

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**De Kindreflex: de ontwikkeling van een Vlaamse Kindcheck
met toepassing in de geestelijke gezondheidszorg**

Dr. Evelien Coppens
Dr. Kathleen De Cuyper
Prof. dr. Chantal Van Audenhove



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 37 34 32

E-mail: swvg@kuleuven.be

Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2018/09

SWVG-Rapport 13

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: De Kindreflex: de ontwikkeling van een Vlaamse Kindcheck met toepassing in de geestelijke gezondheidszorg

Promotor: Prof. dr. Chantal Van Audenhove

Onderzoekers: Dr. Evelien Coppens en dr. Kathleen De Cuyper

Coördinatie SWVG: Hilde Lauwers

Administratieve ondersteuning SWVG: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid, programma 'Steunpunten voor Beleidsrelevant Onderzoek'. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. Het Vlaams Gewest kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen</i>	<i>Dagelijks bestuur</i>
KU Leuven <ul style="list-style-type: none">· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy· Instituut voor Sociaal Recht· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving· Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen	Prof. dr. Chantal Van Audenhove Prof. dr. Anja Declercq Prof. dr. Johan Put Prof. dr. Tine Van Regenmortel Prof. dr. Erik Schokkaert
UGent <ul style="list-style-type: none">· Vakgroep Innovatie, Ondernemerschap en Dienstenmanagement· Vakgroep Publieke Governance, Management & Financiën· Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg	Prof. dr. Paul Gemmel Prof. dr. Joris Voets Prof. dr. An De Sutter
Vrije Universiteit Brussel <ul style="list-style-type: none">· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
Universiteit Antwerpen <ul style="list-style-type: none">· Centrum OASeS, Departement Sociologie	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
Universiteit Hasselt <ul style="list-style-type: none">· Centrum voor Statistiek	
Thomas More Hogeschool <ul style="list-style-type: none">· Opleiding Toegepaste Psychologie	dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool <ul style="list-style-type: none">· Dienst onderzoek en dienstverlening	
Hogeschool Gent <ul style="list-style-type: none">· Faculteit Mens en Welzijn	
UC Leuven-Limburg <ul style="list-style-type: none">· Groep Gezondheid en Welzijn	

De Kindreflex: de ontwikkeling van een Vlaamse Kindcheck met toepassing in de geestelijke gezondheidszorg

Onderzoekers: Dr. Evelien Coppens, dr. Kathleen De Cuyper
Promotor: Prof. dr. Chantal Van Audenhove

Samenvatting

1 Situering van het onderzoeksproject

Vlaanderen telt op jaarbasis naar schatting 350.000 KOPP-kinderen die opgroeien bij een ouder met een psychisch of een verslavingsprobleem wat nadelige gevolgen kan hebben op de ontwikkeling, het gedrag en de beleving van kinderen. Onderzoek toont aan dat minstens een derde van de KOPP-kinderen later zelf een ernstig en langdurig psychisch probleem ontwikkelt. Hoewel verschillende factoren een invloed hebben op de overdracht van psychische problemen van ouders op kinderen, is de manier waarop ouders met een psychisch probleem met hun kind interageren een belangrijke mediërende factor. Tegelijk kan het ouderschap voor cliënten met psychische problemen een doorslaggevende rol spelen in het herstelproces. Hulpverleners uit de GGZ staan echter weinig stil bij de kinderen en het ouderschap van hun cliënt. Zo blijkt uit een recente Nederlandse bevraging dat cliënten met kinderen zich in de GGZ niet altijd ondersteund voelen in hun rol als ouder.

Slachtoffer zijn van kindermishandeling heeft nog grotere gevolgen op zowel de fysieke gezondheid als het welbevinden van kinderen – gevolgen die in de latere volwassenheid blijven nazinderen. Onderzoek toont aan dat verontrusting niet één oorzaak kent, maar veroorzaakt wordt door een combinatie van risicofactoren op het niveau van het gezin, het kind en de omgeving. Het risico op verontrusting is hoger dan gemiddeld wanneer een van de ouders een psychisch probleem heeft. In Vlaanderen ontvangen de twee gemandateerde voorzieningen op jaarbasis circa 6000 meldingen van verontrusting waarbij een onderzoek naar maatschappelijke noodzaak volgt. Voor iets meer dan de helft van deze kinderen blijkt het nodig om vanuit overheidswege in te grijpen. Beide voorzieningen beantwoorden jaarlijks nog eens 7500 bijkomende vragen naar ondersteuning inzake verontrusting zonder dat het maatschappelijk noodzakelijk is om in te grijpen. Daarenboven ontvangt de Hulplijn 1712 voor burgers elk jaar circa 3000 meldingen van verontrusting. Verondersteld wordt dat dit slechts het topje van de ijsberg is aangezien veel gevallen van verontrusting onopgemerkt blijven en/of niet gemeld worden. Meldingen van verontrusting zijn vooral afkomstig van hulpverleners die contact hebben met de kinderen zelf en gebeuren vrijwel nooit door hulpverleners die enkel in aanraking komen met de ouders. Dit is een gemiste kans. Een verhoogde alertheid bij (GGZ-)hulpverleners die zorg verstrekken aan volwassenen kan er immers voor zorgen dat verontrusting sneller in beeld komt.

