

Interventie

Stevig Ouderschap

Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdgezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering

Datum: 28 september 2023

Oordeel: Effectief volgens eerste aanwijzingen voor effectiviteit

De referentie naar dit document is: Bouwmeester-Landweer (2023).

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

Inhoud

Inhoud.....	3
Samenvatting	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	4
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	7
1.3 Aanpak.....	8
2. Uitvoering	11
3. Onderbouwing.....	15
4. Onderzoek.....	20
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	23
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	25
5. Samenvatting Werkzame elementen	28
6. Aangehaalde literatuur.....	29
7. Praktijkvoorbeeld.....	32

Samenvatting

Stevig Ouderschap geeft gezinnen met een minder makkelijke start een steuntje in de rug. Met circa vier prenatale (indien van toepassing) 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 interventie 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 interventie is ontwikkeld voor en door de JGZ.

Doelgroep

Gezinnen bestaande uit 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 verkleinen van het risico op 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 (ook digitale) vragenlijst met begeleidende folder in acht talen.
Voor de huisbezoeken: een dossier, ouderboekje, reflectietool en evaluatievragenlijst.
Handleidingen voor de selectie, de interventie en de algehele implementatie.
Geaccrediteerd scholingsprogramma, diverse webinars. 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 onderwaarden 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 waarden 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

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Stevig Ouderschap richt zich op gezinnen, met daarin bij de start (ongeboren) kinderen tussen -5 en +6 maanden en hun ouder(s), waar risicofactoren aanwezig zijn voor opvoedingsproblematiek en/of kindermishandeling. Het gaat dan om (een of meerdere van) de volgende kenmerken: belastende voorgeschiedenis (jeugdervaringen met mishandeling, verwaarlozing 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 dysmaturiteit van het kind).

Intermediaire doelgroep

De jeugdverpleegkundige van de JGZ die deze interventie uitvoert kan worden beschouwd als de intermediaire doelgroep. Zij voldoet voor deze interventie aan een uitgebreid functieprofiel (met daarin o.a. een HBO-V opleiding tot jeugdverpleegkundige en tenminste 3 jaar ervaring in de JGZ 0-4) en wordt voorafgaand aan de uitvoering aanvullend geschoold met betrekking tot hechting en ouderschap, jeugdervaringen met huiselijk geweld en kindermishandeling, aandachtspunten in het werk als SO-verpleegkundige en communicatie met ouders. Voorts wordt zij iedere vijf jaar opnieuw gecertificeerd en moet daartoe aan een eisenpakket voldoen omtrent bij- en nascholing, inter- en supervisie en het begeleiden van voldoende gezinnen.

Selectie van doelgroepen

Middels een vragenlijst voor de ouders (of een hiervan afgeleid prenataal aanmeldformulier dat de ouder tijdens de zwangerschap samen met de verwijzende professional kan invullen) waarin de kenmerken genoemd onder *Uiteindelijke doelgroep* worden uitgevraagd. Onderdeel hiervan is het deelname-advies van de betrokken professional (doorgaans verloskundige, jeugdverpleegkundige of jeugdarts). Hiermee is verwijzing op grond van de klinische blik van de professional zwaarwegend geborgd.

Ter ondersteuning van de onderbouwing van deze klinische blik van de professional informeert de uitvoerende JGZ organisatie haar ketenpartners over SO en de daarbinnen gehanteerde selectiecriteria voor gezinnen. Hierover is een document opgesteld dat de JGZ organisatie onder haar ketenpartners verspreidt. Ook onderhoudt de JGZ organisatie geregeld contact met haar ketenpartners om hen op de hoogte te houden van de uitvoering van SO.

Met de invoering van het wettelijk verplichte Prenatale Huisbezoek JGZ (PHB JGZ) voor gezinnen in kwetsbare omstandigheden ontstaat een nieuw kanaal voor toeleiding: de bezoekende JGZ verpleegkundige kan in dit bezoek SO adviseren. In overleg met ouders kan zij de aanmelding in orde maken. Zij doet dit op grond van dezelfde achtergrondkennis over de bij *Uiteindelijke doelgroep* benoemde kenmerken die ook de professional uit de geboortezorg heeft aangereikt gekregen door de uitvoerende JGZ organisatie.

