

Onderzoeksvoorstel Project buitenschoolse opvang voor Kinderen van ouders met (ernstige) psychische problematiek en/of verslaving

Door: Rianne van der Zanden (Trimbos; rzanden@trimbos.nl) en Hester Diderich (Kindcheck; h.diderich@kindercheck-ggz.nl)

1. Probleemstelling

In Nederland zijn er op jaarbasis 577.000 KOPP/KVO kinderen (Richtlijn KOPP, 2014). Dit zijn kinderen van ouders met een psychische stoornis (KOPP) en/of een verslaving (KVO). Deze kinderen lopen een 2 tot 3 keer zo grote kans om zelf een psychische stoornis of verslaving te ontwikkelen in hun leven. Een recente Nederlandse studie laat zien dat 65% van de kinderen met een ouder met een depressie of angststoornis op 35-jarige leeftijd zelf een depressie of angststoornis heeft of heeft gehad (Havinga et al., 2016). In de normale bevolking is dit percentage 25% (De Graaf et al., 2010). Naast erfelijke factoren spelen sociale factoren hierin een rol, waaronder een verminderde opvoedingscompetentie door de ouderlijke problematiek, sociale isolatie en parentificatie bij het kind. Dit alles kan veel stress oproepen bij het kind. Effectieve preventie is nodig om het welbevinden van KOPP/KVO-kinderen te vergroten. Dit vergroot ook de kans dat de overdracht van psychische stoornissen en verslaving van ouder op kind vermindert. De Kindcheck kan bij effectieve preventie een cruciale rol vervullen.

Sinds 2013 is de Kindcheck toegevoegd als verplicht onderdeel van de Wet Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling. Na implementatie-impulsen van de Kindcheck binnen de ziekenhuizen, ambulancediensten en huisartsenposten, is eind 2015 een implementatie-impuls gestart bij de GGZ. Via de Kindcheck wordt aan de hand van vijf vragen inzicht verkregen in de kwaliteit van de opvoedsituatie en veiligheid voor het kind. De Kindcheck behoort bij iedere volwassen cliënt-ouder in de GGZ te worden afgenomen (<https://www.augeo.nl/kindcheck>).

Indien de Kindcheck succesvol geïmplementeerd wordt bij de GGZ is de verwachting dat er een grote groep kinderen aan het licht komt die nog niet bekend was bij de hulpverlening en een groep kinderen die al wel bekend was, maar waarbij de zorgen over hun welzijn blijven bestaan.

Bij veel KOPP/KVO-kinderen die in beeld komen via de Kindcheck en voor wie in principe hulp beschikbaar is, is de uitdaging hen deze hulp daadwerkelijk te kunnen bieden. De implementatie van de Kindcheck binnen de GGZ is in volle gang. GGZ-organisaties en professionals zijn enthousiast en vol ideeën over hoe de Kindcheck geborgd kan worden binnen bestaande protocollen en uitgevoerd kan worden in de praktijk. Daarbij komt echter een belangrijke belemmering naar voren, namelijk de vraag: 'De Kindcheck, en dan ...?'. Naast handelingsverlegenheid bij GGZ-professionals, die lacunes in deskundigheid ervaren in gespreksvoering

met cliënt-ouders over opvoeding, spelen belemmeringen bij de ouders een rol. Er kunnen drie categorieën ouders worden onderscheiden bij de uitvoering van de Kindcheck:

1. De ouder staat open voor hulp en er is geen sprake van structurele of acute onveiligheid
2. De ouder wil geen hulp of er is sprake van acute onveiligheid. Hier is melding en onderzoek Veilig Thuis noodzakelijk > ouder accepteert hulp en Veilig Thuis monitort. (zie ook Afwegingskader; aangepaste Meldcode)
3. De ouder wil geen hulp (ook niet na inspanningen van bijvoorbeeld wijkteam) en er is sprake van chronische en structurele onveiligheid. Hier is melding en onderzoek Veilig Thuis noodzakelijk > hulp alleen mogelijk via Jeugdbeschermingstafel, Raad voor de Kinderbescherming, rechter, voogd, uithuisplaatsing.

