

Proef implementatie van de moeder-baby interventie in de Jeugdgezondheidszorg

Gepubliceerd: 26-05-2008 Laatste bijgewerkt: 10-05-2024

Het onderzoek naar de effectiviteit van moeder-baby interventie voor depressieve moeders en baby's maakt onderdeel uit van het bredere implementatie-onderzoek waarbij de implementatie wordt gemonitord door het Trimbos-instituut. In het...

Ethische beoordeling	-
Status	Werving gestopt
Type aandoening	Stemmingsstoornissen en -afwijkingen NEG
Onderzoekstype	Interventie onderzoek

Samenvatting

ID

NL-OMON31779

Bron

ToetsingOnline

Verkorte titel

Implementatie van de moeder-baby interventie in de JGZ

Aandoening

- Stemmingsstoornissen en -afwijkingen NEG
- Familiale aangelegenheden

Synoniemen aandoening

Gevolgen voor de ontwikkeling van baby's van moeders met een depressie na de bevalling of interactie problemen tussen depressieve moeders en baby's

Betreft onderzoek met

Mensen

Ondersteuning

Primaire sponsor: Katholieke Universiteit Nijmegen

Overige ondersteuning: ZonMW

Onderzoeksproduct en/of interventie

Trefwoord: Depressie bij de moeder, Geestelijke gezondheid van baby's, Preventie, Vroegtijdige interventie

Uitkomstmaten

Primaire uitkomstmaten

De kwaliteit van de moeder kindinteractie: m.n. de sensitiviteit van moeder

Secundaire uitkomstmaten

Het ernst van de depressie bij de moeder

Toelichting onderzoek

Achtergrond van het onderzoek

Depressie komt in Nederland veel voor. Een op de vijf vrouwen en een op de tien mannen krijgt eens in hun leven een depressie. Maar een derde daarvan wordt behandeld in de GGZ. (Vollenbergh e.a., 2003). Vrouwen zijn extra kwetsbaar na de geboorte van hun kind. De prevalentie van depressie na de bevalling is 8-10% (O'Hara e.a. 1990). Er worden ongeveer 200.000 kinderen per jaar geboren in Nederland (www.cbs.nl geraadpleegd in augustus 2006). Uitgaande van een prevalentie van 10 % dan betekent dit dat 20.000 moeders met een baby een depressie hebben in Nederland elk jaar.

Depressie bij moeders heeft invloed op de ontwikkeling van jonge kinderen. In eerste levensjaar uit dit zich in gedrags-, biochemische en fysiologische problemen (Field, 1995). In de kleuterleeftijd en schoolgaande kinderen hebben kinderen problemen in hun emotionele, sociale en cognitieve ontwikkeling, inclusief de taalontwikkeling. In sommige studies lijken jongens meer ernstige effecten te ondervinden in vergelijking met meisjes (Cicchetti e.a., 1998; Murray & Cooper, 1996). Kinderen van depressieve moeders hebben een verhoogd risico om zelf een depressieve stoornis te ontwikkelen. Er is ook een verhoogd risico op angststoornissen en alcoholproblemen op jong volwassen leeftijd. (Weissman e.a. 1997).

De preventieve Moeder-Baby Interventie (MBI) is gericht op moeders met depressie en hun baby's. Doelstelling is het verminderen van de risico's van kinderen van depressieve moeders op ontwikkelingsstagnatie en latere psychopathologie door het verbeteren van de vroege moeder kind interactie. De interventie is ontwikkeld op basis van een transactioneel model waarbij de vroege interactie tussen een depressieve moeder en haar kind centraal staat (Van Doesum e.a., 2005). In 6-10 huisbezoeken wordt door een getrainde

hulpverlener feedback gegeven op de manier waarop moeder omgaat met de baby met als doel de sensitiviteit van de moeder voor contactsignalen van het kind en haar coöperatie en afstemming met het kind te vergroten, depressieve cognities bij te stellen en assertiviteit te bevorderen. In de interventie wordt gebruik gemaakt van video- hometrainingstechnieken. De interventie heeft een bewezen positief effect op de moeder-baby interactie, met name op de sensitiviteit van de moeders voor contactsignalen van het kind. Ook heeft de interventie een positief effect op de kwaliteit van de hechtingsrelatie. Kinderen uit de interventiegroep functioneren beter wat betreft sociaal-emotionele competentie (Van Doesum, in druk).