In Nederland zijn hulpverleners werkzaam in de sectoren gezondheid, onderwijs, kinderopvang, maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp die met volwassenen werken sinds 1 juli 2013 verplicht om een Kindcheck uit te voeren. Hulpverleners gaan tijdens cliëntcontacten na of hun cliënt zorgdraagt voor minderjarige kinderen en of de kinderen veilig bij hen kunnen opgroeien. Dankzij dit initiatief ontving het meldpunt kindermishandeling 60 keer meer meldingen van kindermishandeling, waarvan het merendeel achteraf terecht bleek.

Tijdens de Kind en Gezin conferentie ‘de toekomst is jong’ (2016) benadrukte experts dat aandacht hebben voor de veiligheid, het welzijn en de ontwikkeling van kinderen tot de verantwoordelijkheid van alle professionals behoort – ook van professionals die zorg verstrekken aan ouders of nabije zorgfiguren. De Nederlandse Kindcheck werd tijdens de conferentie naar voor geschoven als een goede praktijk om hulpverleners te ondersteunen in deze verantwoordelijkheid.

In navolging van de conferentie ‘de toekomst is jong’ neemt de Vlaamse overheid het initiatief om een Vlaamse versie van de Nederlandse Kindcheck te ontwikkelen en vervolgens te implementeren in de verschillende deelsectoren van de GGZ. Gezien de Vlaamse variant geen exacte kopie is van de Nederlandse Kindcheck, draagt het Vlaamse initiatief een andere naam – namelijk de Kindreflex.

2 Onderzoeksopdracht

Het doel van dit onderzoeksproject is vierledig:

- vertrekkend van het Nederlandse model een basisversie van de Kindreflex met het oog op toepassing in de GGZ ontwikkelen die tegemoetkomt aan de Vlaamse manier van werken en gedragen wordt door alle belanghebbenden;
- een eerste aanzet voor de tools ontwikkelen die noodzakelijk zijn voor de implementatie van de Kindreflex (website, brochure, vorming, richtlijn, etc.);
- een implementatieplan uitwerken, met aandacht voor een informatiecampagne, een vorming, de monitoring en de evaluatie;
- beleidsaanbevelingen formuleren inzake de implementatie, de monitoring en de evaluatie van de Kindreflex in Vlaanderen.

3 Onderzoeksmethode

De onderzoeksmethode bestaat uit vier onderdelen om deze doelstellingen te realiseren:

- een **documentanalyse** van wetenschappelijke, praktijkgerichte en beleidsgerichte informatie relevant voor de ontwikkeling en de toepassing van de Kindreflex;
- **vier focusgroepen** met professionelen uit de verschillende deelsectoren van de GGZ en ervaringsdeskundigen om zicht te krijgen op:
 - wat er vandaag reeds in de GGZ gebeurt met betrekking tot de veiligheid van kinderen van volwassenen met psychische problemen of verslavingsproblemen;
 - hoe de Vlaamse Kindreflex er inhoudelijk dient uit te zien;

- welke extra tools nodig zijn om professionals te ondersteunen bij het uitvoeren van de Kindreflex in Vlaanderen.
- **twee expertgroepen** met vertegenwoordiging van stakeholders uit de verschillende deelsectoren van de GGZ om te peilen naar hun mening betreffende de uitwerking van de Vlaamse Kindreflex;
- **overleg met de leden van de stuurgroep** om af te stemmen over de tussentijdse resultaten van het onderzoek, de inhoud van het rapport en de concrete uitwerking van de Kindreflex en de ondersteunende tools.

4 Conclusies en aanbevelingen

Voor een volledige beschrijving van de onderzoeksresultaten, de basisversie van de Vlaamse Kindreflex, de eerste aanzet voor de tools, het implementatieplan en de conclusies en aanbevelingen verwijzen we naar het onderzoeksrapport. Deze samenvatting is een bondige synthese van de kernbevindingen en gaat achtereenvolgens dieper in op:

- de attitudes van stakeholders ten aanzien van het initiatief om een Kindreflex uit te werken;
- de mate waarin de GGZ voor volwassenen vandaag reeds oog heeft voor de kinderen en de ruimere context van cliënten;
- de basisversie van de Vlaamse Kindreflex;
- de Vlaamse Kindreflex versus de Nederlandse Kindcheck;
- goede praktijken die nauw aansluiten bij de Kindreflex;
- de mening van stakeholders over de basisversie van de Kindreflex;
- de haalbaarheid van de Kindreflex;
- de knelpunten van de Kindreflex;
- het implementatieplan;
- het evaluatieplan;
- aanbevelingen voor het beleid en de praktijk.

