

Richtlijn / **onderbouwing**

# Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP)

© 2014 Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging voor pedagogen en onderwijskundigen

Het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) en de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW) zijn de opstellers van de richtlijnen jeugdhulp. Vermelde beroepsverenigingen zijn intellectueel eigenaar van zowel de richtlijnen zelf als de schriftelijke onderbouwing ervan, de eventuele bijbehorende werkkaarten en de cliëntversies. De beroepsverenigingen geven toestemming voor het verveelvoudigen en opslaan in een geautomatiseerd gegevensbestand van de tekst van deze publicatie alsmede het openbaar maken ervan hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of enige andere manier, op voorwaarde dat de drie beroepsverenigingen worden vermeld als de opstellers van betreffende richtlijn en de eventuele overige gebruikte teksten. Richtlijnen worden regelmatig aangepast. We adviseren dringend altijd de website te raadplegen voor de meest actuele versies.

Vermelde beroepsverenigingen en de ontwikkelaar van de *Richtlijn Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP) in de jeugdhulp en jeugdbescherming* zijn zich er steeds van bewust dat het hun taak is te komen met een verantwoorde en overtuigende onderbouwing. Niettemin kunnen de beroepsverenigingen geen aansprakelijkheid aanvaarden voor eventuele onjuistheden of onnauwkeurigheden die onverhoopt in deze onderbouwing blijken voor te komen.

Trimbos-instituut heeft deze richtlijn geschreven in opdracht van het NIP, de NVO en de BPSW. Dit project werd mogelijk gemaakt door financiering van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, vanuit het Programma Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming. Zie voor meer informatie de website [www.richtlijnenjeugdhulp.nl](http://www.richtlijnenjeugdhulp.nl).

2e herziene druk 2015

#### Auteurs

Rianne van der Zanden  
Jolanda Meeuwissen  
Petra Havinga  
Daniëlle Meije  
Carolien Konijn  
Marieke Beentjes  
Rennie Besselink  
Patricia Celi  
Julie van Dijk - van Hartskamp  
Karin van Doesum  
Marjon van den Meerendonk  
Sabine Tesselaar  
Clemens Hosman

#### Trimbos-instituut

Da Costakade 45, 3521 VS Utrecht  
Postbus 725, 3500 AS Utrecht  
Telefoon 030-2971100  
E-mail [info@trimbos.nl](mailto:info@trimbos.nl)



## Inhoudsopgave

<b>Hoofdstuk 1. Introductie en verantwoording .....</b>	<b>7</b>
1.1 Inleiding .....	8
1.2 Relevantie .....	9
1.3 Doel van de richtlijn .....	11
1.4 Doelgroep van de richtlijn .....	11
1.5 Uitgangsvragen .....	12
1.6 Juridische betekenis van de richtlijn .....	12
1.7 Gedeelde besluitvorming .....	13
1.8 Diversiteit .....	15
1.9 Veranderingen in de zorg .....	15
1.10 Leeswijzer .....	15
1.11 Omschrijving van gebruikte begrippen .....	16
<b>Hoofdstuk 2. Verantwoording/Methode.....</b>	<b>17</b>
2.1 De werkgroep en klankbordgroep .....	18
2.2 Werkwijze.....	18
2.2.1 Knelpunten en uitgangsvragen .....	18
2.2.2 Proefimplementatie.....	20
2.2.3 Betrokkenheid van cliënten bij de ontwikkeling van de richtlijn.....	20
2.2.4 Evaluatie, bijstelling en herziening van de richtlijn .....	21
2.3 Commentaarfase .....	21
2.4 Beoordeling van wetenschappelijk bewijsmateriaal .....	21
2.5 Tot stand komen van de aanbevelingen.....	22
2.6 Definitie en afbakening.....	22
<b>Hoofdstuk 3. De invloed van ouderlijke psychische problemen op het kind .....</b>	<b>23</b>
3.1 Inleiding .....	24
3.2 Gedrag van ouders en mogelijke gevolgen daarvan .....	26
3.3 Wetenschappelijke onderbouwing.....	27
3.3.1 Gevolgen voor KOPP-kinderen naar leeftijd.....	27
3.3.2 Samenhang type stoornis ouder en stoornis van het kind .....	30
3.3.2.1 Psychische problemen bij de ouder .....	30
3.3.2.2 Alcohol- of drugsverslaving bij de ouder .....	31
3.4 Conclusies.....	32
3.5 Praktijkoverwegingen .....	33
3.6 Aanbevelingen.....	33



<b>Hoofdstuk 4. Risicofactoren en beschermende factoren.....</b>	<b>35</b>
4.1 Inleiding.....	36
4.2 Wetenschappelijke onderbouwing.....	37
4.2.1 Risicofactoren .....	37
4.2.2 Beschermende factoren .....	38
4.2.3 Aangrijpingspunten voor preventie en behandeling.....	41
4.2.4 Hoogrisicogroepen binnen de KOPP-groep .....	41
4.3 Conclusies.....	42
4.4 Praktijkoverwegingen .....	43
4.5 Aanbevelingen.....	43
<b>Hoofdstuk 5. Vaststellen van KOPP-problematiek .....</b>	<b>45</b>
5.1 Inleiding.....	46
5.2 Wetenschappelijke onderbouwing .....	46
5.2.1 Hoe kunnen hulpverleners de aard en ernst van de KOPP-problematiek inschatten? .....	46
5.2.2 Wanneer is er reden tot zorg en dient jeugdhulp te worden ingezet? .....	55
5.2.3 Hoe kunnen hulpverleners een inschatting maken van verandermogelijkheden van een gezin? .....	56
5.3 Conclusies.....	56
5.4 Praktijkoverwegingen .....	56
5.5 Aanbevelingen.....	57
<b>Hoofdstuk 6. Effectieve interventies voor KOPP problematiek.....</b>	<b>59</b>
6.1 Inleiding.....	60
6.2 Databank Effectieve Jeugdinterventies .....	60
6.3 KOPP-specifieke interventies en psycho-educatie .....	61
6.3.1 KOPP-specifieke interventies.....	61
6.3.2 Psycho-educatie .....	72
6.4 Algemene interventies.....	75
6.5 Uitvoering van interventies en financiering .....	77
6.6 Algemene aanbevelingen .....	77
<b>Hoofdstuk 7. Keuzes maken en handelen: Het beslismodel .....</b>	<b>79</b>
7.1 Inleiding .....	80
7.2 Wetenschappelijke onderbouwing.....	81
7.3 Conclusies .....	88
7.4 Praktijkoverwegingen.....	88
7.5 Aanbevelingen .....	88



<b>Hoofdstuk 8. Omgaan met ingewikkelde situaties.....</b>	<b>89</b>
8.1 Inleiding.....	90
8.2 Wetenschappelijke onderbouwing.....	90
8.3 Conclusies.....	90
8.4 Praktijkkennis.....	90
8.4.1 Onduidelijkheid over ouderlijke problematiek .....	90
8.4.2 Omgaan met ouders die niet bereid zijn hun kind te laten behandelen of die hulp voor de eigen problematiek vermijden .....	91
8.4.3 Niet beschikbaar zijn van aanbevolen interventies .....	94
8.5 Aanbevelingen.....	94
 <b>Literatuur.....</b>	 <b>95</b>
 <b>Bijlagen .....</b>	 <b>107</b>
Bijlage 1 SIK-lijst - Instructie voor gebruik en basisinformatie jeugdige en ouder .....	107
Bijlage 2 Handleiding bij de SIK-lijst.....	115
Bijlage 3 Aandachtspunten en tips voor gesprekken met ouders en kinderen .....	123





## Hoofdstuk 1

# Introductie en verantwoording



## 1.1 Inleiding

De *Richtlijn KOPP voor jeugdhulp en jeugdbescherming*, en deze onderbouwing ervan, zijn primair bedoeld voor de jeugdprofessionals<sup>1</sup>, om uniforme handvatten te bieden voor zorg door jeugdprofessionals, gericht op zowel de jeugdigen met stemmingsproblemen als de ouders of verzorgers van deze kinderen en jongeren. Daarnaast is van de richtlijn een aparte cliëntversie gemaakt. Deze is primair bedoeld voor de cliënten: de jeugdigen<sup>2</sup> en hun ouders<sup>3</sup>.

De *Richtlijn KOPP voor jeugdhulp en jeugdbescherming* is bedoeld om de diagnostiek en behandeling van KOPP-problematiek bij kinderen van ouders met psychische problematiek, inclusief verslavingsproblematiek, te onderbouwen en te stroomlijnen. De richtlijn dient ter verbetering van de kwaliteit van de diagnostiek en behandeling van jeugdigen en hun gezinnen.

Deze richtlijn richt zich op kinderen/jeugdigen van 0 tot 23 jaar waarvan een of beide ouders psychische en/of verslavingsproblemen hebben en op zwangere vrouwen met (een partner met) psychische en/of verslavingsproblematiek. Dat kunnen problemen psychische en/of verslavingsproblemen zijn en ook persoonlijkheidsproblematiek volgens de DSM-5 (APA, 2013). Deze richtlijn staat niet op zichzelf, maar sluit aan bij richtlijnen die eerder zijn opgesteld in de jeugdsector (jeugdgezondheidszorg en jeugd-ggz).

De focus van de te ontwikkelen KOPP-richtlijn ligt op 1. Inschatten van de aard en ernst van KOPP-problematiek, waarbij waar nodig gedifferentieerd wordt naar aard en ernst van de stoornis van de ouder en naar leeftijd van het kind, 2. Preventieve interventies op gebied van KOPP die gericht kunnen zijn op het kind, de ouder, de interactie tussen kind en ouder, het netwerk (zoals school) en de hulpverleners, en 3. Behandeling van problemen van KOPP-kinderen en van met name opvoedproblemen bij de ouders als gevolg van hun psychische problematiek.

<sup>1</sup> Onder 'jeugdprofessionals' worden zowel 'gedragswetenschappers' (psychologen, pedagogen of anderen met een gedragswetenschappelijke opleiding) bedoeld als hbo-opgeleide 'jeugdzorgwerkers'. Zij staan over het algemeen geregistreerd in het Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ). Met sommige aanbevelingen kunnen beide groepen hun voordeel doen, andere zijn vooral van toepassing op jeugdzorgwerkers of juist op gedragswetenschappers.

Waar dit onderscheid van belang is, wordt specifiek over gedragswetenschappers dan wel over jeugdzorgwerkers gesproken. Waar in de richtlijn gesproken wordt over 'daartoe gekwalificeerde jeugdprofessionals' wordt gerefereerd aan het benodigde niveau van bekwaamheid en specifieke deskundigheden in relatie tot de taak.

<sup>2</sup> Met 'kinderen' worden jeugdigen van zes tot twaalf jaar bedoeld, onder 'jongeren' verstaan we jeugdigen van twaalf tot en met achttien jaar. De term 'jeugdigen' omvat dus zowel kinderen als jongeren. Waar 'kinderen', 'jongeren' of 'jeugdigen' staat kan ook 'het kind', 'de jongere' of 'de jeugdige' worden gelezen, en omgekeerd.

<sup>3</sup> Als in dit document over 'ouders' wordt gesproken, kunnen dit de biologische ouders zijn, maar ook de pleeg-, adoptie- of stiefouders, de gezinshuisouders, de juridische ouders of andere volwassenen die de ouderrol vervullen. Waar 'ouders' staat kan ook 'een ouder' worden gelezen, en omgekeerd.





Deze focus impliceert dat de opvoedingscontext van het KOPP-kind wordt meegenomen in het pedagogisch handelen van de jeugdprofessional. Door de opvoedingscontext van een kind mee te nemen in de interventie (bijv. door ondersteuning aan ouders en samenwerking met het onderwijs) wordt de leefomgeving van het kind tevens ondersteund in het omgaan met het kind en kan gewerkt worden aan een positievere beeldvorming rond de ouderlijke problematiek. Een positieve leefomgeving van het kind kan een belangrijke beschermende factor zijn, die de kans op een positief ontwikkelproces van het kind vergroot en de kans op psychische- en gedragsproblemen vermindert. De richtlijn zal aangeven hoe de professionals in de jeugdhulp de beschermende factoren in het leven van het KOPP-kind kunnen versterken, die bijdragen aan een positief ontwikkelproces van het kind.

## 1.2 Relevantie

Een uniforme richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van KOPP-problematiek is om meerdere redenen van belang.

### Belang van de jeugdige

Deskundigen zijn het erover eens dat het gaat om een samenspel van risico- en beschermende factoren dat bepaalt of een KOPP-kind psychische problemen krijgt (Hosman et al., 2009). Deze factoren liggen op genetisch, biologisch, psychologisch en sociaal niveau.

De aard van de problemen van de kinderen hangt af van de leeftijdsfase en verschilt per kind. In het algemeen geldt dat een kind kwetsbaarder is naarmate het jonger is (Bool, 2005). Bij 0- tot 5-jarigen worden separatieangst, verminderde spontaniteit en angstig gedrag gesignaleerd. Bij 6- tot 12-jarigen gaat het om stemmingsstoornissen, angsten, gedragsveranderingen en psychosomatische klachten. Bij adolescenten staan conflicten met ouders of school, loyaliteitsconflicten en schuld- en schaamte gevoelens op de voorgrond, hetgeen kan leiden tot teruggetrokken gedrag en sociaal isolement. En bij volwassenen worden psychische stoornissen en verslaving aan alcohol, tabak en drugs gesignaleerd (Bool et al., 2007).

De beïnvloedbare factoren vormen de aangrijpingspunten voor preventie en behandelingsaanbod (Bool et al., 2007):

- Versterken van een goede ouder-kind relatie
- Ondersteunen van de gezonde ouder
- Aanbieden van een ondersteunend netwerk of vertrouwenspersoon
- Versterken van de coping en de sociale redzaamheid van het kind.

### Belang van ouders, beroepsopvoeders en hulpverleners

Hulpverleners in de jeugdhulp komen geregeld in contact met KOPP-kinderen en hun ouders. Zij vragen zich af hoe te handelen om problemen bij deze kinderen te signaleren, te voorkomen danwel te behandelen, hoe zij de ouders daarbij kunnen betrekken en welke cultuurspecifieke kenmerken er zijn op gebied van KOPP-problematiek (Knelpuntenanalyse Richtlijn KOPP, 2011). Een vastgestelde aanpak en werkwijze voor de KOPP-doelgroep ontbreken vooralsnog binnen de jeugdhulp.



Onder professionals in de jeugdhulp is behoefte aan handvatten bij het maken van keuzes voor preventie en pedagogische interventies bij KOPP. Daarnaast is het van belang in kaart te brengen wat er vanuit de jeugdhulp kan worden gedaan voor ouders/verzorgers van kinderen en jeugdigen, zoals het inzetten van opvoedhulp of het motiveren van ouders voor hulp.

Nationaal en internationaal worden inspanningen verricht om evidence-based preventieve en curatieve interventies te ontwikkelen voor de KOPP-doelgroep (Fraser et al., 2006). Verschillende studies hebben aangetoond dat deelname aan KOPP-interventies leidt tot minder risico's en problemen bij deze kinderen (Compas et al., 2009; Van Doesum et al., 2009; Clarke et al., 2001; Beardslee et al., 1997). Er zijn ondersteuningsgroepen voor kinderen van verschillende leeftijden, gezinsinterventies, interactieve websites voor jongeren en ouders, video-interactie begeleiding voor moeders met psychische problemen en hun baby's, en voorlichtingsbrochures voor kinderen, ouders en intermediairen. Het beschikbare aanbod aan KOPP-interventies is tot op heden vooral bekend en wordt met name uitgevoerd in het domein van de ggz, terwijl de KOPP-doelgroep ook daarbuiten wordt bereikt, door de jeugdhulp.

### **Maatschappelijk belang en kwetsbare groepen**

Nederland telt jaarlijks 405.000 ouders met psychische problemen en/of verslaving die kinderen hebben in de leeftijd tot 18 jaar. Deze ouders hebben in totaal 577.000 kinderen onder de 18 jaar, waarvan 423.000 kinderen van 12 jaar of jonger. Van deze kinderen heeft ongeveer 96% een ouder met een psychische stoornis zoals een depressie, ADHD of een paniekstoornis. Bij 4% van de kinderen heeft de ouder een alcohol- of drugsverslaving. Comorbiditeit komt bij deze ouders vaak voor. Dat betekent dat er bij de ouder sprake is van twee of meer stoornissen of aandoeningen tegelijkertijd (Goossens & Van der Zanden, 2012). Zo komen een depressie en angststoornis vaak samen voor (Ravelli, Bijl, & Van Zessen, 1998). Als we kijken naar kinderen met ontwikkelingsproblemen, dan heeft 77% een ouder met psychische problemen en datzelfde geldt voor 55% van de kinderen met gedrags- of andere problemen (Sytema et al., 2006). Dit vertaalt zich door in andere cijfers: KOPP/KVO-kinderen doen vijf keer zo vaak een beroep op de gezondheidszorg als kinderen van ouders zonder psychische problemen (Van Santfoort et al., 2011). Het gaat dus om een omvangrijke risicogroep in onze samenleving, waarvan een substantieel deel vroeg of laat in contact komt met de hulpverlening.

In de jeugdhulp wordt op verschillende manieren gewerkt aan kwaliteitverbetering, onder meer door het ontwikkelen van kwaliteitsinstrumenten. Zo is er in de afgelopen jaren gewerkt aan een methodologie voor praktijkonderzoek in de jeugdhulp (Van Yperen en Veerman, 2008) en er is de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ) ingericht, die een katalyserende werking heeft op het gebruik en de ontwikkeling van werkzame interventies in het jeugdhulpaanbod (Dronkers & van Rossum, 2009). De ontwikkeling van richtlijnen voor de jeugdhulp is een volgende stap naar verdere kwaliteitsverbetering. Met een *Richtlijn KOPP voor de jeugdhulp* kan systematisch gewerkt worden aan het voorkomen of verminderen van psychische problemen bij KOPP-kinderen. Gezien de aard en omvang van de KOPP-problematiek, is de maatschappelijke relevantie van het onderwerp groot.



### 1.3 Doel van de richtlijn

Doel van deze richtlijn is het bieden van aanbevelingen en uniforme, praktische handvatten voor professionals in de jeugdhulp (Jeugdzorgwerkers en gedragswetenschappers in de jeugdhulp), ten aanzien van pedagogisch handelen (signalering, preventie, interventies) en nazorg en/of doorverwijzing van kinderen en jeugdigen met KOPP-problemen in verschillende settings, zowel ambulante als residentiële (inclusief gesloten jeugdhulp en justitiële jeugdhulp en de Centra voor Jeugd en Gezin). De richtlijn biedt een samenvatting van de (internationale) wetenschappelijke kennis met betrekking tot signalering en pedagogische interventies (preventieve en curatieve interventies), binnen het veld van de jeugdhulp. Voor zover er geen evidence-based kennis beschikbaar is, brengt de richtlijn consensus-based kennis en best-practices in kaart. De richtlijn geeft richting en uniformiteit aan het handelen van beroepskrachten in de jeugdhulp door de geïnventariseerde kennis te vertalen naar aanbevelingen en praktische handvatten voor signalering, preventie en (pedagogische) interventies voor KOPP.

### 1.4 Doelgroep van de richtlijn

Richtlijn Kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) voor jeugdhulp en jeugdbescherming (inclusief onderbouwing en werkkaarten) is primair bedoeld voor jeugdprofessionals. Zij moeten ermee kunnen werken. Daarnaast is van de richtlijn een aparte cliëntversie gemaakt. Deze is primair bedoeld voor de cliënten: de jeugdigen en hun ouders.

De Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming zijn bedoeld voor jeugdzorgwerkers en gedragswetenschappers in de jeugdhulp, inclusief gesloten jeugdhulp en justitiële jeugdhulp en de Centra voor Jeugd en Gezin. Met name zijn de richtlijnen van belang voor de beroepsbeoefenaren die onder een beroepscode vallen of komen te staan. Voor hen in het bijzonder geldt dat richtlijnen 'veldnormen' zijn in het kader van de in de beroepscode vereiste deskundigheid. Ook zijn er jeugdzorgwerkers die in een andere setting opereren, zoals binnen het CJG, het onderwijs of een eigen praktijk. Richtlijnen kunnen voor deze professionals een praktisch hulpmiddel vormen bij de autonome afwegingen die zij maken in hun werk (Programmatekst RLOJ).

In de richtlijn wordt aangesloten op de competentieprofielen van de twee beroepen in de jeugdhulp (gedragswetenschapper in de jeugdhulp en jeugdzorgwerker) en de diverse functies die daarin worden vervuld, inclusief de gesloten jeugdhulp en justitiële jeugdhulp en de Centra voor Jeugd en Gezin. Hierbij wordt rekening gehouden met de bijna veertig functies binnen de sociaal-agogische sector en om zes verschillende functies binnen de beroepsgroep gedragswetenschappers (Zwicker & Hens, 2008). Professionals voor wie de richtlijn met name bedoeld is zijn de beroepsbeoefenaren (gedragswetenschappers in de jeugdhulp en jeugdzorgwerkers) die zijn aangesloten bij de BPSW, de NVO en het NIP.

### Evidence-based kennis voor de praktijk

Het algemene doel van richtlijnen is het geven van aanwijzingen voor het handelen van beroepsbeoefenaren in bepaalde situaties of met betrekking tot bepaalde doelgroepen. Richtlijnen helpen om gewenst handelen te bevorderen en ongewenste variatie in dat handelen te voorkomen. Richtlijnen zijn gebaseerd op de beschikbare kennis over het betreffende



onderwerp. Dit betreft *evidence-based* kennis in ruime zin zoals gedefinieerd door Sackett e.a. (2000), dat wil zeggen berustend op de integratie van bewijs uit onderzoek, praktijkkennis (expertise) en cliëntvoorkeuren. Praktijkkennis en cliëntvoorkeuren zijn hierbij van even groot belang als bewijs uit onderzoek. In deze definitie wordt aangesloten op de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ). De ontwikkeling van richtlijnen maakt de aanwezige kennis over het onderwerp inzichtelijk en geeft beschikbare kennis samengevat voor beroepskrachten weer. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is dat richtlijnen de besluitvorming van de professional niet over nemen, maar het belang benadrukken van professionele autonome verantwoordelijkheid voor goede zorg. Uiterste zorg is om deze reden besteed aan het zo formuleren van de richtlijnteksten dat professionals in de jeugdhulp er iets aan hebben en het een waardevolle aanvulling is voor hun handelen (Dronkers & van Rossum, 2009).

## 1.5 Uitgangsvragen

De uitgangsvragen van deze richtlijn zijn geformuleerd op basis van een knelpuntenanalyse die de Richtlijnadviescommissie Jeugdhulp (RAC-J) heeft uitgevoerd. In bijlage 2 staan alle oorspronkelijke uit de knelpuntenanalyse geformuleerde vragen.

Uit de knelpuntenanalyse zijn een aantal overkoepelende onderwerpen naar voren gekomen die behandeld worden in de *Richtlijn KOPP*:

1. Signalering: De kennis over het inschatten van aard en ernst van KOPP-problematiek is beperkt.
2. Preventie: De kennis over preventief handelen is beperkt.
3. Interventies: De kennis over het behandelen van problemen bij zowel ouder als kind is beperkt. Ook is de kennis beperkt over cultuurspecifieke kenmerken van KOPP-problematiek en over betrekken van ouders met psychische problemen bij de behandeling van hun kind.

## 1.6 Juridische betekenis van de richtlijn

Deze richtlijn beschrijft wat bij KOPP-problematiek onder goed professioneel handelen wordt verstaan. Daarmee wil de richtlijn jeugdzorgwerkers houvast bieden. Door de richtlijn te volgen, kunnen jeugdzorgwerkers de kwaliteit van hun beroepsmatig handelen vergroten. Ook kan de richtlijn cliënten helpen om de juiste keuzes te maken.

