

Nederlandse Samenvatting

Dit proefschrift is gebaseerd op een onderzoek naar de effecten van Basiszorgcoördinatie.

Basiszorgcoördinatie is een preventief georiënteerd zorgcoördinatie programma voor gezinnen waarvan één van de ouders leidt aan een psychische stoornis. Het programma is ontwikkeld door de afdeling preventie van Parnassia en de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) in Den Haag in samenwerking met de Radboud Universiteit Nijmegen. Het doel van het programma is het versterken van de opvoedkwaliteit en organiseren van voldoende ondersteuning van verschillende preventieve voorzieningen voor ouders en hun kinderen, zorgvuldig afgestemd op de behoeften van het gezin. Dit proefschrift is het resultaat van vijftien jaar werken aan het ontwikkelen van Basiszorgcoördinatie tot een 'evidence-based' effectief programma. De thesis bestaat uit een beschrijving van het programma, de theoretische onderbouwing en doelstellingen, het stappenmodel van de zorgcoördinatie, en de resultaten van een 'Randomized Controlled Trial' waarin effecten, kosteneffectiviteit en effectmoderatoren werden onderzocht. De studie is bekend onder de naam SOOPP, wat staat voor 'Studie naar Ondersteuning voor Ouders met Psychische Problemen' en is mogelijk gemaakt door onderzoeksubsidies van ZonMw en het NutsOhra Fonds.

Kinderen van ouders met psychiatrische problemen (KOPP) hebben een verhoogd risico op het eveneens ontwikkelen van psychische stoornissen. Het risico bij deze kinderen is 2 tot 13 maal hoger dan bij kinderen van ouders zonder psychische stoornissen. Met name kinderen uit KOPP-gezinnen met een cumulatie van risicofactoren, zoals relationele problemen, armoede, sociale problemen, isolement en ouders die zelf als kind mishandeld of verwaarloosd zijn, lopen een hoog risico (Van Santvoort, Hosman, Janssens, Van Doesum, Reupert, & Van Loon, 2015). Op basis van resultaten uit eerder onderzoek is het aannemelijk om te veronderstellen dat de invloed van deze risicofactoren op de ontwikkeling van deze kinderen voor een groot deel loopt via hun negatieve invloed op het ouderlijk functioneren (Belsky, 1993; Gassman-Pines & Yoshikawa, 2006). Ouders met psychische stoornissen hebben vaak moeite om opvoedingstaken goed te vervullen, zo blijkt uit diverse studies (Chronis et al., 2007; Cicchetti, Rogosch, & Toth, 1998; Van Doesum, 2007).

Het gefragmenteerde Nederlandse zorgsysteem, met op-individu-gerichte zorg, kortdurende hulp, gericht op afgebakende problemen, is niet goed toegerust voor adequate hulp aan gezinnen van ouders met psychische stoornissen. Deze gezinnen kampen veelal met een opeenstapeling van risicofactoren en problemen waarvoor hulp van meerdere instellingen nodig is. Vanwege versnippering in voorzieningen krijgen deze gezinnen vaak niet de steun die ze nodig hebben. Belangrijke knelpunten in de zorg zijn: een slechte toegang tot voorzieningen en sociale netwerken, het ontbreken van een systematische beoordeling van de specifieke risico's, gebrek aan steun op maat van hun behoeften, en het gebrek aan coördinatie tussen de verschillende instellingen. Deze knelpunten zijn overigens geen typisch Nederlands probleem, maar worden ook gerapporteerd in de zorg aan gezinnen van ouders met psychische stoornissen in de US en UK (Falkov, 2012; Nicholson & Henry, 2003; Wansink, Hosman, Janssens, Hoencamp, & Willems, 2014). Naast psychiatrische behandeling lijkt steun voor gezinnen om adequaat te blijven opvoeden belangrijk. Dit kan bij de kinderen het risico om emotionele of gedragsproblemen te ontwikkelen verkleinen. Vanwege de opeenstapeling van risicofactoren in deze gezinnen is daarbij een gecoördineerde en intersectorale preventieve aanpak belangrijk.

Basiszorgcoördinatie is een antwoord daarop. Belangrijke aspecten van de Basiszorgcoördinatie methode zijn een outreachende werkwijze, systematische assessment van risico- en beschermende factoren in de levensomstandigheden van het gezin, een preventieve proactieve benadering, de vertrouwensband met ouders, en methodische stappen voor het organiseren, coördineren en monitoring van hulp-op-maat. Basiszorgcoördinatie ondersteunt gezinnen door te bemiddelen bij de toeleiding naar effectieve opvoedprogramma's, jeugdhulp, thuiszorg, kinderopvang of clubs voor oudere kinderen, gezondheidszorg, diensten voor schuldsanering en regelingen voor financiële ondersteuning (bijvoorbeeld zorgtoeslag en gemeentelijke toeslagen voor arme gezinnen) en biedt ondersteuning bij contacten van het gezin met onderwijs, justitiële en sociale diensten. Een

basiszorgcoördinator ziet er op toe dat hulp op maat gesneden wordt voor de behoeften en de gesignaleerde risicofactoren van de gezinnen en coördineert de hulp van verschillende voorzieningen. Periodiek gezamenlijk overleg tussen ouders en betrokken hulpverleners is een essentieel onderdeel van de aanpak.

De huidige kennis over effecten van zorgcoördinatie voor gezinnen van ouders met psychische stoornissen is nog schaars (Nicholson, Albert, Gershenson, Williams, & Biebel, 2009; Nicholson & Henry, 2003). Gerandomiseerde gecontroleerde studies zijn nog niet uitgevoerd. Deze studie is derhalve de eerste gerandomiseerde studie naar effecten op de opvoeding en ontwikkeling van kinderen waarin Basiszorgcoördinatie werd vergeleken met een controleconditie. De primaire onderzoeksvraag in dit proefschrift luidde: Kan de zorgcoördinatie, zoals ontwikkeld in het Basiszorgcoördinatie programma, opvoeding verbeteren en gedragsproblemen bij kinderen voorkomen?

Dit proefschrift

De volgende hoofdstukken volgen de stappen in de ontwikkeling van het Basiszorgcoördinatie programma en het onderzoek naar de werking en effectiviteit ervan. In het tweede hoofdstuk beschrijven we het programma en hoe het werd ontwikkeld. Basiszorgcoördinatie begon in 1999 als een gezamenlijke project van het KOPP programma van de GGZ (afdeling preventie) en de JGZ in Den Haag. Basiszorgcoördinatie was ingebed in de lokale structuur van die tijd door middel van een samenwerkingsovereenkomst met andere relevante lokale organisaties, zoals gespecialiseerde jeugdhulpverlening, jeugdzorg en thuiszorg. Het programma werd daarna structureel ondergebracht in het KOPP preventieprogramma van de Parnassia Groep in Den Haag. Positieve resultaten uit pilotstudies naar de haalbaarheid, uitkomsten en tevredenheid van ouders en betrokken partijen hebben hier ongetwijfeld aan bijgedragen. De resultaten uit een eerste pilot (Wansink & Monné - Van Wirdum, 2003) suggereren dat de methodiek van Basiszorgcoördinatie goed uitvoerbaar is. Basiszorgcoördinatie bleek een veelbelovende aanpak voor gezinnen van ouders met een psychische stoornis die gezien hun gezinsomstandigheden kwetsbaar zijn in hun ouderschap en graag begeleiding wensen bij de opvoeding van hun kinderen.