4.1 De attitudes van stakeholders ten aanzien van het initiatief om een Kindreflex uit te werken

De bevroegde stakeholders staan zeer positief ten aanzien van het initiatief om een Vlaamse versie van de Nederlandse Kindcheck uit te werken. Men is van mening dat het een broodnodig initiatief is om te voorkomen dat kinderen van ouders met psychische problemen later eenzelfde problematiek ontwikkelen. Daarnaast sensibiliseert het hulpverleners om oog te hebben voor de ruimere context van de cliënt in plaats van enkel te focussen op die ene problematiek bij die ene persoon. Een Kindreflex wijst hulpverleners ook op hun verantwoordelijkheid om zorgwekkende signalen niet zomaar te negeren maar hier preventief mee om te gaan zodat crisissituaties vermeden kunnen worden. We benadrukken evenwel dat vooral de koplopers – die de Kindreflex een belangrijk initiatief vinden – deelnamen aan dit voortraject, waardoor er voorlopig weinig zicht is op de mogelijke bezwaren die er bij anderen zijn. Tijdens de focusgroepen en

expertgroepen werd tot slot snel duidelijk dat een integrale copy-paste van de Nederlandse Kindcheck voor Vlaanderen niet wenselijk is.

4.2 De mate waarin de GGZ voor volwassenen vandaag reeds oog heeft voor de kinderen en de ruimere context van cliënten

Tussen GGZ-voorzieningen en hulpverleners bestaan er grote verschillen in de mate waarin men vandaag reeds aandacht schenkt aan de kinderen en de ouderrol van cliënten. Sommige voorzieningen en hulpverleners zien het als een evidentie om hier stil bij te staan – anderen vinden dit helemaal niet vanzelfsprekend. Ook tussen deelsectoren van de GGZ bestaan er verschillen. Bij hulpverleners uit de mobiele teams behoort aandacht hebben voor de kinderen en de ouderrol tot de standaard manier van werken. Hulpverleners uit de mobiele teams komen aan huis waardoor de kinderen automatisch in beeld komen en het voor de hand ligt dat zij hierop inspelen. Ook binnen de verslaafdenzorg zijn de kinderen en de gezinssituatie meestal een vast onderdeel van de behandeling. Hulpverleners uit de ambulante en de residentiële reguliere zorg hebben echter niet altijd de reflex om naar de kinderen en het ouderschap te vragen. Deze hulpverleners vertrekken meer vanuit de hulpvraag van de cliënt en zijn niet geneigd om ongevraagd over de kinderen en het ouderschap te beginnen.

4.3 De basisversie van de Kindreflex

Op basis van de input van de documentanalyse, de focusgroepen en de expertgroepen werkten we een variant van de Nederlandse Kindcheck uit die zo goed mogelijk tegemoetkomt aan de Vlaamse manier van werken en gedragen wordt door belanghebbenden.

In een notendop: de Vlaamse Kindreflex spoort hulpverleners en voorzieningen binnen de GGZ aan om bij elke volwassen cliënt de Kindreflex te doen. Dit houdt twee zaken in:

- Een hulpverlener voert met zijn cliënt een gesprek over het thema ouderschap, geeft hem de kans om in alle vrijheid over de kinderen en zijn bezorgdheden daaromtrent te praten en ondersteunt hem waar nodig in zijn rol als moeder of vader.
- Een hulpverlener tracht tijdens cliëntcontacten verontrustende gezinssituaties te signaleren en de veiligheid in de mate van het mogelijke te herstellen.

De essentie van de Kindreflex is dat hulpverleners via de volwassen cliënt proberen in te spelen op het welzijn van de kinderen van ouders met een psychisch probleem zonder het kind zelf te zien.

Qua opzet is de Kindreflex een stappenplan dat uit zes stappen bestaat:



Bij het toepassen van de Kindreflex gelden drie bijzonderheden:

- De eerste drie stappen van het stappenplan zijn op elke cliënt uit de GGZ van toepassing. De drie vervolgstappen zijn situatie-gebonden en dus niet bij elke cliënt aan de orde.
- Hulpverleners hoeven het hele stappenplan niet alleen te doorlopen. Elke hulpverlener heeft immers zijn eigen verantwoordelijkheden en competenties. Wel wordt verwacht dat elke hulpverlener de kennis en kunde heeft om de eerste twee stappen zelf te zetten. De vier vervolgstappen kunnen een gedeelde verantwoordelijkheid zijn binnen de voorziening of het ruimere netwerk.
- Het stappenplan is bedoeld als generiek basismodel. Iedere voorziening is vrij om in lijn met dit basismodel een gepersonaliseerde versie van het stappenplan uit te werken dat aansluit bij de eigen manier van werken.