De richtlijn is gebaseerd op de kennis die tijdens het schrijven van de richtlijn beschikbaar was. Het gaat hierbij over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van cliënten.

Richtlijnen zijn geen juridische instrumenten. Dat wil zeggen dat ze geen juridische *status* hebben, zoals een wet, of zoals regels die op een wet gebaseerd zijn. Ze kunnen wel juridische *betekenis* hebben. Daarvoor moet de richtlijn allereerst door de beroepsgroep worden onderschreven. De nu voorliggende richtlijn wordt naar verwachting aangenomen door de drie participerende beroepsverenigingen. Deze zijn representatief voor de beroepsgroepen die werkzaam zijn in de in de jeugdhulp en jeugdbescherming. Samen werken ze aan het ontwikkelen van richtlijnen. Maar de juridische betekenis van een richtlijn hangt ook af van diens praktische bruikbaarheid. De richtlijn moet bijvoorbeeld niet te vaag of te algemeen gesteld



zijn. Hij dient aan te geven waarop hij precies betrekking heeft, zonder zo dichtgetimmerd te zijn dat er weinig of niets van de eigen verantwoordelijkheid van de professional overblijft. Kunnen jeugdzorgwerkers in de praktijk goed met de richtlijn uit de voeten, dan zegt dat iets over de kwaliteit en daarmee de waarde van die richtlijn. Uiteindelijk is het aan de rechter om hierover een oordeel te vellen. Oordeelt de rechter positief, dan maakt de richtlijn deel uit van de professionele standaard van de beroepsgroep.

Essentieel is dat richtlijnen niet bindend zijn. De jeugdzorgwerker *kán* er daarom van afwijken. Hij *móet* er zelfs van afwijken als daarmee - naar zijn oordeel - de belangen van de cliënt beter zijn gediend. Het is wel van groot belang dat de beroepsbeoefenaar kan motiveren waarom hij van de richtlijn is afgeweken. Hij moet zijn overwegingen en beslissingen zorgvuldig kunnen onderbouwen. Daarom moeten ze ook in het dossier worden opgenomen.

### **1.7 Gedeelde besluitvorming**

Het is van groot belang dat de jeugdprofessional ouders en jeugdige uitnodigt tot samenwerking en hen gedurende het hele proces bij de besluitvorming betreft. Beslissingen hebben immers een grote impact op hun leven. Daarom horen de wensen en verwachtingen van ouders en jeugdige leidend te zijn. Hún ervaringen, hún kijk op de problematiek en de oplossing ervan vormen het uitgangspunt voor de afwegingen die de professional maakt. Actieve deelname van ouders en jeugdige bevordert bovendien het effect van de hulpverlening.

Nu kunnen ouders en jeugdige pas echt als volwaardig partner meedenken en meepraten als zij voldoende geïnformeerd zijn. De richtlijn kan hierbij helpen. De professional bespreekt de richtlijn met ouders en jeugdige en wijst hen op het bestaan van een cliëntversie. Hij legt de stappen in het zorgproces uit op een manier die voor hen begrijpelijk is, houdt rekening met de emoties die zijn verhaal oproept en biedt ouders en jeugdige de ruimte om te reageren. Hij legt hun uit welke keuzemogelijkheden er zijn, om vervolgens samen na te gaan hoe zij tegen deze opties aankijken. Welke voorkeuren hebben ze en wat willen ze juist *niet*? Elke jeugdige heeft, ongeacht zijn leeftijd, het recht om zijn mening te geven. Aan deze mening wordt een passend gewicht toegekend: niet de leeftijd maar de capaciteiten van de jeugdige zijn leidend. Een jeugdige moet dan wel weten wat er aan de hand is. De jeugdprofessional hoort dus duidelijk uit te leggen wat er speelt, op een niveau dat aansluit bij de capaciteiten van de jeugdige.

In principe volgt de professional bij de besluitvorming de voorkeur van ouders en jeugdige. Is de veiligheid van de jeugdige in het geding, dan kan dat mogelijk niet. De professional legt in zo'n geval duidelijk uit waarom hij een andere keuze maakt, en wat daarvan de consequenties zijn. Zo komt er een proces van gedeelde besluitvorming (*shared decision making*) op gang.

Professionals, ouders én jeugdige hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om het zorgproces te laten slagen. Zij moeten dus samenwerken. Onder samenwerking wordt verstaan dat de jeugdprofessional:

- luistert naar de verwachtingen en wensen van ouders en jeugdige. Deze zijn leidend in het hele proces. Maakt de professional een afwijkende keuze, dan legt hij uit waarom hij dat doet;
- ouders en jeugdige (indien van toepassing met behulp van deze richtlijn) informeert wat wel en niet werkt bij bepaalde problemen;



- ouders en jeugdige uitleg geeft over de verschillende stappen in het proces van diagnostiek en behandeling;
- ouders en jeugdige verschillende hulpmogelijkheden voorlegt die van toepassing zijn op hun situatie; de voor- en nadelen van elke optie bespreekt (liefst door cijfers/feiten ondersteund); en nagaat welke voorkeuren ouders en jeugdige hierin hebben;
- er voortdurend rekening mee houdt dat het ouders en jeugdige aan kracht, vaardigheden of inzicht kan ontbreken om optimaal van de aangeboden hulp gebruik te maken. Het expliciet delen van deze omstandigheden en pogen hierover (meer) gedeeld perspectief te krijgen, is noodzakelijk om samen tot een besluit te komen waarin ouders en jeugdige zich het best kunnen vinden;
- niet alleen oog heeft voor de jeugdige, maar voor het hele gezin;
- zich aanpast aan het tempo van ouders en jeugdige bij het doorlopen van het proces, tenzij het jeugdige acuut in gevaar is. In dat geval dient de jeugdprofessional uit te leggen waarom bepaalde stappen nu genomen moeten worden;
- zich ervan vergewist dat ouders en jeugdigen begrijpen wat gezegd en geschreven wordt;
- ouders bij een zorgsignaal zo snel mogelijk betreft;
- ouders in een open sfeer uitnodigt tot samenwerking;
- open en niet-veroordelend luistert naar het individuele verhaal van elke ouder en elke jeugdige;
- open en niet-veroordelend luistert naar de problemen die ouders en jeugdige ervaren;
- oog heeft voor de mate waarin ouders zich gestuurd voelen dan wel vrijwillig hulp hebben gezocht;
- uitgaat van de kracht en motivatie van ouders om in de opvoeding bepaalde doelen te bereiken;
- met ouders en jeugdige afstemt wat reëel en 'goed genoeg' is.

Maar ook ouders, en indien van toepassing ook de jeugdigen, werken naar beste kunnen mee. Dit houdt in dat zij:

- zich bewust zijn van hun verantwoordelijkheid en mogelijkheden om het zorgproces te laten slagen;
- zelf de regie hebben, mits zij het belang van de jeugdige (waaronder de veiligheid) voorop stellen;
- bereid zijn tot samenwerking met de jeugdprofessional;
- openstaan voor de kennis en ervaring van de professional;
- vragen om advies, en proberen iets met dat advies te doen;
- ondersteuning toestaan als zij zelf onvoldoende mogelijkheden hebben om een advies op te volgen;
- op tijd aangeven dat iets niet werkt of niet past;
- eventueel om extra ondersteuning en/of een andere jeugdprofessional vragen;
- zelf hun mening en ideeën naar voren brengen.

Gedeelde besluitvorming is dus zowel in het vrijwillige als in het gedwongen kader van toepassing. In het gedwongen kader kunnen er wel minder keuzeopties zijn, of kunnen er aan bepaalde keuzes andere voorwaarden of consequenties zijn verbonden. Dit maakt het



zorgproces gecompliceerd, maar onderstreept het belang van een goede samenwerking. Ouders en jeugdige dienen ook bij zorg in een gedwongen kader uitvoerig geïnformeerd te worden over de eventuele keuzemogelijkheden, de maatregelen die worden genomen, en over hun rechten en plichten hierin. De professional dient regelmatig te vertellen welke stappen er worden gezet en wat er van ouders en jeugdige verwacht wordt.

De professional moet zijn overwegingen en beslissingen zorgvuldig kunnen onderbouwen. Hij hoort hiervan aantekening te maken in het dossier.

## 1.8 Diversiteit

Om een goede werkkrelatie te kunnen opbouwen, is goed contact met ouders van belang. Nu vinden niet alle ouders het even makkelijk hulpverleners te vertrouwen. De jeugdprofessional moet daarom voldoende tijd nemen om dit vertrouwen te winnen. Ook is het raadzaam er rekening mee te houden dat ouders een ander referentiekader kunnen hebben. Ze denken bijvoorbeeld dat de ziekte van hun kind een andere oorzaak heeft dan de professional denkt, of ze kijken anders tegen opvoeden aan. De jeugdprofessional hoort te onderzoeken met welke verwachtingen de ouders komen en zich bewust te zijn van de verwachtingen die hijzelf van de ouders heeft. Ouders kunnen ook weerstand hebben tegen de bemoeienis van (overheids) instanties bij de opvoeding van hun kind. In zulke situaties is meer tijd nodig om het vertrouwen te winnen.

Er zijn ook ouders die niet goed met het gangbare schriftelijke materiaal uit de voeten kunnen, bijvoorbeeld doordat ze de taal niet goed machtig zijn, laag zijn opgeleid of een (licht) verstandelijke beperking hebben. Zij kunnen ook moeite hebben met bepaalde interventies, omdat deze uitgaan van een taalvaardigheid en een abstractievermogen dat bij hen niet voldoende aanwezig is. De jeugdprofessional doet er daarom goed aan te zorgen voor begrijpelijk voorlichtingsmateriaal, en voor een interventie te kiezen die aansluit bij de capaciteiten van zowel de ouders als de jeugdige.

## 1.9 Veranderingen in de zorg

Het kan voorkomen dat in de ene gemeente bepaalde interventies wel worden aangeboden en in de andere gemeente niet. Ook kan het aanbod binnen gemeenten per jaar verschillen. Bovendien kan het voorkomen dat aanbevolen interventies (voor onbepaalde tijd) helemaal niet beschikbaar zijn. Zoek in zo'n geval naar alternatief aanbod dat gericht is op beschermende of risicofactoren bij het gezin. Meld daarnaast lacunes in het hulpaanbod bij de manager van de instelling. Gebruik de *Richtlijn Kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) voor jeugdhulp en jeugdbescherming* daarbij als onderbouwing.

## 1.10 Leeswijzer

In deze onderbouwing bij de richtlijn volgt een beschrijving van de verantwoordings- en werkwijze van de ontwikkeling van de richtlijn (Hoofdstuk 2). Daarna wordt een nadere omschrijving gegeven van een aantal relevante begrippen. In de hoofdstukken 3-8 komt de beantwoording van de uitgangsvragen aan bod.



## 1.11 Omschrijving van gebruikte begrippen

Ter bevordering van de leesbaarheid is in deze richtlijn een aantal keuzes in terminologie gemaakt.

- 'Jeugdige' verwijst naar kinderen van alle leeftijden. 'Kind' verwijst naar jeugdigen onder de 12 jaar, 'jongere' naar jeugdigen vanaf 12 jaar.
- Met ouder/opvoeder wordt de primaire opvoeder van het kind bedoeld, dat wil zeggen diegene die de opvoeding en verzorging van het kind grotendeels op zich neemt.
- Er is gekozen te spreken over (ambulante) jeugdzorgwerkers in algemene zin voor professionals werkzaam in de jeugdhulp, en meer specifiek in residentiële setting voor beroepsopvoeders.
- De aanduiding 'gedragswetenschapper' wordt gebruikt voor (school)psychologen en orthopedagogen. In de hoedanigheid van diagnosticus, wordt de gedragswetenschapper als zodanig aangeduid.
- De term 'schooluitval' wordt zowel gebruikt voor de uitstroom van leerlingen zonder diploma als voor uitstroom zonder startkwalificatie (voortijdig schoolverlaten). Onder schoolverzuim wordt spijbelen of ongeoorloofd verzuim tot vier weken verstaan.
- Leerkrachten in het basisonderwijs en docenten in het voortgezet onderwijs worden aangeduid met de term 'leraar'.
- Waar in de tekst in een algemene context gesproken wordt over 'hij' of de mannelijke vorm, kan ook 'zij' of de vrouwelijke vorm worden gelezen, en vice versa.





## Hoofdstuk 2

# Verantwoording / Methode



## 2.1 De werkgroep en klankbordgroep

De werkgroep bestaat uit de volgende leden.

- Prof. dr. C.M.H. (Clemens) Hosman, psycholoog, emeritus hoogleraar preventieve geestelijke gezondheidszorg (voorzitter)
- Drs. J.A.C. (Jolanda) Meeuwissen, psycholoog, Trimbos-instituut (projectleiding)
- Drs. C. (Carolien) Konijn, beleidscoördinator effectieve jeugdzorg
- Drs. M.A. (Marieke) Beentjes, orthopedagoog
- Mw. R. (Rennie) Besselink, algemeen maatschappelijk werker en school-maatschappelijk werker
- Drs. P. (Patricia) Celi, pedagogisch medewerker en ambulante hulpverlener in de jeugdhulp
- Dr. K.T.M. (Karin) van Doesum, preventiefunctaris en senior onderzoeker
- Drs. J. (Julie) van Dijk van Hartskamp, kinder- en jeugdpsychiater
- Drs. P. (Petra) Havinga, Trimbos-instituut, junior wetenschappelijk medewerker
- Drs. Ing. M.G.J.A. (Marjon) van den Meerendonk, psycholoog en neurofeedbacktherapeut
- Drs. D. (Daniëlle) Meije, Trimbos-instituut, wetenschappelijk medewerker
- Drs. S.G. (Sabine) Tesselaar, orthopedagoog
- Dr. A.P. (Rianne) van der Zanden, Trimbos-instituut, wetenschappelijk medewerker

De klankbordgroep bestaat uit de volgende leden.

- Drs. I. (Istra) Wout, orthopedagoog
- Drs. W. (Wendy) de Ruiter, behandelcoördinator en GZ-psycholoog
- Drs. E.W.G.M. (Els) Bovée, gedragswetenschapper
- Dr. F. (Floor) van Santvoort, psycholoog

## 2.2 Werkwijze

### 2.2.1 Knelpunten en uitgangsvragen

Onderwerpen voor richtlijnontwikkeling zijn meestal aangedragen door professionals op de werkvloer. Maar ook andere betrokkenen bij de zorg konden voorstellen doen. De onderwerpen betroffen problemen die jeugdprofessionals in hun werk tegenkomen. Prioritering vond plaats op basis van urgentie en omvang van het betreffende probleem. Vervolgens werd bekeken of voor het onderwerp een richtlijn kon worden ontwikkeld. Niet ieder geprioriteerd onderwerp leent zich hier namelijk voor. Een belangrijke afweging is bijvoorbeeld of er wel voldoende kennis beschikbaar is om aanbevelingen op te baseren. Ook dient het toepassen van de aanbevelingen het handelen van de zorgprofessionals positief te beïnvloeden en de zorg daadwerkelijk te verbeteren.

Of voor een bepaald probleem al dan geen richtlijn is ontwikkeld, werd bepaald na analyse en afbakening van het probleem. Hiertoe werden gestructureerde brainstormsessies georganiseerd met een (focus)groep die bestaat uit professionals, wetenschappers en cliënten in de jeugdhulp. Het resultaat van deze sessies is een zogenaamde 'informatiekaart' waarop de belangrijkste knelpunten in beeld zijn gebracht, plus de uitgangsvragen die daaruit volgen en die in de richtlijn beantwoord moeten worden.

De gehanteerde methode heeft in het algemeen tot een door het veld herkenbare set



uitgangsvragen geleid, zo blijkt uit de resultaten van een enquête die ter controle breed in het veld is verspreid<sup>4</sup>. In enkele gevallen werden extra interviews of focusgroepen ingezet om tot een bruikbare en door het veld gedragen set uitgangsvragen te komen.

Per richtlijnonderwerp werden twee denksessies georganiseerd, waaraan telkens ongeveer tien mensen deelnamen. Sommige mensen deden twee keer mee, andere een keer. In totaal dachten er per onderwerp ongeveer vijftien mensen mee. Zij beschikken allemaal over expertise op het gebied van het betreffende onderwerp. De meeste deelnemers werken als hulpverlener in de jeugdhulp. Een aantal deelnemers doet wetenschappelijk onderzoek naar het onderwerp. Sommigen combineren deze functies. Ook was er een cliëntvertegenwoordiger bij de sessies aanwezig om te helpen het probleem vanuit cliëntperspectief te benaderen.

De denksessies stonden onder leiding van twee ervaren *kaartenmakers* van De Argumentenfabriek<sup>5</sup>. Een gestructureerde werkmethode, verwant aan de Delphi -methode, zette de deelnemers flink aan het denken. De centrale vraag was steeds: 'welke knelpunten zijn er op het gebied van dit onderwerp, en op welke vragen moet een richtlijn vervolgens antwoord geven?' Tijdens de eerste denksessie inventariseerde de gespreksleider de knelpunten die in de praktijk ervaren werden. De uitkomst van deze sessie leidde tot een concept-knelpuntenanalyse. Tijdens de tweede sessie werd dit concept aangepast.

Vervolgens kozen de deelnemers welke knelpunten zij het liefst in een richtlijn behandeld wilden zien. Elke deelnemer kon een beperkt aantal knelpunten kiezen. Dat waren er meestal een stuk of vijf, afhankelijk van de totale hoeveelheid knelpunten. De knelpunten die het hoogst scoorden, kwamen centraal te staan in de richtlijn.

Hierop formuleerden de deelnemers per knelpunt de vragen die zij in de richtlijn beantwoord wilden zien. De Argumentenfabriek schoonde deze vragen op. Zo nodig werden ze geherformuleerd om ze specifiek te maken en af te bakenen (voor wie, wat, vergeleken met wat, met welk doel).

Het nieuwe concept werd daarna voorgelegd aan de Richtlijnadviescommissie Jeugdhulp, waarbij in samenspraak met De Argumentenfabriek onduidelijkheden en feitelijke onjuistheden werden aangepast.

Ten slotte zette de Argumentenfabriek de knelpuntenanalyse om in een knelpuntenkaart, vormgegeven in hun eigen stijl. Deze kaart vormde de basis voor de ontwikkeling van de richtlijn. In samenspraak met de Richtlijnadviescommissie Jeugdhulp zijn door de programmaleiding of de ontwikkelaar van de richtlijn nadien nog noodzakelijke aanscherpingen van of wijzigingen in de uitgangsvragen aangebracht.

<sup>4</sup> Smits, M. (2012), *Onderzoeksrapport evaluatie methode knelpuntenanalyse*, NJi, Utrecht.

<sup>5</sup> Dr.M. de Vries, drs. D. Coenen, Argumentenfabriek, Amsterdam

### **2.2.2 Proefimplementatie**

Aan de invoering van de richtlijn is een proefimplementatie voorafgegaan. Voor elke proefinvoering is een invoerteam geformeerd. Dit team stelde jeugdprofessionals in staat de richtlijn op proef uit te proberen in een context die voor de richtlijn relevant was. Uiteindelijk hebben drie teams, verdeeld over drie organisaties binnen de jeugdhulp, gedurende drie maanden de richtlijn uitgetoetst.

Door een tijdlang op proef met een richtlijn te werken, is bekeken of een richtlijn voldeed. Waren de aanbevelingen die erin worden gedaan bijvoorbeeld concreet genoeg? Konden de professionals in de dagelijkse praktijk met de richtlijn uit de voeten? En hoe kon de invoering van de richtlijn worden vergemakkelijkt? Op dergelijke vragen moest de proefinvoering antwoord geven.

Een proefinvoering werd daarom steeds nauwkeurig voorbereid. Eerst werd, in samenspraak met de ontwikkelaar, vastgesteld wat de kernelementen van de richtlijn zijn zodat duidelijk was op welke punten geëvalueerd moest worden. Vervolgens kregen de organisaties die op proef met de richtlijn gingen werken een voorbereidings- en instructiebijeenkomst. Daarna ging de proefperiode van drie maanden in. Gedurende deze periode hielden de jeugdprofessionals aan de hand van een registratieformulier bij welke onderdelen van de richtlijn ze konden toepassen, en welke problemen ze daarbij eventueel tegenkwamen. Zo werden ervaringen in het werken met de richtlijn nauwkeurig in kaart gebracht.

Alle teams die de richtlijn hebben uitgetoetst werden na afloop van de proefperiode geïnterviewd in een focusgroep. Ook is een aantal cliënten en iemand van het management gevraagd naar hun bevindingen. De uitkomsten van de evaluatie zijn teruggegeven aan de richtlijnontwikkelaars. Zij konden - indien nodig - de richtlijn verder aanscherpen. Vervolgens maakte het invoerteam een verspreidings- en invoerplan. Als de stuurgroep (die de richtlijn formeel autoriseert) dit plan goedkeurde, kon de richtlijn worden verspreid en ingevoerd.

### **2.2.3 Betrokkenheid van cliënten bij de ontwikkeling van de richtlijn**

cliënten zijn gedurende het hele proces bij de ontwikkeling van de richtlijn betrokken geweest. Zo hebben ze hun voorkeuren aangegeven bij het bepalen van de uitgangsvragen. Daarnaast hebben ze tijdens de proefimplementatie hun ervaringen met het werken vanuit de richtlijn kenbaar gemaakt. Verder is er een werkgroep van ervaringsdeskundigen (de zogenaamde 'cliëntentafel') geformeerd. De cliënten zijn door het Landelijk Cliëntenforum Jeugdzorg (LCFJ)<sup>6</sup> benaderd.

De cliëntentafel is tijdens de ontwikkeling van de richtlijn geraadpleegd als er vragen waren. Door mee te denken over inhoud en formulering hebben de cliënten een grote bijdrage geleverd aan de praktische bruikbaarheid van de richtlijn. Dit geldt met name voor aspecten als de ongelijkheid tussen hulpverlener en cliënt, de ouder- en opvoedingsrelatie en zorgen om de jeugdige. De cliëntentafel heeft geadviseerd om hulpverlening vanuit de richtlijn te baseren op gedeelde besluitvorming. Om cliënten te informeren over de inhoud van de richtlijn, is een cliëntversie van de richtlijn ontwikkeld, die van commentaar is voorzien door de cliëntentafel. De cliëntversie kan cliënten helpen om samen met de professional afwegingen te maken en beslissingen te nemen over de hulp die zij nodig hebben.

<sup>6</sup> Het LCFJ is april 2012 gefuseerd met LOC zeggenschap in zorg.



### **2.2.4 Evaluatie, bijstelling en herziening van de richtlijn**

Deze richtlijn is gebaseerd op de kennis die tijdens het schrijven beschikbaar was. Nu de richtlijn is uitgebracht, wordt informatie verzameld over het gebruik van de richtlijn. De zo verzamelde feedback, maar ook nieuwe inzichten kunnen aanleiding zijn om de richtlijn bij te stellen. Het is gebruikelijk richtlijnen ongeveer eens in de vijf jaar te herzien, of eerder als daar aanleiding toe is. Gedurende de looptijd van het *Programma Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming* (tot en met 2015) ziet de Stuurgroep Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming toe op de bijstelling van de richtlijnen. Na afloop van de programmaperiode zal het beheer van de richtlijnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming worden overgedragen aan een daartoe op te zetten of aan te wijzen organisatie.

### **2.3 Commentaarfase**

Een eerste versie van de richtlijn is voor commentaar voorgelegd aan de volgende partijen.