Het programma werd vervolgens theoretisch en methodisch verder ontwikkeld door een team van onderzoekers en basiszorgcoördinatoren. De theoretische onderbouwing, de doelstellingen en het model met de methodische stappen zijn het resultaat van een dialoog tussen 'practice-based' kennis en wetenschappelijke kennis, gebaseerd op kleine dossierstudies en literatuuronderzoek naar risicofactoren bij KOPP-gezinnen en 'evidence-based' interventies. De bestaande praktijk en ideeën bij professionals over werkzaamheid en werkzame factoren werden afgezet tegen relevante theorieën over preventieve interventies bij multiprobleemgezinnen. In de discussies hierover werden de doelen, de methodiek van Basiszorgcoördinatie, de effecten bij de gezinnen en de relaties hiertussen verhelderd.

Het derde hoofdstuk is een beschrijving van het onderzoeksdesign en de resultaten van een RCT waarin effecten van Basiszorgcoördinatie vergeleken werden met een controleconditie, die bestond uit het aanbieden van informatie over beschikbare KOPP-interventies. Negenennegentig patiënten uit de ambulante GGZ werden gerandomiseerd over de experimentele groep en de controlegroep. Primaire uitkomsten waren opvoedkwaliteit (gemeten met de HOME), opvoedingsvaardigheden (gemeten met een subschaal van de VGF), en opvoedstress (gemeten met de PDH). Secundaire uitkomsten waren gedragsproblemen van het kind (gemeten met de SDQ). Metingen vonden plaats at baseline en na 9 en 18 maanden.

In het vierde hoofdstuk beschrijven we de kosten en de kosteneffectiviteit van Basiszorgcoördinatie. Basiszorgcoördinatie kan leiden tot hogere kosten voor zorg, of kan er toe leiden dat kosten juist vermeden worden. De kosteneffectiviteitsanalyse informeert over de kosten in relatie tot de effecten van PBCM en is bedoeld om beleidsmakers en financiers te ondersteunen bij hun besluitvorming over het wel of niet implementeren van het Basiszorgcoördinatie programma. In de studie hebben we de totale kosten voor het uitvoeren van de interventie en kosten voor zorg en gebruik van voorzieningen gemeten. Het ging om kosten voor de

Basiszorgcoördinatie c.q. de KOPP-interventies in de controlegroep en overige kosten van het gebruik van allerlei vormen van zorg en voorzieningen, zoals kinderopvang, onderwijs, schuldhulpverlening of voorzieningen in de justitiële sector. De Kosten Effectiviteits-Analyse (KEA) beperkte zich tot gebruik van deze voorzieningen, kosten die samenhangen met gebruik van uitkeringen en regelingen voor financiële ondersteuning bleven buiten beschouwing. We hebben de kosteneffectiviteit berekend vanuit verschillende perspectieven: een smal gezondheidszorg perspectief, een sociale zorg perspectief (met inbegrip van kosten voor kinderopvang) en een breed maatschappelijk perspectief (met inbegrip van alle kosten en baten in alle genoemde sectoren van zorg en voorzieningen). Deze kosten werden gerelateerd aan effecten in opvoedkwaliteit in de experimentele en de controlegroep. De kosteneffectiviteits-ratio gaf aan wat de extra kosten waren voor betere opvoedingskwaliteit door inzet van Basiszorgcoördinatie.

In het vijfde hoofdstuk beschrijven we de resultaten van een analyse van de modererende invloed van risicofactoren en 'program fidelity' op de effectiviteit van Basiszorgcoördinatie. Uitkomsten waren vijf 'changes-in-outcomes': veranderingen in de opvoedkwaliteit, opvoedingsvaardigheden, frequentie en intensiteit van opvoedstress en gedragsproblemen van het kind. De relaties tussen zes risicofactoren (gezinssamenstelling, inkomen, etniciteit, de ernst van de ouderlijke psychiatrische symptomen, opvoedkwaliteit bij aanvang, en het aantal risicofactoren) en vijf 'changes-in-outcomes' van de experimentele ($n = 49$) en de controlegroep ($n = 50$) werden geanalyseerd met regressie-analyses. Daarna werden de relaties tussen de 'program fidelity' (de mate van uitvoering van Basiszorgcoördinatie zoals bedoeld) en 'changes-in-outcomes' van de experimentele groep onderzocht, evenals de modererende invloed van risicofactoren op deze relaties.

Het zesde hoofdstuk bespreekt de resultaten van alle eerdere hoofdstukken, wat leidt tot finale conclusies en aanbevelingen voor verbetering van het programma, beleid en verder onderzoek.

Overzicht van de Onderzoekresultaten

Heeft de Basiszorgcoördinatie een positief Effect op de Opvoedkwaliteit, Opvoedingsvaardigheden en Opvoedstress en kan het Gedragsproblemen bij Kinderen voorkomen?

In hoofdstuk 3 worden de RCT en de effecten op opvoedkwaliteit, opvoedingsvaardigheden, opvoedstress en gedragsproblemen van het kind beschreven. Negenennegentig gezinnen werden geworven en gerandomiseerd verdeeld over een Basiszorgcoördinatie-groep ($n=49$) en een controlegroep ($n=50$). Patiënten van een grote ambulante GGZ instelling werden benaderd voor deelname aan dit onderzoek. Met name patiënten met langdurige psychische stoornissen en een opeenstapeling van risicofactoren voor opvoeding werden geselecteerd. Inclusiecriteria waren: de ouder is in behandeling voor een psychische stoornis, is verzorger voor een kind tussen drie en tien jaar oud, beide ouders zijn geïnteresseerd in deelname aan de studie, en het gezin kampt met drie of meer risicofactoren van een lijst van 16 factoren voor een risicovolle opvoedings situatie. Deze lijst werd gebaseerd op factoren uit literatuurstudies over de invloed van een psychische stoornis op de opvoeding, risico- en beschermende factoren voor slechte opvoeding, kindermishandeling en verwaarlozing. Exclusiecriteria waren de verwachting dat de behandeling binnen drie maanden afgesloten werd, een gediagnosticeerde psychische stoornis bij het kind, het gezin was woonachtig buiten het verzorgingsgebied en/of kreeg eerdere hulp van Basiszorgcoördinatie.

