



Interventie

Stevig Ouderschap

Erkenning

Erkend door Deelcommissie: Jeugdgezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering (voor jeugd)

Datum: 14 september 2017

Oordeel: Effectief volgens eerste aanwijzingen voor effectiviteit

De referentie naar dit document is: Dr M.B.R. Bouwmeester-Landweer (september, 2017).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Stevig Ouderschap'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Interventie	1
Erkenning.....	2
Inhoud	3
Samenvatting	4
Korte samenvatting van de interventie.....	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	4
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide beschrijving.....	6
Beschrijving interventie.....	6
1.1 Doelgroep.....	6
1.2 Doel.....	7
1.3 <i>Aanpak</i>	7
2. Uitvoering	11
3. Onderbouwing	15
4. Onderzoek	20
4.1a Onderzoek naar de uitvoering van de interventie	25
4.1b Onderzoek naar de SO-Selectievragenlijst	27
4.2b Onderzoek naar de behaalde effecten van de SO-Interventie	29
5. Samenvatting Werkzame elementen.....	32
6. Aangehaalde literatuur.....	33
7. Praktijkvoorbeeld	36

Samenvatting

Korte samenvatting van de interventie

Stevig Ouderschap (begonnen als Project OKé) geeft gezinnen met een minder makkelijke start een steuntje in de rug. Met circa vier prenatale en zes tot tien postnatale huisbezoeken (tot de kinderleeftijd van twee jaar) van een speciaal opgeleide jeugdverpleegkundige worden ouders geholpen hun zelfvertrouwen en zelfredzaamheid te vergroten en hun sociale netwerk te versterken. De methode gaat uit van eigen kracht, eigen behoeften en eigen invulling. Daarom vinden de gesprekken plaats bij de mensen thuis. Tijdens een huisbezoek krijgt de jeugdverpleegkundige een beter beeld van de gezinssituatie en kan zij gericht ondersteuning bieden. Door te luisteren, mee te denken en ouders te coachen. Stevig Ouderschap richt zich op het verstevigen van het gezonde opgroeien en opvoeden en het normaliseren van problemen waardoor het risico op ernstige opvoedproblemen en kindermishandeling verkleint. De methode is ontwikkeld voor en door de JGZ.

Doelgroep

Kinderen in de leeftijd van -5 maanden tot 2,5 jaar en hun (aanstaande) ouders (vanaf 16 weken zwangerschap) met (een of meerdere van) de volgende kenmerken: belastende voorgeschiedenis, persoonlijke problemen, onvoldoende steunende context en/of verzwaarde opvoeding. Het gaat om 5-7% van de populatie.

Doel

Het doel van deze interventie is het voorkómen van ernstige opvoedingsproblemen, waaronder kindermishandeling. Dit doel wordt bereikt door verbetering, versterking en vergroting van: ouderschaps/opvoedings-kennis, -inzicht, -vaardigheden en -attitudes; zelfvertrouwen, stress-hantering en sociale steun.

Aanpak

D.m.v. een selectievragenlijst voor ouders (postnataal) of via een verwijzend professional (prenataal) worden (aanstaande) ouders gevonden die in aanmerking komen voor aanvullende ondersteuning, bestaande uit ca 4 prenatale en/of 6-10 postnatale huisbezoeken door een jeugdverpleegkundige. De huisbezoeken behandelen o.a. verwachtingen en beleving van het ouderschap en de sociale steun voor het gezin.

Materiaal

Voor de selectie: een vragenlijst met begeleidende folder in acht talen. Voor de huisbezoeken: een dossier, ouderboekje en evaluatievragenlijst. Handleidingen voor de selectie, de interventie en de algehele implementatie. Geaccrediteerd scholingsprogramma. Informatieve website voor ouders, professionals en gemeenten met materialen-databank.

Onderbouwing

Ouders die te maken hebben met stress vanuit persoonlijke omstandigheden, het gezin of de directe sociale context valt het moeilijker om hun kind goed te begrijpen en voor het welzijn van hun kind te zorgen. Zij lopen het risico in hun verwachtingen hun kind te overvragen en onderwaarderen terwijl zij zichzelf als opvoeder overvraagd en ondergewaardeerd voelen. Onder die omstandigheden wordt het moeilijker om sensitief te reageren op en te interacteren met hun kind en wordt de kans groter dat de belangen

van de ouder voorrang krijgen op die van hun kind. In die situatie kan opvoedingsproblematiek ontstaan en uitgroeien tot kindermishandeling.

Onderzoek

In risico-gezinnen (o.g.v. de selectievragenlijst) is de kans op sociale-, gedragsproblemen en hyperactiviteit en een negatievere beleving van het gezinsfunctioneren groter zonder interventie. Door de interventie is het risico op kindermishandeling aantoonbaar verminderd in 22% van de gezinnen (ES 0.50; vergelijkingsgroep 8%). De meeste effecten worden gevonden in gezinnen met een eerste kind en veel stressoren. Ook na 5 jaar zeggen ouders zich beter berekend te voelen op hun opvoedingstaak. Ouders waarderen Stevig Ouderschap met gemiddeld een 8.5. In de praktijk worden extra kwetsbare groepen zoals jonge en alleenstaande ouders en ouders met een migratie-achtergrond maar ook vaders beter bereikt.

1. Uitgebreide beschrijving

Beschrijving interventie

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

De uiteindelijke doelgroep bestaat bij de start van de interventie uit (ongeboren) kinderen tussen -5 en +6 maanden uit gezinnen waar (bij de ouder(s) en/of het kind) risicofactoren aanwezig zijn voor opvoedingsproblematiek en/of kindermishandeling. Aangezien de interventie tot 2,5 jaar in beslag kan nemen richt de interventie zich in haar totaliteit op kinderen in de leeftijd tussen -5 maanden en 2,5 jaar.

Intermediaire doelgroep

De intermediaire doelgroep betreft de (aanstaande) ouder(s) van de kinderen. Het gaat om (aanstaande) ouders (vanaf 16 weken zwangerschap) met (een of meerdere van) de volgende kenmerken: belastende voorgeschiedenis (jeugdervaringen met mishandeling of gezinsgeweld, psychische stoornissen/depressie, relationeel geweld of kindermishandeling in het huidige gezin), kenmerken van de opvoeder (jonge leeftijd, negatieve beleving van zwangerschap of kind, verslavingsproblematiek), kenmerken van de context van de opvoeder (alleenstaand ouderschap, gebrek aan steun van de partner, gebrek aan sociale steun, verzwaarde opvoeding door pre- en/of dismaturiteit van het kind).

Voor jonge ouders kunnen de frequentie en de tijdseenheden van de interventie worden aangepast.

Selectie van doelgroepen

Middels een vragenlijst voor de ouders (of voor de verwijzende professional tijdens de zwangerschap) waarin bovengenoemde kenmerken worden uitgevraagd en waarin ook het advies van de betrokken professional (doorgaans verloskundige, jeugdverpleegkundige of jeugdarts) is opgenomen.

Er zijn formeel geen contra-indicaties maar de interventie is moeilijker uitvoerbaar naarmate de taalbarrière groter is. Ook bij ernstige, acute psychiatrische problematiek is deze interventie moeilijk uitvoerbaar.

Betrokkenheid doelgroep

De intermediaire doelgroep is middels een pilot betrokken bij de ontwikkeling van de selectievragenlijst (2001). Ca 75 ouders gaven middels een evaluatievragenlijst feedback op de ontwikkelde selectievragenlijst. Deze feedback is verwerkt in de definitieve versie. In 2013 is de selectievragenlijst herschreven door een vertegenwoordiging van de intermediaire doelgroep

(Ouders Online). De interventie zelf is aangepast o.b.v. een evaluatie onder de intermediaire doelgroep (ruim 200 ouders).

1.2 Doel

Hoofddoel

Het doel van deze interventie is het voorkómen van ernstige opvoedingsproblemen, waaronder kindermishandeling.

Subdoelen

De interventie richt zich op verbetering, versterking en vergroting van de volgende aspecten bij de ouders:

- Kennis van en inzicht in de ontwikkeling van het kind
- Kennis van en vaardigheden m.b.t. de verzorging van het kind
- Vaardigheden en attitudes in de omgang met het kind
- Het zelfvertrouwen en de competentiebeleving als opvoeders
- Herkenning van en omgang met ambivalenties ten opzichte van het kind en het ouderschap
- Stress-hantering
- Sociale steun en vermindering van sociaal isolement

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

De interventie omvat een selectievragenlijst (voor ouders en/of professionals) en huisbezoeken met een prenatale component. Deelname is vrijwillig.

Prenataal: de aanstaande ouder(s) kan vanaf 16 weken zwangerschap in aanmerking komen voor de interventie middels een vragenlijst voor de betrokken professional. Afhankelijk van het instroom-moment kunnen circa 4 huisbezoeken worden afgelegd tijdens de zwangerschap (voorgestelde planning: 16, 24, 30 en 36 weken, flexibel in te vullen i.o.m. de ouder(s)).

Postnataal: alle ouders krijgen binnen 14 dagen na de geboorte van hun kind de Stevig Ouderschap vragenlijst, via de neonatale screener of tijdens het zuigelingenhuisbezoek. Op basis van hun antwoorden of het advies van een (JGZ)-professional n.a.v. (veranderde) gezinsomstandigheden komen zij tot zes maanden na de geboorte van hun kind in aanmerking voor huisbezoeken.

Er worden gemiddeld 6 huisbezoeken afgelegd (voorgestelde planning: 6 weken, 3, 6, 9, 12 en 18 maanden; flexibel in te vullen in overleg met de ouder(s)). Stevig Ouderschap dient uiterlijk 30 maanden na de geboorte van het kind te worden afgesloten. Het aantal huisbezoeken kan worden uitgebreid tot maximaal 10 postnatale huisbezoeken. Elk huisbezoek duurt ca 90 minuten. Voor jonge ouders kunnen de huisbezoeken korter duren (bijv. 60 minuten) en vaker plaatsvinden (9 i.p.v. 6).

Inhoud van de interventie

Selectiefase prenataal: de betrokken professional (o.a. verloskundige) geeft de aanstaande ouder(s) advies om deel te nemen aan SO-prenataal. De professional vult hiertoe de SO Verwijsbrief in. Deze wordt (digitaal) verstuurd aan de JGZ-organisatie. Op grond van het advies start de (prenatale) interventie.

Selectiefase postnataal: ouders ontvangen de SO Selectievragenlijst via de neonatale screener of tijdens het Zuigelingenhuisbezoek dat binnen 14 dagen na de geboorte in het gezin wordt afgelegd vanuit de JGZ. Tijdens het Zuigelingenhuisbezoek geeft de jeugdverpleegkundige toelichting op de huisbezoeken Stevig Ouderschap en helpt zo nodig bij het invullen van de vragenlijst. Ook vult zij op basis van het gesprek haar advies in (wel/geen deelname). Antwoorden op de vragen worden volgens protocol per ouder gewogen. Gezinnen die in aanmerking komen worden benaderd voor de interventie.