- De Richtlijnadviescommissie jeugdhulp en jeugdbescherming (RAC-J) heeft de richtlijn bekeken vanuit het perspectief van het projectplan en de opdrachtverstrekking, en heeft globaal de inhoud en de geschiktheid voor de proefinvoering beoordeeld.
- De beroepsverenigingen NIP, NVO en BPSW hebben zich gebogen over de tekst van de richtlijn en de daarbij behorende onderbouwing.
- Defence for Children Nederland heeft advies uitgebracht over de mate waarin de richtlijn overeenstemt met het VN-verdrag inzake de Rechten van het Kind.
- Pharos, kennis- en adviescentrum voor de gezondheid van migranten en laagopgeleiden, heeft geadviseerd over de cultuursensitiviteit van de richtlijn.
- Het expertisecentrum van de William Schrikker Groep is nagegaan of de richtlijn en aanbevelingen ook van toepassing zijn op kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking.

Alle feedback is daarna door de ontwikkelaars gewogen. Dit heeft in veel gevallen tot aanpassing van de richtlijn geleid. Waar dit niet is gebeurd, is dit door de ontwikkelaars in een separaat document gemotiveerd.

### **2.4 Beoordeling van wetenschappelijk bewijsmateriaal**

Om de kwaliteit van wetenschappelijk bewijsmateriaal te kunnen beoordelen, is de systematiek van de Erkenningscommissie (Jeugd)interventies gevolgd (Van Yperen & Van Bommel, 2009). Deze methode is goed toegesneden op de onderzoekspraktijk die in de jeugdhulp gangbaar is. Volgens deze methode worden bij de beoordeling van het wetenschappelijke materiaal zeven niveaus onderscheiden. Deze lopen uiteen van 'zeer sterk bewijs' tot 'zeer zwak bewijs'. De conclusies die uit de beoordeling van de wetenschappelijke studies voortvloeien, zijn weer in drie niveaus in te delen. Deze niveaus corresponderen met die van de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ). Voor de beoordeling van studies die niet over interventies gaan, is een ander passend beoordelingskader gebruikt.



## 2.5 Tot stand komen van de aanbevelingen

De aanbevelingen volgen uit de conclusies en de overige overwegingen. De conclusies zijn weer gebaseerd op de beschikbare 'evidence'. Dit is een ruim begrip. 'Evidence' behelst namelijk niet alleen wetenschappelijk bewijs, maar ook de consensus over het onderwerp in de praktijk, en de voorkeur van cliënten voor de een of andere behandeling. Daarnaast zijn 'overige overwegingen' van belang. Hieronder vallen zaken als gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's.

Aanbevelingen komen dus niet uit de lucht vallen. Ze zijn gebaseerd op de wetenschappelijke literatuur, de praktijkkennis van hulpverleners, de voorkeuren van cliënten en overige overwegingen.

## 2.6 Definitie en afbakening

In deze richtlijn worden verschillende begrippen gehanteerd. Het gaat hierbij in het bijzonder om onderstaande begrippen, die in het kader van deze richtlijn als volgt zijn gedefinieerd:

- **KOPP-kind:** een kind/jeugdige waarvan één of beide ouders psychische en/of verslavingsproblemen heeft
- **KOPP-ouder:** een ouder met psychische en/of verslavingsproblemen
- **KOPP-gezin:** een gezin waarin één of beide ouders psychische en/of verslavingsproblemen heeft
- **KOPP-problematiek:** de problemen ten gevolge van het opgroeien in een KOPP-gezin voor het kind. Deze gevolgen zijn divers (psychische problematiek, ontwikkelingsproblematiek en een verhoogd risico op mishandeling) en zijn meer specifiek beschreven in hoofdstuk 3.

## Hoofdstuk 3

# De invloed van ouderlijke psychische problemen op het kind



In dit hoofdstuk wordt de volgende uitgangsvraag beantwoord:

*Wat zijn voor kinderen in verschillende leeftijdsgroepen de gevolgen van het hebben van een ouder met psychische problemen?*

### **3.1 Inleiding**

Vanwege de problemen van hun ouders hebben KOPP-kinderen vaak een andere jeugd dan kinderen van ouders waarbij geen sprake is van psychische of verslavingsproblemen. De gevolgen voor het kind van het opgroeien in een gezin waarin een of beide ouders psychische of verslavingsproblemen hebben, kunnen ingrijpend zijn en jarenlang doorspelen, zelfs tot in de volwassenheid (Van Doesum & Weikamp, 2003). Nationaal en internationaal onderzoek toont aan dat KOPP-kinderen een belangrijke risicogroep zijn in de geestelijke gezondheidszorg (Doesum, Frazer & Dhondt, 1995). KOPP-kinderen lopen een verhoogd risico op een breed spectrum van stoornissen en andere negatieve uitkomsten (Bijl, Cuijpers & Smit, 2002; Cents et al., 2013; Chassin, Curran, Hussong & Colder, 1996; Dean et al., 2010; Downey & Coyne, 1990; Kersten-Alvarez, 2011; McLaughlin et al., 2012; Van Santvoort, 2013; Van Doesum et al., 1995) (zie tabel 3.1 voor een samenvatting). Schattingen lopen uiteen van een drie tot dertien keer zo grote kans gedurende het leven (Van Santvoort, Hosman, Van Doesum & Janssens, 2011). Uit onderzoek (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study NEMESIS) komt naar voren dat 48% tot 55% van de kinderen met een ouder met een psychische stoornis zelf ook ooit in het leven een psychische stoornis ontwikkelt (Bijl et al., 2002). Wanneer bij beide ouders sprake is van een psychische stoornis loopt dit risico op tot 66.5%. Ook lopen KOPP-kinderen een verhoogd risico op kindermishandeling (Verdurmen et al., 2007; Walsh, MacMillan & Jamieson, 2002). Onderzoek wijst op een twee tot drie keer zo grote kans (Verdurmen et al., 2007). Daarnaast doen KOPP-kinderen vijf keer vaker een beroep op de geestelijke gezondheidszorg in vergelijking met kinderen van ouders zonder psychopathologie (Olfson, Marcus, Druss, Pincus, & Weissman, 2003; Sytema et al., 2006). In dit hoofdstuk bespreken we de gevolgen voor kinderen. We willen benadrukken dat niet alle KOPP-kinderen te maken krijgen met deze gevolgen, een deel groeit op zonder problemen. Daarom spreken we over 'mogelijke gevolgen'.





Tabel 3.1\* - Mogelijke gevolgen voor kinderen in verschillende leeftijdsgroepen van het hebben van een ouder met psychische- of verslavingsproblemen

<b>Foetus en pasgeboren kind</b>	<b>Baby's en peuters</b>	<b>Basissschoolkinderen</b>	<b>Adolescenten</b>	<b>Volwassenen</b>
<p><b>Ontwikkelingsproblemen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ongunstige ontwikkeling hersenen en emotieregulatie systemen</li> <li>- verhoogde foetale activiteit</li> <li>- vertraagde groei foetus</li> <li>- premature baby</li> <li>- laag geboortegewicht</li> <li>- hoog stressniveau</li> </ul> <p><b>Syndromen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Foetaal Alcohol Syndroom (FAS)</li> <li>- Neonataal Abstinentie Syndroom (NAS)</li> </ul>	<p><b>Psychosociale problemen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- separatieangst</li> <li>- eetproblemen</li> <li>- slaapproblemen</li> <li>- weinig oogcontact</li> <li>- weinig exploratiedrang</li> </ul> <p><b>Ontwikkelingsproblemen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hechtingsproblemen</li> <li>- ontwikkelingsachterstand</li> <li>- emotieregulatie (huilen, driftbuiten, zintuiglijke prikkelovergevoeligheid)</li> <li>- gebrekkige ego-ontwikkeling</li> <li>- terugval in gedrag</li> <li>- afwijkend speelgedrag</li> </ul>	<p><b>Psychosociale problemen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- angstig gedrag</li> <li>- negatieve cognities (schuld- en schaamte gevoelens, bezorgdheid, eenzaamheid)</li> <li>- negatief zelfbeeld</li> <li>- lage sociale competentie (moeilijkheden in relaties met vrienden)</li> <li>- moeite met het omgaan met emoties</li> <li>- psychosomatische klachten</li> <li>- ADHD</li> </ul> <p><b>Ontwikkelingsproblemen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- extreme verantwoordelijkheidgevoelens (parentificatie)</li> <li>- vreemde fantasieën</li> </ul> <p><b>Schoolproblemen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- problemen met naar school gaan (separatieangst)</li> </ul>	<p><b>Psychosociale problemen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ontlopen thuissituatie (o.a. door weglopen)</li> <li>- lage sociale competentie</li> <li>- relationele problemen en problemen met intimiteit</li> <li>- negatieve cognities (schuld- en schaamte gevoelens, bezorgdheid, eenzaamheid)</li> <li>- agressief gedrag</li> <li>- depressie</li> <li>- angst</li> <li>- suïcidale gedachten en gedrag</li> </ul> <p><b>Ontwikkelingsproblemen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- extreme verantwoordelijkheidgevoelens (parentificatie)</li> </ul> <p><b>Schoolproblemen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- problemen op school (bv. verzuim, zitten blijven, schooluitval)</li> </ul> <p><b>Middelengebruik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- problematisch drugs- en alcoholgebruik</li> </ul>	<p><b>Psychosociale problemen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- stemmingsstoornissen (depressie, bipolaire stoornis)</li> <li>- angststoornissen</li> <li>- persoonlijkheidsstoornissen</li> <li>- gedragsstoornissen</li> <li>- problemen in sociale relaties</li> </ul> <p><b>Middelengebruik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- problematisch drugs- en alcoholgebruik</li> </ul>

\* In deze tabel zijn de in paragraaf 3.3.1 beschreven gevolgen voor KOPP-kinderen samengevat.

### 3.2 Gedrag van ouders en mogelijke gevolgen daarvan

Het opvoedgedrag van de ouders lijkt een belangrijke verklaring te zijn voor het verhoogde risico op het ontwikkelen van problemen bij KOPP-kinderen (Beardslee, Gladstone & O'Connor, 2011; Elgar, Mills, McGrath, Waschbusch, Brownridge, 2007; Dix & Meunier, 2009). Ouders bij wie sprake is van psychische of verslavingsproblematiek kunnen verminderde opvoedingscapaciteiten hebben als gevolg van psychische symptomen. Dit kan leiden tot diverse opvoedingsproblemen (Earley & Cushway, 2002; Gar, Hudson & Rapee, 2005; Van der Zanden et al., 2010). Hierdoor kan het gezinsklimaat waarin KOPP-kinderen opgroeien afwijken van dat in andere gezinnen. Ouders met psychische problemen of verslavingsproblemen interacteren vaak anders met hun kinderen dan ouders zonder deze problemen. Hun opvoedingsstijl kenmerkt zich in vergelijking met ouders zonder problemen vaker door beperkte verzorging (fysieke zorg, fysieke omgeving en emotionele ondersteuning), beperkte autoritatieve controle (structuur bieden, organisatie, ontwikkeling van zelfstandigheid stimuleren) en een hoge mate van autoritaire controle (restrictiviteit en straf) (Romijn, De Graaf & De Jonge, 2010). Ook lopen kinderen in KOPP-gezinnen een verhoogd risico op kindermishandeling (Kelleher, Chaffin, Hollenberg & Fischer, 1994; Verdurmen et al., 2007). Sommige ouders belasten het kind met niet leeftijdsconforme taken en verantwoordelijkheden hetgeen samengaat met of leidt tot parentificatie van het kind, waarbij het kind langdurig de rol van ouder op zich neemt. (Beardslee, 1988, 2002; Clarke et al., 2001; Earley & Cushway, 2002; Van Doesum & Weikamp, 2003). Een voorbeeld van parentificatie is wanneer een kind zich op school voortdurend afvraagt hoe het met vader of moeder thuis gaat, waardoor het zich minder goed kan concentreren op school. Andere voorbeelden zijn het overnemen van belangrijke taken in de huishouding, het zorgen voor jongere broertjes of zusjes en het oplossen van problemen ontstaan door probleemgedrag van ouders.

Wanneer er te veel van een kind gevraagd wordt en het kind daar te weinig voor terugkrijgt van ouders, kan in extreme gevallen sprake zijn van parentificatie. Parentificatie wil zeggen dat een kind langdurig de rol van ouder op zich neemt met de bijbehorende taken en verantwoordelijkheden. Het gaat erom dat de zorg langdurig 'ongepast' is. Ongepast in de zin van niet passend bij de leeftijd en de cultuur van de jeugdige en schadelijk voor de ontwikkeling. Dit kan zich bijvoorbeeld uiten in een negatief zelfbeeld (de jongere wordt overvraagd, waardoor hij of zij veel faalervaringen opdoet), onvoldoende voor zichzelf kunnen opkomen (vertonen van extreem sociaal wenselijk gedrag), extreem voor zichzelf opkomen (om een gemiste behoefte uit te drukken) en niet goed kunnen omgaan met leeftijdsgenoten (NJI website). Verder ervaren veel KOPP-ouders schaamte of schuldgevoelens over hun situatie (Van der Ende & Venderink, 2006) en kunnen ze het gevoel hebben geen goede ouder te zijn. Ook kan de angst leven voor uithuisplaatsing van hun kinderen. Deze gevoelens belemmeren ouders mogelijk om hulp te zoeken voor zichzelf of hun kind (Bassett, Lampe & Lloyd, 1999; Wang & Goldschmidt, 1994). Daarnaast kunnen deze gevoelens de interactie tussen ouder en kind negatief beïnvloeden (Cottyn, 2005). Naast de psychische en/of verslavingsproblematiek, spelen in KOPP-gezinnen dikwijls nog andere problemen waarvoor hulp nodig is, zoals financiële problemen, problemen in het voeren van een huishouding of relatieproblemen (multiprobleemgezinnen) (Fraser et al., 2009).

Wat er onder meer bekend is over de invloed van specifieke stoornissen op het gedrag van de ouder is dat depressieve ouders vaker veeleisend zijn en moeite hebben om sensitief en

responsief op de behoeften van hun kind(eren) te reageren (Dix & Meunier, 2009; Kavanaugh et al., 2006; Van Doesum, Hosman, Riksen-Walraven & Hoefnagels, 2007). Vooral bij jonge kinderen staat dit het ontwikkelen van een veilige gehechtheidsrelatie in de weg (Murray & Cooper, 1996). Uit onderzoek van Van Doesum et al. (2007) blijkt dat er twee subgroepen van depressieve moeders met name risico lopen weinig sensitief te reageren op hun kind: jonge moeders met een hoog klachtniveau en moeders met een laag inkomen die zich onzeker voelen over hun opvoedcompetentie. Sensitiviteit is één van de belangrijkste voorspellers van positieve kinduitkomsten als het gaat om opvoedvaardigheden (Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, & Juffer, 2003; Teti & Candelaria, 2002). De opvoedingsstijl van moeders met een depressie wordt vaker gekenmerkt door vlakke uitingen, weinig emotionele expressie, minder fysiek contact, minder uitingen van goedkeuring of spontaniteit, meer boosheid en zijn zij minder ondersteunend naar hun kind toe (Beardslee et al., 2011; Goodman & Gotlib, 2002; Kersten-Alvarez, 2011; Mäntymaa, Puura, Luoma, Salmelin & Tamminen, 2004; Van den Berg, 2006). Ouders met angstproblematiek kunnen een hoge mate van controle, afkeuring en overbeschermend gedrag ten opzichte van hun kinderen vertonen (Gar et al., 2005; Turner, Beidel, Roberson-Nay & Tervo, 2003). Wanneer ouders bepaald voorbeeldgedrag vertonen, is het mogelijk dat kinderen dit gedrag kopiëren. Uit onderzoek van Muris, Steerneman, Merckelbach & Meesters (1996) blijkt dat de mate waarin moeders angst tonen samenhangt met de mate waarin kinderen angstig zijn: hoe vaker de moeder angst toont, hoe angstiger het kind. Aan alcohol verslaafde ouders en ouders met borderline problematiek vertonen vaker onvoorspelbaar gedrag en verwaarlozing ten opzichte van hun kinderen (Kelleher et al., 1994; Cuijpers, Scholten & Konijn, 2005). Hiervoor genoemde opvoedgedragingen kunnen het tot stand komen van een veilige hechting en een goede ouder-kind interactie in de weg staan. De gevolgen van het opgroeien in een KOPP-gezin zijn afhankelijk van de leeftijdsfase waarin het kind zich bevindt en kunnen per kind verschillen. Het opgroeien in een KOPP-gezin kan voor het kind meerdere gevolgen hebben, er is dan sprake van een cumulatie van negatieve gevolgen. In paragraaf 3.3.1 worden de belangrijkste gevolgen beschreven, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen vijf fasen: foetus, baby's en peuters, basisschoolkinderen, adolescenten en volwassenen. Aangegeven is voor welke fase het gevolg met name kenmerkend is, problemen kunnen tevens in andere leeftijdsfasen voorkomen. De beschreven gevolgen zijn samengevat in tabel 3.1. Opgemerkt moet worden dat gevolgen niet alleen een verwijzing zijn naar problemen, maar dat gevolgen ook 'risicofactoren' zijn. Tot slot wordt ingegaan op de relatie tussen het type stoornis van de ouder en de stoornis van het kind (3.3.2).

### **3.3 Wetenschappelijke onderbouwing**

#### **3.3.1 Gevolgen voor KOPP-kinderen naar leeftijd**

KOPP-kinderen in elke leeftijdsfase hebben een verhoogde kans om te maken te krijgen met kindermishandeling (Brockington et al., 2011; Verdurmen et al., 2007; Walsh et al., 2002) en verwaarlozing (Klein Velderman & Pannebakker, 2008; Verdurmen et al., 2007; Walsh et al., 2002).

##### *Foetus en pasgeboren kind*

Vrouwen met een psychische stoornis hebben gedurende een zwangerschap een verhoogd



risico op terugval (Yonkers et al., 2011). Viguera et al. (2007) beschrijven in een prevalentiestudie een risico van 71% op terugval in een episode in een cohort van zwangere vrouwen met een bipolaire stoornis. In de eerste maand na de bevalling neemt het risico op een psychiatrische opname fors toe bij vrouwen met affectieve en bipolaire stoornis. Abrupt stoppen met medicatie is hierbij een sterk beïnvloedende risicofactor maar ook de ervaren stress die samenhangt met het krijgen van baby, en het omgaan met de nieuwe baby (Munk-Olson et al., 2009). Daarnaast hebben vrouwen met psychische problemen een grotere kans op complicaties bij de bevalling. Vrouwen met een depressie of angststoornis hebben een grotere kans op preclampsie (zwangerschapsvergiftiging) (Bonari et al., 2004). Een miskraam en later overleden kinderen komen vaker voor bij vrouwen met schizofrenie dan bij vrouwen zonder schizofrenie (Nilsson, Lichtenstein, Snattingius, Murray & Hultman, 2002).

Psychische problemen tijdens de zwangerschap brengen risico's mee voor de ontwikkeling van de baby. Verschillende studie tonen aan dat psychische problemen van de aanstaande moeder invloed heeft op de cognitieve en emotionele ontwikkeling van de hersenen van de baby en de het stress niveau van de baby, ook bij het gebruik van psychofarmaca tijdens de zwangerschap (Mennes, Van den Bergh, Lagae & Stiers, 2009; Räikkönen, Seckl, Pesonen, Simons & Van den Bergh, 2011). Zo kan prenatale stress samenhangend met de psychische problemen leiden tot een te vroeg geboren baby, een kleinere baby en een kleinere omtrek van het hoofd bij de geboorte van de baby (Field, Diego & Hernandez-Reif, 2006; Nilsson et al., 2002; Weinstock, 1996; Hobel, Goldstein & Barrett, 2008; Mulder et al., 2002; Rondó et al., 2003; Van den Bergh, 1990). Ongunstige zwangerschapsuitkomsten zoals een laag geboorte gewicht en vroeggeboorte zijn belangrijke voorspellers voor een verhoogd sterftcijfer, ziekte en problemen met de mentale ontwikkeling bij kinderen (Bennedsen, 1998). Psychische problemen bij de moeder kunnen een gunstige ontwikkeling van de hersenen en emotieregulatie systemen in de weg staan (Ronsaville et al., 2006; Maughan, Cicchetti, Toth, & Rogosch, 2007). Uiteindelijk kunnen de problemen bij de ouder leiden tot een grotere kans op psychische problemen bij de kinderen op latere leeftijd (Weinstock, 2005; Goodman & Gotlib, 2002; Hosman, Van Doesum & Van Santvoort, 2009). Van den Bergh, Mulder, Mennes & Glover (2005) hebben in hun review 14 studies gevonden die een positief verband laten zien tussen prenatale angst/stress van de moeder en latere cognitieve-, gedrag- en emotionele problemen bij het kind.

Ook middelen kunnen een schadelijke invloed hebben op de foetus. Wanneer de moeder drugsverslaafd is heeft het kind kans om geboren te worden met het Neonataal Abstinentie Syndroom (NAS-syndroom). De foetus is gewend geraakt aan de middelen die de moeder gebruikt heeft tijdens de zwangerschap en de baby wordt drugsafhankelijk geboren. Bij de baby ontstaan meestal al snel ontweningsverschijnselen zoals slecht slapen, beven, sterke spierspanning, verhoogde zuigbehoefte en braken (Smets, 2005). Veelvuldig alcoholgebruik tijdens de zwangerschap kan het Foetaal Alcohol Syndroom (FAS) tot gevolg hebben.

Kenmerkend voor dit syndroom zijn onder meer achterblijvende groei, gelaatsafwijkingen en afwijkingen aan het centraal zenuwstelsel (Burd, Cotsonas-Hassler & Martsof, 2003; Jones & Smith, 1973).

### *Baby's en peuters*

Jonge KOPP-kinderen lopen het grootste risico om problemen te ontwikkelen. Kinderen in deze leeftijdsfase zijn het meest kwetsbaar en de invloed van de ouders is op deze leeftijd groot



(Bool, 2005). Bij KOPP-kinderen is er een verhoogde kans op onveilige hechting (Beardslee et al., 2011; Cicchetti, Rogosch & Toth, 1998; Hobson, Patrick, Crandell, Garc'a-Pérez & Lee, 2005; Van Doesum, Hosman & Riksen-Walraven, 2005). Een onveilige hechting kan bij het kind leiden tot emotionele- en gedragsproblemen zoals separatieangst, eetproblemen en problemen met slapen (Malekpour, 2007; Van Doesum et al., 2005). Ook heeft een KOPP-kind een verhoogde kans op een ontwikkelingsachterstand (bv. spraak) of terugval in gedrag dat bij een eerder ontwikkelingsstadium hoort (bv. het kind gaat weer in zijn broek plassen terwijl het al zindelijk was). Een kind van een moeder met een postpartum depressie loopt een verhoogd risico op een gebrekkige ego-ontwikkeling (Kersten-Alvarez, 2011). Verder kunnen kinderen in deze leeftijd afwijkend spelgedrag vertonen. Ze spelen bijvoorbeeld helemaal niet of doen agressieve spelletjes (Bool, 2005).