4.4 De Vlaamse Kindreflex versus de Nederlandse Kindcheck

De Vlaamse Kindreflex verschilt substantieel van de Nederlandse Kindcheck qua (1) doelstelling, (2) wijze van toepassing, (3) opzet, (4) vervolgtraject en (5) beslissingsvrijheid om al dan niet te melden. Onderstaand zetten we de belangrijkste verschillen op een rij:

- **Doelstelling:** De Nederlandse Kindcheck heeft eenzijdig tot doel om verontrustende situaties te detecteren. De Vlaamse variant is daarentegen breder qua scope en heeft tot doel om enerzijds ouderschap en de bezorgdheden die de cliënt daaromtrent heeft bespreekbaar te maken en anderzijds verontrustende situaties te detecteren.
- **Wijze van toepassing:** De Nederlandse Kindcheck wordt door hulpverleners selectief toegepast bij cliënten die in een risicovolle situatie verkeren. In Vlaanderen wordt geopteerd voor een universele toepassing waarbij hulpverleners de Kindreflex standaard bij elke cliënt doen ongeacht de situatie. De beweegredenen hierachter zijn dat een selectieve toepassing stigmatisering in de hand werkt, kansen onbenut laat om cliënten op preventieve wijze te ondersteunen in hun rol als ouder en kinderen die ongemerkt in een verontrustende situatie opgroeien onder de radar houdt.

- **Opzet:** De Nederlandse Kindcheck bestaat uit enkele afvinkitems die hulpverleners dienen in te vullen, terwijl de Vlaamse Kindreflex een stappenplan is dat hulpverleners tijdens het behandelen van hun cliënt in het achterhoofd moeten houden.
- **Vervolgtraject:** In Nederland is de Kindcheck onderdeel van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en wordt er enkel een vervolgtraject voorzien voor ouders met kinderen die in een onveilige situatie verkeren. De Vlaamse Kindreflex is ruimer qua focus en voorziet een vervolgtraject voor alle ouders. Dus zowel voor ouders met kinderen die in een onveilige thuissituatie verkeren als voor ouders met kinderen die in een veilige thuissituatie verkeren. Veel ouders die tot de tweede groep behoren, zitten immers met vragen en zorgen omtrent hun rol als ouder en hebben baat bij extra steun. Wanneer de thuissituatie veilig is, bestaat het vervolgtraject uit acties die het welzijn van de ouders en hun kinderen versterken, zoals de kinderen informeren over de ouderproblematiek, cliënten handvatten aanreiken om hun rol als ouders met meer voldoening te vervullen en de context van het kind en de ouder sterker te betrekken. Wanneer de thuissituatie onveilig is, bestaat het vervolgtraject uit verder nagaan of er sprake is van verontrusting, de veiligheid herstellen en wanneer nodig een gemandateerde voorziening betrekken.
- **Beslissingsvrijheid om al dan niet te melden:** In Nederland zijn hulpverleners vanaf januari 2019 verplicht om alle gevallen van acute en structurele onveiligheid te melden – ongeacht of men zelf in staat is om hulp te verstrekken of te organiseren. De Vlaamse Kindreflex is minder sterk gelinkt aan het doen van een melding. Melden is slechts een laatste redmiddel dat enkel in gevaarlijke situaties aan de orde is of wanneer de cliënt niet bereid of niet in staat is om de veiligheid thuis binnen afzienbare tijd te herstellen.

4.5 Goede praktijken die nauw aansluiten bij de Kindreflex

Zowel de documentanalyse als de resultaten van de focusgroepen laten zien dat er in Vlaanderen al enkele goede praktijken en instrumenten in gebruik zijn om in de klinische praktijk rond het thema ouderschap te werken. Het KOPP-preventiegesprek, de Lijst voor Screening en Interventiekeuze (de SIK-lijst) en het Licht Instrument Risicotaxatie Kindermishandeling (de LIRIK) zijn binnen de Vlaamse GGZ vertrouwde praktijken en kregen daarom een plaats in de gedetailleerde uitwerking van het stappenplan van de Kindreflex.

4.6 De mening van stakeholders over de basisversie van de Kindreflex

Hulpverleners en experts vinden de format van de Vlaamse Kindreflex beter dan die van de Nederlandse Kindcheck. De Nederlandse Kindcheck is exclusief gericht op het detecteren van kinderen die door hun ouders mishandeld worden en daardoor eenzijdig qua focus. De Vlaamse Kindreflex is breder qua scope en positiever qua insteek. Het wil in de eerste plaats ouderschap en de bezorgdheden die de cliënt daaromtrent heeft bespreekbaar maken. Het stappenplan legt daarbij de nadruk op de sterktes van de cliënt en sensibiliseert hulpverleners om diens context maximaal te betrekken om zo het welzijn van de kinderen te verbeteren. Dit aspect wordt door zowel hulpverleners als ervaringsdeskundigen sterk geapprecieerd. Beiden geven immers aan dat veel cliënten het waarderen wanneer de hulpverlening aandacht schenkt aan de kinderen en het ouderschap. Pas in de tweede plaats wil de Kindreflex verontrustende situaties signaleren. Het stappenplan biedt daarbij concrete handvatten om op gestructureerde wijze rond verontrusting te werken en geeft hulpverleners het mandaat om wanneer nodig in te grijpen.