Interventiefase prenataal: tijdens de zwangerschap vinden minimaal twee huisbezoeken plaats. Vaste onderwerpen tijdens deze huisbezoeken zijn:

- Gezondheid en gezond gedrag van moeder
- Verloop en beleving van de zwangerschap
- Voorbereiding op het ouderschap
- Sociale relaties en steun
- Leefomstandigheden

Over deze onderwerpen wordt (zo nodig) voorlichting gegeven en er wordt meegedacht over oplossingen van eventuele obstakels.

In ieder huisbezoek is er naast deze vaste onderwerpen ruimte voor invulling door de aanstaande ouder op basis van de volgende vragen (deze vraagstelling heeft verwantschap met de zg. 'krachten-zorgen analyse uit de methodiek Signs of Safety):

- 'Waar ben je momenteel blij mee in je leven, wat geeft je kracht?'
- 'Waarover heb je zorgen, wat zou je willen veranderen?'
- 'Hoe kun je die verandering bewerkstelligen en welke rol kan de SO-verpleegkundige daarin spelen?'

Op deze wijze wordt uitgegaan van het positieve en wordt het oplossend vermogen van de aanstaande ouder(s) zelf aangesproken.

Tenslotte zijn er tijdens de prenatale huisbezoeken drie kernvragen:

- Wat voor moeder wil moeder graag worden?
- Wat voor soort vader hoopt moeder dat vader wordt (of indien geen partner, zou ze haar kind toewensen)?
- Wat voor soort kind denkt moeder dat de baby zal zijn?

Op grond van deze vragen wordt het gesprek aangegaan en worden verwachtingen en eventuele angsten en projecties verkend.

De prenatale huisbezoeken zijn sterker op moeder gericht maar bij aanwezigheid van beide aanstaande ouders worden (vrijwel) alle onderwerpen ook met beide ouders besproken.

Indien prenataal reeds is ingestroomd worden de huisbezoeken postnataal voortgezet. De postnatale selectiefase wordt in dit geval overgeslagen.

Interventiefase postnataal: ouders die in aanmerking komen voor de huisbezoeken worden benaderd voor een eerste bezoek. Desgewenst is dit een 'proefbezoek' naar aanleiding waarvan ouders kunnen besluiten om deel te nemen. Ook postnataal vinden minimaal twee huisbezoeken plaats. Vaste onderwerpen tijdens de postnatale huisbezoeken zijn:

- Hantering van de eigen ontwikkelingsgeschiedenis van ouders (hoe ga je om met en kijk je terug op je eigen jeugd, hoe wil je eventuele transgenerationele overdracht voorkomen);
- Beleving van het ouderschap (hoe pas je deze -nieuwe- rol in in je leven en hoe bewaar je het evenwicht);
- Verwachtingen t.a.v. de ontwikkeling van je kind (kennis over, waarneming, begeleiding en stimulering van ontwikkelingsfasen en ontwikkelingstaken; reflectie op de rol van het kind in het leven van de ouder);
- Sociale steun voor het gezin (kwaliteit en kwantiteit van het sociale netwerk, praktische en emotionele steun);
- Professionele steun voor het gezin (zo nodig verwijzing naar professionele ondersteuning maar ook praktische tips over ouderschapsactiviteiten ter vergroting van het netwerk).

Naast deze vaste onderwerpen per huisbezoek wordt leeftijdsgerelateerde informatie gegeven over ontwikkelingsfasen/taken en specifieke aspecten van de opvoeding (zoals wilsontwikkeling, straffen en belonen, scheidingsangst en veiligheid).

Voorts is er ieder bezoek cliëntgerichte ruimte op grond van de vragen (wat geeft je kracht/wat zijn je zorgen/hoe kun je dit veranderen) die ook in de prenatale huisbezoeken gesteld worden.

De SO-verpleegkundige gebruikt de volgende 'technieken':

- (motivationale) gespreksvoering (o.a. volgens het 'draaideur-model')
- (gezondheids)voorlichting
- (pedagogische) advisering
- positieve bekrachtiging
- observatie-technieken
- voorbeeldgedrag
- registratie-technieken (adaptatie van methoden als het JGZ 'verpleegplan' en de 'Goal Attainment Scaling').

Een belangrijk uitgangspunt van de interventie is het zogenoemde 'Hawthorne Effect' (Cook, 1979): alleen al het bieden van werkelijke aandacht in combinatie

met voldoende tijd heeft een grote impact, draagt in hoge mate bij aan een vertrouwensrelatie en kan tot belangrijke veranderingen leiden.

De mate waarin en de wijze waarop de vaste onderwerpen tijdens de huisbezoeken worden besproken worden bepaald door de (omstandigheden van) de (aanstaande) ouder. Afhankelijk van de kennis, competentie en situatie van de ouder(s) worden bepaalde onderwerpen meer of minder uitgewerkt in het gesprek. Bij jonge of verstandelijk beperkte ouders worden (in verband met een verminderde aandachtsspanne) kortere en/of meer huisbezoeken afgelegd. Bij ouders met een migratie-achtergrond worden soms tolken ingezet maar wordt bijvoorbeeld ook creatief gebruik gemaakt van vertaal-apps op smartphones.

Het aantal en de planning van de huisbezoeken wordt nadrukkelijk in samenspraak met de ouder(s) vastgesteld. Voorbij het vastgestelde minimum van twee bezoeken mogen ouders altijd besluiten om te stoppen. Er is een maximum van 10 postnatale huisbezoeken. Als meer huisbezoeken nodig zijn is dit een indicatie dat de situatie dermate complex is dat een zwaardere interventie noodzakelijk is. Bij afsluiting van de bezoeken wordt aan ouders gevraagd om een evaluatie-vragenlijst in te vullen.

Tijdens de interventie maakt de SO-verpleegkundige gebruik van een huisbezoek-dossier. Dit dient als leidraad voor het bezoek en tevens als registratie-tool ter ondersteuning van het memoriseren van de inhoud van de bezoeken ten bate van de doorgaande lijn in de interventie als geheel. Ouders ontvangen een SO-ouderboekje met praktische informatie en schrijfruimte voor eigen verslaglegging, eventuele registratie-opdrachten etc.

2. Uitvoering

Materialen

- Website voor ouders, professionals en gemeenten
- Lidmaatschapsconvenant voor JGZ-organisaties dat helpt uitvoering te borgen
- Implementatiehandboek met begrotings-rekentool
- Intranet voor uitvoerenden met nieuws en digitale (downloadbare) versies van alle materialen
- Selectievragenlijst met toelichtende ouderfolder (vertaald in Engels, Frans, Turks, Arabisch, Pools, Spaans en Papiamentó); ook als (Nederlandstalige) online feature beschikbaar
- Overlay en scorings-handleiding voor de selectievragenlijst
- Folder voor ouders over de prenatale component
- Verwijsbrief (professionalsvragenlijst) voor ketenpartners met toelichtende brochure; ook als online feature beschikbaar
- Huisbezoekdossier voor pre- en postnatale huisbezoeken
- Handleiding voor de huisbezoeken en het dossier
- SO-informatieboekje voor ouders
- Reminder/niet-thuis kaarten voor ouders om op te sturen voorafgaand aan een huisbezoek of achter te laten als ouders niet thuis blijken
- Evaluatievragenlijst m.b.t. de huisbezoeken en dataverwerkings/rapportagebestand; ook als online feature beschikbaar
- Basis-scholingsprogramma (geaccrediteerd) voor aspirant SO-verpleegkundigen, jaarlijks centraal in Nederland uitgevoerd vanuit de Vereniging Stevig Ouderschap
- Reader met achtergrondliteratuur bij scholing SO-verpleegkundige
- Informatie-film over de methode voor scholingsdoeleinden
- Testimonials-film over de methode voor beleidsmakers en financiers
- Diverse presentaties, factsheets en brochures voor ketenpartners, financiers, etc.

Alle relevante materialen zijn bij de 'huisdrukker' te bestellen in fysieke vorm.

Locatie en type organisatie

De interventie wordt uitgevoerd bij het gezin thuis. De interventie is gemaakt voor (en -mede- door) de Jeugdgezondheidszorg. Stevig Ouderschap sluit aan op de bedrijfsvoering van de JGZ en de competenties van de jeugdverpleegkundigen. Bovendien maakt Stevig Ouderschap gebruik van de laagdrempelige ingang die de JGZ heeft bij gezinnen met jonge kinderen. In 2017 wordt Stevig Ouderschap uitgevoerd door 21 JGZ-organisaties in 125 Nederlandse gemeenten en op Aruba.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

De interventie wordt uitgevoerd door jeugdverpleegkundigen met een HBO-V opleiding en minimaal 3 jaar ervaring in de Jeugdgezondheidszorg (0-4). Aanvullende opleidingen m.b.t. opvoedingsproblematiek en gespreksvaardigheden strekken tot aanbeveling.

De SO-verpleegkundige heeft kennis van de normale en afwijkende ontwikkeling van kinderen in de leeftijd van nul tot vier jaar en beschikt over kennis van opvoedingsprocessen. Zij is bekend met termen als 'hechting', 'sensitiviteit' en 'interactie' en begrijpt de processen die daaraan ten grondslag liggen. Voorts is de SO-verpleegkundige goed op de hoogte van de regionale sociale kaart. De aspirant SO-verpleegkundige volgt een (verplichte) opleiding van vier dagdelen met als onderwerpen:

- Werken als SO-verpleegkundige
- Gehechtheid
- Motiverende gespreksvoering
- Jeugdervaringen met geweld

Deze opleiding tot SO-verpleegkundige is bij V&VN geaccrediteerd.

De eerste twee jaar dat de methode wordt uitgevoerd is voor alle SO-verpleegkundigen een intensief supervisietraject met tenminste zes bijeenkomsten per jaar verplicht.

Kwaliteitsbewaking

De kwaliteit van de interventie wordt bewaakt vanuit de Vereniging Stevig Ouderschap.

JGZ-organisaties die de methode in uitvoering nemen ondertekenen bij toetreding tot de Vereniging het SO-convenant waarin is vastgelegd hoe en volgens welke normen de methode moet worden uitgevoerd.

De vereniging organiseert jaarlijks een Algemene Ledenvergadering met alle uitvoerende organisaties om uitvoering en ontwikkelingen af te stemmen.

Elke vijf jaar wordt door bestuursleden een audit uitgevoerd middels gestructureerde interviews bij alle JGZ-organisaties (op uitvoerend- en coördinatie-niveau) om protocoltrouw vast te stellen.

Vanaf 2018 treedt een (her)certificeringstraject voor alle SO-verpleegkundigen in werking waarbij middels een peer-review systeem wordt vastgesteld of kennis, vaardigheden, visie en attitude van de SO-verpleegkundige nog passend zijn voor de uitvoering van de methode.

Lid-organisaties evalueren zelf de tevredenheid en (in beperkte mate) de gevolgen van de huisbezoeken onder bezochte ouders middels een gestandaardiseerd evaluatieformulier. Periodiek worden deze (geanonimiseerde) evaluaties gebundeld op verenigingsniveau.