### *Basisschool kinderen*

Al op jonge leeftijd kunnen kinderen negatieve cognities hebben als het gaat om de problemen van hun ouder zoals, schuldgevoelens, schaamte, bezorgdheid en eenzaamheid (Östman, 2008; Van Doesum, 2005). Zo kan het kind schuldgevoelens ervaren omdat ze de oorzaak van de problemen van hun vader of moeder bij zichzelf leggen. Ook is er een verhoogde kans op parentificatie, wat betekent dat het kind wordt belast met niet leeftijdsconforme taken en verantwoordelijkheden. KOPP-kinderen ervaren een lager dan gemiddeld gevoel van eigenwaarde (Goodman, Adamson, Riniti & Cole, 1994; Van Santvoort, Hosman, Van Doesum & Janssens, 2011) en sommige kinderen vertonen angstig gedrag vanwege de onvoorspelbare en soms onveilige thuissituatie. KOPP-kinderen hebben vaker moeite met het omgaan met emoties. Kinderen kunnen zichzelf bijvoorbeeld helemaal wegcijferen. Ze passen zich volledig aan de wensen en behoeften van anderen aan. Er zijn ook kinderen die juist erg onverschillig lijken naar hun ouders toe. Tevens kan het opgroeien in een KOPP-gezin psychosomatische klachten tot gevolg hebben zoals hoofdpijn, buikpijn, slaapproblemen en eetproblemen (Bool, van der Zanden & Smit, 2007; Kashani, Burk, Horwitz & Reid, 1985). Ook kunnen KOPP-kinderen problemen hebben met het naar school gaan (Bool et al., 2007; Brockington et al., 2011). Kinderen van een ouder met een angststoornis in het bijzonder, kunnen last hebben van separatieangst (Brockington et al., 2011). KOPP kinderen hebben een verhoogd risico op gedragsproblemen zoals ADHD (Van Santvoort et al., 2013; Steinhausen, 1995). Kinderen van ouders die een psychotische stoornis hebben zoals schizofrenie en last hebben van wanen en hallucinaties kunnen zelf ook vreemde fantasieën krijgen (Wenselaar, 1997). Over het algemeen hebben KOPP-kinderen in vergelijking met hun leeftijdsgenoten vaak een lagere sociale competentie (Brockington et al., 2011; Kersten-Alvarez et al., 2012; Larsson, Knutsson-Medin, Sundelin & Trost von Werder, 2000; Luoma et al., 2001). Dit kan het opbouwen en onderhouden van relaties met leeftijdsgenoten bemoeilijken. Sociale onhandigheid kan ontstaan wanneer kinderen een rolmodel missen. Wanneer de ouders niet het goede voorbeeld geven in de omgang met anderen, weet het kind niet hoe hij of zij op anderen moet reageren.

### *Adolescenten*

Een aantal gevolgen voor adolescenten is vergelijkbaar met de gevolgen voor kinderen in de basisschoolleeftijd. Zo kunnen adolescenten een extreem groot verantwoordelijkheidsgevoel ervaren (Östman, 2008) en worden zij door hun ouders als minder sociaal competent



beoordeeld in vergelijking met leeftijdsgenoten (Larsson et al., 2000). Loyaliteitsconflicten kunnen leiden tot teruggetrokken gedrag en sociaal isolement bij adolescenten (Romijn, De Graaf & De Jonge, 2010). Ook hebben adolescenten, net als jongere kinderen, vaak te kampen met schaamte- en schuldgevoelens (Beardslee & Podorefski, 1988; Östman, 2008). Ook functioneren zij vaak minder goed op school (bv. blijven zitten) (Solis, Shadur, Burns & Hussong, 2012; Van Doesum, 2005; Weissman et al., 1984). Schoolverzuim komt veel bij KOPP kinderen voor; kind zorgt thuis voor de zieke ouder in emotionele en praktische zin (Wenselaar, 1997). Sommige KOPP-jongeren vinden het niet prettig om thuis te zijn en ontlopen daarom de thuissituatie (bv door weglopen). Op deze manier hopen ze problemen uit de weg te gaan. Daarnaast hebben adolescenten een verhoogd risico op agressief gedrag (Larsson et al., 2000; Langrock, Compas, Keller, Merchant & Copeland, 2002) en op een depressie en angststoornis (Beardslee et al., 2011; Lieb, Isensee, Hofler, Pfister, & Wittchen, 2002a; Van Doesum, 2005), een verhoogd risico om verslaafd te raken aan middelen zoals alcohol en drugs (Lieb et al., 2002b; Solis et al., 2012; Van Doesum, 2005; Wickramaratne & Weissman, 1998) en een verhoogd risico op suïcidale gedachten en suïcidaal gedrag (Klimes Dougan et al., 1999; Weissman, Fendrich, Warner & Wickramaratne, 1992; Weissman et al., 1984). Adolescenten in het bijzonder kunnen kampen met sociale isolatie en hebben in de regel vaker relationele problemen en problemen met intimiteit (Bool et al., 2007).

#### *Volwassenen*

De gevolgen van het opgroeien in een KOPP-gezin kunnen jarenlang doorspelen, zelfs tot in de volwassenheid. Zo hebben KOPP-kinderen op latere leeftijd een verhoogd risico op stemmingsstoornissen (depressie, bipolaire stemmingsstoornis), angststoornissen, gedragsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en middelengebruik (Biederman, Faraone, Monuteaux & Feighner; Bijl et al., 2002; McLaughlin et al., 2012; Van Santvoort et al., 2013; Steinhausen, 1995; Van Doesum et al., 1995; Westmeyer, Yoon & Thuras, 2006). Ook hebben zij vaker problemen met sociale relaties (Bool et al., 2007).

### **3.3.2 Samenhang type stoornis ouder en stoornis van het kind**

#### *3.3.2.1 Psychische problemen bij de ouder*

Recentelijk is een review uitgevoerd door Van Santvoort et al. (2013) naar de impact van verschillende typen stoornissen van ouders op kinderen. Het betreft studies die gedaan zijn onder ouders met een unipolaire depressie, bipolaire stemmingsstoornis, angststoornis of persoonlijkheidsstoornis. Uit deze studie komt naar voren dat bij kinderen van ouders met een unipolaire of bipolaire stemmingsstoornis sprake is van een 'breed spectrum effect', dat wil zeggen dat deze kinderen risico lopen op een breed spectrum van stoornissen en andere negatieve uitkomsten. Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters (2005) benadrukken dat comorbiditeit het vaakst voorkomt bij ouders met stemmingsstoornissen. Dit roept de vraag op of het breed spectrum effect veroorzaakt wordt door de stemmingsstoornis of door comorbide stoornissen. Uit studies waarin dit onderzocht is, komen inconsistente resultaten naar voren. Aanvullend onderzoek is nodig om hier beter zicht op te krijgen. Bij kinderen van ouders met een angststoornis is sprake van een 'smal spectrum effect': deze kinderen hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van een angststoornis en op afwijkingen in het functioneren van



het hormonale systeem en in de hersenen, maar niet op andere stoornissen en negatieve uitkomsten.

Uit de review Van Santvoort et al. (2013) blijkt dat er een sterk verband is tussen de stoornis van de ouder en stoornissen bij het kind, wat laat zien dat het risico op psychische gevolgen bij deze kinderen hoog is. Tabel 3.2 en 3.3 geven deze uitkomsten schematisch weer. Van Santvoort et al. (2013) hebben in hun studie als diagnose bij de ouder alcohol- en drugsverslaving niet meegenomen.

### 3.3.2.2 Alcohol- of drugsverslaving bij de ouder

Uit de studie van McLaughlin et al. (2012) komt naar voren dat kinderen van ouders die veelvuldig en langdurig middelen gebruiken een verhoogd risico hebben op de volgende stoornissen:

- stemmingsstoornissen
- angststoornissen
- gedragsstoornissen
- middelenstoornissen

*Tabel 3.2 - Stoornissen bij kinderen van ouders met een unipolaire depressie, bipolaire stemmingsstoornis, angststoornis of persoonlijkheidsstoornis (de tabel is gebaseerd op het overzicht in Van Santvoort et al., 2013)\**

Type stoornis kind	Diagnose bij de ouder			
	Unipolaire depressie	Bipolaire stemmingsstoornis	Angststoornis	Persoonlijkheidsstoornis*
Unipolaire depressie	X	X		
Bipolaire stemmingsstoornis				
Affectieve stoornis	X	X		
Angststoornis	X	X	X	
Gedragsstoornissen/ ADHD	X	X		X
Middelenstoornis				
Persoonlijkheidsstoornis				
Psychische stoornissen (algemeen)	X	X		
Schizofrenie				
Eetstoornis				
Somatische stoornis				

**Toelichting: X** = Uit de meerderheid van de studies (>60%; n= minimaal 3 studies) blijkt dat kinderen van ouders met de desbetreffende diagnose significant vaker de desbetreffende type stoornis ontwikkelen, in vergelijking met kinderen van ouders zonder deze diagnose.

\* Vanwege een gebrek aan studies onder kinderen van ouders met een persoonlijkheidsstoornis, konden er geen conclusies getrokken worden over de gevolgen voor deze kinderen. Alleen voor de 'gedragsstoornissen/ADHD' waren er voldoende studies beschikbaar.



Tabel 3.3 - Type problemen bij kinderen van ouders met een unipolaire depressie, bipolaire stemmingsstoornis, angststoornis of persoonlijkheidsstoornis (de tabel is gebaseerd op het overzicht in Van Santvoort et al., 2013)\*

Kinduitkomsten	Diagnose bij de ouder			
	Unipolaire depressie	Bipolaire stemmingsstoornis	Angststoornis	Persoonlijkheidsstoornis
Internaliserende problemen	X	X		
Externaliserende problemen				
Sociaal functioneren		X		
Algemeen functioneren	X	X		
Cognitief functioneren				
Hersenen en hormonen	X	X	X	
Medische problemen	X			
Fysieke problemen				
Suïcidaliteit				
Temperament	X	X		
Hechtingsproblemen	X			
Interactie met ouder				

**Toelichting: X** = Uit de meerderheid van de studies (>60%; n= minimaal 3 studies) blijkt dat kinderen van ouders met de desbetreffende diagnose significant vaker het desbetreffende type probleem ontwikkelen, in vergelijking met kinderen van ouders zonder deze diagnose.

### 3.4 Conclusies

- De gevolgen voor het kind voor het hebben van een KOPP-ouder kunnen aanzienlijk zijn, kunnen ingrijpend zijn en jarenlang doorspelen, zelfs tot in de volwassenheid.
- Het opvoedgedrag van de ouders lijkt een belangrijke verklaring te zijn voor het verhoogde risico op het ontwikkelen van problemen bij KOPP-kinderen, waarbij ook gedacht dient te worden aan emotionele beschikbaarheid en de ouder-kind interactie. Mogelijke gevolgen van de ouderlijke problematiek voor het opvoedgedrag van de ouder zijn gespecificeerd in paragraaf 3.2.
- Naast psychische of verslavingsproblemen spelen er in KOPP-gezinnen vaak nog andere problemen die van invloed zijn op de thuissituatie, bijvoorbeeld financiële of relatieproblemen (multiprobleemgezinnen).
- De gevolgen voor het kind voor het hebben van een KOPP-ouder verschillen naar leeftijdsfase, zoals in paragraaf 3.3.1 gespecificeerd.
- Er lijken een aantal veel voorkomende, maar niet uitsluitende, gevolgen te zijn van het opgroeien in een KOPP-gezin. KOPP-kinderen zijn vaak aan de volgende gedragingen te herkennen:
  - parentificatie
  - wil geen vriendjes mee naar huis nemen
  - schaamte- en schuldgevoelens
  - cijfert zichzelf weg
  - geringe copingvaardigheden
  - schoolverzuim
  - separatieangst
- Er is een verband tussen het type stoornis van de KOPP-ouder en psychische





problematiek en andere negatieve uitkomsten die het KOPP-kind ontwikkelt, zoals in paragraaf 3.3.2. gespecificeerd.

### 3.5 Praktijkoverwegingen

- Cursusleiders van KOPP-groepen melden dat bij kinderen van ouders met psychische problemen de schaamte- en schuldgevoelens meer voorop staan en dat bij kinderen van ouders met verslavingsproblemen de agressie en boosheid meer op de voorgrond staan.
- Emotieregulatieproblemen bij de baby en peuter zijn vaak de aanmeldklacht bij baby's en peuters met KOPP. Bij een beperkt sociaal netwerk zijn vaak de kraamzorg en het consultatieburo de enige signalerende instanties die de huisarts kunnen informeren en kunnen verwijzen.
- Schoolverzuim komt veel bij KOPP-kinderen voor; kind zorgt thuis voor de zieke ouder in emotionele en praktische zin (Wenselaar, 1997).
- Kinderen nemen vaak geen vriendjes mee naar huis vanwege thuissituatie. Schaamte speelt hierin een rol (ervaringen ggz-preventiewerkers).

### 3.6 Aanbevelingen

- Omdat KOPP-problematiek veel voorkomt en voor een jeugdige erg ingrijpend kan zijn, dient bij contacten met gezinnen altijd te worden nagegaan of het om een KOPP-gezin gaat, ten einde risico's op KOPP-problematiek in een zo vroeg mogelijk stadium, ook al vlak na de geboorte, vast te kunnen stellen en te verminderen.
- Het is aanbevolen om zicht te krijgen op de opvoedvaardigheden van de ouder(s), omdat het opvoedgedrag van de ouders een belangrijke verklaring lijkt te zijn voor het verhoogde risico op het ontwikkelen van problemen bij KOPP-kinderen.
- Let op het type stoornis van de ouder, omdat dit verband houdt met het soort problemen dat de jeugdige kan ontwikkelen (zie 3.3.2).
- Let, behalve op algemene emotionele en gedragsproblemen van een jeugdige, ook op veelvoorkomende signalen die kunnen wijzen op KOPP-problematiek, zoals parentificatie en geen vriendjes mee naar huis nemen (zie 3.5).
- Ga na of er sprake is van een eventueel cumulatief effect van meerdere negatieve gevolgen.





## Hoofdstuk 4

# Risicofactoren en beschermende factoren



In dit hoofdstuk wordt de volgende uitgangsvraag beantwoord:

*Wat zijn de signalen, risico-, in stand houdende en beschermende factoren voor KOPP-problematiek?*

Deze uitgangsvraag is opgedeeld in 2 deelvragen:

- *Wat zijn risico- en beschermende factoren voor KOPP-kinderen?*
- *Welke (groepen) kinderen binnen de KOPP-groep lopen meer risico dan andere kinderen?*

Over specifieke in stand houdende factoren bij KOPP-problematiek is geen informatie bekend.

## **4.1 Inleiding**

Zoals in het vorige hoofdstuk (H3) is beschreven, verhogen psychische problemen of verslavingsproblemen bij de ouder(s) het risico op een breed spectrum van stoornissen en andere negatieve uitkomsten bij het kind. Gezien het feit dat veel KOPP-kinderen zonder problemen opgroeien, is de psychische- en/of verslavingsproblematiek van de ouders geen alles verklarende factor. Of bij een KOPP-kind daadwerkelijk problemen ontstaan, hangt af van de aanwezigheid en het samenspel van risico- en beschermende factoren (Beardslee, 2002; Fraser, James, Anderson, Lloyd & Judd, 2006; Van Doesum, Frazer, Dhondt, 1995). Risicofactoren vergroten de kans op het ontstaan van problemen (zie H3 voor een overzicht van de mogelijke gevolgen voor KOPP kinderen).

Een deel van de KOPP-kinderen groeit op met relatief weinig problemen en ontwikkelt geen stoornis. De oorzaak hiervoor kan zijn dat er geen of slechts een beperkt aantal risicofactoren aanwezig is, waardoor de kans dat het kind zelf problemen ontwikkelt gereduceerd wordt. Een andere reden is de aanwezigheid van beschermende factoren (Van Doesum & Weikamp, 2003). Beschermende factoren fungeren als buffer tegen de negatieve invloed van risicofactoren en verkleinen daardoor de kans op het ontstaan van problemen (Aalbers- van Leeuwen, Van Hees & Hermanns, 2002; Van Doesum & Weikamp, 2003).

In de literatuur is een groot aantal risico- en beschermende factoren voor KOPP-kinderen beschreven. Het valt buiten het bestek van deze richtlijn een volledige opsomming te geven van alle risico- en beschermende factoren die onderwerp geweest zijn van onderzoek. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de belangrijkste risico- en beschermende factoren. De KOPP-factsheet (Goossens & Van der Zanden, 2012) en het artikel van Hosman, Van Doesum & Van Santvoort (2009) dat een samenvatting geeft van de belangrijkste bevindingen uit onderzoek als het gaat om risico- en beschermende factoren voor KOPP-kinderen, hebben hiervoor de basis gevormd. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen risico- en beschermende factoren bij het kind zelf, bij de ouder(s) en factoren bij het gezin en de omgeving.

Een aantal van deze risicofactoren komt voor bij kwetsbare groepen met recht op bijzondere zorg die zijn aangewezen in het internationale jeugdrecht: kinderen met een handicap, kinderen die slachtoffer zijn van geweld, vluchtelingenkinderen en kinderen die in Nederland verblijven zonder verblijfsvergunning (ongedocumenteerde kinderen).

Aan het eind van dit hoofdstuk wordt ingegaan op de vraag welke (groepen) kinderen binnen de KOPP-groep meer risico lopen op het ontwikkelen van psychopathologie dan andere kinderen.



## 4.2 Wetenschappelijke onderbouwing

Uit onderzoek komt naar voren dat de meeste risico- en beschermende factoren gemeenschappelijk zijn voor KOPP-kinderen, ofwel niet stoornisspecifiek zijn (Beardslee, Hosman, Solantaus, Van Doesum & Cowling, 2008; Hosman et al., 2009). Deze factoren worden hiernavolgend beschreven. We verwijzen naar paragraaf 3.2 en 3.3.2 voor informatie over stoornisspecifieke kenmerken van oudergedrag in relatie tot de opvoeding en de impact van verschillende typen stoornissen van ouders op kinderen.

### 4.2.1 Risicofactoren

Deze paragraaf beschrijft de risicofactoren die de kans op het ontwikkelen van problemen bij KOPP-kinderen vergroten. De stoornissen en andere negatieve uitkomsten waarop zij verhoogd risico lopen zijn beschreven in H1 en worden hier niet nader gespecificeerd. Deze eerder beschreven gevolgen kunnen ook functioneren als risicofactoren.

#### *Kind*

In de KOPP-factsheet (Goossens & Van der Zanden, 2012) zijn verschillende risicofactoren beschreven. Genetische factoren kunnen een rol spelen. Uit familie-, tweeling-, en adoptiestudies wordt duidelijk dat genetische factoren een rol spelen bij de transgenerationale overdracht van een aantal psychische stoornissen. Zo is de rol van genetische factoren aangetoond bij depressie en alcoholisme. De genetische risicofactor leidt echter niet noodzakelijkerwijs tot een stoornis. Het gaat om een complexe combinatie van zowel genetische als omgevingsfactoren (Abela & Hankin, 2008; Goodman & Gotlib, 2002), bijvoorbeeld het overlijden van een dierbare, ontslag, een echtscheiding of andere ingrijpende gebeurtenissen. De leeftijd van het kind wanneer het geconfronteerd wordt met de stoornis van de ouder is een factor van belang. Het risico op ontwikkelen van problemen is groter naarmate het kind jonger is: hoe jonger het kind, hoe kwetsbaarder en hoe groter de invloed van de ouder(s) is. Andere risicofactoren op kindniveau zijn weinig zelfvertrouwen, het ontbreken van cognitieve en sociale vaardigheden, onvoldoende kennis over de ziekte van de ouder, parentificatie (het overnemen van de ouderrol) en negatieve cognities met betrekking tot de problemen van de ouder (bv. schuld en schaamtegevoelens). Aanvullend noemen Hosman et al. (2009) geremd gedrag, negatieve emotieregulatie (de neiging om met sterke emoties - waaronder boosheid, geïrriteerdheid, angst en verdriet - te reageren op prikkels uit de omgeving), stress reactiviteit, een onveilige hechting en een moeilijk temperament van het kind als risicofactoren. Een moeilijk temperament uit zich bijvoorbeeld in wat heftiger reageren en meer moeite hebben met aanpassen en omschakelen in nieuwe situaties dan een gemiddeld kind.

#### *Ouder(s)*

Een belangrijke risicofactor is de ernst en duur van de stoornis van de ouder. Deze factor lijkt belangrijker te zijn dan de diagnose zelf. De ernst en duur hebben invloed op opvoedingsgedrag en daarbij maakt het niet uit welke stoornis de ouder heeft. Naarmate het probleem zich langer voordoet, wordt de invloed groter. De ernst van de stoornis van de ouder kan een risico vormen wanneer deze zich uit in ernstige symptomen die voor het kind negatieve ervaringen of angst oproepen en onvoldoende veiligheid biedt. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij agressief gedrag van de ouder. Uit meerdere studies is gebleken dat een recidiverende stoornis en een



stoornis van chronische aard de kans op ontwikkeling van problemen bij het kind vergroot. Ook wanneer beide ouders een stoornis hebben (gehad) of wanneer er sprake is van (somatische) comorbiditeit, is het risico op een negatieve impact op het kind groter. Een verstoorde ouder-kind interactie is tevens een belangrijke risicofactor. Het is mogelijk dat ouders vanwege hun psychische- en of verslavingsproblemen anders omgaan met hun kinderen, wat kan leiden tot een disfunctionele ouder-kind interactie. Risicofactoren in de ouder-kind interactie zijn weinig aandacht en responsiviteit van de ouder, weinig monitoring, inadequate opvoedstrategieën en slecht voorbeeldgedrag. Wanneer ouders slecht voorbeeldgedrag vertonen (bv alcohol drinken wanneer ze zich niet goed voelen of angstig gedrag vertonen) is het mogelijk dat kinderen dit gedrag kopiëren. Daarnaast noemen Hosman et al. (2009) een jongere leeftijd bij eerste manifestatie van de stoornis en veel stress en angst gedurende de zwangerschap als risicofactoren.

#### *Gezin en omgeving*

Wat betreft gezinsfactoren kunnen problemen in de relatie tussen ouders een negatieve invloed hebben op het kind en bij het kind leiden tot bijvoorbeeld stress en angst. Ook kunnen er conflicten tussen ouders ontstaan die samenhangen met de stoornis van de ouder, bijvoorbeeld wanneer de vader bekend is met alcoholmisbruik. Ook huiselijk geweld en kindermishandeling in het gezin zijn factoren van belang, die vaker in KOPP-gezinnen voorkomen. Een gebrek aan sociale steun is tevens een risicofactor. Onderzoek van Hoefnagels, Meesters & Simenon (2007) laat zien dat wanneer adolescenten van ouders met psychische problemen het gevoel hebben er alleen voor te staan, dit een direct effect heeft op het ontwikkelen van psychopathologie bij deze jongeren. Het opgroeien in een eenoudergezin vormt tevens een risicofactor. De sociale omgeving is een risicofactor wanneer het gezin stigmatiserende reacties krijgt. Bijvoorbeeld wanneer kinderen op school gepest worden vanwege hun thuissituatie. Dit kan leiden tot sociale isolatie van het kind en gezin.

KOPP-kinderen uit gezinnen met een laag sociaal-economische status (SES) hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van problemen. Deze gezinnen krijgen, in vergelijking met gezinnen met een hogere SES, over het algemeen vaker te maken met stressfactoren zoals geldproblemen of het leven in een gebrekkige huurwoning (McLeod & Shanahan, 1996; Bird, Canino & Rubio, 1997). Familiegerelateerde 'life events' (bv. overlijden familielid, echtscheiding) zijn omstandigheden die het risico op het ontwikkelen van problemen vergroten.