Dit project richt zich op de derde categorie ouders die zich niet of onvoldoende realiseren dat zij opvoedondersteuning nodig hebben en dat hun kinderen mogelijk begeleiding behoeven, via bijvoorbeeld KOPP/KVO-aanbod. Een GGZ-behandelaar of Veilig Thuis kan wel hulp organiseren, maar de kans is groot dat deze niet of onvoldoende wordt benut door de ouders. Dit, met alle risico's van dien voor de kinderen. Helaas zien we dan ook vaak dat kinderen uithuisgeplaatst worden of gezinnen onder toezicht komen te staan. We weten vanuit onderzoek (Hoefnagels e.a. 2015) dat kinderen na een interventie niet per definitie beter af zijn. Sterker nog vanuit onderzoek blijkt dat het welbevinden zelfs af kan nemen. Kinderen wonen uiteraard het liefst bij hun ouders. Zoals hiervoor beschreven kan opgroeien met een ouder met een psychische stoornis of verslaving echter ook veel stress oproepen bij kinderen met kans op schade (van Harmelen et al., 2010) en hebben zij een aantoonbaar verhoogd risico om zelf psychische problemen te ontwikkelen in hun leven, zoals angst en depressie of gedragsproblemen zoals druk en agressief gedrag (Havinga et al., 2016; Van Santfoort, 2013). Van groot belang is daarom om het welbevinden van deze kinderen en de ouders te versterken (Keyes et al., 2010).

In dit project, dat gericht is op de derde categorie ouders, onderzoeken we of een aanbod van gratis buitenschoolse opvang voor de kinderen of andere buitenschoolse activiteiten zoals gratis sport, knutselclub etc., als aanvulling op bestaande hulp, kan helpen het welbevinden van de kinderen alsnog te bevorderen. Kinderen kunnen met deze gratis opvang meer tijd buiten een relatief stressvolle thuissituatie verblijven en positieve ervaringen opdoen. Daarnaast is de verwachting dat uitschieters in het aantal meldingen bij Veilig Thuis tijdens vakantie periodes, waarin ouders en kinderen veel tijd samen doorbrengen, zal afnemen. Een positief neveneffect zou kunnen zijn dat dit de ouders ontlast, zodat zij meer openstaan voor (opvoed)hulp voor zichzelf en hulp voor het kind.

2. Doel project

Het verhogen van het welbevinden van KOPP/KVO-kinderen en het verminderen van het risico op psychische problemen en onveilige situaties bij KOPP/KVO-kinderen door reduceren van stress bij de kinderen. Dit wordt gerealiseerd door het aanbieden van gratis opvang (crèche, BSO, sportclub etc.) aan de kinderen van cliënt-ouders in categorie 3 (zie hierboven).

3. Doelgroep

Kinderen van ouders in de volwassenen-GGZ met ernstige psychische en/of verslavingsproblemen, en waarbij de ouder geen hulp wil en er sprake is van chronische en structurele onveiligheid. Daarbij is melding bij en onderzoek door Veilig Thuis noodzakelijk. Hulp is alleen nog mogelijk via Jeugdbeschermingstafel, Raad voor de Kinderbescherming, rechter, voogd, uithuisplaatsing.

4. Opzet project

De looptijd van het project is drie jaar. Aangezien een ruime voorbereidingstijd nodig is voor een zorgvuldig verloop van het project voor alle betrokkenen en rekening houdend met de zomervakanties, stellen wij voor de voorbereidingsfase december 2017 te starten en de uitvoeringsperiode in augustus 2018 (start nieuw schooljaar en BSO-plaatsingen).

Het project bestaat uit drie delen:

- A1. Ontwikkeling/vaststellen van het aanbod (december 2017 t/m juli 2018)
 - A2. Implementatie en uitvoering van het aanbod (augustus 2018 t/m augustus 2020)
 - A3. Analyse en rapportage (september 2020 t/m november 2020)
- De drie onderdelen worden hierna beschreven.