We houden er evenwel rekening mee dat niet iedereen de Kindreflex van in het begin met evenveel enthousiasme zal onthalen. Zoals vaak bij innoverende projecten het geval is, participeerden vooral de koplopers in dit voorbereidend traject. De evaluatie zal moeten uitwijzen hoe positief andere hulpverleners en leidinggevenden tegenover de basisversie van de Kindreflex staan. Alleszins vereist de Kindreflex een ommezwaai in de mentaliteit van GGZ-hulpverleners waarvan een grote groep het vandaag niet vanzelfsprekend vindt om in de dagelijkse praktijk naar de kinderen en het ouderschap te vragen. Volgens experts zal het een goeie 20 à 30 jaar duren vooraleer deze mentaliteitswijziging helemaal volbracht is en alle hulpverleners op dezelfde lijn zitten.

4.7 De haalbaarheid van de Kindreflex

Hulpverleners en experts geven aan dat de Kindreflex behoorlijk omvangrijk is. De eerste twee stappen van het plan zijn haalbaar en vormen niet zozeer een probleem. Met de cliënt een gesprek aanknopen over de kinderen en stilstaan bij de bezorgdheid hieromtrent kost weinig tijd en moeite. De stappen die daarna volgen vragen echter veel meer inspanningen. De vraag alleen al om een KOPP-preventiegesprek met de cliënt te voeren is niet vanzelfsprekend en gebeurt vandaag ondanks de jarenlange inzet van KOPP-Vlaanderen nog steeds niet standaard binnen voorzieningen. De stappen 4 tot 6 zijn zeer belastend maar zullen slechts in uitzonderlijke gevallen aan de orde zijn. De evaluatie zal moeten uitwijzen hoe uitzonderlijk deze stappen zijn.

Sowieso is het niet realistisch om te verwachten dat één hulpverlener het hele stappenplan alleen doorloopt. Men is het erover eens dat de stappen 1 en 2 tot de verantwoordelijkheid en de kunde van elke hulpverlener dienen te behoren. De stappen 3 tot 6 vragen een bijzondere expertise en moeten een gedeelde verantwoordelijkheid binnen de voorziening of het ruimere netwerk zijn. Niet iedere hulpverlener hoeft deze stappen in de vingers te hebben en hier tijd voor vrij te maken.

4.8 De knelpunten van de Kindreflex

Tijdens de focusgroepen en de expertgroepen wezen stakeholders veelvuldig op vier knelpunten die een succesvolle implementatie van de Kindreflex kunnen verstoren:

- **Het capaciteitstekort binnen de jeugdhulp.** Dit is volgens stakeholders het belangrijkste knelpunt. Wanneer hulpverleners op grote schaal de Kindreflex doen, zal dit leiden tot een toename van consultvragen en meldingen bij de twee gemandateerde voorzieningen. Zijn zij hierop voorbereid? Daarnaast bestaat de vrees dat de Kindreflex een toenemende vraag naar zorg bij andere jeugdhulpvoorzieningen met zich mee zal brengen, terwijl de jeugdhulp nu reeds met lange wachttijden kampt. Stakeholders waarschuwen dat hulpverleners die de stappen van de Kindreflex doorlopen en er uiteindelijk niet in slagen om extra ondersteuning voor hun cliënt en zijn gezin te regelen, de Kindreflex in de toekomst links zullen laten liggen. Wanneer er wordt ingezet op detectie en signalering, moet er garantie zijn op zorg.
- **Tussen de GGZ voor kinderen en jongeren en de GGZ voor volwassenen gaapt er een grote kloof.** Het tekort aan communicatie tussen beide sectoren van de GGZ viel op tijdens de focusgroepen en de expertgroepen. Veel hulpverleners en leidinggevenden uit de volwassen-GGZ zijn niet vertrouwd met de grote variëteit aan deelsectoren, voorzieningen en werkvormen binnen de jeugdhulp. Velen zijn zelfs niet bekend met het hulpaanbod van de twee gemandateerde voorzieningen. De complexiteit van de jeugdhulp schrikt hulpverleners uit de volwassen-GGZ ook af. Met de komst van

de Kindreflex zullen beide sectoren meer met elkaar moeten communiceren en samenwerken. Op zich is dit een goede zaak, maar het zal tijd en inspanningen vragen.