De opvoedingsuitkomsten en gedragsproblemen werden bij baseline, na 9 en na 18 maanden gemeten. Hierbij werd gebruik gemaakt van gestructureerde interviews met ouders en gevalideerde vragenlijsten.

Bij de meeste geïncludeerde gezinnen was de moeder in behandeling, in de meeste gevallen voor een depressie of angststoornis. De helft van de geïncludeerde gezinnen bestond uit alleenstaande ouders, en tweederde van de gezinnen was allochtoon. Het gemiddelde aantal kinderen was 2.1 en de meeste kinderen waren in de basisschoollleeftijd. Het gemiddelde aantal risicofactoren was vijf op een schaal van 16. De geïncludeerde gezinnen verschilden niet van de gezinnen die niet mee wilden doen met het onderzoek wat betreft diagnose, comorbiditeit, inkomstenbron en aantal kinderen. Wél waren in de groep geïncludeerde gezinnen meer

eenoudergezinnen en meer etnische minderheden.

De experimentele groep verschilde slechts op drie aspecten van de controlegroep. Ze bevatte significant meer eenoudergezinnen, meer etnische minderheden, en de gemiddelde leeftijd van het index kind was significant hoger. Voor deze verschillen is in de analyse gecontroleerd. Dropout uit de studie was gering en nagenoeg gelijk in beide condities.

De analyse (repeated measures analysis of variance) werd gedaan op basis van 'intention-to-treat'. Hieruit bleek dat Basiszorgcoördinatie een statistisch significant positief effect had op de opvoedingsvaardigheden in vergelijking met de controlegroep. Er waren geen significante effecten op opvoedkwaliteit en frequentie of intensiteit van opvoedstress, noch significante preventieve effecten op gedragsproblemen bij het kind. Bij twee opvoedingsuitkomsten was wel sprake van een positieve trend ($p < 0,10$), namelijk voor een betere opvoedkwaliteit en verlaging van frequentie van opvoedstress, maar deze trends waren statistisch niet significant. Effecten op de opvoedingsuitkomsten varieerden van klein tot medium.

Kosten en Kosteneffectiviteit van Basiszorgcoördinatie vergeleken met Controlegroep

In hoofdstuk 4 worden de uitkomsten van de kosteneffectiviteitsanalyse beschreven. Kosten en effecten op de opvoedkwaliteit over 18 maanden in de experimentele groep en de controlegroep werden daarbij vergeleken. De verhouding kosten/effecten werd weergegeven in een kosteneffectiviteits-ratio oftewel de incrementele kosten-effectiviteitsratio (IKER). Deze IKER gaf aan wat de extra kosten waren voor betere opvoedingskwaliteit door inzet van Basiszorgcoördinatie.

Wat betreft de kosten: Gezinnen uit de groep Basiszorgcoördinatie vergden gemiddeld meer aan interventiekosten (€ 1.685 versus € 229) dan de controlegezinnen in achttien maanden. De geschatte totale kosten voor de interventie, zorg, kinderopvang en kosten in overige sectoren gedurende de follow-up periode van achttien maanden waren € 19.805 per Basiszorgcoördinatie-gezin en € 19.209 per controlegroep-gezin (zie hoofdstuk 4, Tabel 4.3. societal perspective). Dit betekende een geschat verschil in total kosten van € 596 per gezin in achttien maanden. Wat betreft de effecten: De gemiddelde score op de gestandaardiseerde HOME steeg bij de basiszorggezinnen (+1,93), terwijl die daalde bij de controlegezinnen (-1,89). Omgerekend resulteerde dit in een IKER van € 175. Basiszorgcoördinatie leidde dus tot betere opvoedkwaliteit en per punt hogere score op de HOME (1 punt is 1/10 standaarddeviatie) kostte dat een investering van € 175.

We weten niet of de samenleving dit effect op opvoedkwaliteit zoveel waard vindt ('good value for money'). In gezondheidseconomische studies wordt hiervoor de term maximale betalingsbereidheid ('Willingness to Pay max') gebruikt, d.i. de maximale kosten die een maatschappij bereid is te betalen voor een beter resultaat. We konden de kans berekenen dat de interventie zijn geld waard was voor verschillende hypothetische betalingsbereidheid-bedragen. Deze kans hangt samen met onzekerheidsmarges rond de IKER. Twee situaties zijn daarbij belangrijk. De eerste situatie is als de samenleving niet extra zou willen betalen voor hogere effectiviteit (hypothetische betalingsbereidheid = 0). Hoe groot was dan de kans dat Basiszorgcoördinatie kosteneffectiever was dan de controleconditie? De tweede situatie betreft de hypothetische maximale betalingsbereidheid die nodig is om 100 % te garanderen dat de kosteneffectiviteit van Basiszorgcoördinatie superieur is aan de controleconditie. Alle varianten tussen deze twee situaties kunnen uitgezet worden in een zogenaamde kosteneffectiviteits-acceptatie-grafiek ('cost-effectiveness acceptability curve').

In deze studie bleek bij een hypothetische betalingsbereid = 0 de kans 39 % te zijn dat Basiszorgcoördinatie kosteneffectief was. Bij een hypothetische betalingsbereidheid van € 2500 was de kans dat de Basiszorgcoördinatie kosteneffectief was 100 %. Dat zou betekenen dat als de samenleving zeker wil zijn van betere kosteneffectiviteit van Basiszorgcoördinatie, ze daar € 2500 voor moet betalen per punt verbetering op de HOME.

Overigens moet worden opgemerkt dat mogelijke lange termijn effecten en lange termijn besparingen door Basiszorgcoördinatie niet in dit onderzoek betrokken zijn. Mogelijk is de interventie over een langere tijdschhorizon/lifetime kosten-effectiever. Hiervoor was bijvoorbeeld zeer lange follow-up nodig geweest. Als

Basiszorgcoördinatie inderdaad psychische stoornissen zou kunnen voorkomen, zou het ook mogelijk allerlei andere negatieve lange termijn gevolgen die daar vaak mee gepaard gaan (b.v. schoolproblemen, problemen met alcohol of drugs, delinquentie, tienerzwangerschappen of chronische psychische stoornissen) kunnen voorkomen. Het voorkomen van deze problemen zou leiden tot veel minder kosten voor langdurig intensieve zorg, uitkeringen en regelingen voor financiële ondersteuning.