De laatste jaren is herhaaldelijk geconstateerd dat het in Nederland ontbreekt aan instrumenten en interventies die kunnen worden ingezet om de ontwikkeling van jonge kinderen in risicosituaties te bevorderen (Invent Groep, 2005; Update Programmeringsstudie Effectonderzoek JGZ, 2005). De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) 0-4 (consultatiebureau*s) heeft een groot bereik (>90%), maar beschikt nog onvoldoende over instrumenten om risicosituaties te signaleren en aansluitend opvoedingsondersteunende interventies uit te voeren (Prinsen, 2006). In de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV, 2003) bestaat de mogelijkheid zelf interventies uit te voeren binnen het zg. Maatwerkdeel.

De MBI wordt door 17 GGZ-instellingen aangeboden (LSP Databank, cijfers 2005). Hiermee werden in 2005 naar schatting 400 moeders bereikt. Ten opzichte van het totaal aantal depressieve ouders met baby*s < 1 jaar (minimaal 20.000) is dat aantal zeer gering. GGZ-instellingen bereiken met de MBI vooral moeders met een ernstige depressie in een later stadium van ontwikkeling. Daardoor duurt de verstoorde moeder-kind interactie al langer en is moeilijker te corrigeren. Bredere toepassing van de moeder-baby interventie in de JGZ waar vrijwel alle moeders met hun baby*s voor pre- en postnatale zorg komen kan het bereik van het aantal moeders en baby*s in een vroeger stadium aanzienlijk verhogen.

Doel van het onderzoek

Het onderzoek naar de effectiviteit van moeder-baby interventie voor depressieve moeders en baby*s maakt onderdeel uit van het bredere implementatie-onderzoek waarbij de implementatie wordt gemonitord door het Trimbos-instituut. In het effectonderzoek beperken we ons tot het screenen van moeders op depressieve symptomen en het nagaan of de interventie vergelijkbare effecten heeft als bij moeders in de GGZ.

Onderzoeksvraag

Is de effectiviteit van de MBI dezelfde in de JGZ als in de GGZ, tenminste wat betreft de uitkomstmaten sensitiviteit van de moeders voor contactsignalen van het kind?

Onderzoeksopzet

Screening. Alle moeders die bij consultatiebureau komen met een baby vanaf 6

weken tot 3 maanden wordt gevraagd een vragenlijst in te vullen (Achtergrond vragen, depressievragenlijst Beck Depression Inventory: BDI, Beck et al. 1988 en toestemmingsformulier voor gebruik gegevens voor onderzoek). Vervolgens worden de moeders bij een gebleken depressie cut-off > 15) mondeling geïnformeerd over de uitkomst en uitgenodigd deel te nemen aan de interventie en effectonderzoek. Ook worden hen geadviseerd in behandeling te gaan voor hun depressie. De start van de interventie vindt plaats als de baby 3-12 maanden oud is.

Interventie en effect onderzoek

Wanneer de moeder bereid is mee te werken aan het onderzoek krijgt ze een vragenlijst opgestuurd en wordt er door de onderzoeker een afspraak gemaakt bij de moeder thuis om een video-opname van een moeder-kind interactie (kind in bad doen). Vervolgens wordt de interventie aangeboden door JGZ verpleegkundigen getraind in de moeder-baby interventie.

Bij afsluiting informeert de JGZ-verpleegkundige de onderzoeker en volgt wederom een huisbezoek twee weken na beëindiging van de interventie met een video observatie van een moeder-kind interactie en ook wordt er weer een vragenlijst op gestuurd. Dit zelfde gebeurt na 6 maanden na de interventie.

De effecten van de interventie bij de moeders en baby*s worden door middel van een voor- en twee metingen (T0 bij de start van de interventie, T1 bij de laatste sessie van de interventie en T2 6 maanden na afloop van de interventie) vergeleken met de controle- en experimentele groep uit het eerder verrichte effectonderzoek (Van Doesum e.a., in druk). Hierbij worden dezelfde onderzoeksinstrumenten gebruikt. Het effect van de moeder-baby interventie wordt vastgesteld op de variabele: kwaliteit van de moeder kindinteractie (waarvan sensitiviteit van de moeder de voornaamste variabele is).

Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de video opnames van de opvoeder kind interacties in alle drie de metingen. Vervolgens worden de opnamen gescoord aan de hand Emotional Availability Scales (EAS, Biringen, Robinson & Emde, 1998) door minimaal drie getrainde observatoren. Deze schalen meten de kwaliteit van de interactie: sensitiviteit van de moeder, responsiviteit en de betrokkenheid van het kind.