Randvoorwaarden

Organisatorische randvoorwaarden:

- Gemeentelijke subsidie voor de uitvoering van screening en interventie
- Draagvlak bij het management, ook in contacten met de gemeenten
- Aanstelling van een parttime SO-coördinator
- Voldoende ruimte (fte) voor het uitvoeren van de interventie door de hiervoor aangewezen SO-verpleegkundigen
- Inzet van minimaal twee SO-verpleegkundigen per organisatie voor minimaal 4 uur per week
- Kick-off scholing voor het voltallige JGZ-team t.b.v. draagvlak op de werkvloer
- Voldoende intervisie om efficiënte uitvoering van de methode te borgen
- Een intensief supervisietraject (minimaal 6x per jaar) voor de SO-verpleegkundigen gedurende de eerste twee uitvoeringsjaren door een gekwalificeerd supervisor

Contextuele randvoorwaarden:

- Politiek (gemeentelijk) draagvlak voor de uitvoering van de methode
- Meerjaren-afspraken over subsidies zijn bevorderlijk voor de uitvoering (onderzoek toont aan dat dit de response op de vragenlijst en de deelnamebereidheid aan de interventie vergroot)
- Afdoende voorlichting aan ketenpartners over het (preventieve) karakter van de methode
- Bij SO-prenataal: goede samenwerkingsafspraken met het perinatale veld (o.a. verloskunde en kraamzorg) omtrent de toeleiding

Implementatie

Er is een implementatieplan voor startende organisaties dat is geschreven o.b.v. de ervaringen in de eerste uitvoerende organisaties. Het plan bevat de volgende elementen (en bijlagen):

1. Lidmaatschap formaliseren
2. Plan van aanpak invullen (o.b.v. format)
3. Werven financiering (o.b.v. kosten-berekeningsmodel, brochures en presentatie-format)
4. Afspraken omtrent evaluatie
5. Werven formatie SO-verpleegkundigen (o.b.v. functieprofiel en vacaturetekst)
6. Zekerstellen formatie JGZ - borgen van uitvoering zonder afbreuk aan het reguliere JGZ-werkproces
7. Schrijven van interne procedure (o.b.v. format)
8. Aanschaffen/reproduceren van benodigde materialen

9. Inplannen kick-off en instrueren van teams (scholing wordt aangeboden vanuit de Vereniging)
10. Planning van scholingsprogramma voor SO-verpleegkundigen (zie 9)
11. Informatievoorziening aan ketenpartners (o.b.v. informatiebrief, concept persbericht en brochures)
12. Plannen van inter- en supervisie-cycli (Trainersgroep Wilde Kastanje is landelijk gespecialiseerd in het bieden van SO-supervisie)

De landelijk coördinator Stevig Ouderschap is vanuit de Vereniging beschikbaar om desgewenst de implementatie te begeleiden en scholingen te verzorgen. Het secretariaat van de Vereniging verzorgt jaarlijks op verzoek van (aspirant)leden één of meerdere scholingscycli.

Kosten

De kosten van Stevig Ouderschap in de *uitvoering* betreffen:

- Lidmaatschapsgeld: €0,22- per geboorte in het werkgebied waarin SO wordt uitgevoerd met een minimum van €220,- per jaar (vastgesteld bedrag 2017; wordt jaarlijks geïndexeerd)
- Materiaalkosten voor selectie €0,27 - €1,92 (bij response per post)
- Materiaalkosten per gezin voor interventie: €4,05 (deelname is 5-7% van de populatie)
- Kosten voor tijdsinvestering in selectiefase: 5 minuten uitleg per gezin (jeugdverpleegkundige) en 5 minuten voor administratie/verwerking selectievragenlijst (secretariaat)
- Kosten voor tijdsinvestering interventie (totaal bruto per gezin met een productiviteitsaannee van 70%) 32,1 uur.
- Deelname supervisie en kosten supervisor (variabel)
- PM: projectmanagement

De kosten voor implementatie van Stevig Ouderschap betreffen:

- Bijwonen kick-off training (3 uur per persoon)
- Kosten kick-off training (€250,-)
- Bijwonen training SO-verpleegkundige (16 uur per persoon)
- Kosten training SO-verpleegkundige (ca €600,- per persoon)

3. Onderbouwing

Probleem

Stevig Ouderschap richt zich op ernstige opvoedingsproblemen en kindermishandeling als uitvloeisel daarvan. Ernstige opvoedingsproblemen worden gekenmerkt door het feit dat de opvoeders een belangrijk deel van de opvoedingstaken niet of ontoereikend uitvoeren, waarbij zij geen manieren zien om met de problematische situatie om te gaan. Het opvoedend handelen wordt gekenmerkt door ineffectiviteit, inconsistentie en excessieve acties (Kousemaker, 1997). Onder ernstige opvoedingsproblemen vallen ook kindermishandeling en -verwaarlozing. De definitie van kindermishandeling luidt volgens de Jeugdwet "elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel."

Hoe vaak ernstige opvoedingsproblemen precies voorkomen is niet bekend, maar ruim 26% van de ouders maakt zich zorgen over de opvoeding, bijna 17% van de ouders voelt zich incompetent als ouder en 12% is ontevreden over de relatie met hun kind (Bot e.a., 2013). Bovendien zegt 15% van de ouders vaak het gevoel te hebben de opvoeding niet goed aan te kunnen (Bucx, 2011). In 2010 zijn ruim 118.000 jeugdigen (0-18 jaar) blootgesteld aan een vorm van kindermishandeling, dat is ruim 3% (Alink e.a., 2011). Ten opzichte van een eerdere studie neemt dit aantal toe (Ijzendoorn e.a., 2007). Onder jeugdigen zelf geeft bijna 27% van de leerlingen uit groep 7/8 aan ooit één of meerdere vormen van kindermishandeling te hebben meegemaakt (Vink e.a., 2016). In de eerste vier leerjaren van het voortgezet onderwijs geeft 25% van de leerlingen aan ooit een vorm van kindermishandeling te hebben ondergaan (Schellingerhout e.a., 2017).

Door het scala aan risicofactoren dat ten grondslag ligt aan kindermishandeling is het lastig om specifieke risicogroepen op grond van bijvoorbeeld opleidingsniveau, SES of etniciteit aan te wijzen (Van Rooijen e.a., 2013).

De problematiek van kindermishandeling kent een groot aantal korte- en lange-termijn gevolgen op lichamelijk (waaronder neurobiologisch), psychisch en sociaal vlak (Wolzak en ten Berge, 2008). Jeugdervaringen met mishandeling geven een grotere kans op o.a. depressie, verslaving, obesitas, diabetes, COPD en suicide (Felitti, 1998). In 2005 werd becijferd dat kindermishandeling de samenleving jaarlijks bijna één miljard euro kost (Meerding, 2005). Recent is berekend dat kindermishandeling, afhankelijk van de vorm en eventuele coincidentie, per persoon per jaar €869,- tot €2893,- kost (Speetjens, 2016).

Oorzaken

Het ecologisch model van Belsky biedt een gedeeltelijke verklaring voor opvoedingsproblemen en kindermishandeling. Dit model stelt dat stressverhogende elementen zowel binnen het gezin (microsysteem) als in de directe sociale context van familie, vrienden, werk, buurt, etc (exosysteem) de kans op ouder-kind conflicten vergroten. Het feit dat de response van ouders op conflict en stress zich uit als mishandeling wordt gezien als een consequentie van de eigen ervaringen als kind (ontogenetisch systeem) en van de waarden en opvoedingspraktijken die karakteristiek zijn voor de samenleving of subcultuur waarin het gezin is ingebed (macrosysteem) (Belsky, 1980).

Belsky plaatst de ouder schematisch centraal in een netwerk van draagkracht- danwel draaglast-vergrotenende factoren. De ouder is in dit schema de veranderbare actor. Diens bijdrage aan het opvoedingsproces wordt nader verklaard vanuit het fenomeen 'pedagogisch besef'. Het gaat hierbij om twee dimensies: perspectief-nemen (het begrijpen van de mentale activiteiten van het kind zoals die ten grondslag liggen aan diens gedrag) en moraliteit (het besef verplicht te zijn het welzijn van het kind te behartigen en de gezindheid zulks te doen) (Baartman, 1996; Newberger, 1980).

De dimensie van het perspectief-nemen kent drie aspecten: verwachtingen (de mate waarin deze realistisch, gepast en afgestemd zijn), perceptie (betekenisgeving aan het ouderschap – nodig zijn, geliefd zijn en getuige zijn) en sensitiviteit (het aanvoelen, begrijpen en onderkennen van behoeften, emoties en ervaringen van het kind – hetgeen bemoeilijkt kan worden door de ontwikkelingsgeschiedenis van de ouder). De dimensie van de moraliteit behelst het belangenconflict van individuatie en de-indivduatie dat zich afspeelt in de ouder, in het kind en in de interactie tussen beiden.

Pedagogisch besef schiet tekort wanneer ouders afwijkende verwachtingen hebben van hun kind, wanneer zij hun kind als afwijzend en miskennend ervaren en wanneer zij niet in staat zijn om sensitief te zijn naar hun kind. Op deze momenten wordt de mogelijkheid groot dat de belangen van de ouder voorrang krijgen op de belangen van het kind. Daarmee ontstaat een situatie waarin kindermishandeling kan optreden.

Op grond van dit theoretisch kader vertonen de volgende factoren een samenhang met opvoedingsproblematiek en kindermishandeling:

- De persoonlijkheid van de ouder zelf, diens kennis en vaardigheden, ontwikkelingsgeschiedenis en interpretatie daarvan.
- Stressoren binnen het gezin zoals financiële problemen, gezondheidsproblemen, conflicten, etc.
- De sociale steun uit de omgeving, van werk, vrienden, familie, partner en professionals.

- De mate van pedagogisch besef m.b.t. verwachtingen, perceptie en sensitiviteit.

Gebaseerd op deze factoren is zowel de selectievragenlijst als de interventie inhoudelijk vormgegeven.

Aan te pakken factoren

De interventie richt zich op de volgende factoren:

- Realistische, gepaste en op het kind afgestemde verwachtingen (*subdoel Vergroting van Kennis van en inzicht in de ontwikkeling van het kind*)
- Sensitieve interactie met het kind (*subdoelen Vergroten en versterken van kennis van en vaardigheden m.b.t. de verzorging van het kind en Versterken van vaardigheden en attitudes in de omgang met het kind*)
- Perceptie van het ouderschap (*subdoel Verbeteren van het zelfvertrouwen en de competentiebeleving als opvoeders*)
- Perceptie en interpretatie van de eigen ontwikkelingsgeschiedenis (*subdoel Versterken van de herkenning van en omgang met ambivalenties ten opzichte van het kind en het ouderschap*)
- Omgang met en aanpak van stressoren binnen het gezin (*subdoel Verbeteren van stress-hantering*)
- Sociale steun vanuit de omgeving (*subdoel Vergroten van sociale steun en vermindering van sociaal isolement*)

Verantwoording

1. Vergroting van Kennis van en inzicht in de ontwikkeling van het kind

In elk bezoek wordt met ouders besproken wat zij waarnemen en verwachten van de ontwikkeling en het gedrag van hun kind. Er wordt concrete voorlichting gegeven over ontwikkelingsfasen en ontwikkelingstaken. Wanneer waarnemingen of verwachtingen onrealistisch zijn zal de SO-verpleegkundige de ouder(s) een realistisch perspectief aanbieden. Uit de oorspronkelijke effectstudie omtrent Stevig Ouderschap (Bouwmeester-Landweer, 2006c) blijkt dat ouders als gevolg van de interventie positiever rapporteren over de ontwikkeling van hun kind op het Kort Instrument Pedagogische en Psychologische Probleem Inventarisatie (KIPPPPI). Hieruit kan worden afgeleid dat zij de ontwikkeling van hun kind beter zijn gaan begrijpen en zich daardoor minder zorgen maken.