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), mede naar aanleiding van negatieve berichtgeving in de media omtrent het werken met de selectievragenlijst door de JGZ. De aangepaste formulering van de precieze onderwerpen die in de vragen worden behandeld heeft geleid tot een betere acceptatie door zowel ouders als professionals zoals o.a. blijkt uit een publicatie in het Augeo Magazine (Peters, 2014).

De interventie zelf is aangepast o.b.v. evaluatie onder ouders (N= 218) in 2004: er is meer flexibiliteit toegevoegd in het aantal en de timing van de bezoeken en het moment van afsluiten is verruimd naar 2 jaar na de geboorte. Op grond van de evaluatie onder SO-verpleegkundigen in 2023 zullen nog enkele aanpassingen worden ingevoerd zoals meer informatief en activiteit-ondersteunend materiaal voor ouders en verbeterde informatievoorziening aan ketenpartners. Zie verder ook onder *Kwaliteitsbewaking*.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het doel van deze interventie is het verkleinen van het risico op ernstige opvoedingsproblemen, waaronder kindermishandeling.

Subdoelen

De subdoelen worden beschouwd als een operationalisatie van het hoofddoel.

Opvoedingsproblemen voorkomen kan door het verbeteren, vergroten en versterken van aspecten van het opvoedend handelen.

De interventie streeft daarom naar de volgende uitkomsten bij de ouders:

- Meer kennis van en inzicht in de ontwikkeling van het kind
- Toegenomen kennis van en vaardigheden m.b.t. de verzorging van het kind
- Betere vaardigheden en positievere attitudes in de omgang met het kind
- Sterker zelfvertrouwen en meer competentiebeleving als opvoeders
- In staat om ambivalenties ten opzichte van het kind en het ouderschap te herkennen en hanteren
- Betere stress-hantering
- Meer sociale steun en minder sociaal isolement

Voor het bereiken van deze subdoelen zijn de volgende subdoelen voor de intermediaire doelgroep, de SO-verpleegkundigen, van belang:

- Voldoende kennis van hechting en interactie tussen ouder en kind
- Voldoende kennis van de impact van jeugdervaringen met huiselijk geweld en kindermishandeling op het ouderschap
- Voldoende kennis van visie, doel en werkwijze van deze interventie tijdens de huisbezoeken
- Voldoende vaardigheden in het motiverend communiceren met ouders
- Regelmatige reflectie op eigen vakmanschap als SO-verpleegkundige middels inter- en supervisie

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Voeg eventueel een schema toe als bijlage.

De interventie omvat een selectievragenlijst (voor ouders, met één vraag voor 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 [aanmeldformulier](#) dat is afgeleid van de selectievragenlijst. Afhankelijk van het moment van aanmelding kunnen circa 4 huisbezoeken worden afgelegd tijdens de zwangerschap (voorgestelde planning: 16, 24, 30 en 36 weken, flexibel in te vullen in overleg met de ouder(s)).

Postnataal: alle ouders krijgen binnen 14 dagen na de geboorte van hun kind de Stevig Ouderschap [selectievragenlijst](#) met 17 vragen per ouder, 5 algemene vragen en 1 vraag (deelname-advies) voor de betrokken professional; via de neonatale screener of tijdens het zuigelingenhuisbezoek. Op basis van de antwoorden van de ouder(s) of het advies van een (JGZ)-professional n.a.v. (veranderde) gezinsomstandigheden kunnen gezinnen tot zes maanden na de geboorte van een kind in aanmerking komen 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. De huisbezoeken worden cliëntgericht en op maat aangeboden. Dit kan ook betekenen dat op geleide van de omstandigheden van de cliënt meer en kortere huisbezoeken worden afgelegd.

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 op grond van zijn/haar kennis over SO, zie ook *Selectie van doelgroepen*. De ouder vult hiertoe samen met de professional het aanmeldformulier in. Dit wordt (digitaal) verstuurd aan de lokale JGZ-organisatie. Op grond van de aanmelding 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 deelname-advies in (dit kan tot zes maanden na de bevalling en kan ook afkomstig zijn van een andere betrokken professional). 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 kunnen de huisbezoeken postnataal worden voortgezet mits ouders hier behoefte aan hebben. 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 transgenerationale 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 zoals het JGZ 'verpleegplan' en de 'Goal Attainment Scaling').