Effectpredictoren

In hoofdstuk 5 worden de resultaten beschreven van een analyse van modererende invloeden van risicofactoren en 'program fidelity' op de effectiviteit van Basiszorgcoördinatie. Uitkomsten waren vijf 'changes-in-outcomes': veranderingen in de opvoedkwaliteit, opvoedingsvaardigheden, frequentie en intensiteit van opvoedstress en gedragsproblemen van het kind. De relaties tussen zes risicofactoren (gezinsamenstelling, inkomen, etniciteit, de ernst van de ouderlijke psychiatrische symptomen, opvoedkwaliteit bij aanvang, en het aantal risicofactoren) en vijf 'changes-in-outcomes' in de experimentele ($n = 49$) en de controlegroep ($n = 50$) werden geanalyseerd met regressie-analyses. Daarna werden de relaties tussen de 'program fidelity' en 'changes-in-outcomes' van de experimentele groep onderzocht, evenals de modererende invloed van risicofactoren op deze relaties.

Twee risicofactoren, namelijk ernst van de ouderlijke psychiatrische symptomen en opvoedkwaliteit bij aanvang, modereerden de effectiviteit van Basiszorgcoördinatie op de opvoedkwaliteit. Er waren geen modererende effecten op andere uitkomsten. Opvoedkwaliteit verbeterde in de groep Basiszorgcoördinatie-gezinnen van ouders met meer ernstige psychiatrische symptomen, en daalde in de controle-gezinnen van ouders met meer ernstige symptomen. Daarentegen was er nauwelijks verschil in de verbetering van opvoedkwaliteit tussen Basiszorgcoördinatie- en controle-ouders met minder ernstige psychiatrische symptomen.

Opvoedkwaliteit van gezinnen met een relatief hoog baseline niveau daalde, maar significant minder in de Basiszorgcoördinatie-groep dan in de controlegroep. Opvoedkwaliteit van gezinnen met een relatief laag baseline niveau verbeterde zowel bij de Basiszorgcoördinatie- als controlegezinnen.

De grootste preventieve effecten van Basiszorgcoördinatie op opvoedkwaliteit vonden we met name bij gezinnen van ouders met ernstige psychiatrische symptomen en bij gezinnen met een relatief hoge opvoedkwaliteit at baseline. We vonden geen modererende effecten voor de andere variabelen (aantal risicofactoren, gezinsamenstelling, inkomen en etniciteit), noch vonden we modererende effecten op de andere uitkomstvariabelen (ouderlijke vaardigheden, opvoedstress en gedragsproblemen van het kind).

We vonden geen significante relaties tussen uitkomsten en de twee onderzochte aspecten van 'program fidelity', te weten behandeltrouw (de mate van implementatie van de door de basiszorgcoördinator geïndiceerde diensten en samenwerking met het gezin) en behandelosis (aantal contacten, duur van de zorgcoördinatie en aantal geïndiceerde diensten). Eén risicofactor had een modererend effect op de relatie tussen 'program fidelity' en uitkomsten, namelijk baseline opvoedkwaliteit. Het baseline niveau van opvoedkwaliteit modereerde de relatie tussen behandeltrouw en reductie van opvoedstress. Voor gezinnen met een relatief lage opvoedkwaliteit at baseline bleek hoge behandeltrouw belangrijk om opvoedstress te verminderen.

Sterke en Zwakke Kanten van de Studie

Effectstudie

Dit onderzoek was de eerste gerandomiseerde effectstudie naar effecten van een zorgcoördinatie-programma voor gezinnen van ouders met een psychische stoornis. Sterke kanten van deze studie waren de randomisatie, de 'intention-to-treat' analyse, het gebruik van gestandaardiseerde instrumenten en observatie van opvoedkwaliteit en opvoedvaardigheden, de goede respons en de geringe uitval uit de studie.

Het gerandomiseerde design maakt het mogelijk de gevonden effecten ook echt toe te schrijven van de interventie. Hierbij moet echter wel aangetekend worden dat blinding niet mogelijk was voor gezinnen en

interviewers, dus het kan zijn dat zij de resultaten (on)bedoeld beïnvloed hebben bij het invullen van de vragenlijsten c.q. beoordeling van de opvoedingssituatie.

Een analyse op basis van 'intention-to-treat' is het sterkste model om effecten van het programma te toetsen, het geeft de meest reële schatting van de werkelijke effecten van de invoering van Basiszorgcoördinatie. Hierbij werd gekeken naar effecten tussen alle 49 experimentele versus alle 50 controlegezinnen, ongeacht of de experimentele gezinnen ook daadwerkelijk basiszorgcoördinatie hebben gehad. Zoals blijkt uit Figuur 3.1 in hoofdstuk 3 kreeg 22% van de experimentele groep ($n=11$) géén Basiszorgcoördinatie. Onderzoeken met pre-post metingen geven over het algemeen vaak een overschatting van het effect. Er worden namelijk selectieve gegevens gebruikt, alléén gegevens van gezinnen die mogelijk meer gemotiveerd zijn, of mogelijk beter in staat te profiteren van de interventie.

De 'real-world' setting en de grote etnisch-culturele diversiteit van de onderzoeksgroep dragen bij aan een goede generaliseerbaarheid van de gevonden effectiviteit naar de huidige praktijk van zorgcoördinatieprogramma's voor gezinnen van ouders met een psychische stoornis in Nederland.

Zwakke punten zijn de heterogene populatie, het gegeven dat een deel van de experimentele groep om uiteenlopende redenen geen Basiszorgcoördinatie ontvangen heeft, het gebruik van een minimale interventie in de controlegroep en de kleine N . Alle leidden tot een verminderde statistische power. De grote heterogeniteit leidde tot een grote hoeveelheid statistische variantie in de data met als gevolg een verminderde statistische power. Het gegeven dat 22% van de toegewezen gezinnen geen Basiszorgcoördinatie kreeg, leidde mogelijk tot verdunning van effecten.

Een andere zwakte van de studie is het gebruik van een minimale interventie in de controlegroep, die de kans op het vinden van significante verschillen tussen experimentele en controle groep nog verder verkleinde. Om ethische redenen, kozen we voor een minimale interventie waarbij ouders geïnformeerd werden over de beschikbare 'evidence-based' KOPP-interventies, in plaats van helemaal geen interventie aan te bieden. Het gebruik van KOPP-interventies in de controlegroep (zie Hoofdstuk 3, Figuur 3.1: 44%) was veel groter dan het gebruik van KOPP-interventies in de dagelijkse praktijk in periode vóór de studie. Dit kan mogelijk geleid hebben tot een onderschatting van de werkelijke effecten van Basiszorgcoördinatie in vergelijking met het aanbieden van informatie over beschikbare KOPP-interventies.