2. Vergroten en versterken van kennis van en vaardigheden m.b.t. de verzorging van het kind

Versterken van vaardigheden en attitudes in de omgang met het kind

Door middel van gestructureerde observaties worden de vaardigheden en achterliggende kennis en attitudes t.a.v. verzorging en omgang in kaart gebracht. Ouders worden zelf ook gevraagd deze aspecten over zichzelf en de

andere ouder te waarderen. In dialoog hierover en desgewenst met behulp van voorbeeldgedrag kunnen ouders vaardigheden, kennis en attitudes ontwikkelen. Tussen de huisbezoeken door kunnen ouders opdrachten krijgen voor zelfobservatie en –rapportage om een objectiever beeld te krijgen van bepaalde patronen binnen het gezinsfunctioneren. In een meta-analyse van interventies gericht op preventie kindermishandeling wordt duidelijk dat het verbeteren van de attitudes/verwachtingen en het vergroten van de opvoedvaardigheden significant bijdraagt aan de positieve effecten van interventies, evenals het aanbieden van ‘huiswerk’-opdrachten (Van der Put, 2017).

3. Verbeteren van het zelfvertrouwen en de competentiebeleving als opvoeders

Naar aanleiding van de gestructureerde observaties geeft de SO-verpleegkundige de ouders feedback op hun opvoedend gedrag. Analooq aan de Buffer-theorie van Van der Pas (2003) wijst de SO-verpleegkundige ouders op hun ‘goede ouderschaps-ervaringen’ (die ze soms zelf niet meer zien) en helpt hen om het zg. ‘meta-perspectief’ te bereiken: reflecteren op en analyseren van het eigen gedrag met als doel lastige situaties een volgende keer anders aan te kunnen pakken. De meta-analyse van Van der Put toont aan dat het vergroten van de competentiebeleving één van de meest werkzame elementen is (Van der Put, 2017).

4. Versterken van de herkenning van en omgang met ambivalenties ten opzichte van het kind en het ouderschap

Door het reflecteren op de eigen ontwikkelingsgeschiedenis en de invloed daarvan op het ouderschap helpt de SO-verpleegkundige de ouder(s) objectiever te kijken naar eventuele jeugdervaringen met mishandeling en in te zien onder welke omstandigheden zich valkuilen voor transgenerationale overdracht bevinden. Hierbij wordt uitgegaan van de notie dat de mate van sensitiviteit jegens het kind dat de ouder ooit zelf was van invloed is op de mate van sensitiviteit die de ouder jegens het eigen kind kan opbrengen (Baartman, 1996). In de oorspronkelijke effectstudie wordt duidelijk dat juist gezinnen met een hoog risico op mishandeling dankzij de interventie veel empathischer met hun kind omgaan, hetgeen de theorie van Baartman ondersteunt (Bouwmeester-Landweer, 2006c), vergelijk ook Feshbach (1989).

5. Verbeteren van stress-hantering

In elk huisbezoeken wordt met ouders geëvalueerd wat er goed gaat, wat zorgen geeft en hoe deze zorgen kunnen worden opgelost (vergelijk de werkwijze in Signs of Safety, Oplossingsgericht Werken en Motivationale Gespreksvoering). Door ouders in eerste instantie zelf te vragen oplossingen te bedenken behouden zij de regie, ontdekken ze hun eigen vermogens en is de slagingskans groter dan wanneer oplossingen worden opgelegd. Dit vergroot het zelfvertrouwen van ouders en maakt dat zij beter opgewassen zijn tegen toekomstige stressvolle situaties. Verder wordt met ouders gesproken over en gereflecteerd op het

omgaan met lastige (opvoedkundige) situaties, bijv. 'wat doe je als je kind maar niet stopt met huilen'. De SO-verpleegkundige kan in dit gesprek de coping-strategieën van ouders inschatten en eventueel nieuwe strategieën aanbieden welke weer m.b.v. huiswerkopdrachten kunnen worden geoefend (Hillson en Kuiper, 1994). Uit de oorspronkelijke effectstudie omtrent Stevig Ouderschap (Bouwmeester-Landweer, 2006c) blijkt o.a. dat juist ouders met een groot aantal stressoren als gevolg van de interventie beter in staat zijn tot het vinden van alternatieven voor fysieke straffen.

6. Vergroten van sociale steun en vermindering van sociaal isolement

De SO-verpleegkundige informeert bij de ouder naar de kwantiteit en kwaliteit van het sociale netwerk rondom het gezin en naar de behoeften hierin van de ouder. In overleg wordt in kaart gebracht waar de behoefte ligt: verbetering van bestaande contacten of uitbreiding naar nieuwe contacten. In het eerste geval wordt samen onderzocht wat kan worden gedaan om de kwaliteit van bestaande relaties te verbeteren, bijvoorbeeld hoe ruzies bijgelegd kunnen worden. In het laatste geval wordt o.b.v. kennis van de sociale kaart verwezen naar activiteiten waar bijv. andere ouders ontmoet kunnen worden. De SO-verpleegkundige handelt hierbij o.b.v. de gedachtengang van Baartman (1997) dat de aanwezigheid van een sociaal netwerk nog niet per definitie sociale steun impliceert en dat bestaande relaties ook dermate scheef kunnen zijn dat zij meer stress dan steun bieden voor ouders (Vondra, 1990). Ook wordt getaxeerd in hoeverre aanvullende professionele ondersteuning wenselijk is en worden ouders gemotiveerd deze ondersteuning aan te nemen. Uit de oorspronkelijke effectstudie (Bouwmeester-Landweer, 2006c) blijkt dat ouders in de interventiegroep significant meer gebruik maakten van diverse vormen van geestelijke gezondheidszorg na afloop van de interventie.

4. Onderzoek

1	Publicatie	<i>Home Visitation in Families at Risk for Child Maltreatment: Process Evaluation</i> Bouwmeester-Landweer, M.B.R., Kousemaker, N.P.J., Dekker, F.W., Landsmeer-Beker, E.A., Baartman, H.E.M., Wit, J.M. 2006 Proefschrift (hoofdstuk)
	Type	Proces-evaluatie
	Methode	Evaluatievragenlijsten voor bezoekende SO-verpleegkundigen en ouders. Meetmomenten: tussentijds (na 6 maanden) en bij afsluiting (na 18 maanden). M.b.t. gezinnen die de interventie niet afmaakten werd een 'drop-out' vragenlijst ingezet.
	Omvang	238 gezinnen waarvan 8% (20) voortijdig stopte (response tussentijds 89%, bij afsluiting 95%, bij drop-out 55%) 5 SO-verpleegkundigen (response –over bezochte gezinnen- tussentijds 92%, bij afsluiting/drop-out 100%)
2	Publicatie	<i>Stevig Ouderschap: Pre-implementatie Zuid-Holland Noord – Resultaten</i> <i>Proces-evaluatie</i> Bouwmeester-Landweer, M.B.R. 2007 Interne publicatie
	Type	Kwantitatief cross-sectioneel survey-onderzoek per post; Descriptief relationeel onderzoek; Proces-evaluatie
	Methode	a) Inzet SO-selectievragenlijst in praktijksetting b) Analyse van buurtkenmerken (adresdichtheid, inkomen, uitkeringen, mate van migratie-achtergrond) o.b.v. CBS-gegevens i.r.t. wijze van response op SO-selectievragenlijst c) Tevredenheidsonderzoek gebruik methode SO binnen de JGZ d) evaluatie SO-interventie onder bezochte ouders
	Omvang	a) 9666 gezinnen (response 45% N=4324) b) 9666 gezinnen c) 83 jeugdverpleegkundigen (response 80% N=66) d) 397 gezinnen (analyse is i.v.m. financieel tijdpad uitgevoerd met 190 vragenlijsten retour)
3	Publicatie	<i>Stevig Starten, een combinatie van methodes vanuit de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) 0-4 jaar voor het signaleren van risicovolle opvoedingssituaties met inbegrip van kindermishandeling en het ondersteunen van gezinnen met jonge kinderen.</i> Wolff, M.S. de, Pannebakker, F.D., Bouwmeester-Landweer, M.B.R. 2012 TNO-rapport
	Type	Kwantitatief cross-sectioneel vergelijkend survey- en dossier-onderzoek

Methode	Onderzoek naar de combinatie van de SO-selectievragenlijst en het DMO-gespreksprotocol (Samen Starten) bestaande uit de registratie van herhaalde gestructureerde risico-inventarisatie-gesprekken tijdens de CB-consulten (JGZ) gedurende 18 maanden alsmede relevante gegevens uit de Basis Dataset (JGZ).
Omvang	1751 gezinnen (response m.b.t. SO-selectievragenlijst 44% N=751)

4	Publicatie	<i>Samen Starten met Stevig Ouderschap: Stevig Starten</i> Bouwmeester-Landweer, M.B.R. 2013 Interne publicatie
	Type/Methode/Omvang	Zie publicatie 3

5	Publicatie	<i>Ouders in hun kracht met Stevig Ouderschap</i> Bouwmeester-Landweer, M.B.R. 2014 Tijdschrift Ouderschapskennis, jrg 17 nr 2 pp 112-117
	Type	Proces-evaluatie, deskresearch
	Methode	JGZ-organisaties werkend met de methode Stevig Ouderschap zijn gevraagd de response op de SO-evaluatievragenlijst aan te leveren; 6 organisaties konden hieraan meewerken.
	Omvang	327 gezinnen (hoogte van response is niet gerapporteerd)

6	Publicatie	<i>Prevalence of Riskfactors for Child Maltreatment in the Netherlands</i> Bouwmeester-Landweer, M.B.R., Dekker, F.W., Landsmeer-Beker, E.A., Kousemaker, N.P.J., Baartman, H.E.M., Wit, J.M. 2006 Proefschrift (hoofdstuk)
	Type	Kwantitatief cross-sectioneel survey-onderzoek per post
	Methode	De SO-selectievragenlijst (17 vragen per ouder over jeugdervaringen, sociaal netwerk en huidige (persoonlijke) omstandigheden; 6 vragen voor de jeugdverpleegkundige) werd per post verzonden aan alle ouders met een nieuwgeboren kind in de regio Zuid-Holland Noord. In samenwerking met 3 JGZ-organisaties werd de vragenlijst op het Standaard Zuigelingenhuisbezoek besproken. Response vond plaats per post, met tussenkomst van de jeugdverpleegkundige of door ouders via een antwoordnummer.
	Omvang	8899 gezinnen (response gezin 55% N=4899, response jeugdverpleegkundige m.b.t. gezin 80% N=7135)