Naast deze 'technieken' ligt een grote kracht van de interventie SO in het bieden van werkelijke aandacht in combinatie met voldoende tijd (zie onderbouwing).

De mate waarin en de wijze waarop de vaste onderwerpen tijdens de huisbezoeken worden besproken worden bepaald door de (omstandigheden van) de (aanstaande) ouder. Hierin schuilt een deel van de kracht van deze interventie: er wordt maatwerk geleverd en aangesloten bij de behoeften en vermogens van elk individueel gezin. Zo worden bijvoorbeeld afhankelijk van de kennis, competentie en situatie van de ouder(s) bepaalde onderwerpen meer of minder uitgewerkt in het gesprek (denk aan meer aandacht voor transgenerationale overdrachtsaspecten bij ouders met jeugdervaringen met mishandeling die bang zijn om dezelfde fouten te maken als hun ouders). Ook wordt er bijvoorbeeld bij jonge of licht verstandelijk beperkte ouders (in verband met een verminderde aandachtsspanne) gekozen voor het verdelen van de interventietijd over meer en/of kortere huisbezoeken. 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 samen met ouders met behulp van een 'reflectietool' (stellingen in het domein ouder, kind en omgeving) teruggeblikt op wat de huisbezoeken gebracht hebben en 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, NCJ subsite voor professionals en gemeenten
- Licentieovereenkomst voor JGZ-organisaties ter ondersteuning van de borging van de uitvoering
- Implementatiehandboek en 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 waarin de scoring gedigitaliseerd is
- Overlay en scorings-handleiding voor de selectievragenlijst
- Folder voor ouders over de prenatale component
- Prenataal aanmeldformulier dat ouders samen met verwijzende ketenpartners kunnen invullen 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
- Reflectietool met toelichtende handleiding en webinar voor gebruiksinstructie
- Evaluatievragenlijst m.b.t. de huisbezoeken en dataverwerkings/rapportagebestand; ook als online feature beschikbaar
- Basis-scholingsprogramma (geaccrediteerd) voor aspirant SO-verpleegkundigen, meerdere malen per jaar online aangeboden vanuit het NCJ
- Reader met achtergrondliteratuur bij scholing SO-verpleegkundige
- Informatie-film over de interventie voor scholingsdoeleinden
- Testimonials-film over de interventie 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 2023 wordt Stevig Ouderschap uitgevoerd door 23 Nederlandse JGZ-organisaties in 190 gemeenten en op Aruba en Bonaire.

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. Andere vaardigheden zoals beschreven in het functieprofiel, die van belang zijn voor het leveren van maatwerk zijn diverse sociale vaardigheden, communicatieve vaardigheden, oplettendheid, flexibiliteit en verantwoordelijkheidsgevoel.

De aspirant SO-verpleegkundige volgt een (verplichte) opleiding van vier dagdelen met als onderwerpen:

- Werken als SO-verpleegkundige
- Gehechtheid
- Positioneren en engageren binnen Stevig Ouderschap (afgeleid van Motiverende Gespreksvoering)
- Jeugdervaringen met huiselijk geweld en kindermishandeling

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

De eerste twee jaar dat de interventie wordt uitgevoerd is voor alle SO-verpleegkundigen een intensief supervisie-traject met tenminste zes bijeenkomsten per jaar verplicht. Na deze eerste twee jaar zijn SO-organisaties verplicht om hun SO-verpleegkundigen op dit vlak voldoende ondersteuning te bieden, passend bij de ervaring en de formatie.

Kwaliteitsbewaking

De kwaliteit van de interventie wordt op een aantal manieren bewaakt vanuit het NCJ. JGZ-organisaties ondertekenen voorafgaand aan implementatie de licentie-overeenkomst waarin de wijze van uitvoering is vastgelegd. Contact over de uitvoering wordt individueel onderhouden en vindt daarnaast twee keer per jaar plaats middels een coördinatoren-overleg; samenkomst van de SO-contactpersonen uit elke SO-organisatie met de interventiebeheerders van het NCJ.