A1. Het aanbod

Het aanbod is erop gericht de beschermende factoren voor het kind te versterken, waardoor stress bij het kind wordt gereduceerd.

Beschermende factoren voor het kind zijn (KOPP-Richtlijn voor de jeugdhulp en jeugdbescherming):

- Een goede ouder-kind interactie
- Ondersteuning van de gezonde partner
- Sociale steun in de omgeving
- Coping vaardigheden en sociale redzaamheid van het kind
- Een goed begrip van de ouderlijke problematiek
- Daarnaast is het uiteraard van belang dat de ernstige psychiatrische problematiek van de ouder wordt behandeld.

Het aanbod aan ouders bestaat uit gratis kinderopvang, jeugdhulp indien nodig en opvoedingsondersteuning indien ouders ervoor openstaan:

- voor 0-4 jarigen: gratis kinderdagverblijf.

- voor 4-12 jarigen: gratis buitenschoolse opvang (BSO).
- voor middelbare scholieren: helpen bij de BSO bij de knutsel-, spel- en sportactiviteiten of gratis inschrijving bij lokale sportvereniging en (indien nodig) ook bij huiswerkbegeleiding.
- Indien nodig jeugdhulp voor het kind (o.a. KOPP/KVO-groepsaanbod), die op locatie wordt gegeven, zodat men niet afhankelijk is van halen en brengen door de ouder. Er wordt zo nodig een busje ingezet als vervoer van en naar de bovenstaande opvangvormen een probleem vormt. Het vervoer van basisschoolkinderen naar de BSO wordt doorgaans vanuit school/BSO geregeld.
- Opvoedingsondersteuning als optioneel aanbod voor de ouders (indien zij dit willen).
Het type opvoedingsondersteuning wordt afgestemd met de gemeenten en kan per gemeente verschillen. De inzet van de GIPS-methodiek (Voigtlander et al, 2016) gericht op (herstel van) veiligheid voor de kinderen in het gezin kan als optie worden aangedragen. GIPS is een bemoeizorgmodel waarbij de ouders optimaal zijn betrokken, terwijl er bij hulpverleners ruimte is om na te denken over goede effectieve zorg. De eerste bevindingen met GIPS zijn positief in termen van toename van veiligheid in het gezin.

Daarbij wordt de kwaliteit van het bovenstaande aanbod als volgt versterkt:

- De pedagogisch medewerkers van de opvang leren traumasensitief te werken via de e-learning van de Augéo Foundation, zodat ze een betrouwbare steunende volwassene voor deze kinderen kunnen zijn.
- Er wordt per gemeente een orthopedagoog of SPV-er aangesteld met voet in de praktijk en bij de gemeente, die bij de opvangplekken langs gaat om te beoordelen of de kinderen op hun plek zijn en of kinderen jeugdhulp nodig hebben. Indien dit laatste het geval is, wordt er naar gestreefd de hulp en ondersteuning voor het kind 'zo laagdrempelig en normaal mogelijk' op locatie te laten plaatsvinden. De orthopedagoog of SPV-er is de linking pin tussen het kind, de opvangmedewerkers en de GGZ-professional van de ouders. De orthopedagoog of SPV-er verleent zelf geen hulp, maar verwijst door indien nodig naar bijvoorbeeld KOPP/KVO-aanbod.
- Voor de GGZ-professionals (de behandelaren van de ouders) is er de mogelijkheid een training te volgen in indiceren van ouders voor het aanbod, en in gespreksvoering met en toeleiding van de ouders naar het aanbod.

Met dit aanbod worden de beschermende factoren voor het kind bevorderd:

- Ouders met ernstige psychische problemen of verslaving worden ontlast, waardoor zij mogelijk meer openstaan voor (opvoed)hulp, die de band met het kind versterkt.