- **Extra belasting voor voorzieningen en hulpverleners.** Het toepassen van de Kindreflex brengt voor voorzieningen en hulpverleners onvermijdelijk extra werk met zich mee terwijl de GGZ-sector al overbevraagd is. Deelnemen aan studiedagen en vormingsmomenten, een eigen versie van het stappenplan uitwerken, tijdens de behandeling extra tijd vrijmaken om de stappen van de Kindreflex te doorlopen, overleggen met collega's binnen of buiten de eigen voorziening, deelnemen aan casusoverleg, etc. – het zijn allemaal taken die tijd vragen.
- **Minder vanzelfsprekend voor zelfstandige hulpverleners.** Voor zelfstandigen psychologen – die zich bij het doorlopen van het stappenplan niet op een team of andere organisatie kunnen beroepen – zal het toepassen van de Kindreflex minder evident zijn. In Nederland bevestigen recente cijfers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) dat de implementatie van de Kindcheck bij zelfstandige hulpverleners moeizamer verloopt.

4.9 Het implementatieplan

Na uitvoerig overleg met de experts en de leden van de stuurgroep werd beslist om voor de implementatie niet te werken met pilootregio's maar om de Kindreflex meteen grootschalig uit te rollen – dit om de reikwijdte van de Kindreflex van meet af aan te maximaliseren.

Een succesvolle implementatie van de Kindreflex in de GGZ vereist dat er op drie domeinen wordt ingespeeld:

- op de individuele capaciteiten van de hulpverlener zodat zij de nodige kennis en vaardigheden hebben om de Kindreflex te kunnen toepassen;
- op de interpersoonlijke relaties tussen hulpverleners zowel binnen de volwassen-GGZ als tussen de volwassen-GGZ en de GGZ voor kinderen en jongeren, zodat teamwerking, intercollegiaal overleg binnen voorzieningen en casusgebonden samenwerking met externe diensten vaker plaatshebben;
- op de organisatiecontext zodat de cultuur en de structuur van de organisatie compatibel zijn met de doelstellingen van de Kindreflex.

Om veranderingen op deze drie domeinen mogelijk te maken is het noodzakelijk om in te zetten op diverse implementatiestrategieën. In overleg met het Vlaams Expertisecentrum Kindermishandeling, de expertgroep en de leden van de stuurgroep werd beslist om voor de uitrol van de Kindreflex gebruik te maken van volgende vier strategieën:

- **Het opzetten van een infocampagne** om ervoor te zorgen dat de Kindreflex gekend en raadpleegbaar is door alle betrokkenen in de volwassen-GGZ. Het campagnemateriaal bestaat uit volgende elementen:
 - een overzichtelijke website gericht op hulpverleners waarop alle ondersteunende materialen te vinden zijn (folders, affiches, steekkaart met het stappenplan, rapport, informatie over de vormingen, presentaties, etc.);
 - een flyer gericht op hulpverleners;
 - een infomercial gericht op hulpverleners;

- een poster om in wachtzalen op te hangen en gericht op cliënten.
- **Het organiseren van vormingsmomenten.** Concreet worden in het voorjaar van 2019 twee à drie **regionale studiedagen** georganiseerd **voor directies en leidinggevenden**. Hierbij wordt gestreefd naar een groot bereik (circa 200 deelnemers per studiedag) opdat de Kindreflex zo breed mogelijk geïntroduceerd geraakt. De studiedag zoomt in op het belang, de inhoud en de opzet van de Kindreflex evenals op de uitwerking van een eigen gepersonaliseerd stappenplan. Nadien volgen er in elk van de 13 GGZ-netwerken voor volwassenen **vormingsmomenten voor praktijkwerkers** die met de Kindreflex aan de slag moeten gaan. Per netwerk wordt een volledige dag vorming uitgewerkt en herhaaldelijk aangeboden aan telkens een groep van 20 à 30 deelnemers zodat zoveel mogelijk professionals kunnen deelnemen. Inhoudelijk speelt de vorming in op volgende onderwerpen: gespreksvaardigheden om op gepaste wijze met de cliënt over ouderschap en verontrusting te praten, vaardigheden om met ouders een KOPP-preventiegesprek te voeren, kennis en vaardigheden om in te schatten of een situatie verontrustend is, kennis over de wetgeving inzake het beroepsgeheim en de meldplicht, kennis over het bestaande hulpverleningsaanbod, en vaardigheden om op gepaste wijze in gesprek te gaan met cliënten van een andere cultuur. Daarnaast bevat de vorming een aantal goed uitgewerkte casussen en de mogelijkheid om eigen casusmateriaal in te brengen.
- **Het aanstellen van een aantal Kindreflex ambassadeurs** om het gebruik van de Kindreflex regionaal te bepleiten en om vragen die voorzieningen hebben omtrent het gebruik van de Kindreflex te beantwoorden. Dit is een rol die medewerkers van de Vertrouwenscentra Kindermishandeling, de Ondersteuningscentra Jeugdzorg of de netwerken GGZ kunnen opnemen.
- **Het installeren van praktijkreferentiegroepen** met vertegenwoordiging van de GGZ-netwerken (Artikel 107 en Psy-0-18), de gemandateerde voorzieningen en het Intersectoraal Regionaal Overleg Jeugdhulp om aansluiting met de klinische praktijk te faciliteren. Dit houdt in dat zij op volgende vlakken een bijdrage leveren:
 - afoetsen in welke mate er binnen voorzieningen en bij hulpverleners voldoende draagvlak is voor de Kindreflex en waar nodig het engagement versterken;
 - advies verstrekken bij de uitwerking van de informatiecampagne en de vormingsmomenten zodat deze voldoende aansluiten bij de noden en verwachtingen van hulpverleners en organisaties;
 - advies verstrekken over de evaluatie van de Kindreflex;
 - de samenwerking tussen de volwassen-GGZ en de jeugdhulp op gang brengen;
 - na afloop van de implementatie als lerend netwerken blijven verder bestaan.