#### **4.2.2 Beschermende factoren**

Deze paragraaf beschrijft de beschermende factoren voor KOPP-kinderen. Deze factoren bieden bescherming tegen negatieve invloeden (risicofactoren). Met andere woorden, beschermende factoren verminderen de impact van risicofactoren ('buffer effect') en verkleinen de kans dat KOPP-kinderen problemen ontwikkelen (Aalbers- van Leeuwen, Van Hees & Hermanns, 2002; Van Doesum & Weikamp, 2003). De stoornissen en andere negatieve uitkomsten waartegen deze factoren bescherming kunnen bieden zijn beschreven in H1 en worden hier niet nader gespecificeerd. Beschermende factoren dragen bij aan de 'veerkracht' van een kind. Veerkrachtige kinderen lijken beter in staat problemen en negatieve gebeurtenissen op zo'n manier te verwerken dat zij er in hun leven niet of in beperkte mate last van ondervinden (Van Yperen, 2003).



### *Kind*

Inzicht van het kind in de stoornis(sen) van de ouder kan het kind beschermen tegen het ontstaan van problemen. Door een goed begrip van problemen kan het kind symptomen van de ziekte van de ouder en daaraan gerelateerd gedrag beter herkennen en krijgt het meer inzicht in de situatie thuis. Hierdoor nemen spanningen en schuldgevoelens bij het kind vaak af. Ook een veilige hechting, zelfredzaamheid, zelfvertrouwen, goede cognitieve en sociale competenties en een positieve emotionaliteit (open staan voor beloning sociaal zijn, spanning zoeken en actief betrokken zijn bij de omgeving) hebben een beschermende invloed.

### *Ouder(s)*

Een goede ouder-kind interactie (ondanks de stoornis van de ouder) en positief ouderschap verkleinen de kans op problemen bij het kind. Een warme ouder-kind relatie waarin het kind betrokkenheid ervaart, maar ook controle, lijkt als een buffer te werken tegen de negatieve invloed die de stoornis van de ouder kan hebben (Brennan, Le Brocque, & Hammen, 2003; Foster, Garber, & Durlak, 2008). Dit geldt ook voor de aanwezigheid van een warme, zorgzame relatie met de andere ouder.

### *Gezin en omgeving*

Sociale steun is een belangrijke beschermende factor. Sociale steun vergroot het welbevinden en kan fungeren als buffer tegen stress. Sociale steun kan van zowel binnen het gezin als van buiten het gezin komen. Binnen het gezin kan de gezonde ouder of een broer of zus ondersteuning bieden. Buiten het gezin kan sociale steun van bijvoorbeeld familie, de school, vriendjes of vriendinnetjes of een andere vertrouwenspersoon bijdragen aan bescherming van het kind. Verschillende soorten steun zijn van belang: emotionele (bv. een luisterend oor bieden), praktische steun (bv. het kind naar een verjaardagsfeestje brengen), informatieve steun (bv. advies over zorgverzekering) en waarderingssteun (bv. dank, blijk van vertrouwen). Het taboe op psychische- en verslavingsproblemen kan het extra moeilijk maken voor zowel kind als ouder om sociale steun te zoeken en met anderen te praten over de situatie thuis. De aanwezigheid van een gezonde ouder of een andere belangrijke persoon (bijv. buurvrouw, opa/oma, vriendin/vriendin, leerkracht) die het kind goede ondersteuning biedt, is tevens een beschermende factor. Als de andere ouder zich zorgend en steunend gedraagt, kan dit een mogelijk tekort aan steun door de ouder met de stoornis compenseren. Ook aandacht van professionele hulpverleners voor de ouderrol en voor het kind (zij kunnen bijvoorbeeld uitleg geven over de stoornis van de ouder) en afleiding en activiteiten buitenshuis voor het kind, zoals geboden door bijvoorbeeld school en sportverenigingen, werken beschermend.



Tabel 4.1. - Overzicht van de belangrijkste risico- en beschermende factoren voor KOPP-kinderen op basis van Goossens & van der Zanden (2012) en Hosman, van Doesum en van Santvoort (2009)

Risicofactoren	Beschermende factoren
<p><b>Kind</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- jonge leeftijd</li> <li>- genetische aanleg</li> <li>- moeilijk temperament</li> <li>- negatieve emotieregulatie</li> <li>- stress reactiviteit</li> <li>- onveilige hechting</li> <li>- parentificatie</li> <li>- negatieve cognities (schuld, schaamte, gevoel hebben de enige te zijn)</li> <li>- geremd gedrag</li> <li>- weinig zelfvertrouwen</li> <li>- te kort aan cognitieve en sociale vaardigheden</li> <li>- onvoldoende kennis over de stoornis van de ouder</li> </ul> <p><i>Praktijk*</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lichamelijke ziekte of verstandelijke beperking</li> </ul>	<p><b>Kind</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- positieve emotionaliteit</li> <li>- veilige hechting</li> <li>- inzicht in ouderlijke problematiek</li> <li>- zelfredzaamheid</li> <li>- zelfvertrouwen</li> <li>- cognitieve en sociale competenties</li> </ul>
<p><b>Ouder</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- veel stress en angst tijdens zwangerschap</li> <li>- jonge leeftijd bij eerste manifestatie van de stoornis</li> <li>- ernst van de stoornis</li> <li>- chronische of recidiverende stoornis</li> <li>- beide ouders hebben een stoornis</li> <li>- comorbide somatische aandoening</li> <li>- verstoorde ouder kind-relatie</li> <li>- gebrekkige opvoedvaardigheden en slecht voorbeeldgedrag</li> <li>- gebrek aan responsiviteit en sensitiviteit</li> <li>- weinig aandacht voor het kind</li> <li>- weinig monitoring</li> <li>- onveilige hechting</li> </ul> <p><i>Praktijk</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- stress en jeugdtrauma's</li> <li>- zorg mijden (bv. door ontkennen ziekte)</li> <li>- ADHD/impulsiviteit ouder</li> <li>- crimineel gedrag</li> <li>- overbelasting</li> </ul>	<p><b>Ouder</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- opvoedvaardigheden</li> <li>- goede ouder-kind interactie</li> </ul> <p><i>Praktijk</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ouder is in behandeling geweest (waardoor symptomen verminderen en er aandacht is voor de ouderrol)</li> </ul>
<p><b>Gezin en omgeving</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eenoudergezin</li> <li>- financiële problemen</li> <li>- familiegerelateerde levensgebeurtenissen</li> <li>- kindermishandeling</li> <li>- huiselijk geweld</li> <li>- conflicten tussen ouders</li> <li>- gebrek aan sociale steun</li> <li>- stigmatiserende reacties uit omgeving</li> </ul> <p><i>Praktijk</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- migratie</li> <li>- drempels tot hulp door indicatiestelling</li> </ul>	<p><b>Gezin en omgeving</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gezonde ouder of andere verzorger</li> <li>- ondersteunend sociaal netwerk voor zowel ouder als kind</li> <li>- aandacht van professionele hulpverleners voor het kind en voor de ouderrol</li> <li>- afleiding en ontsnappingsmogelijkheden voor het kind</li> </ul>

\*Onder 'praktijk' vallen factoren die aanvullend zijn aangedragen door de werkgroep.





### 4.2.3 Aangrijpingspunten voor preventie en behandeling

Aangrijpingspunten voor preventie en behandeling van KOPP-problematiek, vormen de te beïnvloeden risico- en beschermende factoren (Goossens & Van der Zanden, 2012; Van Doesum et al., 1995). Hieronder worden die factoren genoemd die binnen de scope van de jeugdhulp vallen. Dit zijn samengevat:

- met de ouder(s) spreken over de invloed van psychische en/of verslavingsproblemen van ouders op kinderen;
- een zorgmijdende ouder motiveren om hulp te zoeken voor de eigen psychische en/of verslavingsproblemen, en de ouder naar deze hulp toe leiden;
- stress, angst en depressieve gevoelens tijdens de zwangerschap reduceren;
- afgestemd op de leeftijd van de jeugdige en in overleg met de ouder(s) de jeugdige informeren over de problemen van de ouder(s);
- het zelfvertrouwen, de copingvaardigheden en de sociale redzaamheid van de jeugdige vergroten;
- de gezonde ouder ondersteunen in diens ouderrol;
- de gezonde kanten van de ouder met psychische en/of verslavingsproblemen versterken;
- de opvoedingsvaardigheden van de ouder(s) versterken;
- het gezin helpen een steunend netwerk of een vertrouwenspersoon te vinden.

Daarnaast zijn er nog andere te beïnvloeden risicofactoren zoals kindermishandeling, huiselijk geweld en problematische hechting. Is er sprake van een situatie waarbij hulp voor de jeugdige noodzakelijk is (zoals kindermishandeling, huiselijk geweld en problematische hechting), dan verwijzen we naar de betreffende jeugdhulp-richtlijnen en de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2012). Er zijn ook risicofactoren waarvoor geen richtlijn bestaat en die buiten het werkgebied van de jeugdhulp vallen (zoals financiële problemen en conflicten tussen ouders). Zijn zulke factoren aanwezig, dan wordt aanbevolen de ouders te motiveren voor adequate hulp en ze hiernaar toe te leiden.

### 4.2.4 Hoogrisicogroepen binnen de KOPP-groep

Romijn, De Graaf en De Jonge (2010) hebben een systematische literatuurstudie uitgevoerd naar verhoogde risicogroepen onder kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen. Zij concluderen dat de internationale literatuur zicht geeft op een verscheidenheid aan risicofactoren die inzicht geven in welke verhoogde risicogroepen kinderen er zijn (bijvoorbeeld jonge KOPP-kinderen of KOPP-kinderen waarvan de ouders verminderde opvoedingscapaciteiten hebben). Ze merken echter op dat de bestaande literatuur op dit moment ontoereikend is om een prioritering binnen deze hoogrisicogroepen aan te brengen. Waar wel wetenschappelijke evidentie voor bestaat is dat ongeacht het type stoornis van de ouder, het aantal risicofactoren waar het kind mee te maken krijgt belangrijker is dan de aard van de risicofactoren (Appleyard, Byron, Van Dulmen & Sroufe, 2005; Atzaba-Poria, Pike & Deater-Deckard, 2004; Nair, Schuler, Black, Kettinger & Harrington, 2003; Rutter & Quinton, 1984; Sameroff, 2000). Wat we weten is dat risicofactoren een cumulatief effect hebben (Hermanns, 2007; Van Santvoort, 2013): hoe meer risicofactoren er aanwezig zijn, hoe groter de kans op ongunstige ontwikkelingsuitkomsten voor het kind.



### 4.3 Conclusies

- Uit onderzoek komt naar voren dat veel risico- en beschermende factoren gemeenschappelijk zijn voor KOPP-kinderen, ofwel niet stoornisspecifiek zijn.
  - In navolging van Romijn et al. (2010) concluderen we dat er zicht is op risico- en beschermende factoren voor KOPP-kinderen en er een aantal groepen kwetsbare kinderen is aan te duiden. De belangrijkste factoren die uit de literatuur naar voren kwamen, zijn weergegeven in tabel 4.1 en zijn in te delen op verschillende niveaus: kind, ouder, gezin en omgeving. De bestaande literatuur is echter op dit moment ontoereikend om een prioritering binnen deze hoogrisicogroepen aan te brengen.
  - Kennis over risicofactoren en beschermende factoren biedt aangrijpingspunten voor tijdige ondersteuning. De te beïnvloeden factoren die binnen de scope van de jeugdhulp vallen zijn samengevat:
    - met de ouder(s) spreken over de invloed van psychische en/of verslavingsproblemen van ouders op kinderen;
    - een zorgmijdende ouder motiveren om hulp te zoeken voor de eigen psychische en/of verslavingsproblemen, en de ouder naar deze hulp toe leiden;
    - stress, angst en depressieve gevoelens tijdens de zwangerschap reduceren;
    - afgestemd op de leeftijd van de jeugdige en in overleg met de ouder(s) de jeugdige
    - informeren over de problemen van de ouder(s);
    - het zelfvertrouwen, de copingvaardigheden en de sociale redzaamheid van de jeugdige vergroten;
    - de gezonde ouder ondersteunen in diens ouderrol;
    - de gezonde kanten van de ouder met psychische en/of verslavingsproblemen versterken;
    - de opvoedingsvaardigheden van de ouder(s) versterken;
    - het gezin helpen een steunend netwerk of een vertrouwenspersoon te vinden.
- Daarnaast zijn er te beïnvloeden risicofactoren als kindermishandeling, huiselijk geweld en problematische gehechtheid. Is er sprake van een situatie waarbij hulp voor de jeugdige noodzakelijk is (zoals kindermishandeling, huiselijk geweld en problematische hechting), dan verwijzen we naar de betreffende jeugdhulp-richtlijnen en de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2012). Er zijn ook risicofactoren waarvoor geen richtlijn bestaat en die buiten het werkgebied van de jeugdhulp vallen (zoals financiële problemen en conflicten tussen ouders). Zijn zulke factoren aanwezig, dan wordt aanbevolen de ouders te motiveren voor adequate hulp en ze hiernaar toe te leiden.
- Risicofactoren hebben een cumulatief effect: het *aantal* risicofactoren in de kindertijd is de beste voorspeller voor psychische problemen op latere leeftijd. Hoe meer risicofactoren er aanwezig zijn, hoe groter de kans op ongunstige ontwikkelingsuitkomsten (zie H3 voor de stoornissen en andere negatieve uitkomsten waarop zij verhoogd risico lopen).
  - Beschermende factoren (bv. aanwezigheid van sociale steun, positieve ouder-kind relatie) dragen bij aan de 'veerkracht' van een kind. Veerkrachtige kinderen lijken beter in staat problemen en negatieve gebeurtenissen op zo'n manier te verwerken dat zij er in hun leven niet of in beperkte mate last van ondervinden.



#### 4.4 Praktijkoverwegingen

De risico- en beschermende factoren die aangedragen zijn door de werkgroep in aanvulling op de wetenschappelijke inzichten zijn te vinden in tabel 4.1 onder het kopje 'praktijkkennis'. Wanneer wordt opgemerkt dat ouders bang zijn voor uithuisplaatsing van het kind kan ter geruststelling van de ouders worden aangegeven dat uithuisplaatsing een uiterste maatregel is; hulp wordt in eerste instantie zo dicht mogelijk bij de jeugdige, in het gezin, of anders om het gezin heen geboden.

#### 4.5 Aanbevelingen

- Professionals werkzaam in de jeugdhulp dienen kennis te hebben van risicofactoren en beschermende factoren, vanuit het oogpunt van signalering en preventie van stoornissen en andere negatieve uitkomsten voor het kind (zie H3) ten gevolge van het opgroeien in een KOPP-gezin. Een overzicht van de belangrijkste factoren op basis van wetenschappelijke kennis en praktijkervaringen is weergegeven in tabel 4.1.
- Let zowel op de aard van de risicofactoren als op de cumulatie ervan. Van belang zijn risico- en beschermende factoren bij de jeugdige, de ouders, het gezin en in de omgeving.
- Probeer risicofactoren en/of stressoren voor het KOPP-kind te verminderen, en beschermende factoren te versterken. Hoe dat concreet gedaan kan worden krijgt aandacht in H6, H7 en H8.
- Wanneer wordt opgemerkt dat ouders bang zijn voor uithuisplaatsing van het kind kan ter geruststelling van de ouders worden aangegeven dat uithuisplaatsing een uiterste maatregel is; hulp wordt in eerste instantie zo dicht mogelijk bij de jeugdige, in het gezin, of anders om het gezin heen geboden.





## Hoofdstuk 5

# Vaststellen van KOPP-problematiek



In dit hoofdstuk wordt uitgangsvraag 3 beantwoord:

*Wanneer is KOPP-problematiek reden tot zorg en hoe kunnen hulpverleners dit vaststellen?*

Deze uitgangsvraag is opgedeeld in 3 deelvragen:

- *Hoe kunnen hulpverleners de aard en ernst van de KOPP-problematiek inschatten?*
- *Wanneer is er reden tot zorg en dient jeugdhulp te worden ingezet?*
- *Hoe kunnen hulpverleners een inschatting maken van verandermogelijkheden van een gezin?*

## **5.1 Inleiding**

Binnen de jeugdhulp is geen gevalideerd screeningsinstrument voorhanden of in gebruik dat hulpverleners in hun dagelijks werk kunnen hanteren voor het inschatten van KOPP-problematiek. Onder inschatten van KOPP-problematiek wordt hier verstaan: de inschatting van het risico voor het kind van de opgroeisituatie ten gevolge van de psychische of verslavingsproblematiek van de ouder(s). In de jeugdhulp worden wel de bekende screeningsinstrumenten gehanteerd voor de inschatting van emotionele en gedragsproblemen bij het kind, zoals de SDQ (Van Widenfelt et al., 2003; Goodman, 1997) en de CBCL (Achenbach, 1991; 2001). Daarin zijn geen specifieke items over KOPP-problematiek opgenomen. De Richtlijnwerkgroep geeft aan zoveel mogelijk te willen aansluiten bij de bestaande screeningsinstrumenten voor emotionele of gedragsproblemen van het kind of gezinsproblemen die binnen de jeugdhulp worden toegepast en geen nieuwe te ontwikkelen en te implementeren. Wel zou aan bestaande instrumenten een specifieke KOPP-screeningslijst toegevoegd kunnen worden.

## **5.2 Wetenschappelijke onderbouwing**

### **5.2.1 Hoe kunnen hulpverleners de aard en ernst van de KOPP-problematiek inschatten?**

Voor de risico-inschatting van KOPP-problematiek heeft de ggz-preventiesector de Lijst voor Screening en Interventie Keuze (SIK-lijst) ontwikkeld (Beijers et al., 2010). Deze lijst kan, indien er aanwijzingen zijn voor KOPP-problematiek, ook worden gebruikt binnen de jeugdhulp. De SIK-lijst is gebaseerd op enerzijds wetenschappelijk onderzoek naar risico- en beschermende factoren voor KOPP-kinderen (zoals in de voorgaande hoofdstukken beschreven), en anderzijds op *best practices* die voortkomen uit de jarenlange ervaring van de preventiesector van de ggz en de verslavingszorg met KOPP-gezinnen.

De SIK-lijst is een checklist van elf items over de belangrijkste beïnvloedbare risico- en beschermende factoren (zie hoofdstuk 4). Geïnterviewd worden: de erkenning van en hulp voor de ouderlijke problematiek, de ouder-kindrelatie, de ondersteuning van de (gezonde) ouder in de ouderrol, de copingvaardigheden van de jeugdige en het ondersteunend netwerk voor jeugdige en ouder(s). Op basis van de risico-inschatting kunnen met de SIK-lijst een of meerdere interventies worden geselecteerd. Dit kunnen interventies zijn voor het kind en/of de ouders en/of de omgeving. Bijvoorbeeld: als een kind weinig zicht heeft op de problemen van de ouder wordt een voorlichtingsbrochure of specifieke KOPP-website als interventie geadviseerd. En indien verwaarlozing, lichamelijke, psychische en of seksuele mishandeling wordt gesignaleerd, wordt de hulpverlener verzocht te handelen naar het 'protocol kindermishandeling' van de instelling. De lijst kan voor, tijdens of na het gesprek



gebruikt worden. De SIK-lijst is gebaseerd op de aanname dat hoe meer risicofactoren er aanwezig zijn, hoe groter de kans op ongunstige ontwikkelingsuitkomsten voor het kind (zie ook hoofdstuk 3 en 4), en hoe meer urgentie er is om in te grijpen middels interventies. De SIK-lijst is recent bijgesteld en wordt beschikbaar gesteld via de webwinkel van het Trimbos-instituut ([www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)). De ggz- en verslavingszorginstellingen bepalen zelf of zij wel of niet werken met de SIK-lijst. Er zijn geen gegevens voorhanden over de implementatiegraad van de SIK-lijst en er is geen evaluatieonderzoek beschikbaar over de bruikbaarheid ervan. Buiten de ggz- en verslavingspreventie is de SIK-lijst niet geïmplementeerd. Wel loopt er een pilot in de stad Utrecht rond het thema KOPP, waarbij de SIK-lijst wordt meegenomen als checklist voor risico-inschatting van KOPP-problematiek (Van der Meer, 2013; Van der Loo, 2013).

Naast de SIK-lijst, specifiek ontwikkeld voor signalering van KOPP-problematiek, bieden vragenlijsten als de *Child Behavior Checklist (CBCL)* (Achenbach, 1991, 2001) en de *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* (Goodman 1997, 1999; Van Widenfelt et al., 2003) inzicht in emotionele en gedragsproblemen bij het kind. Beide instrumenten worden gehanteerd in de jeugdhulp, maar zijn niet verplicht gesteld. Binnen de jeugd ggz maken deze vragenlijsten wel onderdeel uit van het verplichte ROM-systeem. Daarnaast is er de *Youth Self Report (YSR)* (Verhulst et al., 1997) die de sociale en emotionele problemen van jongeren in kaart brengt. Naast bovengenoemde SIK-lijst en kind-vragenlijsten, zijn er diverse screeningsinstrumenten die de gezinssituatie, de opvoeding en/of de ouder-kind relatie in kaart brengen zoals de *Vragenlijst Gezin en Opvoeding* (Vermulst et al., 2011). Hieronder volgt een overzicht van screeningsinstrumenten en checklists specifiek ontwikkeld voor KOPP (tabel 5.2) en voor het functioneren van kind (tabel 5.2) en van ouder/gezin (tabel 5.3), die door de werkgroep naar voren zijn gebracht en die relevant kunnen zijn bij het in kaart brengen van KOPP-problematiek. Screeningsinstrumenten waarvan de betrouwbaarheid en validiteit onbekend zijn of onvoldoende, zijn niet opgenomen in de tabellen. Een uitzondering vormen de CARE en LIRIK-JZ, die bij vermoedens van kindermishandeling ingezet kunnen worden. In geval van vermoedens van kindermishandeling wordt verder verwezen naar de *Richtlijn Kindermishandeling*.

### **KOPP-checklist**

- *Screening en Interventiekeuze vragenlijst* (SIK-lijst). (Beijers et al., 2010)

### **Screeningsinstrumenten - Kind**

- *Child Behavior Checklist (CBCL)* (Achenbach, 1991, 2001)
- *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* (Goodman 1997, 1999; Van Widenfelt et al., 2003)
- *Caregiver-Teacher's Report Form (C-TRF)* (Achenbach et al., 2008; Verhulst et al., 1997)
- *Youth Self Report (YSR)* (Verhulst et al., 1997)

### **Screeningsinstrumenten - Ouder**

- *Licht Instrument Risicotaxatie en Kindveiligheid – Jeugdzorg (LIRK-JZ)* (NJI, 2011).
- *CARE-NL Child Abuse Risk Evaluation - Nederlandse versie* (Ruiter et al., 2005; 2012)
- *Vragenlijsten Gezin en Opvoeding (VGO)* (Vermulst et al., 2011)
- *Atypical Maternal Behaviour Instrument for Assessment and Classification (AMBIANCE)* (Benoit et al, 1997).
- *Modified Interaction Guidance (MIG)- opvolger van AMBIANCE* (Benoit, 2001).
- *Functional Emotional Assessment Scale (FEAS)* (Greenspan & De Gangi, 2001)



In tabel 5.1 worden kerngegevens van bovenstaande screeningsinstrumenten weergegeven. De informatie over de instrumenten met een \* is afkomstig van de NJI databank; de overige informatie is afkomstig uit andere bronnen (zie bovenstaande referenties). De informatie over betrouwbaarheid en validiteit van de vragenlijsten zijn eveneens afkomstig uit de gerefereerde bronnen, tenzij een COTAN- beoordeling beschikbaar is. In onderstaande tabellen is de gangbare indeling van Cronbach's Alpha (betrouwbaarheidsmaat) gehanteerd: een CA tussen .80 -.90 wordt als goed beschouwd, tussen .70-.80 als redelijk en tussen 60-.70 als matig en < .60 als slecht.

