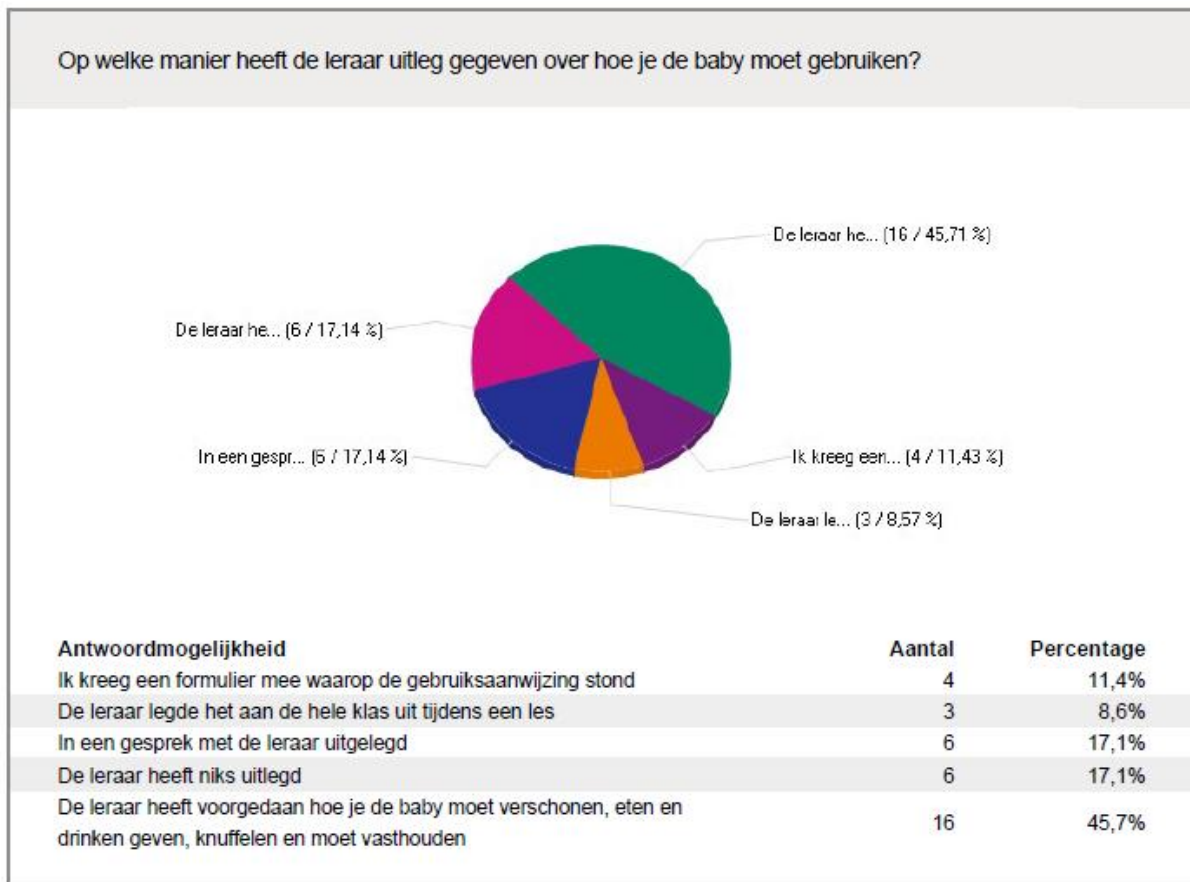


Diagram 5