- Kinderen wordt een veilige omgeving geboden die sociale contacten met leeftijdgenoten via spel, sport en/of huiswerkbegeleiding mogelijk maakt.
- Kinderen krijgen trauma sensitieve aandacht van de opvangmedewerkers, die het gevoel van een steun, vertrouwen en ontspanning bij het kind versterkt.
- Kinderen krijgen, indien nodig, hulp en ondersteuning zoals KOPP/KVO-aanbod, die coping vaardigheden versterkt evenals een helder begrip van de ouderlijke problematiek.
- Kinderen krijgen een vaste coach (orthopedagoog of SPV-er) met wie problemen kunnen worden besproken en die een goed begrip bij het kind van de ouderlijke problematiek kan bewerkstelligen. De orthopedagoog of SPV-er werkt er aan dat de stress in het gezin voor het kind en ouders afneemt, zodat het gezin voor het kind als een fijnere plek wordt ervaren om op te groeien en de ouders meer ruimte ervaren voor het ouderschap en het realiseren van een goede ouder-kind relatie.

De ouder 'tekent' voor het hele pakket: gratis opvang, hulpaanbod voor het kind indien nodig en deelname van het kind aan het onderzoek. Een optioneel aanbod voor de ouders is opvoedingsondersteuning (bijvoorbeeld via GIPS; zie hierboven).

Opgeleverd product

- Een beschrijving van de onderbouwing en de inhoud van het aanbod met de verschillende onderdelen. Daarbij wordt het bestaande aanbod van de gemeente meegenomen, zoals kopp/kvo-groepen.

A2. De implementatie

Het aanbod wordt in vijf tot acht gemeenten geïmplementeerd, bij in totaal 212 ouders (zie A3). Met dit aantal kunnen ook kleine effecten worden aangetoond bij de kinderen. De ouders kunnen een of meerdere kinderen hebben die van het aanbod gebruik maken. Uitgaande van vijf gemeenten zou dit 42 ouders per gemeente betekenen; bij acht gemeenten zou het gaan om 26 ouders per gemeente. Daarbij kan een grote gemeente, indien nodig, meer ouders aanleveren dan een kleine gemeente. Een belangrijke reden voor een gemeente om te participeren in dit project, is dat de aanpak die tot nu toe wordt gehanteerd voor deze kinderen geen effect blijkt te hebben op het welbevinden van de kinderen (Hoefnagels et al., 2015). De kosten

Participerende gemeenten

- Er zijn al verschillende geïnteresseerde gemeenten waarmee gesprekken worden gevoerd met positief resultaat. Daarnaast worden extra gemeenten geworven.

Inkopen opvangplekken

- Iedere gemeente koopt opvangplekken in bij crèches, BSO's sportverenigingen en huiswerkbegeleidingsinstituten. Uiteindelijk wordt een op maat keuze gemaakt in overleg met ouder en kind.

- De gemeenten stellen een of meer orthopedagogen of SPV-ers aan die de kinderen screent en toeleidt naar jeugdhulp waar nodig. De orthopedagoog of SPV-er is de linking pin tussen de GGZ-instelling van de ouders, het kind en de opvangmedewerkers.

Werving van ouders en kinderen en matchen met opvangplek

- De werving van de ouders vindt plaats langs drie wegen:
 - > De GGZ-instellingen selecteren ouders met ernstige psychische problemen/verslaving uit categorie 3 die voor het aanbod in aanmerking komen. Daarbij wordt uitgegaan van 'bestaande dossiers'. Indien nodig qua onderzoeksgrootte, kan in de eerste maanden van het project nieuwe instroom ouders en kinderen worden meegenomen. Gewaakt wordt dat het aanbod niet in de plaats komt van *Veilig Thuis* (zie ook Afwegingskader). Vooraf wordt dit zorgvuldig afgestemd tussen gemeente, GGZ en *Veilig thuis*.
 - > Daarnaast kan de gemeente de ouders dit aanbod doen, waar het gaat om bekende probleemgezinnen uit categorie 3.
 - > Tot slot kan vanuit de Jeugd beschermingstafel ouders het aanbod worden gedaan, daar waar sprake is van ernstige psychiatrie en of verslavingsproblematiek, als optie alvorens overdracht naar de Raad voor de Kinderbescherming.
- Per concrete casus maakt de orthopedagoog of SPV-er en/of GGZ-professional een match tussen ouder/kind en opvangplek dicht bij huis en regelt het contract. Onderling wordt bepaald wie de regievoerder is over de matching en afstemming hierover.