7	Publicatie	<i>Differences Between Respondents and Non-respondents on a Postal Questionnaire Addressing Risk Factors for Child Maltreatment</i>
---	-------------------	---

		Landsmeer-Beker, E.A., Bouwmeester-Landweer, M.B.R., Korbee-Haverhoek, H.D., Kousemaker, N.P.J., Baartman, H.E.M., Wit, J.M., Dekker, F.W. 2006 Proefschrift (hoofdstuk)
	Type	Descriptief relationeel onderzoek
	Methode	Deze studie richt zich op het in kaart brengen van eigenschappen van de 45% nonrespondenten uit studie 6 m.b.v. de volgende bronnen: a) Namen-algoritme (o.b.v. voor- en achternaam van nieuwgeboren kind) t.b.v. het in kaart brengen van de migratie-achtergrond (positieve predictieve waarde 82%, negatieve predictieve waarde 93%); b) Buurtprofilering o.b.v. adresgegevens i.c.m. CBS-data m.b.t. buurt (adresdichtheid, gemiddeld inkomen, aantal uitkeringsgerechtigden en aantal inwoners met migratie-achtergrond); c) Dossier-analyse uit JGZ Basis Dataset (etniciteit, jonge leeftijd, laag opleidingsniveau, laag betaalde baan, alleenstaand ouderschap, pre- en dysmaturiteit, kind met een handicap) over gestratificeerde steekproef
	Omvang	a) 8899 gezinnen b) 8899 gezinnen c) 414 gezinnen
8	Publicatie	<i>Screening for potential child maltreatment in parents of a newborn baby: The predictive validity of an Instrument for early identification of Parents At Risk for child Abuse and Neglect (IPARAN)</i> Put, C.E. van der, Bouwmeester-Landweer, M.B.R., Landsmeer-Beker, E.A., Wit, J.M., Dekker, F.W., Kousemaker, N.P.J., Baartman, H.E.M. 2017 Child Abuse & Neglect 70, pp 160-168
	Type	Descriptief relationeel onderzoek
	Methode	Onderzoek naar de relatie tussen de inhoud van de SO-selectievragenlijst (zie studie 6) en geverifieerde meldingen kindermishandeling bij Veilig Thuis (destijds AMK) op de gemiddelde kinderleeftijd van 2,5 jaar.
	Omvang	4899 gezinnen 17 geverifieerde meldingen kindermishandeling
9	Publicatie	<i>Concurrent validity, discriminatory power, and feasibility of the Instrument for identification of Parents At Risk for child Abuse and Neglect (IPARAN)</i> Horrevorts, E.M.B., Grieken, A. Van, Mieloo, C.L., Hafkamp-de Groen, E., Bannink, R., Bouwmeester-Landweer, M.B.R., Broeren, S., Raat, H.

		2017 BMJ Open (in press)
	Type	Kwantitatief cross-sectioneel survey-onderzoek
	Methode	Ouders met een nieuwgeboren kind in de regio Zuid-Holland (zuidwest) zijn aangeschreven met: <ul style="list-style-type: none"> • SO-Selectievragenlijst • Empowerment Questionnaire 2.0 (subschalen 'competentie als persoon' en 'competentie als ouder') • Family Functioning Questionnaire (subschalen 'jeugdervaringen', 'partnerrelatie' en 'sociale contacten') • Parenting Stress Questionnaire (subschaal 'depressieve symptomen')
	Omvang	2659 gezinnen (bruikbare response 27% N=727)
10	Publicatie	<i>Home Visitation in Families at Risk for Child Maltreatment: Analysis of Effects</i> Bouwmeester-Landweer, M.B.R., Dekker, F.W., Landsmeer-Beker, E.A., Kousemaker, N.P.J., Baartman, H.E.M., Wit, J.M. 2006 Proefschrift (hoofdstuk)
	Type	Effect-onderzoek met voor- en nametingen in een RCT-design (Randomized Controlled Trial)
	Methode	Gezinnen die op grond van de uitkomsten van de SO-selectievragenlijst in aanmerking kwamen voor de SO-interventie ontvingen 3x effectvragenlijsten (baseline, tijdens [kinderleeftijd 1 jaar] en een half jaar na afsluiting van de interventie [kinderleeftijd 2 jaar]). De volgende vragenlijsten zijn gebruikt: <ul style="list-style-type: none"> • Adult Adolescent Parenting Inventory (AAPPI; voor dit onderzoek vertaald; subschalen Verwachtingen, Empathie, Fysieke Straffen, Rolomkering en Onafhankelijkheid); • Child Abuse Potential Inventory (verkort), in het Nederlands vertaald als de Indicatielijst Intensieve Opvoedingsproblematiek (ILIO); • Kort Instrument voor Pedagogisch en Psychologische Probleem Inventarisatie (KIPPPPI); • Sociale Steun Schaal (SSS). Huisarts en jeugdarts vulden (o.b.v. consent) een gezondheidsgerelateerde vragenlijst in. Er zijn groepsgewijs geanonimiseerde data verzameld bij Veilig Thuis (destijds AMK) omtrent geverifieerde meldingen van kindermishandeling op de gemiddelde kinderleeftijd van 2,5 jaar.
	Omvang	1263 gezinnen kwamen in aanmerking. 33 gezinnen zijn om administratieve redenen niet benaderd, 149 zijn niet benaderd vanwege expliciete weigering of vanwege het ontbreken van een ingevulde SO-selectievragenlijst.

	<p>1081 gezinnen zijn uitgenodigd (response 83%, weigering door 391 gezinnen; 500 gezinnen in RCT, drop-out 20 gezinnen in interventiegroep, 11 gezinnen in vergelijkingsgroep). M.u.v. opleidingsniveau van vader zijn er geen significante verschillen tussen interventie- en vergelijkingsgroep.</p> <p>Response 1-jaarsmeting 97%</p> <p>Response 2-jaarsmeting 95%</p> <p>Ten tijde van de 2jaarsmeting is een aanvullende vergelijkingsgroep bestaande uit gezinnen die op grond van de SO-selectievragenlijst als 'laag-risico' werden aangemerkt benaderd met dezelfde effectmetingen (N=246).</p>
--	--

11	Publicatie	<p><i>Follow-up Project OKé.</i> Bouwmeester-Landweer, M.B.R. 2014 Interne publicatie</p>
	Type	<p>a) Longitudinaal predictiviteitsonderzoek met gestratificeerde steekproef b) Longitudinaal follow-up effect-onderzoek met RCT-design</p>
	Methode	<p>a) In aansluiting op het Preventief Gezondheids Onderzoek (PGO) dat in groep 2 van de basisschool wordt uitgevoerd is, in samenwerking met de GGD HM, in het schooljaar 2007/2008 onderzoek verricht naar kenmerken van de respondenten op de SO-selectievragenlijst (zie publicatie 6). Hiertoe is een steekproef genomen uit de volgende groepen: de groep die de SO-selectievragenlijst niet invulde, de groep die volgens de SO-selectievragenlijst 'laag risico' was en de groep die volgens de So-selectievragenlijst 'hoog risico' was maar geen interventie kreeg. Er is data gebruikt uit de volgende vragenlijsten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) • SO-plus vragenlijst (voor follow-up op het oorspronkelijke SO-cohort (zie publicatie 6 en 10) door de GGD HM ontwikkelde vragenlijst) <p>b) De volgende vragenlijsten zijn per post aan het cohort verzonden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nijmeegse Ouderlijke Stress-Index Revised (NOSI-R) • ILIO (zie publicatie 10) • Buffervragenlijst (een voor dit onderzoek ontwikkelde vragenlijst op basis van de ouderschapsbegeleidingstheorie (Van der Pas 2003)). <p>Tevens zijn van Veilig Thuis (destijds AMK) groepsgewijs geanonimiseerde geverifieerde meldingsfeiten verzameld (kinderleeftijd 13 jaar)</p>
	Omvang	<p>a) 1006 gezinnen (response 74% N=787) b) Oorspronkelijke onderzoeksgroep (zie publicatie 10) N=469 (interventie- en vergelijkingsgroep) + 246 (laag-risico vergelijkingsgroep). Na uitval door kleiner onderzoeksgebied en verhuizingen: 551 gezinnen beschikbaar voor follow-up; gemiddeld 73% response</p>

	(N=99 interventiegroep, N=131 hoog-risico vergelijkingsgroep, N=127 laag-risico vergelijkingsgroep).
--	--

12	Publicatie	<i>The Evaluation of a Home Visitation Intervention (Supportive Parenting) in Empowering Parents at Risk of Parenting Problems</i> Horrevorts, E.M.B., Grieken, A. Van, Mieloo, C.L., Bannink, R., Bouwmeester-Landweer, M.B.R., Hafkamp-de Groen, E., Broeren, S., Raat, H. 2017 Submitted
	Type	Gecontroleerd effect-onderzoek met voor- en nameting (niet gerandomiseerd)
	Methode	De volgende vragenlijsten zijn afgenomen bij de baseline, op de kinderleeftijd van 1 jaar en op de kinderleeftijd van 18 maanden (bij afsluiting van de interventie): <ul style="list-style-type: none"> • Parenting Stress Questionnaire (subscales ouder-kindrelatie, ouderschapsproblemen) • Family Functioning Questionnaire (subscales basiszorg, opvoeding, sociale contacten, partnerrelatie) • Empowerment Questionnaire 2.0 • Resilience Scale • Bij 18 maanden: Child Behavior Checklist (CBCL) Enkele vragen van de Family Functioning Questionnaire en de Empowerment Questionnaire zijn niet opgenomen in de baseline meting omdat ze niet geschikt waren voor ouders van pasgeboren kinderen.
	Omvang	392 gezinnen kwamen in aanmerking voor de interventiegroep (response 32%, N=124); response 1jaarsmeting 79%; response eindmeting 69% 759 gezinnen zijn benaderd voor de vergelijkingsgroep (response die in aanmerking kwam 23%, N=177); response 1jaarsmeting 65%; response eindmeting 84%.