De kleine N maakt het vinden van significante effecten lastig. Bij het ontwerpen van de onderzoeksopzet was uitgegaan van een hypothetisch gemiddelde effectgrootte (Cohen's d van 0.5) en het aantal van 86 respondenten was voldoende om zulke effecten goed te kunnen toetsen. De veronderstelde effectgrootte was gebaseerd op studies met een pre-post design met voor- en nametingen. Deze studies geven echter vaak een overschatting van de werkelijke effectgroottes uit RCT's. In de huidige studie waren de effectgroottes voor de opvoedingsuitkomsten, uitgedrukt in 'eta squared', 0,011 voor intensiteit van opvoedstress, 0,026 voor frequentie van opvoedstress, 0,029 voor opvoedkwaliteit en 0,055 voor opvoedvaardigheden. Daarmee waren de gevonden 'eta squared's in de orde van klein (0,0099) tot gemiddeld (0,0588) (Richardson, 2011). Alleen het effect op opvoedvaardigheden was significant. Door het ontbreken van voldoende statistische power konden we niet uitsluiten dat de gevonden verschillen in opvoedstress en opvoedkwaliteit tussen experimentele en controle groep gebaseerd waren op toeval. Of basiszorgcoördinatie daadwerkelijk effect heeft gehad op een breder spectrum van opvoedingsuitkomsten dan alleen op opvoedvaardigheden moet in vervolgonderzoek met een grotere groep duidelijk worden.

Zwakke punten hangen ook samen met het gebruik van de HOME als maat voor opvoedkwaliteit. De HOME is een internationaal veel gebruikt instrument voor de beoordeling van kwaliteit en kwantiteit van de mate van stimulering en ondersteuning die een kind krijgt. De HOME dekt de lading van 'basiszorg' goed, dat was een reden om die als belangrijkste uitkomstmaat te kiezen. Er is veel bekend over de predictieve validiteit. Zo bleek uit prospectieve studies dat er lage tot matige correlaties van de HOME zijn met latere ontwikkeling van het kind, zoals intelligentie, academische en schoolprestaties, taalontwikkeling, sociale competentie, gedrag in de klas, peer-

acceptance en emotionele gezondheid (Olds, 2006). Verder bleken HOME scores gerelateerd aan kindermishandeling en signalen van verwaarlozing zoals ondervoeding en 'failure to thrive' (www.nursefamilypartnership.org/proven-results). Echter, er kleven ook nadelen aan het gebruik van de HOME als uitkomstmaat in een effectstudie. De HOME is met name bedoeld als screeningsinstrument en heeft binaire antwoordschalen, die niet erg veranderingsgevoelig zijn. Bovendien worden plafondeffecten gerapporteerd. Een ander zwak punt is het ontbreken van normscores, hetgeen overigens ook geldt voor de andere opvoedingsuitkomsten. Hierdoor ontbreekt inzicht in de klinische waarde van de gevonden effecten.

Een ander belangrijk punt is dat de effectiviteit van Basiszorgcoördinatie ook afhangt van het beschikbare aanbod aan evidence-based opvoedingsprogramma's. Het is heugelijk dat dit aanbod de laatste jaren landelijk sterk is toegenomen (<http://nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies>), het kan echter zijn dat de basiszorgcoördinatoren toch nog weinig verwezen hebben naar nieuwe evidence-based opvoedingsprogramma's. Dit betekent dat de onderzoeksresultaten gezien moeten worden in de context van een snel veranderend aanbod.

Een ander zwak punt was de beperkte manier waarop effecten bij kinderen zijn gemeten. De focus in dit onderzoek lag op GGZ-problematiek van kinderen. Mogelijk zijn andere positieve effecten op de kinderen gemist, zoals bijvoorbeeld effecten op lichamelijke gezondheid, bedplassen, obesitas, stress, emotionele competentie, cognitieve ontwikkeling of schoolprestaties. Ook effecten op andere kinderen dan het focale kind zijn in deze studie niet gemeten.

Kosteneffectiviteitsstudie

Deze studie is, voor zover wij weten, de eerste gerandomiseerde economische evaluatie van een preventieve interventie voor KOPP-gezinnen, waarbij opvoedingseffecten voor kinderen en kosten werden vergeleken. De sterke punten van deze kosteneffectiviteitsstudie zijn de randomisatie en de uitgebreide gevoeligheidsanalyses van economische kosten om de robuustheid van de uitkomsten te toetsen. Zwakke punten zijn het gebruik van de HOME als effectmaat in de kosteneffectiviteitsanalyse, het niet meenemen van alle maatschappelijke kosten (b.v. met betrekking tot arbeidsproductiviteit van ouders), zelfrapportage over voorzieningengebruik, het ontbreken van correcties voor verschillen in kosten at baseline of verschillen in kosten die gerelateerd waren aan verschillen in gezinssamenstelling, de kleine N, en het beperkte tijdsframe van achttien maanden.

Wat betreft het eerste punt, de HOME is gebruikt als een proxy voor de kwaliteit van leven van kinderen. Kwaliteit van leven ('Quality adjusted life years', QALY's) is een belangrijke uitkomstmaat in gezondheidseconomisch onderzoek. QALY's maken onderlinge vergelijking van kosteneffectiviteit van verschillende behandelingen en preventieve gezondheidsprogramma's mogelijk, omdat uit onderzoek de economische waarde van een QALY bekend is. We veronderstellen dat de HOME veel fysieke, emotionele, sociale en materiële aspecten van de leefomgeving van het kind meet die in het concept 'kwaliteit van leven' van belang worden geacht. De economische waarde van de HOME is niet bekend, en daarom is ook geen informatie beschikbaar over de economische waarde van verbetering van de opvoedkwaliteit. Dit bemoeilijkt de interpretatie van de uitkomsten van de KEA voor beleidsvorming.

Een tweede zwak punt betreft het niet meenemen van alle maatschappelijke kosten, maar alleen het gebruik van voorzieningen door het gezin en schoolverzuim van kinderen uit te vragen in een interview met de ouder. Vanwege de grote belasting die het interview voor betrokken ouders kon vormen, hebben we ervoor gekozen dit interview te beperken tot gebruik van voorzieningen die aangeboden worden door belangrijke samenwerkingspartners van Basiszorgcoördinatie, zoals jeugdzorg, kinderopvang, onderwijs, en maatschappelijk/juridische diensten zoals politie, advocaten, en schuldsanering. Kosten met betrekking tot arbeidsproductiviteit of uitkeringskosten van ouders werden niet gemeten, hetgeen mogelijk invloed heeft gehad op de gepresenteerde cijfers van kosteneffectiviteit. Deze beperking en de inperking tot een meetperiode van 18 maanden hebben mogelijk geleid tot een onderschatting van de werkelijke kosteneffectiviteit. Ook zelfrapportage

over voorzieningengebruik kan de kostenberekening hebben vertekend. We vonden geen verschillen in onderrapportage van GGZ hulp (ten opzichte van geregistreerde GGZ hulp) tussen de interventie- en controlegroep. Echter, mogelijke vertekende effecten van zelf-rapportage op de kosteneffectiviteit (bijvoorbeeld beter rapportage van gebruik van andere voorzieningen door basiszorggezinnen) zijn niet uit te sluiten.