Tabel 5.1 -Specifieke KOPP-checklist

<b>Vragenlijsten Ouder/gezin</b>	<b>Screening en interventie-keuze lijst (SIK-lijst)</b>
<b>Doelgroep</b>	Ouders (met psychische en/of verslavings-problemen)
<b>Aantal items en schalen</b>	<p><i>Ouder-deel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erkenning probleem bij de ouder</li> <li>- Invloed probleem van ouder op kind</li> <li>- Gezinsinteracties</li> <li>- Ouderrol client (betrokkenheid, liefdevolle bejegening, geduld, structuur etc).</li> <li>- Ouderrol van andere ouder</li> </ul> <p><i>Kind-deel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Welbevinden kind</li> <li>- Functioneren kind</li> <li>- Zicht van kind op problemen ouder</li> <li>- Netwerk kind</li> <li>- Copingvaardigheden kind (gevoelens uiten, grenzen stellen, afstand nemen, hulp vragen, compenserende activiteiten zoals hobby's)</li> <li>- Specifieke reacties ( bijv. schaamtegevoelens, parentificatie)</li> <li>- Non-specifieke reacties (bijv. slaap- en eetproblemen)</li> </ul>
<b>Psychometrische eigenschappen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niet opgenomen in COTAN</li> <li>- Geen genormeerde scores</li> <li>- Betrouwbaarheid/ validiteit niet bekend</li> </ul>
<b>Afnameduur</b>	- Afnameduur onbekend
<b>Gebruik en Bijzonderheden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In te vullen door behandelaar van de ouders , voor tijdens of na gesprek</li> <li>- Veel negatieve scores betekent aanwezigheid risicofactor voor het kind</li> <li>- Veel positieve scores betekent de aanwezigheid van een beschermende factor voor het kind</li> <li>- Naast screening bevat SIK-lijst ook bijbehorend advies voor interventies en instructies voor gespreksvoering met ouders</li> </ul>





Tabel 5.2 - Screeningsinstrumenten - Kind

Vragenlijst Kind	*Child Behavior Checklist (CBCL)
<b>Leeftijd</b>	1,5 - 5 jaar
<b>Aantal items en schalen</b>	99 items <i>Hoofdschalen</i> - Vaardigheden, emotionele- en gedragsproblemen <i>SubSchalen</i> - Emotioneel reagerend, angstig/depressief, lichamelijke klachten, teruggetrokken, slaapproblemen, aandachtsproblemen, agressief gedrag.
<b>Psychometrische eigenschappen</b>	- Niet opgenomen in COTAN - geen Nederlands onderzoek
<b>Afnameduur</b>	- Afnameduur: 15 tot 20 min - Scoring: ca. 5 minuten en interpretatie ook ca. 5 minuten
<b>Gebruik en Bijzonderheden</b>	- Ouders, verzorgers of andere volwassenen die kind goed kennen vullen vragenlijst in

Vragenlijst Kind	*Child Behavior Checklist (CBCL)
<b>Leeftijd</b>	6- 18 jaar
<b>Aantal items en schalen</b>	99 items <i>Hoofdschalen</i> - Internaliserend/ externaliserend gedrag <i>SubSchalen</i> - Vaardigheden (activiteiten, sociaal, school) - Internaliserende problemen (teruggetrokken/ depressief, lichamelijke klachten, angstig depressief). - Externaliserende problemen (sociale problemen, denkproblemen, aandachtsproblemen, normafwijkend gedrag, agressief gedrag)
<b>Psychometrische eigenschappen</b>	COTAN beoordeling (CBCL 4-18 ): - Betrouwbaarheid: goed - Begripsvaliditeit: goed - Criteriumvaliditeit: voldoende
<b>Afnameduur</b>	- Afnameduur:15 tot 20 min - Scoring: circa 5 minuten en interpretatie ook ca. 5 minuten
<b>Gebruik en Bijzonderheden</b>	- Ouders, verzorgers of andere volwassenen die kind goed kennen vullen vragenlijst in - Specifieke aanpassingen voor allochtonen

<b>Vragenlijst Kind</b>	<p><b>*Teacher's Report Form (TRF) en *Caregiver's Teachers Report (C-TRF)</b></p> <p>Beide zijn gebaseerd op de CBCL en kunnen aanvullend gebruikt worden</p>
<b>Leeftijd</b>	<p>C-TRF: 1,5-5 jaar TRF: 6-18 jaar</p>
<b>Aantal items en schalen</b>	<p>TRF: 118 vragen</p> <p><i>Hoofdschalen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Internaliserende en externaliserende gedragsproblemen, totale problemen, schoolfunctioneren, relatie leerkracht - kind</li> </ul> <p><i>Subschalen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Teruggetrokken / depressief</li> <li>- Lichamelijke klachten</li> <li>- Angstig / depressief</li> <li>- Sociale problemen</li> <li>- Denkproblemen</li> <li>- Aandachtsproblemen</li> <li>- Normafwijkend gedrag</li> <li>- Agressief gedrag</li> </ul> <p>C-TRF: 99 vragen</p> <p><i>Hoofdschalen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Internaliserende en externaliserende gedragsproblemen, totale problemen, relatie leidster - kind</li> </ul> <p><i>Subschalen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Emotioneel reagerend</li> <li>- Angstig / depressief</li> <li>- lichamelijke klachten</li> <li>- Teruggetrokken</li> <li>- Slaapproblemen</li> <li>- Aandachtsproblemen</li> <li>- Agressief gedrag</li> </ul>
<b>Psychometrische eigenschappen</b>	<p>COTAN beoordeling :</p> <p>TRF (1999):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Betrouwbaarheid: goed</li> <li>- Begripsvaliditeit : voldoende</li> <li>- Criterium validiteit : Voldoende</li> </ul> <p>C-TRF:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Niet opgenomen in COTAN</li> </ul>
<b>Afnameduur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afnameduur: 10 tot 20 min</li> <li>- Scoring: circa 5 minuten en interpretatie ook ca. 5 minuten</li> </ul>
<b>Gebruik en Bijzonderheden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De (C-)TRF is de door de leerkracht of leidster in te vullen versie van de CBCL</li> </ul>



<b>Vragenlijst Kind</b>	<b>*Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)</b>
<b>Leeftijd</b>	3-16 jaar
<b>Aantal items en schalen</b>	25 items <i>Hoofdschalen</i> - Emotionele problemen - Gedragsproblemen - Hyperactiviteit/aandachtstekort - Problemen met leeftijdgenoten - Prosociaal gedrag <i>Subschalen</i> - Iedere hoofdschaal heeft 5 items
<b>Psychometrische eigenschappen</b>	COTAN beoordeling: - Betrouwbaarheid : voldoende - Begripsvaliditeit: voldoende - Criteriumvaliditeit: onvoldoende
<b>Afnameduur</b>	- Afnameduur: 5 min
<b>Gebruik en Bijzonderheden</b>	- tot 11 jaar: ingevuld door ouder/ leerkracht - v.a. 11 jaar ingevuld door jongere zelf onder begeleiding van volwassene - specifieke aanpassingen voor allochtonen

<b>Vragenlijst Kind</b>	<b>*Youth Self report (YSR)</b>
<b>Leeftijd</b>	11-18 jaar
<b>Aantal items en schalen</b>	136 items <i>Hoofdschalen</i> - Vaardigheden, emotionele- en gedragsproblemen <i>Subschalen</i> - Vaardigheden (activiteiten, sociaal, school) - Internaliserend (teruggetrokken / depressief, lichamelijke klachten, angstig / depressief) - Externaliserend (normafwijkend gedrag, agressief gedrag) - Overige: sociale problemen, denkproblemen, aandachtsproblemen
<b>Psychometrische eigenschappen</b>	COTAN beoordeling: - Betrouwbaarheid: Goed/Wisselend (goed: totale score, internaliserend, externaliserend) - Begripsvaliditeit: voldoende - Criteriumvaliditeit voldoende
<b>Afnameduur</b>	- Afnameduur: 15-20 min - Scoring: circa 5 minuten en interpretatie ook ca. 5 minuten
<b>Gebruik en Bijzonderheden</b>	- Kan individueel of groepsgewijs afgenomen worden, onder supervisie van gedragswetenschapper of psychiater - specifieke aanpassingen voor allochtonen



Tabel 5.3 - Screeningsinstrumenten - Ouder((voor het in kaart brengen van ouder-kind relatie, gezinssituatie en/of opvoedingsvaardigheden)

<b>Vragenlijsten Ouder/gezin</b>	<b>*Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid (LIRIK)</b>
<b>Leeftijd</b>	Gezinnen met vermoeden kindermishandeling
<b>Aantal items en schalen</b>	<i>Doel:</i> Gestructureerd besluitvormingsproces n.a.v. vermoeden kindermishandeling Deel 1: Huidige veiligheidssituatie Deel 2: Risicotaxatie
<b>Psychometrische eigenschappen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niet opgenomen in COTAN</li> <li>- Kwaliteit LIRIK niet onderzocht</li> <li>- geen geobjectiveerde scoring van items</li> </ul>
<b>Afnameduur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afnameduur onbekend</li> <li>- 20 vragen; niet alle vragen zijn verplicht</li> </ul>
<b>Gebruik en Bijzonderheden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In te vullen door hulpverleners</li> <li>- LIRIK is een checklist</li> </ul>

<b>Vragenlijsten Ouder/gezin</b>	<b>*CARE-NL Child Abuse Risk Evaluation - Nederlandse versie</b>
<b>Leeftijd</b>	Gezinnen met vermoeden kindermishandeling
<b>Aantal items en schalen</b>	<i>Doel:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risicotaxatie kindermishandeling, inclusief seksueel misbruik</li> </ul> <i>Subschalen:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ouderlijke factoren (gerelateerd aan kindermishandeling- b.v. zelf slachtoffer van kindermishandeling )</li> <li>- Ouder-Kindfactoren (betreffende de opvoeding- b.v. opvoedkennis)</li> <li>- Kindfactoren (inzake kwetsbaarheid – b.v. ADHD))</li> <li>- Gezinsfactoren (gerelateerd aan omgeving -b.v. sociale steun)</li> </ul>
<b>Psychometrische eigenschappen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niet opgenomen in COTAN</li> <li>- Niet genormeerd</li> <li>- Beperkt (retrospectief) onderzoek naar betrouwbaarheid en validiteit.</li> </ul>
<b>Afnameduur</b>	- Afnameduur onbekend
<b>Gebruik en Bijzonderheden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In de vullen door hulpverleners</li> <li>- Eendoordeel aangeven op codeerblad (laag-matig-hoog risico)</li> </ul>



Vragenlijsten Ouder/gezin	Vragenlijsten Gezin en Opvoeding (VGO)
<b>Leeftijd</b>	Gezinnen met (ernstige) opvoed-problemen
<b>Aantal items en schalen</b>	<p>102 items (stellingen)</p> <p>VGO bestaat uit:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>Opvoedingsbelasting Vragenlijst (OBVL) (34 items)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opvoeder-kind relatie</li> <li>- Opvoedingscompetentie</li> <li>- Depressieve stemmingen</li> <li>- Rolbeperking</li> <li>- Gezondheidsklachten</li> </ul> </li> <li><i>Verkorte Schaal Opvoedersgedrag (VSOG) (25 items)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ouderlijke betrokkenheid</li> <li>- Monitoring</li> <li>- Positieve bekrachtiging</li> <li>- Probleem oplossen</li> </ul> </li> <li><i>Vragenlijst Gezinsfunctioneren Ouders (VGFO) (28 items)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Basiszorg</li> <li>- Opvoeding</li> <li>- Sociale contacten</li> <li>- Jeugdbeleving</li> <li>- Partnerrelatie</li> </ul> </li> <li><i>Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (VMG) (15 items).</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- stressvolle gebeurtenissen worden nagevraagd</li> </ul> </li> </ol>
<b>Psychometrische eigenschappen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niet opgenomen in COTAN</li> <li>- Genormeerde scores o.b.v. onderzoek onder algehele bevolking ( 0-3; 4-12; 13-18 jaar)</li> </ul> <p><i>Betrouwbaarheid:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- OBVL (goed tot uitstekend)</li> <li>- VSOG (acceptabel tot goed)</li> <li>- VGFO (uitstekend)</li> <li>- VMG (niet van toepassing; meet enkel de mate van stressvolle gebeurtenissen)</li> </ul> <p><i>Validiteit van alle schalen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acceptabel tot goed</li> </ul>
<b>Afnameduur</b>	- Afnameduur onbekend
<b>Gebruik en Bijzonderheden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- OBVL: Ingevuld door hulpverlener</li> <li>- VSOG: Ingevuld door hulpverlener</li> <li>- VGFO: Ingevuld door ouder</li> <li>- VMG: Ingevuld door ouder</li> </ul> <p>VSOG alleen geschikt voor ouders van 4-18 jarigen; niet geschikt voor ouders van jongere kinderen.</p> <p>VGO-lijsten zijn geschikt voor screening, diagnostiek en (herhaalde) effectmetingen.</p>



<b>Vragenlijsten Ouder/gezin</b>	<p><b>AMBIANCE</b> (Atypical Maternal Behaviour Instrument for Assessment and Classification)</p> <p>Opvolger van Ambiance is: <b>Modified Interaction Guidance (MIG)</b></p>
<b>Leeftijd</b>	Ouders (en baby's 12-18 maanden)
<b>Aantal items en schalen</b>	<p>? items</p> <p>Brengt kwaliteit moeder-baby interactie in beeld</p> <p><i>Hoofdschalen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atypisch opvoedgedrag</li> <li>- Ouder waarbij geschiedenis speelt waarin onverwerkt verlies en/of onverwerkt trauma een rol speelt.</li> </ul> <p><i>Subschalen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Affective communication error</li> <li>- Role/boundary confusion</li> <li>- Disorientation</li> <li>- Intrusivenss/negativity</li> <li>- Withdrawel</li> </ul>
<b>Psychometrische eigenschappen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niet opgenomen in COTAN</li> <li>- Betrouwbaar voor ouders van kinderen 12-18 maanden.</li> <li>- Er loopt een onderzoek naar de betrouwbaarheid van de test voor de leeftijd van 0-7 jaar.</li> </ul>
<b>Afnameduur</b>	- Afnameduur onbekend
<b>Gebruik en Bijzonderheden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Screening a.h.v. korte video- beelden van ouder-kind interactie</li> <li>- Coderingsysteem aanwezig</li> <li>- Programma bevat screening hechtingsrelatie en interventieadvies</li> </ul>



Vragenlijsten Ouder/gezin	Functional Emotional Assessment Scale (FEAS)
<b>Leeftijd</b>	Ouders (van kinderen tussen 7 mnd - 4 jaar)
<b>Aantal items en schalen</b>	46 items ouders; 79 items kind  Observatieschaal van sociaal-emotioneel functioneren kind en van ondersteuningsvaardigheden ouders  <i>Hoofdschalen</i> - Zelfregulatie en interesse in de wereld - Vorming van relaties, hechting en betrokkenheid - Wederzijdse doelgerichte communicatie - Gedrag, probleemoplossing, internalisatie - Vermogen tot interne representaties, symbolisch denken - Emotionele denken en ontwikkeling, uitingen van thematisch spel
<b>Psychometrische eigenschappen</b>	- Niet opgenomen in COTAN - Betrouwbaarheid: goed voor zowel kind als ouder schalen - Validiteit: goed voor zowel kind als ouder schalen
<b>Afnameduur</b>	- Afnameduur onbekend
<b>Gebruik en Bijzonderheden</b>	- Observatie of video opname door behandelaar - Coderingssysteem aanwezig - Geen diagnostisch instrument, maar kan in combinatie met bijv. diagnostisch interview met ouders en kind een goed beeld geven van sociaal-emotioneel functioneren in verschillende situaties - RINO cursus FEAS voor gedragswetenschappers (post -WO)

### 5.2.2 Wanneer is er reden tot zorg en dient jeugdhulp te worden ingezet?

Het algemene uitgangspunt is hoe meer risicofactoren er aanwezig zijn in het leven van het kind en hoe minder beschermende factoren, hoe groter de reden is tot zorg.

Screening aan de hand van de SIK-lijst geeft een indicatie van de ernst van de KOPP-problematiek en bijbehorende interventies voor kind en ouder.

Daarnaast kan voor kinderen en jongeren op basis van de CBCL, de SDQ, YSR en de TRF een oordeel worden gevormd over de (ernst) van de eventuele emotionele en gedragsproblemen van het kind of de jongere. Voor baby's en peuters kan de C-TRF inzicht verschaffen in het functioneren van de (ouder met) baby of peuter. Bij (vermoedens van) problematische hechting wordt verwezen naar de *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Wolff, Van Bakel, Juffer, Dekker-van der Sande, Sterkenburg, & Thoomes-Vreugdenhil, 2014). De VGO biedt inzicht in de (problemen in) gezinssituatie en opvoedvaardigheden van de ouders. Bij (vermoedens van) kindermishandeling in de vorm van verwaarlozing, lichamelijke, psychische en of seksuele mishandeling, kan de LIRIK of CARE worden gehanteerd. Indien (vermoeden van) kindermishandeling wordt gesignaleerd, wordt de hulpverlener geacht te handelen volgens de *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Vink, De Wolff, Broerse, &



Kamphuis, concept in ontwikkeling). In geval van ernstige gedragsproblemen wordt verwezen naar de *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Lange, Matthys, Foolen, Addink, Oudhof, & Vermeij, 2013).

### 5.2.3 Hoe kunnen hulpverleners een inschatting maken van verandermogelijkheden van een gezin?

In geval een ouder psychische of verslavingsproblematiek heeft, kunnen met behulp van de SIK-lijst de risico- en beschermende factoren in het leven van het kind worden geïnventariseerd. Gebaseerd op deze factoren kunnen, zoals in hoofdstuk 4 uiteengezet, de jeugdprofessionals de volgende taken op zich nemen:

- de zorgmijdende ouder motiveren om hulp te zoeken voor de psychische en/of verslavingsproblemen, en de ouder naar deze hulp toe leiden;
- stress, angst en depressie tijdens de zwangerschap reduceren;
- het zelfvertrouwen, de copingvaardigheden en de sociale redzaamheid van het kind vergroten;
- de gezonde ouder ondersteunen in diens ouderrol;
- een goede ouder-kindinteractie bevorderen door de opvoedingsvaardigheden van de ouder(s) te versterken;
- het gezin helpen een steunend netwerk of een vertrouwenspersoon te vinden.

KOPP-specifieke interventies zijn doorgaans op alle bovenstaande aspecten gericht, maar ook andere interventies kunnen (aan sommige onderdelen) een bijdrage leveren. In hoeverre succesvol aan bovenstaande gewerkt kan worden, hangt af van een samenspel van factoren en van (on)mogelijkheden van de ouder(s), van het kind en hun netwerk. De SIK-lijst kan, eventueel aangevuld met andere screeningsinstrumenten zoals in 5.2.1. weergegeven, houvast bieden om een indruk van de verandermogelijkheden van een gezin in kaart te brengen.

## 5.3 Conclusies

- De SIK-lijst is het enige screeningsinstrument dat specifiek ontwikkeld is om KOPP-problematiek in kaart te brengen.
- Aan de hand van de SIK-lijst, die risico- en beschermende factoren inventariseert, gecombineerd met andere lijsten zoals de SDQ of CBCL kan een inschatting worden gemaakt van de aard en ernst van de KOPP-problematiek, van verandermogelijkheden en van wanneer er reden is tot zorg.

## 5.4 Praktijkoverwegingen

- Kennis bij de jeugdprofessional over het type psychische of verslavingsproblematiek van de ouder is mede van belang om een inschatting te kunnen maken van het risico voor het kind en van de verandermogelijkheden van een gezin.
- Vaardigheden om in gesprek te gaan met de ouders over de invloed van zijn/haar problemen op het kind zijn van belang.
- Voor nadere informatie over de problematiek van de ouders kan eventueel, in overleg met de ouders, contact met de huisarts worden opgenomen.
- Het is van belang niet alleen een risico-inschatting voor het aangemelde kind te maken, maar ook voor eventuele broertjes of zusjes in het gezin.





## 5.5 Aanbevelingen

- Zorg dat je over algemene kennis van psychische en verslavingsproblemen beschikt als je KOPP-gezinnen begeleidt.
- Bepaal bij de aanmelding van een jeugdige aan de hand van de SIK-lijst het risico op KOPP-problematiek. Ga na over welke items van de SIK-lijst al informatie is.
- Vul tijdens een gesprek met de ouder(s) de nog ontbrekende informatie uit de SIK-lijst aan. Ontbreekt belangrijke informatie dan nog steeds, probeer deze informatie dan te verkrijgen via de huisarts of verwijzer, mits je daarvoor toestemming hebt van de ouder(s).
- Maak vervolgens een inschatting van de aard en ernst van de KOPP-problematiek, mogelijkheden tot verandering en de noodzaak tot hulp. Dit doe je aan de hand van de SIK-lijst, en eventueel specifieke screeningsinstrumenten voor emotionele problemen, gedragsproblemen en/of gezinsproblematiek.
- Gebruik voor nadere screening betrouwbare en gevalideerde instrumenten.
- Neem, als je dat nog niet gedaan had, zo nodig contact op met de huisarts. Dit kan op elk moment in het traject. Doe het wel in overleg met de ouder(s). Bespreek met de huisarts de psychische en/of verslavingsproblematiek van de ouder(s) of de hulp die de ouder(s) ontvangt/ontvangen, als hierover afspraken bestaan (in bijvoorbeeld een lokaal convenant over informatie-uitwisseling tussen beroepsgroepen).
- Maak bij een vermoeden van KOPP-problematiek niet alleen een risico-inschatting voor de aangemelde jeugdige, maar ook voor eventuele broertjes of zusjes in het gezin.
- Raadpleeg bij (vermoedens van) (echt)scheiding, kindermishandeling, huiselijk geweld, ernstige gedragsproblemen of problematische gehechtheid de daarvoor ontwikkelde richtlijnen.
- Volg bij (een vermoeden van) huiselijk geweld of kindermishandeling de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.



## Hoofdstuk 6

# Effectieve interventies voor KOPP problematiek



In dit hoofdstuk wordt de volgende uitgangsvraag beantwoord:

*Wat zijn, voor verschillende leeftijdsgroepen, effectieve preventieve interventies voor KOPP-problematiek die de jeugdhulp zelfstandig of in samenwerking met andere sectoren kan inzetten?*

## **6.1 Inleiding**

De jeugdhulp kan verschillende interventies inzetten wanneer er sprake is van KOPP-problematiek. Er zijn interventies voor het kind en/of de ouders en/of de omgeving. Deze interventies richten zich op verschillende risico- en beschermende factoren die samenhangen met KOPP-problematiek. Interventies kunnen gecombineerd worden ingezet. Zo kunnen interventies ingezet worden gericht op meerdere beschermende en/of risicofactoren en op meerdere doelgroepen (bv ouder en kind). In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van deze interventies. Het hoofdstuk start met een toelichting op de databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ) (paragraaf 6.2). In paragraaf 6.3 geven we beschrijvingen van KOPP-specifieke interventies. Hieronder verstaan we interventies die speciaal ontwikkeld zijn voor deze doelgroep. Naast KOPP-specifieke interventies is er ook een heel aantal algemene interventies die ingezet kunnen worden. Dit zijn interventies die niet speciaal voor de KOPP-doelgroep, maar voor een bredere doelgroep zijn ontwikkeld zoals sociale vaardigheidstrainingen en opvoedcursussen. Paragraaf 6.4 geeft een overzicht van deze interventies. De interventies in het overzicht zijn geselecteerd door de werkgroepleden. Verderop in deze richtlijn (H7) wordt de verbinding gelegd tussen signalering en interventiekeuze. Dan komt ook het gecombineerd inzetten van interventies uitgebreid aan de orde.