Training

- De GGZ-medewerkers (behandelaren van de ouders) krijgen indien zij dit wensen een training in gespreksvoering met de ouders en toeleiding naar het aanbod (zie A1).
- De opvangmedewerkers krijgen een training in trauma-sensitief werken (zie A1).
- De orthopedagogen of SPV-ers die de gemeenten aanstellen, gaan met ouders en kind in gesprek om te horen aan welk type aanbod zij behoefte hebben, stellen de wijze van intake, screenen en monitoren van het kind vast (inhoud en frequentie). Daarbij wordt ook het regionale KOPP/KVO-aanbod geïnventariseerd. De eerste prioriteit is echter het ontlasten van het kind via de gratis opvang en niet zozeer het aansturen op jeugdhulp. De orthopedagogen of SPV-ers bepalen met de GGZ-behandelaar welk type informatie over het kind wanneer en op welke wijze teruggekoppeld wordt aan de andere partij, en hoe dit wordt vastgelegd.

Procesbegeleiding

- Bij de start van het project vindt in elke gemeente een 'project start-up' plaats, waarin alle betrokken partijen aanwezig zijn, taken en verantwoordelijkheden worden verdeeld, knelpunten en oplossingsrichtingen worden geïnventariseerd.
- Tijdens de implementatie- en uitvoeringsfase worden verschillende intervisiebijeenkomsten uitgevoerd voor de professionals, de orthopedagogen of SPV-ers en de pedagogisch medewerkers van de

opvanglocaties. Dit kan per gemeente of gezamenlijk met de participerende gemeenten plaatsvinden.

- Gedurende het project wordt advies ingewonnen bij de begeleidingsgroep en wordt regelmatig aan hen de voortgang van het project teruggekoppeld (zie punt 7).
- Via www.koppkvo.nl wordt een afgeschermd gedeelte gecreëerd voor het uitwisselen van ervaringen en tips gedurende het project. Alle betrokkenen krijgen hiervan een inlogcode. Succesvoorbeelden worden na afronding van het project geplaatst op dezelfde website.

Opgeleverd product

- Beschrijving van het implementatieproces en de randvoorwaarden, inclusief hoe gemeenten de onderhavige aanpak kunnen opzetten. Succesvoorbeelden worden via www.koppkvo.nl verspreid.

A3. Het onderzoek

Hoofdvraagstelling

Neemt het welbevinden van de kinderen toe met deelname aan het aanbod en kan deze aanpak (A1 en A2) breed worden geïmplementeerd?

Deelvragen

1. Wat is de **aanvaardbaarheid** van het aanbod bij ouders, kind en professional?
 - a) Zijn alle ouders daadwerkelijk benaderd die geselecteerd zijn door de GGZ-professionals? Hoeveel ouders hebben tijdens de projectduur gratis opvang aangeboden gekregen? (onderverdeeld naar kinderopvang, BSO, sport/spel, huiswerkbegeleiding)
 - b) Hoeveel ouders en kinderen hebben daadwerkelijk van het aanbod gebruik gemaakt en voor welke duur?
 - c) Hoeveel ouders hebben geen gebruik gemaakt van het aanbod en wat zijn de redenen?
 - d) Hoeveel kinderen hebben naast gratis opvang ook jeugdhulp ontvangen? (onderverdeeld naar type)
 - e) Hoeveel ouders hebben opvoedondersteuning gekregen?
 - f) Welke factoren in de toeleiding/werkwijze dragen er aan bij dat ouders gebruik maken van het aanbod voor het kind en het eventuele aanbod voor zichzelf?
2. Wat is de **tevredenheid** over het aanbod bij ouders, kind en professionals?
 - a) Hoe is de tevredenheid over de gratis opvang bij het kind (en de ouders)?
 - b) Hoe is de tevredenheid over de eventueel ontvangen jeugdhulp bij het kind (en de ouders)?
 - c) Hoe is de tevredenheid over de eventueel ontvangen opvoedondersteuning bij de ouders?
 - d) Hoe is de tevredenheid over de eventuele opvoedondersteuning voor de ouders bij de GGZ-behandelaar?