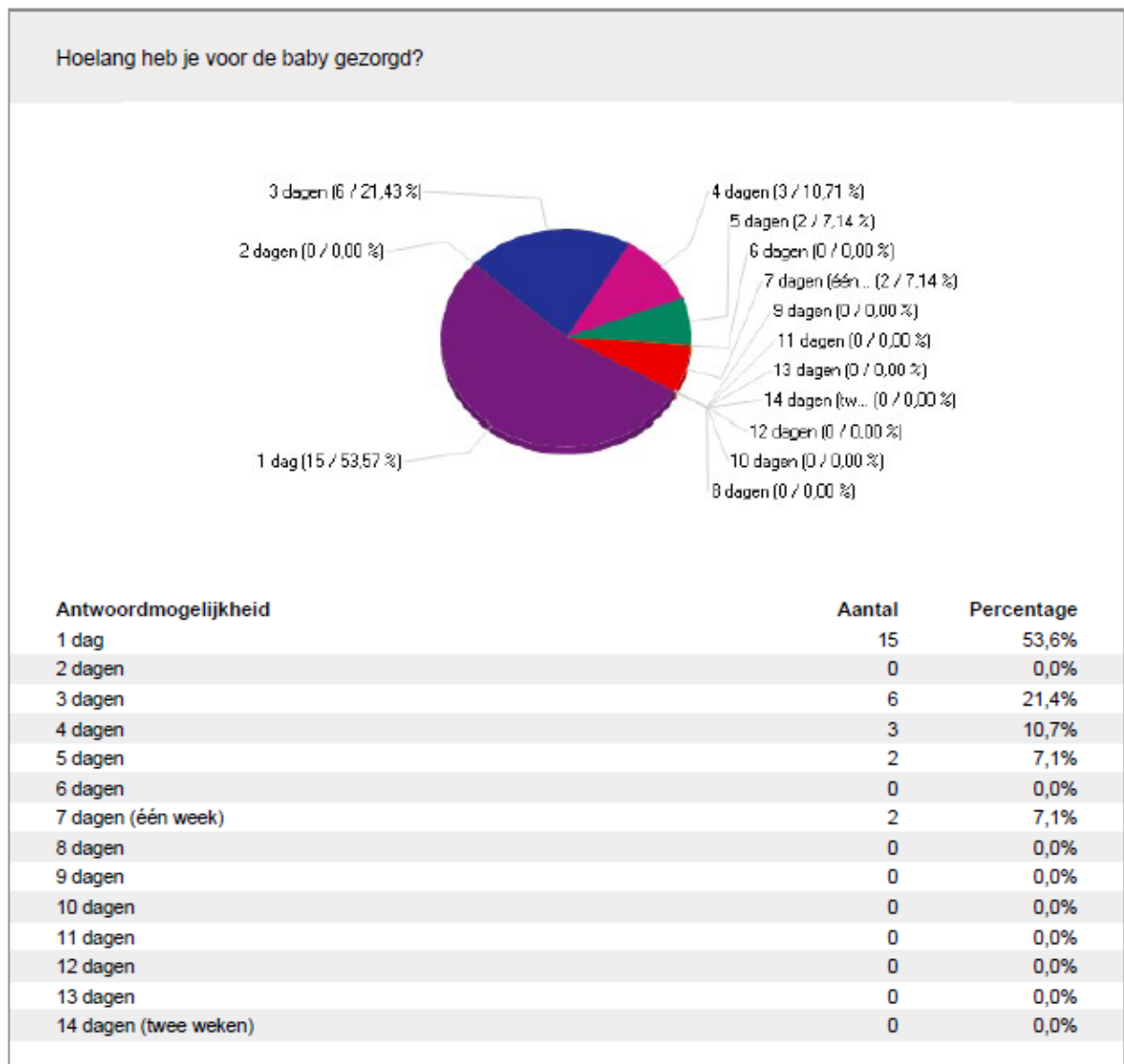
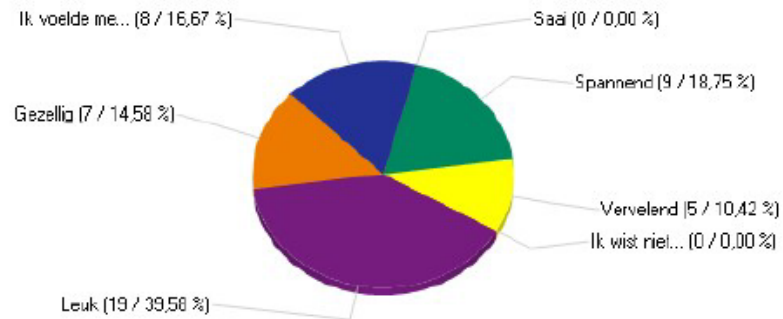