Het derde zwakke punt is het niet-corrigeren voor verschillen in kosten, die samenhangen met verschillen in gezinssamenstelling. Een goed rekenmodel voor de invloed van de gezinssamenstelling in gezondheidseconomische studies ontbreekt nog. Wij vonden geen significant verband tussen totale kosten at baseline en één / twee-oudergezinnen, het aantal kinderen onder de leeftijd van vier of etniciteit (gegevens niet getoond). Er waren echter wel wezenlijke verschillen in diverse kostenposten at baseline, met name in kosten voor kinderopvang, zie see Chapter 4, Table 1). Deze zouden mogelijk verklaard kunnen worden door het hogere aantal jonge kinderen (jonger dan vier jaar) in de controlegroep in vergelijking met de experimentele groep (35 versus 27). Maar hoe hiervoor gecorrigeerd kan worden is onduidelijk. Andere kenmerken van de gezinssamenstelling hebben mogelijk ook invloed gehad op de kostenposten. Het adequaat corrigeren voor verschillen in gezinssamenstelling in gezondheidseconomische studies bij gezinnen is een uitdaging voor toekomstig onderzoek.

Een vijfde zwakke punt is de vrij kleine en heterogene onderzoeksgroep. Gezien de kleine *N* konden uitbijters (respondenten met opvallend extreme scores) de gevonden effecten op kosteneffectiviteit vertekenen. Analyses van de kosteneffectiviteit zonder uitbijters, d.w.z. waarbij de top 5% van gezinnen met de hoogste kosten geëxcludeerd werden, leidden inderdaad tot andere resultaten. De IKER steeg van € 175 naar € 410 (zie hoofdstuk 4, Tabel 4.3, alternatief scenario A, social perspective). Dit betekent dat we een slag om de arm moeten houden met het trekken van conclusies over de hoogte van de kosten voor zorggebruik en de IKER van Basiszorgcoördinatie in vergelijking met het aanbieden van informatie over het KOPP-aanbod en het gebruik ervan.

Tot slot, het gekozen tijdsbestek van achttien maanden in combinatie met de jonge leeftijd van de kinderen was misschien te kort om alle relevante effecten en kosten te kunnen meten, omdat bijvoorbeeld het effect op de kosten die verband houden met schoolcarrière, werk of criminaliteit van jongeren pas later optreden.

Moderatoranalyse

De gecontroleerde studie en de systematische assessment van de uitkomsten zijn net als voor de vorige analyses ook sterke punten van de moderatoranalyse. Zwakke punten zijn het grote aantal toetsen dat moest worden uitgevoerd en de geringe power, onduidelijkheid over de klinische relevantie van de HOME en het gebruikte instrumentarium voor het meten van behandel dosis en behandeltrouw.

Ten eerste, vanwege het grote aantal toetsen hadden deze moderatoranalyses een explorerend karakter. In totaal werden 90 regressieanalyses uitgevoerd (30 analyses om de invloed van één van de 6 risico factoren op verschillen tussen beide groepen op één van 5 'changes- in outcomes' te toetsen; 30 om de invloed van risicofactoren op het verband tussen behandeltrouw en 'changes- in outcomes' te toetsen en 30 om de invloed van risicofactoren op het verband tussen behandel dosis en 'changes- in outcomes' te toetsen). Het ontbreken van significante modererende effecten in de meeste van deze analyses kan duiden op een gebrek aan power om effecten van relevante moderatoren goed te kunnen toetsen.

Een tweede zwak punt is het ontbreken van normscores voor HOME, waardoor de klinische relevantie en prognostische waarde van de gevonden effecten op opvoedkwaliteit onbekend zijn en van de indeling in relatief lage / hoge opvoedkwaliteit at baseline. Het gevonden preventieve effect van Basiszorgcoördinatie bij met name gezinnen met een relatief hoog niveau van opvoedkwaliteit at baseline in deze onderzoeksgroep is daarom niet direct om te zetten naar een duidelijk indicatiecriterium voor de praktijk.

Twee andere zwakke punten zijn de beperkte invulling van 'program fidelity' en het gebruikte instrumentarium voor het meten van behandel dosis en behandeltrouw. 'Program fidelity' werd beperkt tot deze twee aspecten. Andere kwaliteitsaspecten die mogelijk van belang zijn voor een goede effectiviteit zijn buiten beschouwing gelaten, denk hierbij aan verschillen in vaardigheden en kennis tussen basiszorgcoördinatoren,

systematische intervisie en training, ziekte en verloop van basiszorgcoördinatoren, etcetera. De door onszelf geconstrueerde instrumenten voor behandeldosis en behandeltrouw hadden slechts beperkte gegevens over betrouwbaarheid en validiteit. Wat betreft de constructvaliditeit kan vermeld worden dat de definitie en operationalisaties van behandeldosis en behandeltrouw nauw aansloten bij de doelstellingen en werkwijze van Basiszorgcoördinatie. De gevonden interne consistentie van beide schalen was hoog. De beperkte gegevens over betrouwbaarheid en validiteit maken dat de gevonden uitkomsten met een zekere voorzichtigheid bekeken dienen te worden.

Implicaties en Aanbevelingen voor de Praktijk

De uitkomsten van deze studie kunnen worden gebruikt om de bestaande praktijk te verbeteren. Ten eerste ondersteunen de bescheiden positieve resultaten (een significante stijging van opvoedvaardigheden ten opzichte van de daling bij de controlegroep) de verdere voortzetting en het overwegen van eventuele uitbreiding van het programma Basiszorgcoördinatie. Verder onderzoek blijft echter nodig, zie onder.

Een tweede ondersteunen de uitkomsten van deze studie de roep om meer preventief beleid voor het beantwoorden van opvoedvragen en vroegdetectie van problemen bij kinderen van patiënten in de volwassenen GGZ. De daling van opvoedkwaliteit bij de controlegroep, juist bij gezinnen die het bij aanvang het beste deden, wijst op het belang van een proactief en preventief aanbod voor deze gezinnen zoals geboden door Basiszorgcoördinatie. Ook het feit dat de onderzoeksgroep at baseline hoog scoorde op opvoedstress in vergelijking met de normale populatie en het feit dat bij veel kinderen signalen waren van emotionele en gedragsproblemen vormen duidelijk indicaties voor het belang van proactief en preventief aanbieden van ondersteuning aan gezinnen van psychiatrische patiënten.