## **6.2 Databank Effectieve Jeugdinterventies**

De databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ) bevat bijna 200 programma's voor hulp bij problemen met opgroeien en opvoeden. Deze interventies zijn door een onafhankelijke erkenningscommissie erkend, en beoordeeld als 'theoretisch goed onderbouwd', 'waarschijnlijk effectief' of 'bewezen effectief'. De erkenningscommissie beoordeelt de effectiviteit van interventies op een uniforme manier en kan een erkenning afgeven in een van drie opeenvolgende categorieën:

- *Theoretisch goed onderbouwd*

Een interventie krijgt deze classificatie als deze op z'n minst goed beschreven is en als wetenschappelijk aannemelijk is gemaakt dat met die interventie het gestelde doel kan worden bereikt.

- *Waarschijnlijk effectief*

Een interventie is effectief als uit onderzoek naar voren komt dat er in de praktijk bepaalde doelen beter mee worden bereikt dan met andere interventies of met niets doen. Is er weinig onderzoek of onderzoek met beperkte bewijskracht dan is er bij positieve resultaten sprake van 'waarschijnlijk effectief'. Bijvoorbeeld: een stimuleringsprogramma om de onderwijskansen van kinderen te vergroten is waarschijnlijk effectief als een eenvoudig onderzoek aanwijzingen oplevert voor betere schoolprestaties.



- *Bewezen effectief*

Wanneer er meer onderzoek is of onderzoek met meer bewijskracht, dan komt een interventie bij positieve resultaten in aanmerking voor 'bewezen effectief'. Het is bewezen effectief als een meer geavanceerd onderzoek laat zien dat kinderen die dat stimuleringsprogramma volgen beter presteren op school dan kinderen die dat niet doen.

## 6.3 KOPP-specifieke interventies en psycho-educatie

### 6.3.1 KOPP-specifieke interventies

Tabel 6.1 geeft een overzicht van KOPP-specifieke interventies die de jeugdhulp kan inzetten. Het gaat om face-to-face interventies en online interventies. Hiernavolgend worden deze interventies één voor één uitgebreider beschreven.

De interventies die in deze paragraaf beschreven worden zijn KOPP- specifieke interventies die:

- naar voren zijn gekomen uit een search in de DEJ
- aangevuld zijn met interventies die de werkgroepleden hebben aangedragen

Per interventie is aangegeven wat erover bekend is uit onderzoek. De volgende uitgangspunten zijn hierbij gehanteerd:

- de onderzoeksresultaten zijn beschreven op basis van de informatie uit de DEJ
- voor interventies die niet opgenomen zijn in de DEJ is gekeken wat er bekend is aan onderzoek uitgevoerd in de Nederlandse context

Tabel 6.1 – Overzicht van KOPP-specifieke interventies

	<b>Naam interventie</b>	<b>Type</b>	<b>Primaire doelgroep</b>	<b>Leeftijd kind</b>	<b>Beoordeling DEJ</b>
	<b>Interventies opgenomen in DEJ</b>				
1.	Ouder-baby interventie	Face-to-face	Ouders	0-1 jaar	Waarschijnlijk effectief
2.	Voorzorg	Face-to-face	Moeders	14 wk zwanger-2 jaar	Theoretisch goed onderbouwd
3.	Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP	Face-to-face	Gezin	9-14 jaar	Theoretisch goed onderbouwd
4.	Online cursus KopOpOuders	Online	Ouders	1-18 jaar	Theoretisch goed onderbouwd
5.	Online cursus Kopstoring	Online	Kinderen	16-25 jaar	Theoretisch goed onderbouwd



	Naam interventie	Type	Primaire doelgroep	Leeftijd kind	Beoordeling DEJ
	<b>Interventies aangedragen vanuit praktijk</b>				
6.	KOPP preventieprojecten: Doe-praatgroep & Pubergroep	Face-to-face	Kinderen	8-15 jaar	- niet opgenomen - RCT in Nederlandse context
7.	PIEP zei de muis	Face-to-face	Kinderen en ouders	4-8 jaar	- niet opgenomen - voor-nameting onderzoek in Nederlandse context
8.	Bureau Basiszorg	Face-to-face	Gezin		nvt
9.	Drie gezinsgesprekken	Face-to-face	Gezin		nvt
10.	Survivalkid	Online	Kinderen	16-24 jaar	nvt

## 1. Ouder-baby of Moeder-baby interventie

### Doel:

De Ouder-baby interventie heeft tot doel het verbeteren van de interactie tussen moeder en kind en de sensitieve responsiviteit van de moeder. Uiteindelijk doel is voorkomen dat het kind op latere leeftijd psychosociale problemen ontwikkelt.

### Doelgroep:

De Ouder-baby interventie is een preventieve interventie, gericht op depressieve moeders met een jong kind (tot en met 12 maanden).

### Indicatiecriteria:

- de interventie is bedoeld voor depressieve moeders, met een baby tot en met 12 maanden. Het is geen voorwaarde dat een diagnose depressie is gesteld, maar heeft wel de voorkeur.

Bij aanmelding wordt een inschatting gemaakt of de interventie succes zal hebben, aan de hand van de volgende criteria:

- de ernst van de problemen
- medicatie
- aanwezige problemen bij het kind
- andere belastende omstandigheden (huisvesting, financiën, kans op (kinder)mishandeling, afwezigheid steunfiguren)

### Contra-indicatiecriteria:

- de moeder heeft een alcohol- of drugsverslaving
- er bestaan ernstige zorgen over kindermishandeling
- de problemen van de moeder zijn in die mate ernstig dat ze niet in staat is open te staan voor de interventie



**Inhoud:**

Het gebruik van technieken uit de videohometraining is veelal de basismethode van de interventie. Tijdens ieder huisbezoek worden opnamen van dagelijkse activiteiten gemaakt, zoals het kind in bad doen, eten geven of verschonen. Daarmee wordt in beeld gebracht welke signalen het kind laat zien en hoe de moeder daarop reageert. Bepaalde fragmenten worden specifiek besproken en gekoppeld aan oefeningen of opdrachten voor de moeder om bepaald gedrag te oefenen. Zoveel mogelijk worden vaders en belangrijke anderen in de interventie betrokken. Naast video-observaties wordt, afhankelijk van de situatie en de behoeften van de ouders, gebruik gemaakt van modelling, cognitieve herstructurering, praktische opvoedingsondersteuning en babymassage.

**Uitvoering:**

De Ouder-baby interventie wordt uitgevoerd door ggz-instellingen. Informeer bij de ggz-instelling in de regio waar deze interventie uitgevoerd wordt. De kosten van de interventie worden vergoed door de zorgverzekeraar.

**Wat toont onderzoek aan?**

In Nederland is een RCT uitgevoerd naar deze interventie. De resultaten wijzen op een significant positief effect op de kwaliteit van de moeder-kind interactie (sensitiviteit en structurerend gedrag van de moeder, responsiviteit en betrokkenheid van het kind), de kwaliteit van de moeder-kind gehechtheidsrelatie en het sociaal-emotionele functioneren van het kind (met name competentie).

**Databank effectieve jeugdinterventies**

Waarschijnlijk effectief (02/10/2009)

**Intensiteit en setting:**

De interventie bestaat uit 8 tot 10 huisbezoeken van 1 à 1½ uur.

*Conclusies*

- De Ouder-baby interventie lijkt een positief effect te bewerkstelligen op de kwaliteit van de moeder-kind interactie (sensitiviteit en structurerend gedrag van de moeder, responsiviteit en betrokkenheid van het kind), de kwaliteit van de moeder-kind gehechtheidsrelatie en het sociaal-emotionele functioneren van het kind (met name competentie).

*Aanbevelingen*

- De Ouder-baby interventie is aanbevolen in de selectieve preventie van psychosociale problematiek op latere leeftijd van de baby, het verbeteren van de interactie tussen moeder en kind en de sensitieve responsiviteit van de moeder bij depressieve moeders met een baby tot en met 12 maanden.



## 2. VoorZorg

### Doel:

Het primaire doel van het programma is het voorkomen van kindermishandeling of -verwaarlozing.

### Doelgroep:

VoorZorg is een programma voor jonge vrouwen tot 25 jaar die maximaal 28 weken zwanger zijn van hun eerste kind en weinig of geen opleiding hebben genoten. De moeders die mee kunnen doen aan Voorzorg behoren tot een zogenaamde hoogrisicogroep.

### Indicatiecriteria:

De eerste selectie geschiedt door de verloskundige, hierbij wordt gelet op de 'harde' criteria:

- maximaal 28 weken zwanger, maximaal 25 jaar, maximale opleiding VMBO-P

De tweede selectie geschiedt door een VoorZorg-verpleegkundige aan de hand van een weging van de volgende criteria:

- geen steunend sociaal netwerk / partner
- alcohol- en of drugsgebruik
- actueel gezinsgeweld of partnergeweld
- psychische problematiek: angst, depressie
- irreële opvattingen over a.s. moederschap

Verder zijn er voorwaardelijke criteria:

- moeder kan voldoende in het Nederlands communiceren om de inhoud te begrijpen;
- moeder lijkt de insteek van het programma te begrijpen;
- moeder heeft geen verhuisplannen buiten de regio binnen twee jaar;
- moeder is bereid om aan dit (in principe gehele) programma mee te doen.

### Contra- indicatiecriteria:

- zware psychiatrische problematiek of aparte psychoses;
- zware drugs- en of alcoholverslaving.

### Intensiteit en setting:

Het programma start als de aanstaande moeder 14-28 weken zwanger is en eindigt als het kind de leeftijd van 2 jaar bereikt. In totaal zijn er 60 huisbezoeken van elk één à anderhalf uur.

### Inhoud:

In de huisbezoeken wordt opvoedingsondersteuning gegeven in combinatie met gezondheidsvoorlichting, vaardigheidsinstructie en persoonlijke begeleiding, waarbij gestreefd wordt naar positieve verandering van de risicofactoren. Tijdens de huisbezoeken werken de verpleegkundigen met de moeders aan zes onderwerpen: de gezondheid van de moeder, de gezondheid en veiligheid van het kind, de persoonlijke ontwikkeling van de moeder, de rol van de moeder als opvoeder van haar kind, de relatie van de moeder met familie en vrienden en het gebruik van gemeenschapsvoorzieningen door de moeder.

### Uitvoering:

Voorzorg wordt uitgevoerd door verpleegkundigen van verschillende consultatiebureaus in Nederland. Informeer bij consultatiebureaus bij u in de regio waar VoorZorg wordt uitgevoerd.

### Wat toont onderzoek aan?

Er is nog geen effectonderzoek afgerond naar Voorzorg in de Nederlandse context. Zodoende is er geen direct bewijs voor de effectiviteit van deze interventie. Voorzorg is gebaseerd op het Amerikaanse Nurse Family Partnership (NPF). In het buitenland is NPF onderzocht in





drie RCT's. Er is een afname gebleken van kindermishandeling en verwaarlozing tijdens de eerste twee levensjaren. Verder zijn er positieve lange-termijn-effecten op diverse andere ontwikkelingsgebieden zoals minder gebruik van alcohol en drugs, minder contact met justitie en minder afhankelijkheid van uitkeringen. Er zijn twee meta-analyses, waaruit blijkt dat NFP in vergelijking met andere home visitation-programma's veel effect heeft.

**Lopend onderzoek:**

In 2013 wordt een gecontroleerde effectstudie naar VoorZorg afgerond. De voorlopige resultaten wijzen op een positief effect.

**Databank effectieve jeugdinterventies:**

Theoretisch goed onderbouwd (06/06/2006)

*Conclusies*

- Er is nog geen effectonderzoek afgerond naar Voorzorg in de Nederlandse context. Uit Amerikaans onderzoek naar Nurse Family Partnership (NPF), gebaseerd op drie RCT's, blijkt dat Voorzorg leidt tot een afname van kindermishandeling en verwaarlozing tijdens de eerste twee levensjaren. In 2 meta-analyses zijn er positieve lange-termijn-effecten op diverse ontwikkelingsgebieden aangetoond.

*Aanbevelingen*

- Het programma Voorzorg is aanbevolen bij jonge, aanstaande moeders die bij aanvang niet langer dan 28 weken zwanger zijn, indien een verhoogd risico bij het kind bestaat op kindermishandeling of -verwaarlozing.

### 3. Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP/Gezinsinterventie Beardslee

**Doel:**

Centraal doel van de interventie is voorkomen dat kinderen van ouders met psychische problemen zelf problemen ontwikkelen. Dit doel wordt bereikt door het stimuleren van de communicatie binnen het gezin en het versterken van de veerkracht van de kinderen.

**Doelgroep:**

De interventie is bedoeld voor gezinnen met ten minste één kind van 9 tot 14 jaar waarin een of beide ouders een psychische stoornis heeft.

**Indicatiecriteria**

- één of beide ouders heeft een psychiatrische stoornis

**Contra indicatiecriteria**

- het gezin mag niet in een crisissituatie zitten

**Intensiteit en setting:**

De interventie bestaat uit zes tot acht bijeenkomsten waarvan een aantal met de ouders, één met kind(eren) en een aantal met het hele gezin. De bijeenkomsten vinden plaats bij de ouders thuis of in de spreekkamer.



**Inhoud:**

Kern van de gezinsbehandeling is het op gang brengen van de communicatie binnen het gezin en te komen tot gezamenlijke afspraken in het gezin en wel op zo'n manier dat de gezinsleden zelf in staat zijn gesprekken te voeren over wat er aan de hand is. Er worden verschillende strategieën gebruikt om de gezinnen te helpen: het geven van informatie over depressie, angst- en bipolaire stoornissen, het screenen van alle gezinsleden en het verwijzen naar andere hulpverleningsinstanties indien nodig; het ondersteunen bij het ontwikkelen van toekomstplannen en het leggen van verbanden tussen kennis/informatie over angst- en stemmingsstoornissen en de unieke levenservaring van het gezin.

**Uitvoering:**

De cursus wordt uitgevoerd door ggz- en verslavingszorginstellingen.

**Wat toont onderzoek aan?**

In Nederland is geen effectonderzoek gedaan naar de Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP. Zodoende is er geen direct bewijs voor de effectiviteit van deze interventie. In het buitenland is deze interventie uitgebreid onderzocht door Beardslee et al. (1997) in een RCT. Uit deze studie blijkt dat het algeheel functioneren van kinderen en het begrip dat zij hebben voor de stoornis van hun ouder op lange termijn verbeteren. Ook verbeterde de communicatie tussen ouder en kind en toonden ouders meer begrip voor de ervaring van de kinderen.

**Databank effectieve jeugdinterventies:**

Theoretisch goed onderbouwd (12/02/2009)

*Conclusies*

- In Nederland is geen effectonderzoek gedaan naar de Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP. Een buitenlandse RCT geeft indirecte aanwijzingen dat het algeheel functioneren van kinderen en het begrip dat zij hebben voor de stoornis van hun ouder op lange termijn verbeteren. Ook zijn er aanwijzingen dat de communicatie tussen ouder en kind verbetert en ouders meer begrip tonen voor de ervaring van de kinderen.

*Aanbevelingen*

- De Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP is aanbevolen bij gezinnen met ten minste één kind van 9 tot 14 jaar waarin een of beide ouders een psychische stoornis heeft, met als doel het voorkomen dat de kinderen zelf problemen ontwikkelen door het stimuleren van de communicatie binnen het gezin en het versterken van de veerkracht van de kinderen.



## 4. Online cursus KopOpOuders

### Doel:

De online cursus KopOpOuders is gericht op het bevorderen van het psychosociaal welbevinden van de kinderen door vergroting van de opvoedcompetentie van de ouders.

### Doelgroep:

KopOpOuders is een online chatcursus voor ouders en partners van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen met minimaal één kind in de leeftijd van 1-18 jaar. De problematiek van de ouders kan variëren van licht tot ernstig en gaat soms samen met problemen op sociaal, relationeel of werkgebied (multi-problemsituaties). De cursus is bedoeld voor ouders die om diverse redenen (bv. stap naar hulpverlening is te groot of de reguliere live groep is te belastend) liever niet deel willen of kunnen nemen aan de face-to-face groep of die met het huidige aanbod nog onvoldoende worden bereikt.

### Indicatiecriteria:

De ouder moet voldoen aan de volgende selectiecriteria:

- ouder heeft psychische en/of verslavingsproblemen (kan variëren van licht tot ernstig), minimaal één kind in de leeftijd van 1-18 jaar en heeft een vraag op het gebied van opvoedingsondersteuning
- de ouder heeft een ouderschapstaak, dit staat los van voogdij of waar de kinderen wonen
- voldoende motivatie voor deelname en het maken van huiswerk
- voldoende beheersing van de Nederlandse taal
- in staat zijn te functioneren in een chatbox, dit wil zeggen: kunnen typen, actief participeren, maar ook kunnen 'luisteren' naar anderen

### Contra-indicatiecriteria:

- een acute crisissituatie waardoor de ouder zich niet kan concentreren op de cursus
- kinderen zijn langdurig uit huis geplaatst met een maatregel van de Raad voor de Kinderbescherming
- bij de kinderen speelt ernstige persoonlijkheids-, of gedragsproblematiek
- ouder beheerst de Nederlandse taal niet voldoende om een schriftelijke cursus te volgen

### Intensiteit en setting:

De cursus bestaat uit acht wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur in een gesloten en beveiligde chatbox. Ouders volgen de cursus vanuit hun eigen huis of dat van een familielid of vriend.

### Inhoud:

In de chatcursus leren ouders over de effecten van hun eigen problematiek op hun opvoedgedrag en hun kinderen, krijgen ouders opvoedvaardigheden aangereikt en maken ze hun eigen stappenplan voor moeilijke momenten in het gezin. Communicatie met de kinderen is een belangrijk onderdeel van de cursus. Ouders leren hoe ze op een positieve manier met hun kind kunnen communiceren.

### Uitvoering:

De cursus wordt uitgevoerd door ggz- en verslavingszorginstellingen. Op de websites van deze instellingen is informatie te vinden over beschikbaarheid en startdata van de cursus.

### Aanmelden:

Ouders kunnen zich via de website [www.kopopouders.nl](http://www.kopopouders.nl) opgeven voor de online cursus.



### **Wat toont onderzoek aan?**

In Nederland is aan de hand van een voor- en nameting, onderzoek uitgevoerd naar veranderingen die wijzen op mogelijke effecten van KopOpOuders Online. Dit onderzoek laat gunstige veranderingen zien. Uit dit onderzoek blijkt dat ouders na afronding van de cursus minder permissief opvoedgedrag tonen en minder 'overreageren' als reactie op gedragingen van hun kind. Ook voelden ouders zich minder incompetent en meer competente opvoeders en is probleemgedrag van het kind afgenomen.

### **Databank effectieve jeugdinterventies:**

Theoretisch goed onderbouwd (19/02/2010)

#### *Conclusies*

- Evaluatieonderzoek met voor- en nameting laat veelbelovende resultaten zien: de opvoedcompetentie neemt toe en bepaald probleemgedrag van kinderen neemt af.

#### *Aanbevelingen*

- De online groepscursus KopOpOuders is aanbevolen voor ouders met psychische en/of verslavingsproblemen die problemen of vragen hebben omtrent opvoeding en gemotiveerd zijn te werken aan de opvoedcompetentie van zichzelf en de eventuele partner. Het uiteindelijke doel van de interventie is het bevorderen van het psychosociaal welbevinden van het kind/de kinderen. Het aanbod is geschikt voor ouders met minimaal één kind in de leeftijd van 1-18 jaar.

## **5. Online cursus Kopstoring**

### **Doel:**

Kopstoring heeft tot doel te voorkomen dat deze jongeren zelf psychische problemen ontwikkelen als gevolg van de situatie waarin zij opgroeien.

### **Doelgroep:**

Kopstoring is een preventieve online chatcursus voor jongeren van 16-25 jaar waarvan één of beide ouders psychische en/of verslavingsproblemen hebben. Kopstoring is er voor jongeren die om diverse redenen (bv. stap naar hulpverlening is te groot of de reguliere live groep is te belastend) liever niet deel willen of kunnen nemen aan het live aanbod of die met het huidige aanbod nog onvoldoende worden bereikt.

### **Indicatiecriteria:**

Naast het hebben van ten minste één ouder met psychische of verslavingsproblemen en een leeftijd tussen 16-25 jaar, voldoet de jongere aan één (of meer) van de volgende criteria.

De jongere:

- wordt onvoldoende ondersteund door anderen dan de ouders, zoals leeftijdsgenoten en docenten
- kan onvoldoende gevoelens uiten
- kan onvoldoende om aandacht, informatie of hulp vragen
- kan onvoldoende grenzen stellen
- weet niet om te gaan met (negatieve) reacties uit omgeving
- heeft weinig (vrije) tijd voor zichzelf
- heeft schuld- of schaamtegevoelens
- heeft een negatief zelfbeeld
- heeft sterke verantwoordelijkheidsgevoelens



Daarnaast moet de jongere:

- voldoende motivatie hebben voor deelname en maken van huiswerk
- voldoende de Nederlandse taal beheersen (schriftelijk)
- in staat zijn te functioneren in een chatbox, dit wil zeggen: kunnen typen, actief participeren, maar ook kunnen 'luisteren' naar anderen.

**Contra-indicatiecriteria:**

- ernstige gedrags- en/of emotionele problemen

**Intensiteit en setting:**

De cursus bestaat uit acht wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur in een gesloten en beveiligde chatbox. Jongeren volgen de cursus vanuit hun eigen huis of dat van een familielid of vriend.

**Inhoud:**

Tijdens de chatbijeenkomsten krijgen de deelnemers informatie over de ziekte van hun ouders, leren ze met verschillende werkvormen bijv. negatieve gedachten en denkpatronen om te buigen in positieve manieren van denken, leren ze hun gevoelens te uiten en te benoemen, krijgen ze sociale steun van de deelnemers en begeleider en leren ze hun sociale netwerk in kaart te brengen en dit actief in te schakelen op moeilijke momenten.

**Uitvoering:**

De cursus wordt uitgevoerd door getrainde ggz- en verslavingszorginstellingen.

**Aanmelden:**

Jongeren kunnen zich aanmelden voor de cursus via de website [www.kopstoring.nl](http://www.kopstoring.nl)

**Wat toont onderzoek aan?**

In Nederland is aan de hand van een voor- en nameting, onderzoek uitgevoerd naar veranderingen die wijzen op mogelijke effecten van Kopstoring. Dit onderzoek laat gunstige veranderingen zien als het gaat om de band tussen de jongere en de ouder met problematiek, de omgang met het gedrag van de ouder met problematiek, de zelfwaardering en toekomstbeeld van de jongere. Ook komt naar voren dat parentificatie afneemt, jongeren minder de problematiek van hun ouder verborgen houden voor anderen en minder negatieve gevoelens hebben over de thuissituatie.

**Lopend onderzoek**

In 2015 wordt een gecontroleerde kosten-effectstudie naar Kopstoring afgerond.

**Databank effectieve jeugdinterventies**

Theoretisch goed onderbouwd (09/12/2011).

*Conclusies*

- Er zijn aanwijzingen dat de online cursus Kopstoring gunstige veranderingen bewerkstelligt op de band tussen de jongere en de ouder met problematiek, de omgang met het gedrag van de ouder met problematiek, de zelfwaardering en toekomstbeeld van de jongere. Ook komt naar voren dat parentificatie afneemt, jongeren minder de problematiek van hun ouder verborgen houden voor anderen en minder negatieve gevoelens hebben over de thuissituatie.

*Aanbevelingen*

- De interventie Kopstoring is aanbevolen bij jongeren in de leeftijd van 16-25 jaar met ten minste één ouder met psychische of verslavingsproblemen, met als doel te voorkomen dat deze jongeren zelf psychische problemen ontwikkelen als gevolg van de situatie waarin zij opgroeien.