Diagram 6

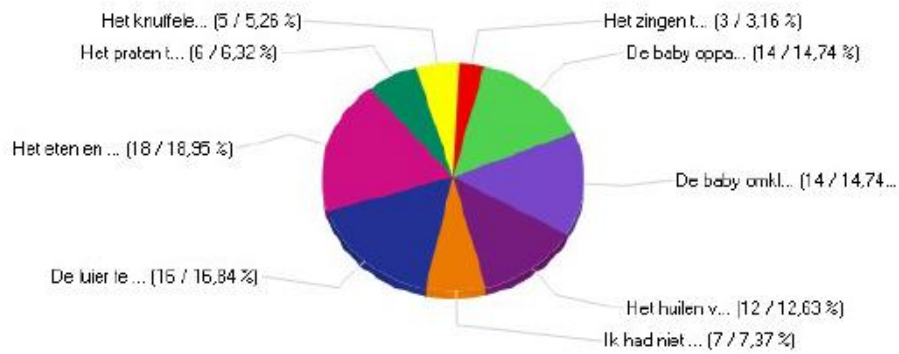
Hoe vond je het om voor de baby te zorgen?



Antwoordmogelijkheid	Aantal	Percentage
Leuk	19	39,6%
Gezellig	7	14,6%
Ik voelde me een echte vader of moeder	8	16,7%
Saai	0	0,0%
Spannend	9	18,8%
Vervelend	5	10,4%
Ik wist niet wat ik met de baby moest doen	0	0,0%

Diagram 7

Wat viel mee aan het zorgen voor de baby?



Antwoordmogelijkheid	Aantal	Percentage
Het huilen viel erg mee	12	12,6%
Ik had niet meer door dat het een pop was	7	7,4%
De luier te verschonen viel mee	16	16,8%
Het eten en drinken geven viel mee	18	18,9%
Het praten tegen de baby	6	6,3%
Het knuffelen met de baby	5	5,3%
Het zingen tegen de baby	3	3,2%
De baby oppakken	14	14,7%
De baby omkleden	14	14,7%