Echter, zoals bij alle geïndiceerde preventie programma's zijn een goede reflectie en een zorgvuldige afweging van de baten en de mogelijke ongewenste effecten voor de betrokken gezinnen en kinderen (stigmatisering, discriminatie en onnodig interveniëren bij problemen die het gezin mogelijk zelf ook had kunnen oplossen) van belang. Wat betreft het omgaan met stigmatisering, discriminatie en voorkomen van onnodig interveniëren, is de ervaring bij Basiszorgcoördinatie dat een respectvolle toonzetting en het vrijwillige, uitnodigende karakter belangrijk zijn. Evenals respect voor de visie van ouders over wat nodig is voor het gezin en hun kinderen. In het kader van ons onderzoek werd op alle deelnemende GGZ-afdelingen aan alle patiënten met kinderen in de leeftijd van 3-10 jaar een gesprek aangeboden over de opvoedingssituatie, zorgen en behoeften van ouders en eventuele problemen bij de kinderen. Inmiddels zijn gesprekken met patiënten met kinderen bij een aantal vestigingen van de betrokken GGZ-instelling geïmplementeerd.

Ten derde, gezien ruim één op de vijf toegewezen gezinnen géén Basiszorgcoördinatie gekregen heeft, is aan te bevelen om een aantal mogelijke maatregelen voor daadwerkelijke deelname aan Basiszorgcoördinatie te overwegen. Betere selectie van geschikte gezinnen lijkt één mogelijke maatregel, gezien Basiszorgcoördinatie voor drie van de 49 gezinnen volgens de basiszorgcoördinator vanwege het lage risiconiveau niet geïndiceerd leek. Vijf gezinnen namen uiteindelijk niet deel, omdat de ouder of de andere ouder niet wilde. Mogelijk was ook bij deze vijf gezinnen sprake van een laag risiconiveau en weinig behoefte aan ondersteuning. Het is misschien ook aan te bevelen om de manier waarop ouders in dit onderzoek gemotiveerd werden voor deelname aan Basiszorgcoördinatie eens tegen het licht te houden en daarbij gebruik te maken van inzichten uit motivationele technieken (Miller & Rollnick, 2002), het transtheoretisch model van verandering (Prochaska & DiClemente, 2002) en de Zelf-Determinatie Theorie (Deci & Ryan, 2000).

Ten vierde geeft dit onderzoek aanwijzingen voor een verdere aanscherping van de doelgroep van Basiszorgcoördinatie. De uitkomsten van de moderatoranalyse suggereren dat de indicatiestelling, zoals gebruikt in dit onderzoek, mogelijk verbeterd kan worden om het programma nog effectiever te maken. Een suggestie is te zoeken naar manieren om de effectiviteit van Basiszorgcoördinatie voor gezinnen van ouders met minder ernstige psychiatrische symptomen te verhogen, want we vonden weinig verbetering in deze gezinnen.

De teleurstellende resultaten met betrekking tot de geringe grootte van de gevonden effecten en de afwezigheid van invloed van 'implementation fidelity' op 'changes-in-outcomes' zijn redenen om te zoeken naar maatregelen om de effectiviteit van Basiszorgcoördinatie verder te vergroten. Hierbij kan gedacht worden aan meer en structureler inzetten van evidence-based opvoedingsprogramma's, en het identificeren en versterken van de meest werkzame elementen in het programma op basis van wetenschappelijke kennis hierover. Een ander punt is dat in de handleiding eenzijdig het werken aan risicofactoren sterk benadrukt wordt (Wansink, Hosman, & Verdoold, 2010). Een up-date van de handleiding is mogelijk gewenst, waarin ook meer aandacht is voor manieren om beschermende factoren en de eigen kracht in gezinnen en hun sociale netwerk te versterken.

Aanbevelingen voor Beleid

Voor beleidsmakers/financiers is naast de bewezen effectiviteit, ook de kosteneffectiviteit van belang. Basiszorgcoördinatie lijkt een interessant programma, gezien de grotere effectiviteit op opvoedkwaliteit (bijna 4 punten op een gestandaardiseerde HOME-score) en geringe meerkosten van € 596 in 18 maanden. Zet men deze € 596 af tegen het bedrag van € 19.805 dat een gemiddeld gezin in de 18 maanden aan kosten maakt voor zorg en voorzieningen, dan lijkt die 3 % extra kosten een goede investering voor een betere opvoedkwaliteit in hoog risico-gezinnen.

Het is moeilijk een schatting te geven van de omvang van de doelgroep. De helft van de benaderde patiënten met jonge kinderen was geïnteresseerd in informatie over de ondersteuningsmogelijkheden voor hun gezin. Veertig procent van de geïnteresseerde gezinnen, met name eenoudergezinnen en allochtone gezinnen, deed uiteindelijk mee aan de studie. Dit betekent dat een op de vijf benaderde gezinnen graag preventieve ondersteuning wilde zoals in deze studie werd gegeven. Generalisatie is moeilijk, gezien de onderzoekscontext (wervingswijze en de in- en exclusie criteria), maar dit cijfer zou kunnen een conservatieve indicatie kunnen geven van het percentage van GGZ-patiënten met jonge kinderen die behoefte hebben aan preventieve ondersteuning.

Verder valt op dat Basiszorgcoördinatie vooral eenouder- en allochtone gezinnen lijkt aan te spreken, gezien de oververtegenwoordiging van deze gezinnen onder de gezinnen die interesse hadden in deelname aan dit onderzoek. Eén van de merites van Basiszorgcoördinatie lijkt het bereiken van deze gezinnen, want uit de literatuur is bekend dat juist deze gezinnen wel een steuntje in de rug kunnen gebruiken als het gaat om toegang tot preventieve voorzieningen voor hun gezin. Daarom zou Basiszorgcoördinatie goed passen in het huidige gemeentelijke beleid voor steun aan kwetsbare gezinnen. Daarbij is de effectiviteit van de basiszorgcoördinatie ook gebaat bij een goede beschikbaarheid van effectieve opvoedingsprogramma's.

Deze studie heeft een grote maatschappelijke relevantie voor het huidige jeugdbeleid, welke gericht is op vroeghulp, dicht in de buurt, en implementatie van 'Eén gezin, één plan' voor gezinnen die hulp nodig hebben van meerdere voorzieningen. Gezien de risicovolle situatie van kinderen van ouders met psychische stoornissen mag aandacht voor opvoedvragen en problemen bij kinderen van psychiatrische patiënten ook in dit beleid niet ontbreken. Op basis van deze eerste positieve resultaten van Basiszorgcoördinatie bevelen we aan om op meer plekken ervaring op te doen met preventief gezinsgericht case management in de psychiatrie en de jeugdhulp voor deze doelgroep en de samenwerking tussen volwassenen GGZ en jeugdhulp. Dit zou bij voorkeur gepaard moeten gaan met verder onderzoek, zodat meer bekend wordt over de indicatiestelling, effectiviteit en efficiëntie van zorgcoördinatie voor deze gezinnen.