- e) Hoe is de tevredenheid bij de GGZ-behandelaar en de orthopedagoog of SPV-er over de samenwerking tussen de verschillende professionals?
3. Wat is het **effect** van het aanbod voor het kind en de ouders?
- a) Is het welbevinden van de kinderen toegenomen na het aanbod?
 - b) Zijn er gedragsveranderingen bij de kinderen opgetreden na het aanbod?
 - c) Zijn kinderen van wie de ouders opvoedondersteuning hebben gekregen meer vooruit gegaan in welbevinden dan kinderen van ouders die geen opvoedondersteuning kregen?
 - d) Is het welbevinden van de ouders die het aanbod aanvaarden toegenomen?
 - e) Is het welbevinden van ouders die opvoedondersteuning kregen meer toegenomen dan van ouders die geen opvoedondersteuning kregen?
 - f) Heeft de behandelaar van de ouder de indruk dat dit aanbod een positieve invloed heeft op de behandeling van zijn/haar cliënt?
 - g) Heeft dit aanbod een positieve invloed op de ouder-kind relatie en het welbevinden van het gezin?
4. Wat zijn **randvoorwaarden** voor brede implementatie?
- a) Wat zijn gezien de uitkomsten van vraag 1 t/m 3 de randvoorwaarden voor brede implementatie van deze gratis BSO-aanpak?
 - b) Is de aanpak breed uit te rollen bij andere gemeenten en BSO's volgens de ggz-behandelaar van de ouder, de orthopedagoog of SPV-er, de gemeenten en de BSO's?

Meetmomenten

Er vinden vijf metingen plaats:

- voormeting (augustus 2018; voor of indien niet anders kan een maand na start aanbod / BSO)
- zes maanden na voormeting (februari 2019)
- 1 jaar na voormeting (augustus 2019)
- 18 maanden na voormeting (februari 2020)
- 24 maanden na voormeting (augustus 2020)

Meetinstrumenten vraag 3a t/m 3e

Voor de vergelijkbaarheid van de uitkomsten in de verschillende leeftijdscategorieën wordt eenzelfde basislijst afgenomen die voldoende betrouwbaar en valide is voor verschillende leeftijdscategorieën. De volgende vragenlijsten worden gebruikt (tussen haakjes staat het aantal items) :

Baby's en Peuters

- KIPPI (70): welbevinden (van 2 tot 3 jaar door leidster en/of ouder)
- SDQ (25): gedrag en emotionele gesteldheid (vanaf 3 jaar door leidster en/of ouder)

Basisschoolkinderen:

- SDQ (25) onder 11 jaar: door BSO en/of ouder
- SDQ (25) boven 11 jaar: door kind

- PedsQL (23) (5-18 jaar): welbevinden/kwaliteit van leven; door kind
- Middelbare scholieren:
 - SDQ (25): door jongere
 - PedsQL (23) (5-18 jaar): welbevinden/kwaliteit van leven; door jongere

Ouders:

- WHO-5 (5): welbevinden; door ouder
- Parenting Scale (30): opvoedcompetentie; door ouder
- VGK (23): welbevinden en interactie gezin; door ouder

De ouders vullen daarnaast de SDQ of KIPPI in. De ortho-pedagoog stimuleert de ouders de vragenlijsten in te vullen en ondersteunt de ouders hierbij indien nodig. Daarbij wordt er nadrukkelijk voor gewaakt dat de ouders niet worden gestuurd bij de beantwoording.