*In onderstaande beschrijving van de onderzoeksresultaten wordt naar bovengenoemde publicaties verwezen middels een asterisk en het nummer van de publicatie, bijvoorbeeld (*7).*

4.1a Onderzoek naar de uitvoering van de interventie

De SO-interventie is in hoge mate conform planning uitgevoerd. Er zijn gemiddeld 6.2 huisbezoeken afgelegd (4-10) in de geplande 18 maanden met een tijdsduur per bezoek van gemiddeld 89-110 minuten (i.t.t. de geplande 75 minuten). Gezinnen waar meer dan het gemiddelde aantal huisbezoeken wordt afgelegd hebben een hogere score op de selectievragenlijst en meer stressoren in het gezin. Onder de respondenten was 89% tevreden over het aantal huisbezoeken, 95% over de tijdsduur per huisbezoek en 84% over de spreiding; 70% was tevreden over de periode van 18 maanden. 27% van de ouders was graag langer doorgedaan – in deze groep zitten significant meer ouders met een migratie-achtergrond. Ouders die liever eerder gestopt waren hadden significant vaker al meer dan één kind. (*1). Op grond van deze resultaten is Stevig

Ouderschap aangepast m.b.t. de tijdsduur per bezoek (van 75 naar 90 minuten) en de totale tijdsduur van het programma (verruimd van 18 maanden naar 2 jaar). In de pre-implementatiefase blijkt het gemiddeld aantal huisbezoeken met 6.1 goed vergelijkbaar met de onderzoekssetting (*2) en ook uit een latere analyse blijkt weer een gemiddelde van 6 huisbezoeken (*6).

De huisbezoeken zijn indien van toepassing bedoeld voor beide ouders. In het oorspronkelijke onderzoek waren in 24% van de (twee-ouder)gezinnen beide ouders aanwezig bij de bezoeken (*1). In de praktijksetting is in 76% van de (twee-ouder)gezinnen vader aanwezig bij tenminste 1 huisbezoek, in 40% zelfs bij 3 of meer huisbezoeken (*2). Later wordt gevonden dat vader bij tenminste 1 en gemiddeld 3 huisbezoeken aanwezig is in 65% van de (twee-ouder)gezinnen (5*). Specifiek kwetsbare groepen ouders worden in de praktijk beter bereikt dan in de onderzoekssetting: het aandeel ouders jonger dan 25 jaar is toegenomen van 10% (onderzoek) naar 21% (praktijk); voor alleenstaande ouders geldt een toename van 10 naar 20% en voor ouders met een migratie-achtergrond van 11 naar 38% (*2).

Uit de evaluatie onder de SO-verpleegkundigen blijkt dat zij een significante toename zien in sociale steun (vooral in gezinnen met een hoge score op de selectievragenlijst), ouder-kind interactie (vooral in gezinnen met een migratie-achtergrond), ouderschapscapaciteiten en coping-skills (vooral in gezinnen met een eerste kind) (*1). Voor 47% van de gezinnen is naast Stevig Ouderschap aanvullende ondersteuning ingezet. Dit betreft voor 33% medische zorg (specialist, fysiotherapeut etc.) en voor 32% psychische zorg (psycholoog, GGZ, etc.) (*5). De meeste ouders zeggen zich zekerder te voelen als ouder (72%), meer zelfvertrouwen gekregen te hebben (66%) en hun kind beter te begrijpen (64%). Eénderde van de ouders zegt door de huisbezoeken beter met stress om te kunnen gaan (*5).

Terugkijkend en vooruitkijkend gaf 68% van de bezochte ouders aan de huisbezoeken als zeer waardevol te hebben ervaren en 62% zag de toekomst positief in. Het schoolcijfer dat ouders voor de interventie gaven varieerde van 8.3 tot 8.8 op verschillende aspecten zoals tijd en aandacht en band met de SO-verpleegkundige (*1). In de praktijk zegt 84% van de ouders de huisbezoeken als zinvol te hebben ervaren en de schoolcijfers zijn vrijwel onveranderd t.o.v. de onderzoekssetting (*2). In de landelijke peiling zegt ruim 90% van de ouders dat de huisbezoeken 'zeker' of 'tamelijk' zinvol zijn geweest. Het gemiddelde cijfer dat Stevig Ouderschap krijgt is 8.2 (*5).

Op het consultatiebureau zijn de jeugdverpleegkundigen zeer tevreden (98%) over Stevig Ouderschap als aanvulling op de JGZ. Slechts 2% ervaart de toevoeging van de methode als afbreuk aan haar eigen werk. Ook over de introductie van de methode aan ouders is meer dan 90% tevreden (*2).

4.1b Onderzoek naar de SO-Selectievragenlijst

Moeders rapporteren over het algemeen meer risicofactoren dan vaders. Sociale isolatie wordt door beide ouders het vaakst gerapporteerd (7% onder moeders, 6% onder vaders). Moeders rapporteren meer psychische problemen (6 vs 3%). Van de verschillende jeugdervaringen met huiselijk geweld en kindermishandeling rapporteren moeders het vaakst getuige geweest te zijn van huiselijk geweld (5%). Vaders zeggen het vaakst emotioneel mishandeld geweest te zijn (3%). 12% van de moeders en 7% van de vaders rapporteert tenminste één vorm van kindermishandeling te hebben meegemaakt (*6). In de praktijk van de uitvoering blijkt dat alle items significant vaker bevestigend beantwoord worden m.u.v. de vragen aangaande geboortegewicht en zwangerschapsduur (objectieve feiten). Ouders lijken in een praktijksetting dus openhartiger (*2).

De jeugdverpleegkundige adviseert aan 4% van de gezinnen om deel te nemen aan de SO-interventie. Dit is 17% van alle gezinnen die op grond van hun eigen antwoorden in aanmerking komen. Wanneer een gezin op grond van vaders' antwoorden in aanmerking komt is er nooit sprake van een jeugdverpleegkundig advies, wat erop duidt dat zij deze risicofactoren onvoldoende in beeld heeft. Haar advies hangt vooral samen met de huidige omstandigheden van moeder en kind. Sociale steun en het verleden van moeder zijn voor de jeugdverpleegkundige ook nauwelijks in beeld (*6).

Van alle responderende gezinnen blijkt 17% in aanmerking te komen voor ondersteuning op basis van de gekozen weging van risicofactoren. In 38% van de gezinnen is dit gebaseerd op de antwoorden van moeder, in 22% op de antwoorden van vader en in 40% van de gezinnen op de antwoorden van beide ouders (*6). In de praktijk loopt de response van ouders op de SO-selectievragenlijst terug van 55% naar 45%, selectie (met een aangepaste, op efficiëntere selectie gerichte weging van de SO-selectievragenlijst) neemt echter toe van 10% van de response naar 16% en ook de deelnamebereidheid stijgt: van 48 naar 62%. Het percentage van de populatie dat uiteindelijk bereikt wordt met de interventie stijgt van 3 naar 4%. Uit nadere analyse blijkt dat response en deelnamebereidheid teruglopen op het moment dat er financiële onzekerheid is over de voortzetting van de methode binnen de organisatie. In dichtbevolkte buurten met een laag inkomen, een hoog aantal uitkeringsgerechtigden en een hoog aantal inwoners met migratie-achtergrond is weliswaar significant minder response maar komen ouders wel significant vaker in aanmerking voor Stevig Ouderschap. Er wordt geen verschil gevonden in deelnamebereidheid (*2).

Van de nonrespondenten op de selectievragenlijst is gebleken dat zij significant vaker een migratie-achtergrond hebben en in een buurt met minder positieve kenmerken wonen (t.a.v. adresdichtheid, inkomen, aantal migranten en aantal mensen met een uitkering). Dit zelfde significante verschil wordt ook gevonden in de vergelijking tussen respondenten met een laag- en een hoogrisicoprofiel (op grond van de SO-selectievragenlijst). Op de onderzochte demografische

items worden wel een aantal significante verschillen gevonden tussen laag- en hoogrisico respondenten maar respondenten en nonrespondenten verschillen alleen in etniciteit en mate van alleenstaand ouderschap (*7).

Wanneer de éénmalig ingezette SO-selectievragenlijst wordt gecombineerd met de herhaalde mondelinge risicotaxatie van het DMO-protocol (Samen Starten) blijkt 8 weken na de geboorte een inhoudelijke samenhang tussen beide taxaties van 0.42. De samenhang binnen de SO-selectievragenlijst tussen het advies voor ondersteuning door de jeugdverpleegkundige en de door ouders zelf gerapporteerde risicofactoren is bijna 50% (*3). Nadere analyse maakt duidelijk dat wanneer ouders in de SO-selectievragenlijst jeugdervaringen met mishandeling en persoonlijke problemen (zoals psychiatrie, drift en verslaving) rapporteren, deze informatie bij tweederde van de gezinnen niet wordt teruggevonden in het JGZ-dossier en dus mondeling niet genoemd is (*4).

De overeenstemming in de conclusie dat aanvullende ondersteuning gewenst is (bij 8 weken) betreft 85%; de mondelinge taxatie levert een surplus van 5% t.o.v. de combinatie, de schriftelijke taxatie een surplus van 10%. Zo'n tweederde van de totaal gevonden risico's is in de eerste acht weken al duidelijk. De herhaalde taxatie van het DMO-protocol levert een surplus van 2,3% tussen 8 weken en 6 maanden. Op grond van deze studie is het advies om bij het gecombineerd uitvoeren van een schriftelijke en mondelinge taxatie de beslissing over aanvullende ondersteuning te nemen rond de kinderleeftijd van 8 weken (*3).

Onderzoek naar de relatie tussen de inhoud van de SO-selectievragenlijst en latere (2,5 jaar na de geboorte) meldingen van kindermishandeling toont een sterke samenhang voor de risicofactoren partnergeweld, agressie-regulatie, gebrek aan steun en jeugdervaringen met lichamelijke mishandeling. Alleen bij moeders wordt een relatie gevonden met psychische problemen. De relatie met verslavingsproblematiek bestaat alleen voor vaders. Partnersteun, het gebruik van fysieke straffen en vervreemding van de buurt vertonen geen of slechts een zwak verband met latere meldingen. De predictieve validiteit van de SO-selectievragenlijst bleek acceptabel met een AUC-waarde van 0.70 terwijl de predictieve validiteit van het deelname-advies van de jeugdverpleegkundige nauwelijks beter dan toeval bleek met een AUC-waarde van 0.59 (ns). De combinatie van de SO-selectievragenlijst en het deelname-advies van de jeugdverpleegkundige resulteerde in de hoogste predictieve validiteit (AUC = 0.72) (*8).

In gezinnen die op grond van de SO-selectievragenlijst als 'laag risico' zijn aangemerkt is 0.1% meldingen van kindermishandeling is gedaan; in de gezinnen die de SO-selectievragenlijst niet invulden is dit percentage 0.7%. Deze percentages zijn significant lager dan het percentage meldingen in de totale hoog-risicogroep (1.2%) (*10).

Uit onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten van de SO-selectievragenlijst blijken voor moeder correlaties op het gebied van de partner-relatie, sociale contacten, jeugdervaringen, depressieve symptomen en competentie-gevoelens met AUC-waarden tussen 0.70 en 0.93. Voor vader worden correlaties gevonden voor competentiesgevoelens, depressieve symptomen en jeugdervaringen (maar het aantal vaders dat alle vragenlijsten invulde was laag) (*9).