Aanbevelingen voor Verder Onderzoek

Ten eerste zijn replicatiestudies nodig om de eerste positieve effecten van Basiszorgcoördinatie op opvoedingsvaardigheden te bevestigen. Deze studie dient herhaald te worden, liefst ook bij Basiszorgcoördinatie programma's op andere locaties. Meer power is nodig voor het toetsen van de statistische relevantie van effecten op andere opvoedmaten.

Verder verdient het aanbeveling om een breder palet van kind uitkomsten (ook lichamelijke gezondheid, andere maten voor risico- en beschermende factoren bij kinderen zelf zoals emotionele en cognitieve weerbaarheid en schoolprestaties) mee te nemen in vervolgstudies. In dit onderzoek hebben we gekozen om effecten op emotionele en gedragsproblemen van één focaal kind te meten, effecten op andere gezinsleden zijn niet onderzocht. Het verdient aanbeveling om alle kinderen van een gezin in de studie te betrekken (zie boven), om effecten op kinderen beter te detecteren.

Lange termijn prospectieve studies zijn nodig om licht te werpen op de vraag of betere opvoedingsvaardigheden van de gezinnen die Basiszorgcoördinatie kregen op de lange termijn daadwerkelijk leiden tot positieve effecten op de kinderen. De noodzaak voor lange termijn studies bij preventieve gezinsondersteuning blijkt uit de Nurse-Family Partnership studies (Olds, 2006; <http://www.nursefamilypartnership.org/proven-results>), waar na 15 jaar gunstige effecten gevonden werden op politiecontacten, seksueel risicovol gedrag, alcohol- en drugsgebruik door jongeren en de economische positie van het gezin. Lange termijn prospectieve studies zijn nodig om bijkomende kostenbesparing van de preventieve effecten bij kinderen op de lange termijn te verkennen. Ook hierbij verdient het aanbeveling om net als Olds breder te kijken dan alleen naar het voorkomen van psychische stoornissen bij kinderen. Het KOPP-kader doet onvoldoende recht aan de breed-spectrum effecten die vroegtijdige hulp aan gezinnen van ouders met psychische stoornissen kan hebben op de ontwikkeling van de kinderen. Lange termijn effecten op schoolcarrière, werk of criminaliteit van jongeren zijn minstens zo interessant, zeker vanuit maatschappelijk en economisch oogpunt en dienen daarom meegenomen te worden.

Het verdisconteren van verschillen in gezinssamenstelling in kosteneffectiviteitsstudies is een uitdaging voor toekomstig onderzoek. Het ontwikkelen van een goed rekenmodel voor de invloed van de gezinssamenstelling in gezondheidseconomische studies van gezinsinterventies is gewenst.

Verdere ontwikkeling en validering van meetinstrumenten voor behandel dosis en behandeltrouw in Basiszorgcoördinatie zijn nodig om de modererende effecten van 'implementation fidelity' beter te kunnen onderzoeken. Daarnaast is een goede monitoring van de kwaliteit van de uitvoering gewenst. Dit zou mogelijk meer licht kunnen werpen op het belang van diverse methodische elementen van het Basiszorgcoördinatie programma voor diens effectiviteit. Hierbij kan gedacht worden aan effectmodererende invloeden van bijvoorbeeld de outreachende aanmeldingsprocedure, de systematische assessment van risico- en beschermende factoren in de levensomstandigheden van gezinnen, de preventieve proactieve benadering, de vertrouwensband met ouders, en de methodische stappen in het organiseren, coördineren en monitoring van hulp-op-maat. Tot slot denken we dat effectevaluaties, waarbij effecten gerelateerd worden aan de behoeften van het gezin, de opvoedkwaliteit en aan de risico's op instabiliteit van gezinnen, verdere programmadiifferentiatie van Basiszorgcoördinatie mogelijk kunnen maken om daarmee de effectiviteit van PBCM te verbeteren. Ook onderzoek in de traditie van intervention mapping (Eldredge, Parcel, Kok, & Gottlieb, 2011) waarbij gemeenschappelijke inzichten van de basiscoördinatoren over strategische keuzes bij het inzetten van hulp/voorzieningen bij bepaalde risicosituaties of bepaalde gezinnen onderbouwd en getoetst worden, kan mogelijk leiden tot verdere verbetering van het programma.

Highlights

Uit het onderzoek blijkt:

- Ouders met psychische stoornissen zijn vaak kwetsbaar in hun ouderschap. Het gemiddelde opvoedstressniveau in deze studie was hoog in vergelijking met ouders uit de normale populatie en bij veel kinderen waren signalen er van emotionele en gedragsproblemen.
- De helft van de in het kader van het onderzoek aangeschreven en vervolgens gebelde patiënten met jonge kinderen bleek geïnteresseerd in een gesprek over ondersteuningsmogelijkheden. Veertig procent van de geïnteresseerde gezinnen, vooral eenouder- en allochtone gezinnen, deed daadwerkelijk mee aan het onderzoek.

Dit betekent dat één op de vijf benaderde gezinnen gebruik wilde maken van preventieve ondersteuning zoals geboden werd in het onderzoek. Dit geeft een voorzichtige indicatie voor de omvang van de groep van groep GGZ-patiënten met jonge kinderen die behoefte heeft aan preventieve ondersteuning. Generalisatie is echter lastig gezien de manier van werving in dit onderzoek, de context en in- en exclusie criteria.

- Basiszorgcoördinatie leidde tot betere opvoedvaardigheden dan het aanbieden van informatie over beschikbare KOPP-interventies. Er was geen bewijs voor significante effecten op de opvoedkwaliteit en frequentie en intensiteit van opvoedstress, noch voor preventieve effecten op gedragsproblemen bij het kind, hoewel de basiszorgcoördinatie-gezinnen op deze uitkomsten ook beter scoorden dan de controlegezinnen.

- Basiszorgcoördinatie leidt tot meer effect op de opvoedkwaliteit en kost meer dan de controleconditie. De extra kosten zijn vrij klein, minder dan 5 % van de totale kosten voor gebruik van gezondheidszorg en andere voorzieningen, hetgeen gunstig is voor verdere implementatie.

- Basiszorgcoördinatie lijkt effectiever voor ouders met ernstige psychiatrische symptomen, en ook effectiever voor gezinnen met een relatief redelijk opvoedkwaliteit. We bevelen derhalve aan om de indicatiestelling aan te scherpen.

- Onderzoek naar implementatietrouw leverde niets op. Verdere ontwikkeling en validering van instrumenten om behandel dosis en behandeltrouw in preventieve zorgcoördinatieprogramma's voor gezinnen van ouders met psychische stoornissen te meten zijn nodig.