Daarnaast wordt er tijdens alle drie de metingen met behulp van een samengestelde vragenlijst achtergrondgegevens van moeder en kind verzameld. Wanneer er veel tijd meer 4 weken tijd zit tussen screening en interventie wordt de Beck Depression Inventory (BDI, 1988) nogmaals afgenomen om de mate van depressiviteit bij de moeder te meten.

De uitkomsten van de effecten bij de deelnemers aan de proefimplementatie worden vergeleken met de uitkomsten van het oorspronkelijke onderzoek (controle en experimentele groep, respectievelijk n = 36 en n = 35) (van Doesum, in druk).

Onderzoeksproduct en/of interventie

De moeder-baby interventie bestaat uit 8 tot 10 huisbezoeken. Een JGZ verpleegkundige

(getraind in de interventie) bezoekt de depressieve moeder en haar baby thuis. Er worden video-opnamen gemaakt van een moeder-baby interactie, bijvoorbeeld als moeder haar kindje in bad doet of een spelsituatie. Een multidisciplinair team bestaande uit hulpverleners, verbonden aan een GGZ-instelling en JGZ die ervaring hebben in het werken met baby's, analyseren de video-opname. Hierbij letten ze met name op hoe sensitief de moeder reageert op de signalen en behoeften van het kind. Op basis van de observatie formuleert het team de doelen van de interventie. Deze doelen kunnen bijvoorbeeld het versterken van sensitiviteit van de moeder voor signalen van haar kind of het verminderen van storend gedrag van de moeder naar haar kind zijn. Vervolgens kiest de preventiewerker de methoden die het beste passen bij de doelstelling en zijn afgestemd op de behoeften van de moeder. Samen met de ouders wordt vastgesteld hoe de communicatie tussen moeder en baby verbeterd kan worden. Aan de hand van de video-opnamen kunnen de ouders zien hoe je kunt reageren op oogcontact, beweging en geluidjes van de baby. De vader, indien aanwezig, wordt gestimuleerd zijn vrouw te ondersteunen in de interactie met haar kind. Naast de video-observaties, het terugkijken en bespreken ervan kunnen nog andere methoden worden gebruikt, afhankelijk van de behoeften van de ouders: voorbeeld gedrag (modeling), baby massage en praktische opvoedingsondersteuning.

Inschatting van belasting en risico

Er is geen risico

Contactpersonen

Publiek

Katholieke Universiteit Nijmegen

Montessorilaan 3
6525 HR Nijmegen
Nederland

Wetenschappelijk

Katholieke Universiteit Nijmegen

Montessorilaan 3
6525 HR Nijmegen
Nederland

Locaties

Landen waar het onderzoek wordt uitgevoerd

Netherlands

Deelname eisen

Leeftijd

Volwassenen (18-64 jaar)

65 jaar en ouder

Belangrijkste voorwaarden om deel te mogen nemen (Inclusiecriteria)

Moeders met een verhoogd niveau van depressieve symptomen en een baby van 3 tot en met 12 maanden. Moeders met een score van 15 of hoger op de Beck Depression Inventory worden geïncludeerd.

Belangrijkste redenen om niet deel te kunnen nemen (Exclusiecriteria)

Moeders die geen Nederlands kunnen lezen en schrijven

Moeders met andere psychiatrische stoornissen

Baby's met lichamelijke of psychische problemen

Onderzoeksopzet

Opzet

Type: Interventie onderzoek

Blinding: Open / niet geblindeerd

Controle: Geen controle groep

Doel: Preventie

Deelname

Nederland

Status: Werving gestopt

(Verwachte) startdatum: 06-01-2009

Aantal proefpersonen: 66
Type: Werkelijke startdatum

Ethische beoordeling

Goedgekeurd WMO
Datum: 19-11-2008
Soort: Amendement
Toetsingscommissie: METIGG: Medisch Ethische Toetsingscommissie Instellingen Geestelijke Gezondheidszorg (Utrecht)

Registraties

Opgevolgd door onderstaande (mogelijk meer actuele) registratie

Geen registraties gevonden.

Andere (mogelijk minder actuele) registraties in dit register

Geen registraties gevonden.

In overige registers

Register	ID
CCMO	NL20207.028.07