Op organisatieniveau is kwaliteitsborging gerealiseerd in de vorm van een Regionaal Uitvoeringsgesprek. Elke SO-organisatie voert dit eens per vijf jaar met het NCJ en hun (maximaal vijf) buur-organisaties (op uitvoerend- en coördinatie-niveau) om protocoltrouw vast te stellen. Door het gesprek per regio te voeren wordt van elkaar geleerd, worden blinde vlekken geïdentificeerd en best practices uitgewisseld.

Op individueel niveau vindt kwaliteitsborging plaats middels een (her)certificeringstraject voor alle SO-verpleegkundigen. Om in aanmerking te komen voor hercertificering moeten elke vijf jaar twee intercollegiale toetsingsgesprekken op grond van een topiclijst worden gevoerd en moet worden aangetoond dat is voldaan aan een set aan criteria aangaande het aantal te bezoeken gezinnen (minimaal 6 per jaar) en het aantal bij te wonen inter- en supervisies en nascholingen.

Monitoring op landelijk niveau bestaat uit een jaarlijkse rapportage van bereik-cijfers (tenminste het aantal gezinnen dat deelneemt) door alle SO-organisaties aan het NCJ. Ook wordt steekproefsgewijs het narratief van de cliënt op kwalitatieve wijze uitgevraagd vanuit het NCJ, hetgeen nieuwe producten oplevert die de interventie kunnen bevorderen, bijvoorbeeld ter inspiratie van ouders om deel te nemen of van gemeenten om te (blijven) subsidiëren. Tenslotte evalueren SO-organisaties zelf de tevredenheid en (in beperkte mate) de gevolgen van de huisbezoeken onder bezochte ouders middels een gestandaardiseerd evaluatieformulier. Incidenteel worden deze (geanonimiseerde) evaluaties gebundeld op landelijk niveau, bijv. ten behoeve van een publicatie.

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 met een minimale inzet van 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 interventie te borgen (afhankelijk van organisatie- en formatie-omvang)
- Een intensief supervisietraject (minimaal 6x per jaar) voor de SO-verpleegkundigen gedurende de eerste twee uitvoeringsjaren door een gekwalificeerd supervisor en daarna minimaal in lijn met de vereisten voor hercertificering van de SO-verpleegkundige

Contextuele randvoorwaarden:

- Politiek (gemeentelijk) draagvlak voor de uitvoering van de interventie
- 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 interventie
- Bij SO-prenataal: goede samenwerkingsafspraken met het perinatale veld (o.a. verloskunde en kraamzorg) omtrent de toeleiding

Implementatie

JGZ organisaties worden door het NCJ geïnformeerd over het bestaan van SO. Over het algemeen zal een JGZ organisatie haar gemeenten voorstellen om SO te implementeren, onder andere op basis van signalen uit het veld dat er behoefte is aan opvoedingsondersteuning. Een enkele keer verzoekt een gemeente haar JGZ organisatie om dit te doen. Bekendheid van SO via gremia rondom Kansrijke Start (bijv. opname in de 'Menukaart') draagt daaraan bij. Bij belangstelling wordt contact gezocht met het NCJ en wordt het implementatieproces gestart.

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. Werven van financiering (o.b.v. kosten-berekeningsmodel, brochures en presentatie-format)
2. Licentie-overeenkomst met het NCJ sluiten (hierna worden alle materialen toegankelijk)
3. Werven van voldoende formatie (o.b.v. functieprofiel en vacaturetekst)
4. Interne procedure uitwerken (o.b.v. format)
5. Aanschaffen/reproducen van benodigde materialen
6. Inplannen kick-off en instrueren van teams (training wordt aangeboden vanuit het NCJ)
7. Planning van of aanmelden voor het scholingsprogramma voor SO-verpleegkundigen
8. Plannen van inter- en supervisie-cycli (Trainersgroep [Wilde Kastanje](#) is landelijk gespecialiseerd in het bieden van SO-supervisie)
9. Informatievoorziening aan ketenpartners (o.b.v. informatiebrief, concept persbericht en brochures)

Vanuit het NCJ is expertise beschikbaar om de implementatie te begeleiden en scholingen te verzorgen. Jaarlijks worden meerdere scholingscycli georganiseerd.