4.10 Het evaluatieplan

Het Steunpunt WVG raadt aan om aan de grootschalige uitrol van de Kindreflex op korte termijn een procesevaluatie te koppelen om zicht te krijgen op vier centrale vragen:

- Wat is het bereik van de Kindreflex bij de doelgroepen?
- Wat is de impact van de Kindreflex op de hulpverlening en de hulpverleners?
- Wat is de waardering van hulpverleners en cliënten met kinderen ten aanzien van de Kindreflex?

- Wat zijn succesfactoren en knelpunten m.b.t. de implementatie van de Kindreflex?

Om de nodige gegevens met betrekking tot deze centrale vragen te verzamelen, is onderzoek bij aanvang van de implementatie, na één jaar implementatie en op middellange termijn wenselijk.

Bij aanvang van de implementatie is het relevant om te peilen naar de initiële attitude van hulpverleners en leidinggevendenden ten aanzien van de Kindreflex evenals naar de mate waarin men in de dagelijkse praktijk reeds stilstaat bij de ouderrol die de cliënt vervult. In dit voortraject participeerden vooral de koplopers die de Kindreflex een belangrijk initiatief vinden waardoor er voorlopig weinig zicht is op de mogelijke bezwaren die er bij anderen zijn. Een **korte online attitudemeting** afgenomen van deelnemers aan de studiedagen en vormingsmomenten zal meer licht werpen op de meningen, attitudes en ervaringen binnen het ruimere veld.

Na één jaar implementatie is een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek uitgevoerd bij verschillende doelgroepen aangewezen:

- een **online enquête** die breed verspreid wordt onder hulpverleners, leidinggevendenden en cliënten van diverse deelsectoren van de GGZ en peilt naar zowel de waardering ten aanzien van de Kindreflex als het bereik en de impact van de interventie;
- **focusgroepen** met hulpverleners, leidinggevendenden, Kindreflex-ambassadeur, leden van de praktijkreferentiegroepen en cliënten en waarbij wordt ingezoomd op de ervaren succesfactoren en knelpunten;
- **registratiegegevens** verzameld door de gemandateerde voorzieningen over het aantal meldingen van verontrusting dat afkomstig is van GGZ-partners die de Kindreflex toepassen en het aantal keer dat er effectief sprake is van maatschappelijke noodzaak.

Op middellange termijn – wanneer de Kindreflex voldoende is ingeburgerd – is een effectevaluatie aan te bevelen om na te gaan of de Kindreflex op langere termijn leidt tot:

- een grotere tevredenheid bij volwassen cliënten over de ontvangen behandeling doordat het thema ouderschap hierin een centrale plaats krijgt;
- meer verontrustende situaties die vroegtijdig worden opgespoord door hulpverleners die enkel in contact komen met de ouders;
- meer meldingen bij de gemandateerde voorzieningen van hulpverleners uit de volwassen-GGZ.

4.11 Aanbevelingen voor het beleid en de praktijk

- De visie en de cultuur van een organisatie zijn zeer bepalend voor de attitude van hulpverleners. Om binnen de organisatie draagvlak te creëren, is het belangrijk dat leidinggevendenden de doelstellingen van de Kindreflex opnemen in de visietekst en de implementatie ervan binnen de organisatie actief ondersteunen en stimuleren.
- Elke organisatie stelt idealiter enkele medewerkers verantwoordelijk die collega-hulpverleners aansporen om de Kindreflex te doen, hen bijstaan met advies over moeilijke cases en erop toezien dat de Kindreflex geregeld op de agenda van teamvergaderingen staat. Hulpverleners moeten hiervoor een expliciet mandaat krijgen dat ondersteund wordt door de directie van de voorziening.