Uit longitudinale follow-up (5 jaar na invullen) blijkt dat kinderen in hoog-risicogezinnen (o.g.v. de SO-selectievragenlijst, die géén interventie kregen) significant meer gedragsproblemen, problemen met leeftijdsgenoten en hyperactiviteit vertonen dan in laag-risicogezinnen. Deze kinderen scoren ook significant vaker in het zg. 'klinisch gebied' van de SDQ. M.u.v. de gevonden resultaten t.a.v. hyperactiviteit verschillen deze kinderen ook significant van de kinderen in de nonresponsegroep. Ouders in de hoog-risicogezinnen rapporteren significant negatiever over jeugdervaringen, sociale steun, gezinsfunctioneren en beleving van het ouderschap dan in de laag-risicogezinnen. Voor ouders worden geen verschillen gevonden tussen laag-risicogezinnen en de nonresponsegroep (*11).

Zeven jaar nadat de SO-selectievragenlijst is ingevuld zijn in de laag-risicogroep 1.5% van de gezinnen bij Veilig Thuis gemeld, in de nonresponsegroep is dit 5.1% en in de hoogrisicogroep is dit 7.3%. Deze percentages verschillen alle significant t.o.v. elkaar (*11).

4.2b Onderzoek naar de behaalde effecten van de SO-Interventie

Uit de regressie-analyse van de effectmetingen betreffende de SO-interventie onder ouders blijken enkele significante effecten: na één jaar is er verbetering op de ouderlijke verwachtingen (AAPI), de kind-ontwikkeling (KIPPPPI) en afname op onafhankelijkheid (AAPI). Na twee jaar is het effect op verwachtingen verdwenen. Nadere analyse wijst uit dat in gezinnen met een hoger risico op mishandeling (ILIO) een significant positief effect wordt bereikt m.b.t. empathie en het gebruik van fysieke straffen (AAPI). Op het gebied van sociale steun (SSS) blijkt het aantal steunbronnen in beide groepen af te nemen, alsmede de tevredenheid hierover. De steun van partner nam echter significant minder af in de interventiegroep (*10).

Omdat de effecten uit de regressie-analyse klein waren is de klinische significantie van de veranderingen berekend m.b.v. de Reliable Index of Change (zie Hageman en Arrindell, 1993). Uit deze analyse blijkt na twee jaar een significant grotere verbetering in de interventiegroep m.b.t. de uitkomstmaten Verwachtingen (AAPI), Kind-ontwikkeling (KIPPPPI) en Risico op mishandeling (ILIO). Na twee jaar is het risico op kindermishandeling klinisch significant afgenomen in 22% van de interventiegroep tegen 8% van de (hoog-risico) vergelijkingsgroep. Voorts wordt na twee jaar (in de zg. 'peuterpuberteit') de kind-ontwikkeling positief gezien door 10% van de ouders in de interventiegroep tegen slechts 1% van de (hoog-risico) vergelijkingsgroep. Uit de vergelijking met

een laag-risico vergelijkingsgroep blijkt de kind-ontwikkeling (KIPPPPI) in de interventiegroep niet meer te verschillen van deze groep terwijl deze nog wel significant zorgelijker is in de hoog-risico vergelijkingsgroep (*10).

Positieve klinisch significante veranderingen in zes of meer van de negen onderzochte constructen wordt na twee jaar gevonden in 18% van de interventiegroep tegen 10% van de (hoog-risico) vergelijkingsgroep. Deze 'succesvolle' gezinnen blijken vrijwel significant vaker deel te nemen met een eerste kind waarover ze zich bij de start van de interventie significant meer zorgen maakten (KIPPPPI). Ook rapporteerden deze gezinnen bij de start van de interventie significant meer stressoren in het gezin (KIPPPPI). De effectgrootte (ES) voor de uitkomst op de ILIO bedraagt 0.50; voor de Kind-ontwikkeling (KIPPPPI) 0.53 – dit zijn gemiddeld grote effecten (Cohen 1988) (*10).

Jeugdartsen en huisartsen (response 94-85%) rapporteren nauwelijks significante verschillen tussen de interventie en de (hoog-risico) vergelijkingsgroep, met uitzondering van het nakomen van de afspraken op het consultatiebureau: in de controlegroep wordt significant vaker het zg. NVZB (Niet Verschenen Zonder Bericht) gerapporteerd (*10).

In totaal waren in dit onderzoek 49 meldingen kindermishandeling bekend, waarvan 15 in de totale groep gezinnen die als hoog-risico is aangemerkt (N=1263, 1.2%). Door deze kleine aantallen wordt er geen significant verschil gevonden tussen de interventiegroep en de (hoog-risico) vergelijkingsgroep. In de groep gezinnen die vanwege weigering of het ontbreken van een ingevulde SO-selectievragenlijst niet benaderd zijn en in de groep gezinnen die niet reageerden op het verzoek om deel te nemen zijn significant meer meldingen gedaan dan in de interventiegroep, de vergelijkingsgroep en de groep die liet weten niet mee te willen doen aan het onderzoek. Hieruit moeten we concluderen dat in het onderzoek een belangrijke risicogroep niet kon worden bereikt maar dat deze in een praktijksetting wél in beeld zou zijn gekomen dankzij de SO-selectievragenlijst (*10).

Drieneenhalf jaar nadat de interventie is afgerond worden noch op de ILIO, noch op de Buffervragenlijst verschillen gevonden tussen de interventiegroep en de (hoog-risico) vergelijkingsgroep. Beide groepen scoren significant zorgwekkender dan de laagrisico-groep. Echter, in het ouder-domein van de NOSI wordt de gezochte uitkomst wél gevonden: de interventiegroep scoort significant beter dan de (hoog-risico) vergelijkingsgroep en verschilt niet van de laag-risico vergelijkingsgroep. Ouders die de Stevig Ouderschap interventie kregen voelen zich dus ook vijf jaar later nog steeds beter berekend op hun opvoedingstaak en zijn hierin 'genormaliseerd' (*11).

De studie naar het effect van de interventie Stevig Ouderschap op het fenomeen eigen kracht toont na 18 maanden geen significante effecten. Noch de interventiegroep, noch de vergelijkingsgroep verbeterde op de gekozen uitkomstmaten; op een aantal uitkomstmaten werd zelfs achteruitgang

gevonden. Er zijn echter een aantal methodologische kanttekeningen. Ten eerste: de interventiegroep en de vergelijkingsgroep (die niet random tot stand gekomen zijn maar afkomstig zijn uit twee verschillende gebieden) verschillen significant van elkaar m.b.t. migratie-achtergrond, alleenstaand ouderschap en gemiddeld inkomen. Ten tweede is de baseline-meting later afgenomen in de interventiegroep (7.6 maanden na de geboorte) dan in de vergelijkingsgroep (5.1 maanden na de geboorte). Ten derde is de eindmeting afgenomen direct bij afsluiting van de interventie i.p.v. een half jaar later (vergelijk publicatie 10). Ten slotte startte de interventie pas na ca 8 maanden en zijn gemiddeld vijf huisbezoeken afgelegd (*12).

5. Samenvatting Werkzame elementen

Inhoudelijke elementen:

- De selectiemethodiek en de interventie zijn opgezet vanuit hetzelfde theoretische paradigma waardoor beide elementen goed op elkaar aansluiten en de doelgroep op maat kan worden bediend.
- Het aanbod van de interventie bevat een mix van structuur en flexibele vraaggerichtheid waardoor wordt aangesloten op de individuele wensen en noden van elk gezin.
- De interventie biedt een combinatie van 'technieken': motivationele gespreksvoering, gezondheidsvoorlichting, pedagogische advisering, positieve bekrachtiging, observatie-technieken, voorbeeldgedrag, registratie-technieken/huiswerkopdrachten. Deze worden gecombineerd met eventuele doorverwijzingen en het zo nodig 'verwijsrijp' maken van ouders hiervoor.

Praktische elementen:

- Door de vroege introductie van de methode bij de (aanstaande) ouder wordt het 'window of opportunity' benut – de fase waarin ouders zich realiseren dat het ouderschap ze zwaar(der) valt maar er nog niets is gebeurd dat verborgen hoeft te worden.
- De methode is ingebed in de JGZ en maakt langs deze weg gebruik van haar laagdrempelige ingang in gezinnen en de reputatie van deskundigheid op het gebied van kindontwikkeling en opvoeding.
- De SO-verpleegkundige is ervaren, heeft aanvullende opleiding genoten en wordt ondersteund door voldoende inter- en supervisie.
- De interventie vindt plaats in de thuissituatie van de ouder. Dit maakt deelname laagdrempeliger doordat geen opvang geregeld hoeft te worden en het normale dagritme van het kind doorgang kan vinden en omdat het door de hoge mate van privacy als veiliger ervaren wordt door ouders. Het biedt de SO-verpleegkundige tevens meer zicht op de gezinssituatie en de mogelijkheid om in te spelen op de daadwerkelijke werkvloer van het ouderschap.

6. Aangehaalde literatuur

- Alink, L., IJzendoorn, R. van, Bakermans, M., ... [et al.] (2011). *Kindermishandeling in Nederland Anno 2010: de Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van kinderen*. Leiden: Casimir
- Baartman, H.E.M. (1996). *Opvoeden kan zeer doen. Over oorzaken van kindermishandeling, hulpverlening en preventie*. Utrecht: SWP.
- Baartman, H.E.M. (1996). Als mishandelde kinderen ouder worden. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 35 (pp 392-406).
- Baartman, H. E. M. (1997). Risicogezinnen en predictie en preventie van kindermishandeling. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 36, 243-255.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: an ecological integration. *Am.Psychol.*, 35, 320-335.
- Bot, S., Roos, S. de, Sadiraj, K., Keuzenkamp, S. Broek, A. van den & Kleijnen, E. (2013). *Terecht in de jeugdzorg. Voporspellers van kind- en opvoedingsproblematiek en jeugdzorggebruik*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Bouwmeester-Landweer, M.B.R., Dekker, F.W., Landsmeer-Beker, E.A., Kousemaker, N.P.J., Baartman, H.E.M., Wit, J.M. (2006a) Prevalence of Riskfactors for Child Maltreatment in the Netherlands. In: Bouwmeester-Landweer, M.B.R. *Early Home Visitation in Families at Risk for Child Maltreatment*. Leiden: Universiteit Leiden, proefschrift (pp 141-173).
- Bouwmeester-Landweer, M.B.R., Kousemaker, N.P.J., Dekker, F.W., Landsmeer-Beker, E.A., Baartman, H.E.M., Wit, J.M. (2006b) Home Visitation in Families at Risk for Child Maltreatment: Process Evaluation. In: Bouwmeester-Landweer, M.B.R. *Early Home Visitation in Families at Risk for Child Maltreatment*. Leiden: Universiteit Leiden, proefschrift (pp 191-214).
- Bouwmeester-Landweer, M.B.R., Dekker, F.W., Landsmeer-Beker, E.A., Kousemaker, N.P.J., Baartman, H.E.M., Wit, J.M. (2006c) Home Visitation in Families at Risk for Child Matreatment: Analysis of Effects. In: Bouwmeester-Landweer, M.B.R. *Early Home Visitation in Families at Risk for Child Maltreatment*. Leiden: Universiteit Leiden, proefschrift (pp 215-246).
- Bouwmeester-Landweer, M.B.R. (2007) *Stevig Ouderschap: Pre-implementatie Zuid-Holland Noord – Resultaten Proces-evaluatie*. Oudewater: Vereniging Stevig Ouderschap (interne publicatie).
- Bouwmeester-Landweer, M.B.R. (2013) *Samen Starten met Stevig Ouderschap: Stevig Starten*. Oudewater: Vereniging Stevig Ouderschap (interne publicatie)
- Bouwmeester-Landweer, M.B.R. (2014a) *Ouders in hun kracht met Stevig Ouderschap*. *Tijdschrift Ouderschapskennis*, jrg 17 nr 2 pp 112-117.
- Bouwmeester-Landweer, M.B.R. (2014b) *Follow-up Project OKé*. Oudewater: Vereniging Stevig Ouderschap (interne publicatie)