Kosten

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

- Licentiegelden (het NCJ berekent deze op basis van het aantal professionals in de JGZ organisatie (€50,- per professional met een minimum van €2.500,-) Dit wordt jaarlijks geïndexeerd)
- Materiaalkosten voor selectie en interventie kunnen uiteenlopen afhankelijk van de keuzes ten aanzien van het digitaal aanbieden van verschillende materialen tot een maximum van €0,60 per nieuwgeboren kind

- Kosten voor tijdsinvestering in selectiefase: 5 minuten uitleg per gezin (jeugdverpleegkundige) en 5 minuten voor administratie/verwerking selectievragenlijst (secretariaat)
- Kosten voor tijdsinvestering interventie (totaal netto per gezin) 21 uur (of 33,7 inclusief de prenatale module).
- Deelname supervisie en kosten supervisor (eerste 2 jaar minimaal 6x, daarna variabel op grond van formatie en ervaring)
- PM: projectmanagement, afhankelijk van omvang werkgebied

De kosten voor implementatie van Stevig Ouderschap betreffen:

- Bijwonen kick-off training (3 uur per persoon)
- Kosten kick-off training (€828,-)
- Bijwonen training SO-verpleegkundige (16 uur per persoon)
- Kosten training SO-verpleegkundige (ca €550,- per persoon)

Wanneer een JGZ organisatie haar gemeente om subsidie vraagt zal deze subsidie doorgaans alle hier genoemde kosten betreffen. Omdat de kosten van verschillende parameters afhankelijk zijn is een uitgebreide rekentool ontwikkeld.

3. Onderbouwing

Probleem

Aard en ernst

Opvoedingsproblemen worden in de literatuur zelden gedefinieerd. Zelfs in de Jeugdwet, waar het woord 23 keer voorkomt, staat geen definitie. We hanteren daarom een al oudere definitie die stelt dat 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 dan 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."

Verspreiding

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) en 14% van de ouders zegt behoefte te hebben aan deskundige hulp of advies over de opvoeding (Fierloos e.a., 2020). Volgens de meest recente studie naar de prevalentie van kindermishandeling (2017) zijn 90.000-127.000 jeugdigen per jaar slachtoffer van een vorm van kindermishandeling (Alink e.a., 2018). 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).

Gevolgen

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). Tien jaar later is berekend dat kindermishandeling, afhankelijk van de vorm en eventuele coïncidentie, per persoon per jaar €869,- tot €2893,- kost (Speetjens, 2016).

Oorzaken

Aan de interventie Stevig Ouderschap ligt het volgende theoretisch kader als verklaring voor het ontstaan van (het risico op) opvoedingsproblemen en kindermishandeling ten grondslag:

1: Het ecologisch model van Belsky. Dit model stelt dat stress-verhogende 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 maakt de ouder de veranderbare actor in een netwerk van draagkracht- danwel draaglast-vergrotenende factoren in het gezin en de sociale context van het gezin.

2: Het fenomeen 'pedagogisch besef' vormt een nadere verklaring voor het gedrag van de ouder. Pedagogisch besef draait 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 gezondheid 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 (behoefte aan autonomie) en de-indivuatie (behoefte aan verbondenheid) 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 opvoeden problematisch wordt en in kindermishandeling kan uitmonden.

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 mate van steun uit de sociale context van het gezin, 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, afgeleid uit het theoretisch kader:

1. 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*)
2. Perceptie van het ouderschap (*subdoel Verbeteren van het zelfvertrouwen en de competentiebeleving als opvoeders*)

3. Omgang met en aanpak van stressoren binnen het gezin (*subdoel Verbeteren van stress-hantering*)
4. Sociale steun vanuit de omgeving (*subdoel Vergroten van sociale steun en vermindering van sociaal isolement*)
5. Realistische, gepaste en op het kind afgestemde verwachtingen (*subdoel Vergroting van Kennis van en inzicht in de ontwikkeling van het kind*)
6. 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*)

Verantwoording

1. 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).

2. 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. Analoog 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 (positieve bekrachtiging). 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).