Diagram 8

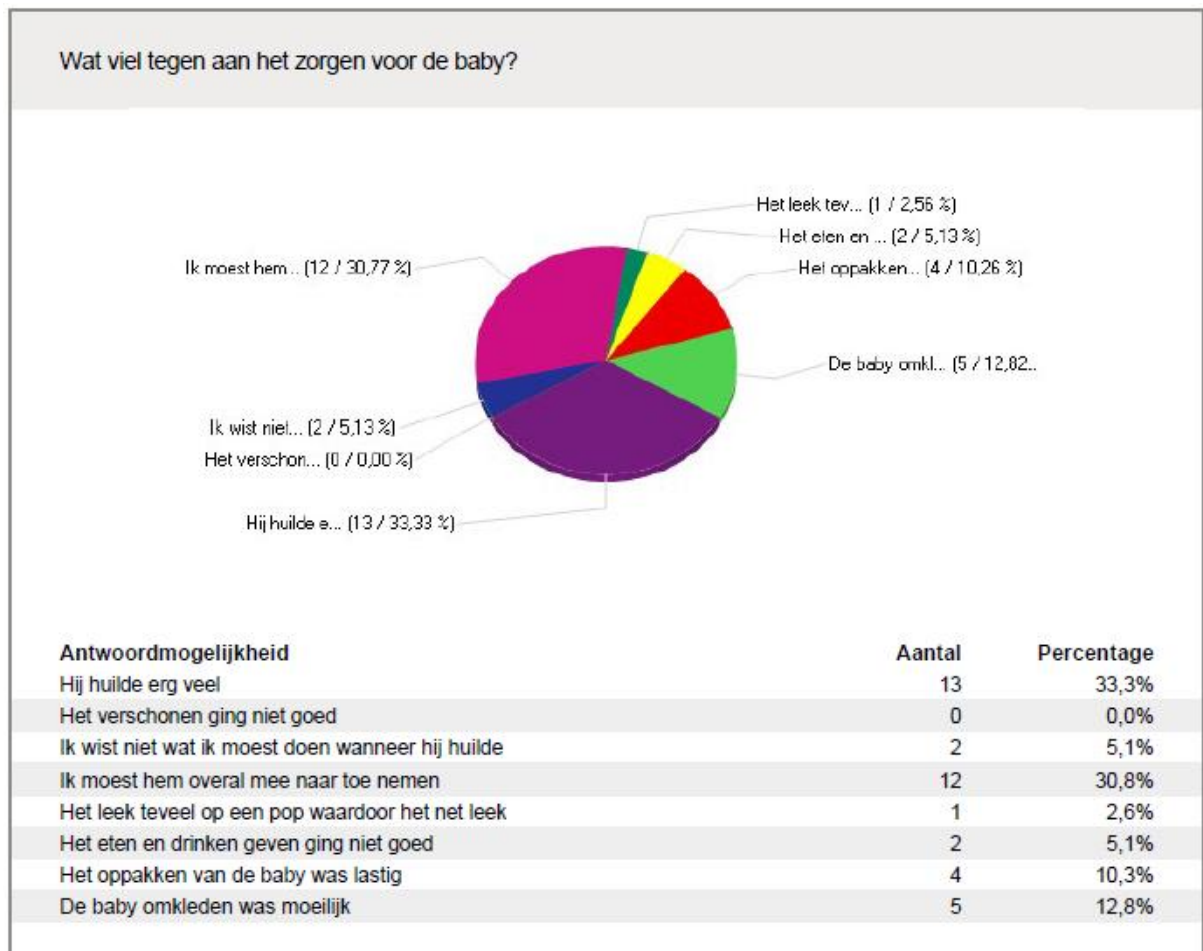


Diagram 9

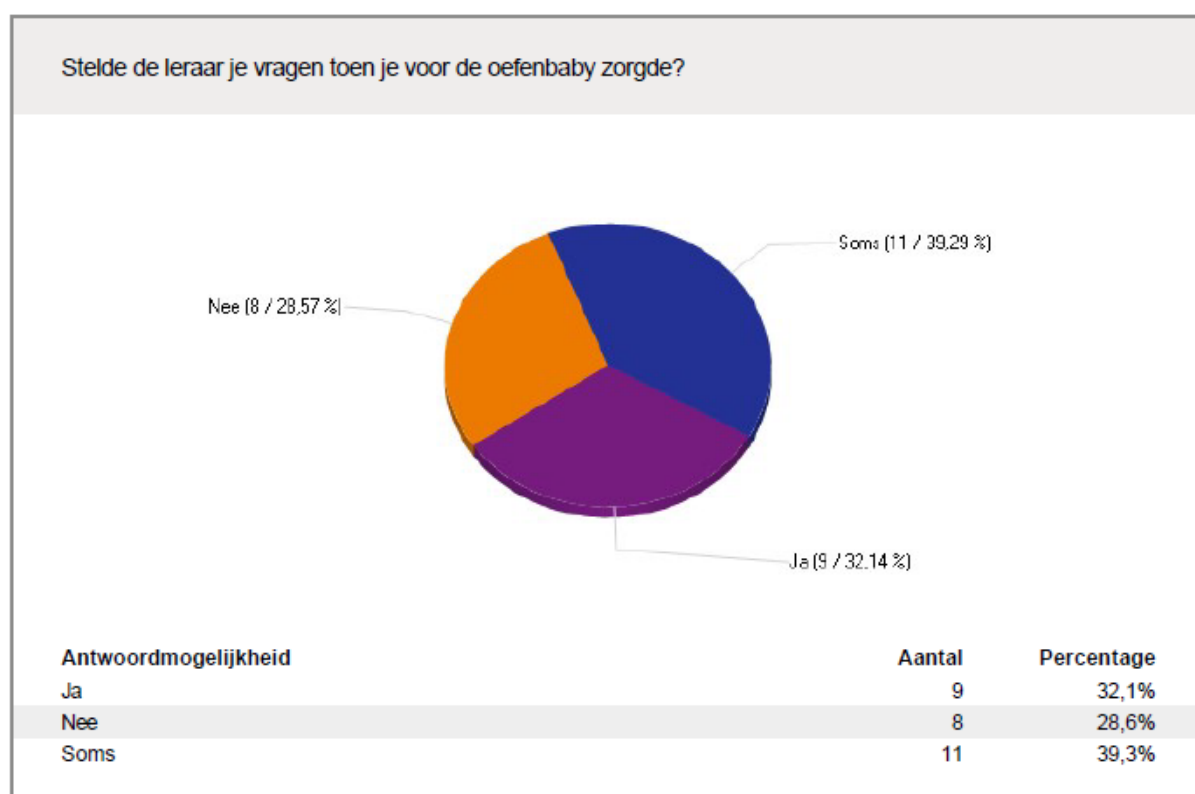
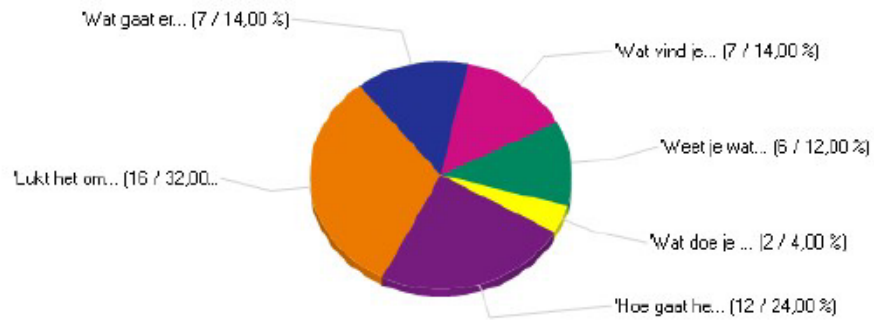