- Bucx, F. (2011). 'Gezinsrapport 2011 : een portret van het gezinsleven in Nederland'. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cook, T. D. & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-Experimentation; Design & Analysis Issues for Field Settings*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Felitti, Vincent J., MD, FACP, Robert F. Anda, MD, MS, Dale Nordenberg, MD, David F. Williamson, MS, PhD, Alison M. Spitz, MS, MPH, Valerie Edwards, BA, Mary P. Koss, PhD, James S. Marks, MD, MPH (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study, *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), pp. 245 – 258.
- Feshbach, N. D. (1989). The construct of empathy and the phenomenon of physical maltreatment of children. In D.Cicchetti & V. Carlson (Red.), *Child Maltreatment, theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* Cambridge: Cambridge University Press.
- Hageman en Arrindell (1993). A further refinement of the reliable change (RC) index by improving the pre-post difference score: introducing the RCid. *Behav.Res.Ther*, 31, 693-700.
- Hillson, J. M. C. & Kuiper, N. A. (1994). A stress and coping model of child maltreatment. *Clinical Psychology Review*, 14, 261-285.
- Horrevorts, E.M.B., Grieken, A. Van, Mieloo, C.L., Hafkamp-de Groen, E., Bannink, R., Bouwmeester-Landweer, M.B.R., Broeren, S., Raat, H. (2017) Concurrent validity, discriminatory power, and feasibility of the Instrument for identification of Parents At Risk for child Abuse and Neglect (IPARAN) *BMJ Open* (in press)
- Horrevorts, E.M.B., Grieken, A. Van, Mieloo, C.L., Bannink, R., Bouwmeester-Landweer, M.B.R., Hafkamp-de Groen, E., Broeren, S., Raat, H. (2017) The Evaluation of a Home Visitation Intervention (Supportive Parenting) in Empowering Parents at Risk of Parenting Problems. (submitted for publication)
- IJzendoorn, M.H. van, Prinzie, P., Euser, E.M., ... [et al.] (2007). 'Kindermishandeling in Nederland anno 2005 : de nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen'. Leiden: Casimir
- Kousemaker, N.P.J. (1997). *Onderkenning van psychosociale problematiek bij jonge kinderen*. Assen: van Gorcum.
- Landsmeer-Beker, E.A., Bouwmeester-Landweer, M.B.R., Korbee-Haverhoek, H.D., Kousemaker, N.P.J., Baartman, H.E.M., Wit, J.M., Dekker, F.W. (2006) Differences Between Respondents and Non-respondents on a Postal Questionnaire Addressing Risk Factors for Child Maltreatment. In: Bouwmeester-Landweer, M.B.R. *Early Home Visitation in Families at Risk for Child Maltreatment*. Leiden: Universiteit Leiden, proefschrift (pp 173-190).

- Newberger, C. M. (1980). The cognitive structure of parenthood; the development of a descriptive measure. In R.L.Selman & R. Yando (Eds.), *Clinical-developmental psychology. New directions of child development: clinical developmental research*, No. 7, San Francisco: Jossey-Bass.
- Meerding, J.W. (2005). De maatschappelijke kosten van kindermishandeling In: Baartman, Bullens en Willems (red). *Kindermishandeling: de politiek een zorg*. Amsterdam: SWP.
- Pas, A.J.M. van de (2003). *A Serious Case of Neglect: the Parental Experience of Child Rearing. Outline for a Psychological Theory of Parenting*. Delft: Eburon.
- Put, C.E. van der, Bouwmeester-Landweer, M.B.R., Landsmeer-Beker, E.A., Wit, J.M., Dekker, F.W., Kousemaker, N.P.J., Baartman, H.E.M. (2017) Screening for potential child maltreatment in parents of a newborn baby: The predictive validity of an Instrument for early identification of Parents At Risk for child Abuse and Neglect (IPARAN) *Child Abuse & Neglect* 70, pp 160-168
- Put, C.E. van der, Boekhout van Solinge, N., Gubbels, J. (2017). Effectief vroegtijdig handelen ter voorkoming van kindermishandeling; Eindrapport Voorstudie Fase 1 Consortium Effectief Vroegtijdig Handelen ter Voorkoming van Kindermishandeling. Amsterdam: UvA.
- Rooijen, K. van, Bartelink, C., Berg, T. (2013). *Risicofactoren en beschermende factoren voor kindermishandeling*. Utrecht: NJi.
- Schellingerhout, R. & Ramakers, C. (2017). *Scholieronderzoek Kindermishandeling 2016*. Nijmegen: ITS & Radboud Universiteit.
- Speetjens, P., Thielen, F., Ten Have, M., De Graaf, R., Smit, F. (2016). Kindermishandeling: economische gevolgen op lange termijn. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58 (10), ppn706 -711.
- Vink, R., van der Pal, S., Eekhout, I., Pannebakker, F. Mulder, T. (2016). Ik heb al veelgemaakt. Ingrijpende jeugdervaringen (ACE) bij leerlingen in groep 7/8 van het regulier basisonderwijs. Leiden: TNO.
- Vondra, J. I. (1990). Sociological and ecological factors. In R.T.Ammerman & M. Hersen (Eds.), *Children at risk, an evaluation of factors contributing to child abuse and neglect* (pp. 149-170). New York: Plenum Press.
- Wolff, M.S. de, Pannebakker, F.D., Bouwmeester-Landweer, M.B.R. (2012) Samen Starten met Stevig Ouderschap Stevig Starten, een combinatie van methodes vanuit de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) 0-4 jaar voor het signaleren van risicovolle opvoedingssituaties met inbegrip van kindermishandeling en het ondersteunen van gezinnen met jonge kinderen. Leiden: TNO
- Wolzack, A. & ten Berge, I. (2008). *Gevolgen van kindermishandeling*. Utrecht: NJi.

7. Praktijkvoorbeeld

Gezin x heeft (via IVF) een zoontje gekregen (eerste kind). Moeder (migrant) is als kind veel geslagen en heeft huiselijk geweld meegemaakt; ze is enigszins sociaal geïsoleerd. Bij vader (Nederlands) zijn geen risicofactoren. Er zijn zorgen omdat zoon erg onrustig is en veel spuugt.

Eerste huisbezoek (2 maanden): kind groeit ontwikkelt zich goed; ouders genieten van hun ouderschap ondanks de zorgen rond spugen en onrust, die moeder soms teveel worden. SO-verpleegkundige bespreekt factoren die de oorzaak kunnen zijn voor de onrust. Ouders krijgen advies over ritme, slapen en inbakeren. De SO-verpleegkundige geeft uitleg en doet het inbakeren voor. Zij adviseert huisartsconsult om medische oorzaak voor het spugen uit te sluiten. Als de SO-verpleegkundige twee weken later contact opneemt gaat het beter met het spugen. Zij adviseert babymassage.

Tweede huisbezoek (3 maanden): veel aandacht voor de ontwikkeling van het kind. Moeder maakt zich zorgen over het kinderdagverblijf. Ze heeft moeite het kind bij anderen te laten. SO-verpleegkundige luistert en bevestigt de gevoelens van moeder. Ze adviseert om te gaan kijken en benoemt het alternatief van gastouders. Het gesprek gaat voort op informatie uit het eerste huisbezoek waarin moeder vertelde dat zij in het verleden veel geslagen is door haar moeder, die gescheiden is en later hertrouwd. In de periode daartussen had moeders moeder een zeer gewelddadige relatie. Moeder heeft nu goed contact met haar moeder, zegt het haar vergeven te hebben. Vader vindt dat moeder hulp moet zoeken. Moeder wil niet, ze wil een gesprek met haar moeder over het verleden. Het advies van de SO-verpleegkundige voor babymassage wijst moeder af: het groepsverband staat haar tegen. Moeder wil de isolatie vooral verminderen door meer contact te krijgen met haar ouders en schoonouders.

Derde huisbezoek (7 maanden): moeder vertelt over momenten dat het ouderschap haar zwaar valt. Als de baby lang jengelt, legt ze hem wel eens in de box en loopt dan weg. Ook heeft ze wel eens zijn hand weggeduwd toen hij steeds eten weigerde. Ze voelde zich daar achteraf zeer schuldig over. Niet dezelfde fouten maken als haar moeder is een groot thema voor haar. De SO-verpleegkundige heeft geluisterd, bevestiging gegeven en benoemd dat meer ouders met zo'n verleden met deze gevoelens worstelen. Contact met schoonouders is moeizaam. Moeder heeft met haar moeder een goed gesprek gehad. Moeder van moeder heeft spijt betuigd en haar geknuffeld. Zowel vader als moeder van moeder vindt het belangrijk dat moeder hulp zoekt. Moeder staat hier nu meer voor open.

Tussen het derde en vierde huisbezoek zijn de ouders verhuisd en is het kind ziek geweest. Moeder van moeder heeft tijdens de verhuizing geholpen en op het kind gepast. Gesprekken tussen moeder en oma zorgen voor veel opluchting bij moeder. Binnenkort zal het kind naar de crèche gaan. Moeder is nog steeds bezorgd hierover.

Vijfde huisbezoek: stabilisatie. Crèche gaat goed, werken bevalt goed. Steeds beter contact met ouders en schoonouders. Moeder voelt zich soms nog onzeker over haar capaciteiten. De SO-verpleegkundige bevestigt moeder en laat zien dat het kind goed op haar reageert.

Tijdens het laatste huisbezoek is moeder tevreden. Ze voelt zich zeer geholpen in het verwerken van haar verleden en gesteund in het verbeteren van haar relaties met familie. Ook heeft ze veel steun ervaren in haar ouderrol. In de eindevaluatie geeft moeder alle aspecten van de begeleiding een 10.

Samenvattend: moederrol gaf veel spanningen (ook fysiek: vaak hoofdpijn) door confrontatie met eigen opvoeding en sterke wens het anders te doen. Mogelijk hingen deze spanningen en de onrust bij zoon samen. Resultaat in effectmetingen: risico op mishandeling -37%, moeders 'distress' -57%. Van de 9 uitkomstmaten zijn er 7 klinisch significant verbeterd.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Kenniscentrum Sport, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