3. Verbeteren van stress-hantering

In elk huisbezoek 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 (De Jong en Berg, 2015). Dit vergroot het zelfvertrouwen van ouders en maakt dat zij beter opgewassen zijn tegen toekomstige stressvolle situaties (Bandura, 1997). 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' (pedagogisch adviseren). 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.

4. 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 (o.a. met behulp van motiverende gespreksvoering). 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.

5. 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. Gedragsveranderingstechnieken als instrueren, informeren en feedback zijn hier van toepassing (Crone en Jonkman, 2021). 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.

6. 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 (observatietechnieken) 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. Ook hier worden gedragsveranderingstechnieken zoals instructie, informatie (gezondheidsvoorlichting) en voordoen van gedrag toegepast (Crone en Jonkman, 2021). 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).

Voor al deze doelen geldt onderliggend een belangrijk uitgangspunt van Stevig Ouderschap namelijk 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.

Met betrekking tot de vormgeving van de interventie is gekozen voor huisbezoeken omdat deze over het algemeen meer effect lijken te sorteren en een beter bereik hebben onder groepen in kwetsbare omstandigheden (zie bijv. Kendrick et al, 2000) en is de uitvoering belegd bij professionals (hetgeen tot grotere effecten leidt dan vrijwilligers, zie Van der Put et al, 2017) van de JGZ vanwege hun laagdrempelige en grote bereik (minimaal 95%, zie IGZ, 2009). De keuze voor de JGZ als uitvoerder sluit ook aan bij het aanbod dat de JGZ voor ouders heeft vanuit het Basistakenpakket waarop deze interventie een aanvulling vormt.

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 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 interventie 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 tijdspad uitgevoerd met 190 vragenlijsten retour)

3	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 interventie 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)

4	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 Zuigelingenhuishuisbezoek 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)

5 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 (ethniciteit, 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

6 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

7 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: • SO-Selectievragenlijst

	<ul style="list-style-type: none"> • 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)

8	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 (AAPI; 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 (KIPPPI); • 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. 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. Response 1-jaarsmeting 97% Response 2-jaarsmeting 95% 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).

9	Publicatie	<i>Follow-up Project OKé.</i> Bouwmeester-Landweer, M.B.R. 2014 Interne publicatie
	Type	a) Longitudinaal predictiviteitsonderzoek met gestratificeerde steekproef b) Longitudinaal follow-up effect-onderzoek met RCT-design
	Methode	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

	<p>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)</p> <p>b) Oorspronkelijke onderzoeksgroep (zie publicatie 10) N=469 (interventie- en vergelijkingsgroep) + 246 (laag-risico vergelijkingsgroep).</p> <p>Na uitval door kleiner onderzoeksgebied en verhuizingen: 551 gezinnen beschikbaar voor follow-up; gemiddeld 73% response (N=99 interventiegroep, N=131 hoog-risico vergelijkingsgroep, N=127 laag-risico vergelijkingsgroep).</p>

10	Publicatie	<p><i>Stevig Ouderschap Landelijk Evaluatierapport 2023</i> Bouwmeester-Landweer, M.B.R. 2023 Interne publicatie</p>
	Type	Procesevaluatie
	Methode	Op basis van desk-research zijn cijfers verzameld uit JGZ organisaties die SO uitvoeren. Er is een evaluatievragenlijst gedeeld met ouders en SO-verpleegkundigen.
	Omvang	23 JGZ organisaties leverden cijfers aan 215 ouders en 138 SO-verpleegkundigen vulden de evaluatievragenlijst in

11	Publicatie	<p><i>Supportive Parenting Reduces Short-Interval Births and Enhances Socio-Emotional Development: The Effects of a Dutch Targeted Preventive Early-Childhood Intervention</i> Ilse van der Voort, Merian Bouwmeester, Bastian Ravesteijn, Tom Van Ourti 2023 Abstract voor congres</p>
	Type	Data-onderzoek
	Methode	Data van het onderzoekcohort geboren tussen 2001 en 2002 zijn vergeleken met microdatasets bij CBS.
	Omvang	500 gezinnen uit de oorspronkelijke RCT studie (zie studie 8)

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

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

De SO-interventie is goeddeels conform planning uitgevoerd. Gemiddeld zijn 6.2 huisbezoeken afgelegd (4-10) in 18 maanden die per bezoek gemiddeld 89-110 minuten duurden (i.t.t. de geplande 75 minuten). Ouders waren voor 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% had langer door willen gaan). (*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 (*4).