Meetinstrumenten overige vragen

- De overige vragen worden beantwoord middels vragenlijsten voor orthopedagogen, ggz-behandelaars, BSO-medewerkers, ouders en kinderen. Daarnaast wordt met een deel van de 'informatiebronnen' interviews gehouden.
- Vraag 4a wordt beantwoord middels informatie van gemeenten over BSO-opvang en (jeugd)hulpaanbod.
- Daarnaast wordt socio-demografische informatie verzameld (SES ouders, leeftijd en sekse kind, financiële problemen, werkstatus ouders).

Analyses

- Analyses worden uitgevoerd met behulp van het Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Veranderingen in welbevinden / kwaliteit van leven en probleemgedrag worden geanalyseerd met behulp van Lineair Mixed Models. Tevens wordt daarbij gekeken wat mogelijke voorspellers zijn van veranderingen in uitkomsten. Als voorspellers wordt gedacht aan leeftijd, geslacht, (mate) van gebruik van het aanbod, andere ontvangen hulp door het kind en ontvangen opvoedondersteuning door de ouders.

Grootte van de onderzoeksgroep

Voor dit onderzoek zijn naar schatting 212 respondenten nodig om een effectgrootte van $d=0,23$ (klein effect) aan te kunnen tonen (Lipsey en Wilson, 1993). Daarbij zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd: een power van 0.80, een alfa van 0.05, een tweezijdig test en drie nametingen met een correlatie van 0.5 tussen de metingen (zowel $r=0.5$ tussen voor- en eerste nameting, als $r=0.5$ tussen de nametingen). Voor de ophoogfactor voor clusters is uitgegaan van een maximaal aantal kinderen van 4 en een gemiddelde aantal van 1,5 kinderen dat deelneemt per gezin en een correlatie rho (ICC) van 0.33. Daarnaast is uitgegaan van een mogelijke uitval van 30%. Omdat we op voorhand niet weten hoeveel kinderen er zijn in de gezinnen die deelnemen, nemen we het aantal van 212 als uitgangspunt voor het aantal te werven gezinnen. (Ter

vergelijking: als we uitgaan van een middelgroot effect ($d=0,33$), dan zijn er onder dezelfde condities minimaal 115 respondenten nodig).

Opgeleverd product

- Onderzoeksrapport met de resultaten, conclusies en aanbevelingen op basis van het onderzoek. Het rapport wordt via www.koppkvo.nl verspreid, via het landelijk KOPP/KVO-platform en via nieuwsberichten in relevante e-zines, waaronder Nieuwsflitsen van het Trimbos-instituut en de website van het VNG.

5. Planning project

De looptijd van dit onderzoek is 3 jaar:

Vorbereiding en vormeting: december 2017 t/m juli 2018

- Het koppelen van gemeente aan een grote lokale GGZ-instelling
- Overleg met deze partijen over aanmeld criteria en aanmeld route
- Overeenstemming belangrijkste onderzoeksvragen en aansluiting bij uitkomsten KOPP/KVO bijeenkomsten
- Start aanmelding van kinderen voor kinderopvang, BSO of middelbare scholieren route
- Opzetten onderzoek
- Opzetten website (centrale plek voor gegevensverzameling toegankelijk voor gemandateerden)

Uitvoering: augustus 2018 t/m augustus 2020

- Voormeting
- Kinderen in Kinderopvang, BSO etc. gedurende twee jaar inclusief zomervakanties
- Eventueel jeugdhulpaanbod kind en opvoedondersteuning ouders in deze periode
- Nametingen

Evaluatie: augustus 2020 t/m november 2020

- Dataverwerking en analyses
- Eindrapportage met conclusies en aanbevelingen

6. Haalbaarheid project

Een pilot als deze is alleen zinvol indien professionals vanuit de praktijk aangeven dat het een waardevolle aanvulling is. Een groot aantal professionals en instellingen onderschrijven het belang van deze pilot, waaronder:

- Het Taskforce Kindermishandeling en Seksueel Misbruik
- No Kidding
- Inspectie Gezondheidszorg
- Augeo Foundation
- GGZ Nederland
- GGZ-instellingen
- Landelijk KOPP/KVO-platform
- Trimbos-instituut: project sluit aan bij aanbevelingen van het landelijk KOPP/KVO-project
- Verschillende specialisten uit de GGZ