Diagram 10

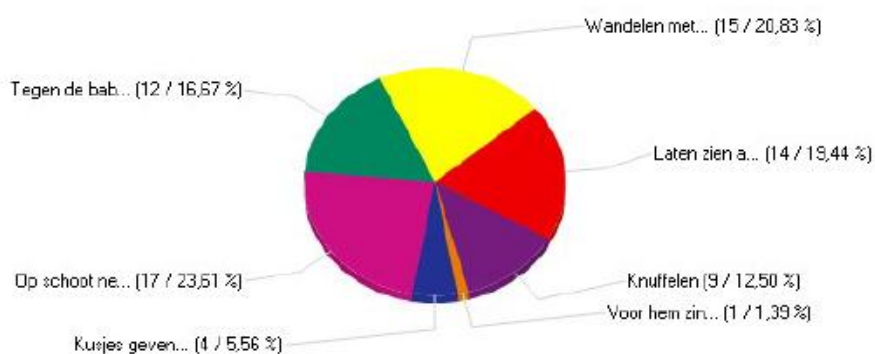
Welke vragen stelde je leraar toen je voor de baby zorgde?



Antwoordmogelijkheid	Aantal	Percentage
'Hoe gaat het?'	12	24,0%
'Lukt het om voor de baby te zorgen?'	16	32,0%
'Wat gaat er goed?'	7	14,0%
'Wat vind je lastig?'	7	14,0%
'Weet je wat je moet wanneer de baby huilt?'	6	12,0%
'Wat doe je wanneer de baby huilt?'	2	4,0%

Diagram 11

Wat deed je met de baby toen je voor hem zorgde?



Antwoordmogelijkheid	Aantal	Percentage
Knuffelen	9	12,5%
Voor hem zingen	1	1,4%
Kusjes geven	4	5,6%
Op schoot nemen	17	23,6%
Tegen de baby praten	12	16,7%
Wandelen met de baby	15	20,8%
Laten zien aan anderen	14	19,4%