De huisbezoeken zijn indien van toepassing bedoeld voor beide ouders. De aanwezigheid van vader in twee-ouder gezinnen neemt toe van 24% in de eerste studie (*1) naar 40% (bij 3 of meer huisbezoeken) (*2) tot zelfs 65% (bij tenminste 1 en gemiddeld 3 huisbezoeken) (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).

SO-verpleegkundigen zien een significante toename 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. (*3). Ouders voelen zich zekerder (72%), hebben meer zelfvertrouwen (66%), begrijpen hun kind beter (64%) en kunnen beter met stress omgaan (33%) (*3). Ouders vonden de bezoeken zeer waardevol (68%) en zien de toekomst positief (62%). Ze geven de interventie gemiddeld een 8.5 (*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 (*3).

Ook in 2023 wordt de interventie m.b.t. aantal en timing van de bezoeken in hoge mate conform protocol uitgevoerd. Gemiddeld 4,2% van de populatie wordt bereikt in 190 gemeenten. Uitvoerenden en cliënten zijn in hoge mate tevreden over deze interventie. Verbeterpunten zitten in de informatievoorziening aan en de samenwerking met ketenpartners, in update en uitbreiding van materialen voor tijdens de huisbezoeken en in het blijven uitdragen van het belang van goede toeleiding van gezinnen (*10).

Onderzoek naar de 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 (*4). 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. (*4).

Van alle responderende gezinnen blijkt 17% in aanmerking te komen voor ondersteuning op basis van de gekozen wegging 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 (*4). 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%. (*2).

Nonrespondenten hebben significant vaker een migratie-achtergrond en wonen in buurten met o.a. hogere adresdichtheid en lagere inkomens. Dit geldt evenzeer voor de vergelijking tussen respondenten met een laag- en een hoogrisicoprofiel (op grond van de SO-selectievragenlijst). Voor demografische kenmerken worden wel een aantal significante verschillen gevonden tussen laag- en hoogrisico respondenten maar nonrespondenten verschillen alleen van respondenten m.b.t. etniciteit en alleenstaand ouderschap (*5).

Onderzoek naar de relatie tussen de inhoud van de SO-selectievragenlijst en latere meldingen van kindermishandeling toont een sterke samenhang voor de risicofactoren partnergeweld, agressie-regulatie, gebrek aan steun en jeugdervaringen met lichamelijke mishandeling. De combinatie van de SO-selectievragenlijst en het deelname-advies van de jeugdverpleegkundige resulteerde in een predictieve validiteit van $AUC = 0.72$ (*6). In gezinnen die op grond van de SO-selectievragenlijst als 'laag risico' zijn aangemerkt is 0.1% meldingen van kindermishandeling 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%) (*8).

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. (*7).

Na 5 jaar 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. Ouders in de hoog-risicogezinnen rapporteren significant negatiever over jeugdervaringen, sociale steun, gezinsfunctioneren en beleving van het ouderschap dan in de laag-risicogezinnen (*9).

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 (*9).

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Uit de effectmetingen onder ouders blijken enkele significante effecten: na één jaar is er verbetering op de ouderlijke verwachtingen (AAPI), de kind-ontwikkeling (KIPPP) 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 (*8).

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 (*8).

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). Jeugdartsen (response 94%) rapporteren dat bezochte ouders de afspraken op het consultatiebureau beter nakomen: in de controlegroep wordt significant vaker het zg. NVZB (Niet Verschenen Zonder Bericht) gerapporteerd (*8).

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 (*8).

Op lange termijn verschillen de interventiegroep en de (hoog-risico) vergelijkingsgroep niet op de ILIO of de Buffervragenlijst en scoren beide groepen significant zorgwekkender dan de laagrisico-groep. Echter, de interventiegroep scoort significant beter dan de (hoog-risico) vergelijkingsgroep op het ouderdomein van de NOSI en verschilt niet van de laag-risico vergelijkingsgroep. Bezochte ouders voelen zich dus ook vijf jaar later nog steeds beter berekend op hun opvoedingstaak en zijn hierin 'genormaliseerd' (*9).