- Geïnteresseerde gemeenten

7. Projectorganisatie

Opdrachtgever:

- Ministerie van VWS, directie Jeugd

Projectleider:

- Dr. Rianne van der Zanden, Trimbos-instituut

Mede-projectleider voor het onderdeel 'aanbod' en 'implementatie' (A1 en A2):

- Dr. Hester Diderich

Projectuitvoering:

- Hoofdonderzoeker: Dr. Jeannet Kramer, Trimbos-instituut
- Onderzoeksmedewerker: projectmedewerker(s) Trimbos-instituut

Daarnaast is er een begeleidingsgroep van externe deskundigen.

8. Begroting onderzoek

Aangevraagde budget bij VWS voor het onderzoeksproject is ruim 300.000 euro.

Co-financiering door gemeenten:

- Inkoop van de plaatsen per gemeente bij kinderopvang, BSO's en sportverenigingen .
- Werkzaamheden van de orthopedagogen.
- Trainen van de pedagogisch medewerkers in traumasensitief werken d.m.v. van e-learning, die wordt aangeboden door de Augeo Foundation. Uitvoering training door orthopedagoog of SPV-er gefinancierd door gemeente (is vast onderdeel van de aanpak).
- Ontwikkelen van een registratiesysteem (voor vastleggen van aanmeldingen voor het BSO-project) door hulpverleners i.s.m. de projectgroep. Tijdsinvestering hulpverleners wordt gefinancierd door gemeenten; tijdsinvestering van projectgroep wordt uit de VWS-subsidie gefinancierd.
- Er wordt een post 'tegemoetkoming professionals' opgenomen in de begroting voor werkzaamheden die de orthopedagoog of SPV-er, de GGZ-professional en de BSO-werker verrichten specifiek voor het onderzoek (bijv. rond vragenlijsten voor het onderzoek).

Referenties

Graaf, R. de, Have, M. ten, Dorsselaer, S. van (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut.

Havinga, P.J., Boschloo, L., Bloemen, A.J.P., Nauta, M.H., de Vries, S.O., Penninx B.W.J.H., Schoevers, R.A., Hartman, C.A. (2016). Doomed for disorder? High incidence of mood and anxiety disorders in offspring of depressed and anxious patients: A prospective cohort study. J Clin Psychiatry, e1-10.

Hoefnagels, C., Snoeren, F., Baeten, P. (2015). Helpt hulp aan mishandelde kinderen? Onverklaarbare variantie beter begrepen. Utrecht: Trimbos-instituut

Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *The American Psychologist*, 62(2), 95-108.

Kindcheck: <https://www.augeo.nl/kindcheck>

Koppkvo.nl: <https://www.koppkvo.nl/>

Lipsey, M.W., Wilson, D.B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis. *Am Psychol*, 48(12):1181-1209.

Richtlijn Kinderen van ouders met Psychische Problemen (KOPP) (2014). In opdracht van NIP, NVO en BPSW. Utrecht: Trimbos-instituut. http://richtlijnenjeugdhulp.nl/wp-content/uploads/2016/03/Richtlijn_KOPP.pdf

Van Harmelen, A.L., van Tol, M.J., Demenescu, L.R., van der Wee, N.J.A., Veltman, D.J., et al. (2013). Enhanced amygdala reactivity to emotional faces in individuals reporting childhood emotional maltreatment. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8, 362-369.

Santvoort, F. van (2013). Support groups for children at risk: A study on risk levels and intervention effects in children of mentally ill or addicted parents. Dissertation: general introduction. Nijmegen, Nederland: Radboud Universiteit Nijmegen.

Voigtlander, L., Tan, S., Lunneman, K. (2016). De GIPS. Methodiek voor (inter)sectorale bemoeizorg bij kindermishandeling. Fundamenten, praktijk en uitkomsten van de pilot. Utrecht: De Waag Nederland.