Diagram 12

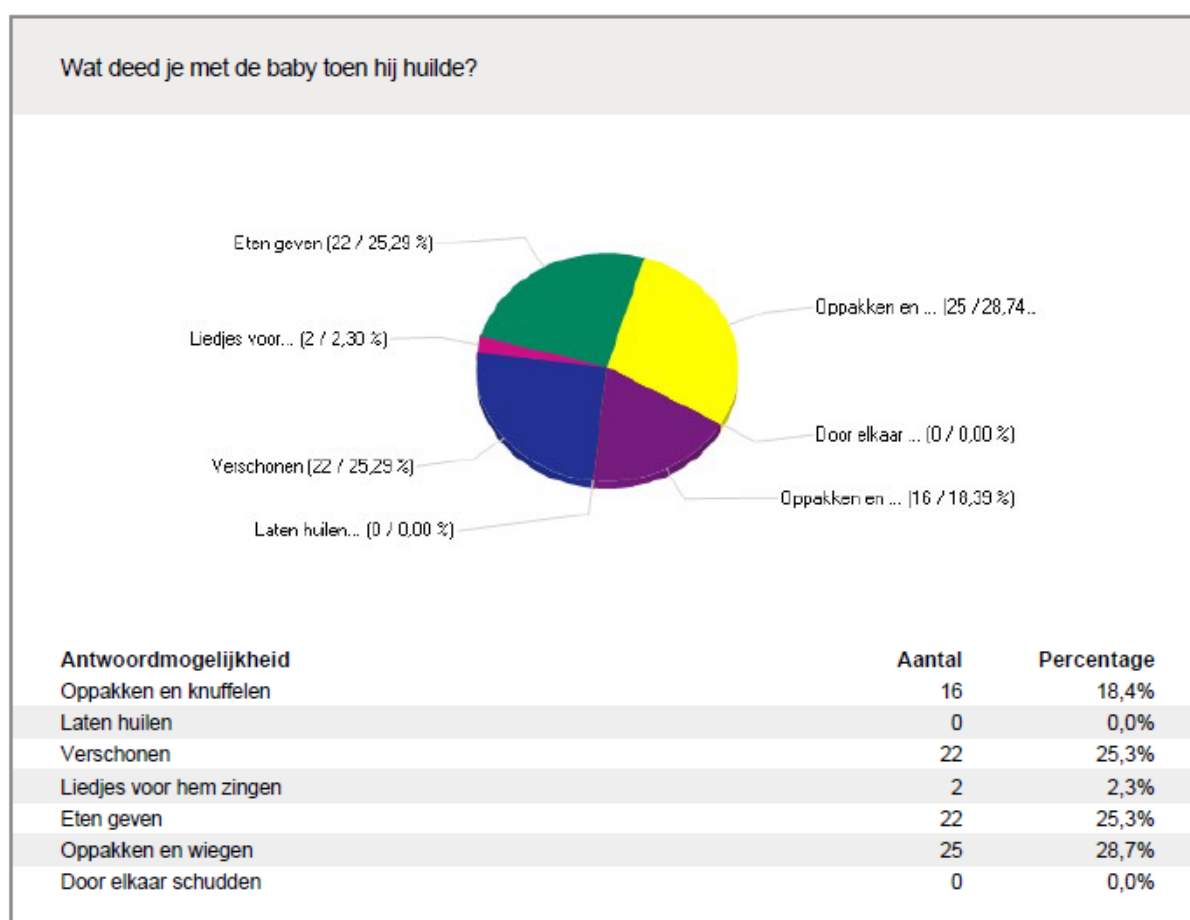
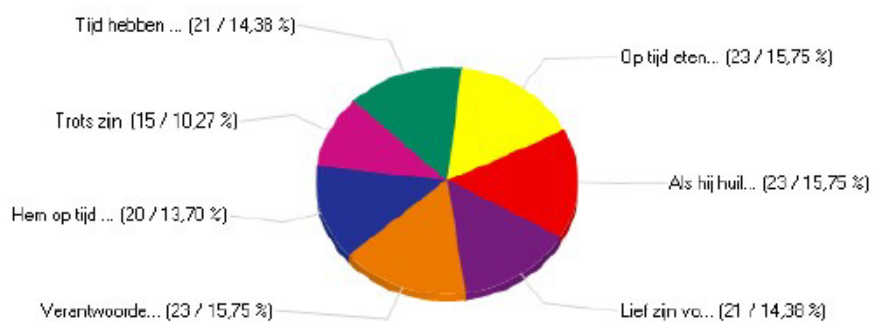


Diagram 13

Wat zou je denk je moeten kunnen om voor een baby te zorgen?



Antwoordmogelijkheid	Aantal	Percentage
Lief zijn voor de baby	21	14,4%
Verantwoordelijk zijn	23	15,8%
Hem op tijd verschonen	20	13,7%
Trots zijn	15	10,3%
Tijd hebben voor het kind	21	14,4%
Op tijd eten en drinken geven	23	15,8%
Als hij huilt kijken wat er aan de hand is	23	15,8%

Diagram 14