- Het is belangrijk dat organisaties het generieke stappenplan op een doordachte manier naar de eigen context vertalen zonder belangrijke aandachtspunten over boord te gooien. Het stappenplan is best zo concreet mogelijk (bv., Wanneer moeten hulpverleners de Kindreflex afnemen? Om de hoeveel tijd wordt de Kindreflex op het teamoverleg besproken? Bij welke dienst, afdeling, persoon kunnen hulpverleners terecht voor advies of verdere ondersteuning? Etc.). Goede richtlijnen of coaching hierbij zijn aangewezen. Eventueel kunnen een aantal goede voorbeelden van gepersonaliseerde stappenplannen een plaats krijgen op de website van de Kindreflex.
- Bepaalde groepen verdienen bij de implementatie van de Kindreflex bijzondere aandacht:
 - hulpverleners uit de volwassen-GGZ die geneigd zijn om hun eigen klinische expertise secundaire te maken aan de hulpvragen van de zorggebruiker;
 - oudere hulpverleners die nog niet de gewoonte hebben om met hun volwassen cliënten te spreken over de kinderen en het ouderschap en soms minder bereid zijn om hun manier van werken te wijzigen;
 - psychiaters omdat zij binnen een GGZ-voorziening vaak een leidinggevende rol vervullen en in het voorbereidend traject moeilijk te bereiken waren.
- Het valt te overwegen om de Kindreflex te integreren in de GGZ-netwerken voor kinderen en jongeren enerzijds en de GGZ-netwerken voor volwassenen anderzijds. De brede scope van de Kindreflex sluit inhoudelijk goed aan bij de strategische doelstellingen van beide netwerken. Door in beide netwerken een persoon mee verantwoordelijk te stellen voor de implementatie van de Kindreflex, kunnen de eerste stappen gezet worden om de kloof tussen de jeugdhulp en de volwassen-GGZ te dichten.
- De vormingsmomenten haken best in op vormingsinitiatieven die binnen de GGZ-netwerken Artikel 107 reeds plaatsvinden. Op deze manier hebben hulpverleners minder het gevoel dat ze met iets nieuws aan de slag moeten gaan. De netwerken organiseren geregeld twee- of driedaagse vormingen waar de Kindreflex als thema aan bod kan komen.
- Bestending van de Kindreflex na afloop van het implementatietraject is nodig. Volgende maatregelen kunnen hiertoe bijdragen:
 - beeldopnames van de vormingsmomenten en ander ondersteunend materiaal op de website plaatsen;
 - voorzieningen de kans geven om het vormingspakket in te kopen;
 - de vormingsmomenten jaarlijks opnieuw organiseren om een groter aandeel hulpverleners te bereiken;
 - terugkommomenten organiseren om de kennis en de vaardigheden van hulpverleners up to date te houden en hen een nieuwe dosis inspiratie te geven;
 - delen van de vorming integreren in het curriculum van de therapieopleidingen en de basisopleidingen psychologie, psychiatrie, verpleegkunde, maatschappelijk werk, orthopedagogie, etc.;
 - binnen de GGZ-netwerken iemand aanstellen om de Kindreflex lokaal te verspreiden;
 - regionale platforms of intervisiemomenten organiseren voor casusoverleg;

- een online leerpakket ontwikkelen.
- Voorzieningen en hulpverleners moeten extra gestimuleerd worden om de Kindreflex te doen. Dit kan door het toepassen van de Kindreflex als kwaliteitsindicator op te nemen. Aan voorzieningen een label toekennen kan eveneens helpen om het gebruik van de Kindreflex te promoten.
- Het is aan te raden dat voorzieningen gegevens m.b.t. de Kindreflex standaard opnemen in de cliëntdossiers of zelfs inbouwen in het elektronisch registratiesysteem. Dit kan hulpverleners helpen om de Kindreflex niet uit het oog te verliezen en laat toe om cliëntgegevens nadien (indien nodig) met andere hulpverleners te delen.
- Een versterking van de capaciteit is noodzakelijk wanneer de Kindreflex tot een overrompeling van de gemandateerde voorzieningen en andere jeugdhulpverleners leidt.
- De Kindreflex moet op termijn uitgebreid worden naar andere sectoren binnen de gezondheidszorg zoals huisartspraktijken en spoedafdelingen. Dit is zeker nodig opdat de exclusieve invoering van de Kindreflex in de GGZ geen stigmatiserend effect zou hebben. Het is evenwel de vraag of de brede scope van de Kindreflex voor deze sectoren wenselijk is.
- Om zicht te krijgen op het bereik, de impact, de waardering, de knelpunten en de succesfactoren van de Kindreflex is er nood aan een uitgebreide procesevaluatie die kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden combineert. De Kindreflex en de implementatiestrategieën dienen nadien op basis van deze resultaten herbekeken en bijgesteld te worden.
- Op langere termijn is wetenschappelijk onderzoek nodig om de effecten van de Kindreflex na te gaan.