In de lopende studie waar m.b.v. microdatasets van CBS gekeken wordt naar lange-termijn effecten van de interventie blijkt dat ouders in de interventiegroep langer

wachten met het krijgen van een volgend kind wat de beschikbaarheid van de ouders voor het begeleiden van de ontwikkeling van het indexkind gedurende de eerste 1000 dagen vergroot (*11).

5. Samenvatting Werkzame elementen

Inhoudelijke elementen:

- De selectiemethodiek en de interventie zijn opgezet vanuit hetzelfde theoretische paradigma waardoor beide elementen goed op elkaar aansluiten.
- Het aanbod van de interventie bevat een mix van structuur en flexibele vraaggerichtheid
- De interventie biedt een combinatie van 'technieken': motivationele gespreksvoering, gezondheidsvoorlichting, pedagogische advisering, positieve bekrachtiging, observatie-technieken, vergelijken van ouderlijk gedrag met voorbeeldgedrag, registratie-technieken/huiswerkopdrachten. Deze worden gecombineerd met eventuele doorverwijzingen en het zo nodig 'verwijsrijp' maken van ouders hiervoor.
- Er wordt tijdens de bezoeken gewerkt aan het vergroten van inzicht in uitkomsten van opvoedingsgedrag, het vergroten van het competentiegevoel van ouders, het verbeteren van attitudes en verwachtingen omtrent ouderschap en het vergroten van opvoedvaardigheden. De verpleegkundige gaat daarbij zodanig te werk dat zij investeert in de vertrouwensrelatie met, uitgaat van het perspectief van, en aansluit bij mogelijkheden van de ouder en diens behoefte het goede te doen.

Praktische elementen:

- Optimale kansen door zo vroeg mogelijk te starten en het 'golden window of opportunity' te benutten. Inbedding in de JGZ biedt een laagdrempelige ingang in gezinnen en sluit aan bij de reputatie van deskundigheid op het gebied van kindontwikkeling en opvoeding.
- De SO-verpleegkundige is ervaren, heeft aanvullende opleiding genoten, wordt ondersteund door voldoende inter- en supervisie en houdt haar kennis actueel middels nascholingen. Doordat zij jaarlijks een afgesproken aantal gezinnen bezoekt handhaaft zij haar vaardigheden waarmee ze elke vijf jaar opnieuw gecertificeerd kan worden.
- 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., Prevoo, M., Berkel, S. V., Liniting, M., Klein Velderman, M., & Pannebakker, F. (2018).
NPM-2017: Nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen. Leiden University - Institute of Education and Child Studies.
- 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. 
- Bandura, A. (1997). Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: Freeman.
- 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. 

- Crone, M. & Jonkman, H. (2021). [Programma's, praktijk en professionals. Werkzame elementen in preventieve opvoedinterventies. Resultaten van de CIKEO-project.](#) Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- 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. ^[1]_[SEP]
- Fierloos, I.N., Windhorst, D.A., Fang, Y., Jansen, W. & Raat., H. (2020). [Empirisch onderzoek naar opvoedonzekerheid en het gebruik van opvoedondersteuning. Werkzame elementen in preventieve opvoedinterventies. Resultaten van het CIKEO-project.](#) Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- 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. ^[1]_[SEP]
- 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)
- IGZ (2009) [Rapport De jeugdgezondheidszorg in beweging](#)
- Jong, P. de & Kim Berg, I. (2015). 3e ed. *De kracht van oplossingen. Handboek oplossingsgericht werken.* Amsterdam: Pearson.
- Kendrick, D., Elkan, R., Hewitt, M., Dewey, M., Blair, M., Robinson, J. et al. (2000). Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. *Arch. Dis. Child*, 82, 443-451.
- 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.

- Peters, S (2014) [Meer respect voor kersverse ouders. Vragenlijst Stevig Ouderschap: steun bij opvoeding nodig?](#) Tijdschrift over kindermishandeling en huiselijk geweld; oktoberissue
- 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.
- Wolzak, 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 huisarts-consult 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 Kenniscentrum Sport & Beweging, 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.