## 6. KOPP-preventieprojecten: Doe-praatgroep & Pubergroep

### Doel:

Hoofddoelstelling van de KOPP-preventieprojecten is een bijdrage te leveren aan het voorkomen van psychische problemen bij kinderen die kunnen ontstaan als gevolg van psychiatrische of verslavingsproblemen van een of beide ouders.

### Doelgroep:

De KOPP-preventieprojecten bestaan uit gespreksgroepen voor kinderen van 8-12 jaar (Doe-praatgroep) en voor pubers van 13-15 jaar (Pubergroep) waarvan een of beide ouders een psychische stoornis of een verslavingsprobleem heeft.

### Indicatiecriteria:

Naast het hebben van ten minste één ouder met psychische of verslavingsproblemen en een leeftijd tussen 8-15 jaar, voldoet de jongere aan één (of meer) van de volgende criteria. De jongere:

- wordt onvoldoende ondersteund door anderen dan de ouders, zoals leeftijdsgenoten en docenten
- kan onvoldoende gevoelens uiten
- kan onvoldoende om aandacht, informatie of hulp vragen
- kan onvoldoende grenzen stellen
- weet niet om te gaan met (negatieve) reacties uit omgeving
- heeft weinig (vrije) tijd voor zichzelf
- heeft schuld- of schaamtegevoelens
- heeft een negatief zelfbeeld
- heeft sterke verantwoordelijkheidsgevoelens

### Contra-indicatiecriteria:

- ernstige gedrags- en/of emotionele problemen

### Intensiteit en setting

De gespreksgroepen bestaan uit acht bijeenkomsten van anderhalf uur. De gespreksgroepen worden gegeven op locatie bij de instelling of een locatie buiten de instelling, zoals een buurthuis.

### Inhoud:

In de ondersteuningsgroepen wordt gebruik gemaakt van een afwisseling tussen inspannende en ontspannende werkvormen, waarbij aangesloten wordt bij de leeftijd van de deelnemers. In de Doe- praatgroep en de Pubergroep praten kinderen/jongeren met elkaar over hun situatie. Onderwerpen die aan bod komen zijn onder meer: ziekte/verslaving van de ouder, het bespreekbaar maken van de problemen van de ouder, het herkennen en uiten van gevoelens, omgaan met de problemen van de ouder, omgaan met schaamte en schuldgevoelens en een sociaal netwerk opbouwen en uitbreiden.

### Uitvoering:

De cursus wordt uitgevoerd door ggz- en verslavingszorginstellingen. Informeer bij de ggz- of verslavingszorg instelling in de regio waar deze interventie uitgevoerd wordt.

### Wat toont onderzoek aan?

In Nederland is RCT uitgevoerd naar de effectiviteit van de Doe-praatgroep. Uit dit onderzoek blijkt dat bij kinderen die mee hebben gedaan aan de Doe-praatgroep de negatieve cognities in hogere mate zijn afgenomen en dat zij meer sociale steun zochten in vergelijking kinderen uit de controlegroep, die de interventie niet volgden. Daarnaast bleven hun gevoelens van sociale acceptatie stabiel, terwijl die bij kinderen in de controlegroep afnamen.



### Conclusies

- De Doe-praatgroep heeft een positief effect op negatieve cognities en het zoeken van sociale steun. Gevoelens van sociale acceptatie blijven stabiel, terwijl die bij kinderen in de controlegroep afnamen. Er is geen effectonderzoek gedaan naar de Pubergroep in de Nederlandse context.

### Overige overwegingen

- De Doe-praatgroep is niet opgenomen in de DEJ. Er is wel een RCT uitgevoerd naar deze interventie, waaruit positieve effecten blijken.

### Aanbevelingen

- De Doe-praatgroep is aanbevolen bij kinderen in de leeftijd van 8-12 met ten minste één ouder met psychische en/of verslavingsproblemen, met als doel een bijdrage te leveren aan het voorkomen van psychische problemen bij deze kinderen.

## 7. PIEP zei de muis

### Doel:

Het doel van PIEP zei de muis is om een bijdrage te leveren aan het voorkomen van ernstige psychische problemen bij kinderen van 4-8 jaar als gevolg van psychosociale, psychische of verslavingsproblemen van een of beide ouders.

### Doelgroep:

PIEP zei de muis is geschikt voor kinderen tussen de vier en acht jaar, die opgroeien in een gezin in een prioriteits- of achterstandswijk waarin ten minste één ouder met psychische problemen en/ of verslavingsproblemen of andere psychosociale problemen kampt.

### Indicatiecriteria

- bij één of beide ouders is sprake of vermoeden van psychische problemen en/of verslavingsproblemen
- dit geeft in het gezin al langere tijd spanningen en stress
- het kind is tussen de 4 – 8 jaar oud en woont in de wijk waar de interventie wordt uitgevoerd
- het kind kan in een groep functioneren
- het is wenselijk dat beide ouders toestemming geven voor deelname van het kind

### Contra indicatiecriteria

- het gezin mag niet in een crisissituatie zitten

### Intensiteit en setting:

PIEP zei de muis is een interventie voor zowel kinderen als ouders. Het programma bestaat uit 15 kinderbijeenkomsten en 5 ouderbijeenkomsten. De bijeenkomsten worden in de eigen wijk gehouden op een locatie buiten de ggz-instelling, zoals een buurthuis of een brede school.

### Inhoud:

De interventie bestaat uit een kinderclub van 15 bijeenkomsten waarin door middel van speelse werkvormen aandacht wordt besteed aan het stimuleren van de kinderen sociale steun te zoeken, het omgaan met gevoelens, vaardigheden om met de thuissituatie om te gaan, het zelfbeeld en ontspanning. De ouderbijeenkomsten zijn gericht op het versterken van de opvoedingsvaardigheden.



Daarnaast is er voor ouders 'Steun op maat' (individuele gesprekken); deze steun heeft niet alleen betrekking op opvoedingsvragen maar ook praktische vragen om ondersteuning van de ouder zelf. Hiervoor is een aparte functionaris: de gezinsbegeleidster.

#### **Uitvoering:**

De cursus wordt uitgevoerd door ggz- en verslavingszorginstellingen. Informeer bij de ggz- of verslavingszorg instelling in de regio waar deze interventie uitgevoerd wordt.

#### **Wat toont onderzoek aan?**

In Nederland is aan de hand van een voormeting, nameting en follow-up meting onderzoek uitgevoerd naar veranderingen die wijzen op mogelijke effecten van PIEP zei de muis. Dit onderzoek laat gunstige veranderingen zien als het gaat om gedrag van het kind en gezinsfunctioneren.

#### *Conclusies*

- Er zijn aanwijzingen dat PIEP zei de muis gunstige veranderingen bewerkstelligt op het gedrag van het kind en het functioneren van het gezin.

#### *Overige overwegingen*

- PIEP zei de muis is niet opgenomen in de DEJ. Er is wel een voor- en nameting onderzoek uitgevoerd, welke gunstige veranderingen laat zien als het gaat om gedrag van het kind en gezinsfunctioneren.

#### *Aanbevelingen*

- De interventie PIEP zei de muis is aanbevolen voor kinderen tussen de vier en acht jaar, die opgroeien in een gezin in een prioriteits- of achterstandswijk waarin ten minste één ouder met psychische problemen en/of verslavingsproblemen of andere psychosociale problemen kampt, met als doel te voorkomen dat deze kinderen zelf psychische problemen ontwikkelen.

### **6.3.2 Psycho-educatie**

Psycho-educatie vormt een eerste stap in de aanpak van KOPP-problematiek. Er zijn verschillende materialen en (interactieve) websites met informatie en adviezen voor kinderen, ouders en hulpverleners. Hieronder volgt een overzicht en korte beschrijving van materialen en websites. Deze materialen en website zijn door de werkgroep geselecteerd op basis van geschiktheid.

*Tabel 6.2 - Overzicht van interactieve websites en voorlichtingsmateriaal*

	<b>Materialen en websites</b>	<b>Primaire doelgroep</b>	<b>Leeftijd kind</b>
1.	<a href="http://www.drankjewel.nl">www.drankjewel.nl</a>	Kinderen	12+
2.	<a href="http://www.survivalkid.nl">www.survivalkid.nl</a>	Kinderen	16-24 jaar
3.	<a href="http://www.kopstoring.nl">www.kopstoring.nl</a>	Kinderen	16-25 jaar
4.	<a href="http://www.kopopouders.nl">www.kopopouders.nl</a>	Ouders	0-18 jaar
5.	Kipizivero: voorlichtingsserie over en voor KOPP (8- delig).	Kinderen, ouders, hulpverleners	0-18 jaar





## 1. [www.drankjewel.nl](http://www.drankjewel.nl)

### **Doel:**

Drankjewel.nl heeft tot doel (volwassen) kinderen van ouders met een alcoholprobleem te ondersteunen.

### **Doelgroep:**

De doelgroep van Drankjewel zijn jongeren en volwassenen die een ouder met alcoholproblemen hebben of hebben gehad.

### **Inhoud:**

Drankjewel.nl is een voorlichtingssite en biedt informatie, verhalen van anderen, antwoord op veelgestelde vragen en leestips. Bezoekers van de website kunnen ook meepraten op het forum, chatten met een deskundige of vragen stellen per e-mail. Een deel van de website is gericht op jongeren (12-18 jaar) een ander deel van de website op volwassen kinderen (18+) van ouders met alcoholproblemen.

### **Toegang tot de website:**

Iedereen kan de website bezoeken, je hoeft je niet aan te melden.

## 2. [www.survivalkid.nl](http://www.survivalkid.nl)

### **Doel:**

Het doel van survivalkid.nl is informatie en steun te bieden aan jongeren waarvan de ouders psychische en/of verslavingsproblemen hebben. Het uiteindelijke doel is een bijdrage leveren aan het voorkomen van psychische problemen die kunnen ontstaan door de situatie waarin de jongeren opgroeien.

### **Doelgroep:**

Survival Kid is een besloten website voor (Drentse) jongeren van 16–24 jaar waarvan een gezinslid een psychisch of verslavingsprobleem heeft.

### **Inhoud:**

Jongeren vinden op de besloten site informatie over psychische ziekten en verslaving, verhalen van andere jongeren, blogs, testjes, oefeningen, stellingen en polls. Ze kunnen chatten met leeftijdgenoten die in een vergelijkbare situatie zitten. Ook kunnen ze vragen stellen aan een coach. De veiligheid staat voorop; de chatroom is bewaakt en de deelnemers blijven anoniem.

### **Toegang tot de website:**

Voor toegang tot het besloten deel van de site dien je je aan te melden. Hier zijn geen kosten aan verbonden.



### 3. [www.kopstoring.nl](http://www.kopstoring.nl)

**Doel:**

Het doel kopstoring.nl is informatie en steun te bieden aan jongeren waarvan de ouders psychische en/of verslavingsproblemen hebben. Het uiteindelijke doel is een bijdrage leveren aan het voorkomen van psychische problemen die kunnen ontstaan door de situatie waarin de jongeren opgroeien.

**Doelgroep:**

Kopstoring.nl is een website voor jongeren van 13–25 jaar die een ouder hebben met psychische problemen of een verslaving.

**Inhoud:**

Op deze website staat informatie voor, over en door jongeren die ouders met psychische of verslavingsproblemen hebben. Jongeren kunnen via de website een groepscursus in een chatbox volgen met andere jongeren en een hulpverlener, hun vragen per e-mail stellen aan een deskundige, verhalen van andere jongeren lezen hun eigen verhaal met anderen delen, informatie over psychische en verslavingsstoornissen lezen en hulp zoeken.

**Toegang tot de website:**

Iedereen kan de website bezoeken. Alleen voor de online groepscursus Kopstoring dien je je aan te melden. Hier zijn geen kosten aan verbonden.

### 4. [www.kopopouders.nl](http://www.kopopouders.nl)

**Doel:**

Het doel van KopOpOuders.nl is informatie en steun te bieden aan ouders met psychische en/of verslavingsproblemen om op deze manier hun opvoedcompetentie en welbevinden te vergroten. Het uiteindelijke doel is een bijdrage te leveren aan het voorkomen van psychische problemen bij de kinderen die kunnen ontstaan door de situatie waarin ze opgroeien.

**Doelgroep:**

KopOpOuders.nl is een website voor ouders met psychische problemen of een verslaving met kinderen in de leeftijd van 0-18 jaar.

**Inhoud:**

KopOpOuders.nl geeft informatie en tips over hoe ouders de ouderrol zo goed mogelijk invullen, wanneer zij psychische of verslavingsproblemen hebben. De website bevat ook ervaringsverhalen van ouders en er kan gereageerd worden op de ervaringen. Daarnaast kunnen ouders via deze website anoniem een begeleide online groepscursus volgen voor opvoedondersteuning, een online zelfhulp cursus volgen met minimale begeleiding (recent ontwikkeld) en advies krijgen over opvoeding via de e-mailservice.

**Toegang tot de website:**

Iedereen kan de website bezoeken. Alleen voor de online groepscursus KopOpOuders en voor de online Zelfhulp met minimale begeleiding dien je je aan te melden via de website. Hier zijn geen kosten aan verbonden.



## 5. Kipizivero voorlichtingsserie over en voor KOPP (8- delig)

Kipizivero bestaat uit voorlichtingsmaterialen (brochures, kaarten, posters) voor en over KOPP/KVO kinderen van alle leeftijden en hun ouders. Daarnaast biedt de brochurereeks informatie voor professionals die veel met kinderen werken en tips voor de behandelaars van de ouders. De voorlichtingsmaterialen kunnen ondersteunend zijn in gesprekken met ouders en kinderen. De materialen zijn ontwikkeld in het kader van de campagne 'Praten helpt' gestart in 2004, een landelijke voorlichtingscampagne die extra aandacht geeft aan de problematiek van kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen.

### Verkrijgbaarheid

De voorlichtingsmaterialen zijn te bestellen in de webwinkel van het Trimbos-instituut: [www.trimbos.nl/webwinkel](http://www.trimbos.nl/webwinkel) > zoek op 'kipizivero'.

### Conclusies

- Psycho-educatie vormt een belangrijke stap in de aanpak van KOPP-problematiek.
- Er zijn verschillende materialen en (interactieve) websites specifiek gericht op KOPP, met informatie en adviezen voor kinderen, ouders en hulpverleners.

### Aanbevelingen

- Het is aanbevolen in de aanpak van KOPP-problematiek psycho-educatie in te zetten. De volgende materialen en (interactieve) website worden aanbevolen:
  - [www.drankjewel.nl](http://www.drankjewel.nl)
  - [www.survivalkid.nl](http://www.survivalkid.nl)
  - [www.kopstoring.nl](http://www.kopstoring.nl)
  - [www.kopopouders.nl](http://www.kopopouders.nl)
- Kipizivero: voorlichtingsserie over en voor KOPP (8- delig)

## 6.4 Algemene interventies

In tabel 6.3 is een overzicht opgenomen van algemene interventies die de jeugdhulp kan inzetten wanneer er sprake is van KOPP-problematiek. De interventies zijn ingedeeld naar interventies die zich met name richten op het versterken van opvoedvaardigheden en de ouder-kind interactie, het zelfvertrouwen, copingvaardigheden en sociale redzaamheid van het kind en het versterken van het netwerk van het gezin. Dit overzicht is tot stand gekomen op basis van interventies die door de werkgroepleden zijn aangedragen. De volgende werkwijze is aangehouden:

- voor elke interventie is nagegaan of en zo ja hoe deze beoordeeld is door de DEJ
- voor interventies die niet opgenomen zijn in de DEJ is nagegaan wat er bekend is aan onderzoek uitgevoerd in de Nederlandse context

Uitgebreidere informatie over deze interventies kunt u vinden op de website van het Nederlands Jeugdinstituut.



Tabel 6.3 - Algemene interventies

Naam interventie	Primaire doelgroep	Leeftijd kind	Beoordeling DEJ	Meer informatie
<b>Versterken opvoedvaardigheden en ouder-kind interactie</b>				
Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)	Ouders en kinderen	2-7 jaar	Theoretisch goed onderbouwd	Website Nji
Kortdurende Video-hometraining (K-VHT)	Ouders	0-4 jaar	Theoretisch goed onderbouwd	Website Nji
Triple P	Ouders	0-16 jaar	Theoretisch goed onderbouwd	Website Nji
Incredible Years	Ouders	3-6 jaar	Bewezen effectief	Website Nji
Parent Management Training Oregon (PMTO)	Ouders	4-12 jaar	Theoretisch goed onderbouwd	Website Nji
Video-home training (VHT)	Ouders	4-12 jaar	- niet opgenomen - geen onderzoek bekend in Nederlandse context	Website Nji
Home-start	Ouders	0-7 jaar	Theoretisch goed onderbouwd*	Website Nji
<b>Versterken zelfvertrouwen, copingvaardigheden en sociale redzaamheid van het kind</b>				
Rots en water	Jeugdigen	9-18 jaar	Theoretisch goed onderbouwd	Website Nji
<i>Bij disfunctionele gezinspatronen en gedragsproblemen (waaronder antisociaal en overmatig druggebruik)</i>				
Multisysteem Therapie (MST)	Jeugdigen	12-18 jaar	Theoretisch goed onderbouwd	Website Nji
Multidimensionele familie therapie (MDFT)	Jeugdigen	12-19 jaar	Theoretisch goed onderbouwd	Website Nji
Functionele gezinstherapie (FFT)	Jeugdigen	11-18 jaar	Theoretisch goed onderbouwd	Website Nji
Move2Learn	Jeugdigen	12-18 jaar	- niet opgenomen - geen onderzoek bekend in Nederlandse context	Website Nji
<b>Versterken netwerk</b>				
Eigen-kracht conferentie	Gezin	0-23 jaar	- niet opgenomen - quasi-experimenteel onderzoek**	Website Nji
Signs of Safety	Gezin	0-23 jaar	- niet opgenomen - geen onderzoek bekend in Nederlandse context	Website Nji



*\* In Nederland zijn meerdere onderzoeken en meerdere vormen van onderzoek naar Home-Start verricht waaruit positieve resultaten naar voren kwamen. In 2013 wordt een gecontroleerde effectstudie afgerond.*

*\*\* Uit Nederlands, quasi-experimenteel onderzoek naar Eigen-kracht conferenties voor gezinnen die problemen ervaren in de ontwikkeling en/of opvoeding van hun kind, blijkt dat de veiligheid van kinderen in het gezin verbetert nadat het gezin samen met zijn sociale netwerk een plan heeft bedacht om de problemen te verbeteren. Ook nemen de sociale steun en de eigen regie van het gezin toe.*

## **6.5 Uitvoering van interventies en financiering**

Met de transitie van de zorg voor jeugd naar de gemeente, die gepaard gaat met bezuinigingen, kan het voorkomen dat in de ene gemeente bepaalde interventies wel worden uitgevoerd en in de andere gemeente niet en ook dat het aanbod en de kosten van interventies binnen gemeenten per jaar kunnen verschillen. Bovendien kan het voorkomen dat aanbevolen interventies helemaal niet beschikbaar zijn. Voor actuele informatie over de kosten van deze interventies kunt u kijken op de website van de uitvoerende instelling of informeren bij de betreffende instelling zelf.

## **6.6 Algemene aanbevelingen**

- Maak bij voorkeur gebruik van interventies die:
- minimaal als 'theoretisch goed onderbouwd' zijn opgenomen in de databank effectieve jeugdinterventies

of

- interventies die niet opgenomen zijn in de DEJ, maar waarvan op basis van onderzoek bekend is dat zij gunstige veranderingen (voor-nameting onderzoek) of effecten (RCT) bewerkstelligen.
- Overweeg bij de interventiekeuze niet alleen KOPP-specifieke maar ook algemene interventies.
- Het is aanbevolen bij het maken van keuzes voor preventie en pedagogische interventies bij
- KOPP rekening te houden met indicatie- en contra-indicatiecriteria.
- Het is aanbevolen in om bij de interventiekeuze rekening te houden met beschikbaarheid van de interventie en eventuele kosten.





## Hoofdstuk 7

# Keuzes maken en handelen: Het beslismodel



In dit hoofdstuk wordt de volgende uitgangsvraag beantwoord:

*Hoe kunnen hulpverleners beschermende factoren voor het KOPP-kind versterken in de behandeling, begeleiding of preventief?*

## 7.1 Inleiding

Hoe meer risicofactoren en hoe minder beschermende factoren aanwezig zijn in het leven van het KOPP-kind, hoe meer risico het loopt op de ontwikkeling van psychische en gedragsproblemen.

De beïnvloedbare risico- en beschermende factoren vormen aangrijpingspunten van preventieve interventies en kunnen ook in de behandeling en begeleiding van KOPP-kinderen leidend zijn. (Goossens et al., 2012):

- spreek met de ouder(s) over de invloed van psychische en/of verslavingsproblemen van ouders op kinderen;
- motiveer (een) zorgmijdende ouder(s) om hulp te zoeken voor de psychische en/of verslavingsproblemen, en leid de ouder(s) naar deze hulp toe;
- reduceer stress, angst en depressieve gevoelens tijdens de zwangerschap;
- informeer de jeugdige, afgestemd op zijn/haar leeftijd en in overleg met de ouder(s), over de problemen van de ouder(s);
- vergroot het zelfvertrouwen, de copingvaardigheden en de sociale redzaamheid van de jeugdige;
- ondersteun de gezonde ouder (als die er is) in diens ouderrol;
- versterk de gezonde kanten van de ouder(s) met psychische en/of verslavingsproblemen;
- versterk de opvoedingsvaardigheden van de ouder(s);

help het gezin een steunend netwerk of een vertrouwenspersoon te vinden.

Andere te beïnvloeden (risico)factoren die in hoofdstuk 3 en 4 aan de orde zijn gekomen, zijn onder meer kindermishandeling, huiselijk geweld, problematische gehechtheid en ernstige gedragsproblemen.

Daartoe kunnen de volgende richtlijnen worden geraadpleegd:

- *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Vink et al., concept in ontwikkeling), bij (een vermoeden van) kindermishandeling in de vorm van verwaarlozing, lichamelijke, psychische en/of seksuele mishandeling. Eventueel kunnen CARE-NL (Child Abuse Risk Evaluation, Nederlandse vertaling) of LIRIK-JZ (Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid - Jeugdzorg) worden ingezet, maar de validiteit en betrouwbaarheid van deze instrumenten zijn onbekend;
- *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Wolff et al., 2014), bij (een vermoeden van) problematische gehechtheid;
- *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Lange et al., 2013), bij (een vermoeden van) ernstige gedragsproblemen;
- *Richtlijn Scheiding en problemen van jeugdigen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Anthonijsz, Spruijt & Zwikker, 2015), bij kinderen van gescheiden ouders of ouders in een (echt)scheiding.





Bij (een vermoeden van) huiselijk geweld dient de *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* gevolgd te worden.

In hoofdstuk 5 is in kaart gebracht hoe de ernst van de KOPP-problematiek vastgesteld kan worden en in hoofdstuk 6 zijn geschikte interventies geïnventariseerd voor KOPP-kinderen, de ouders en de omgeving. In dit hoofdstuk worden beide geïntegreerd in een stappenplan of handelingsschema voor jeugdprofessionals. Daarbij staat de vraag centraal 'Hoe kunnen hulpverleners de beschermende factoren voor het KOPP-kind versterken in de behandeling, begeleiding of ter preventie?'.

## **7.2 Wetenschappelijke onderbouwing**

De onderstaande tabellen 7.1 en 7.2 zijn gebaseerd op wetenschappelijke onderbouwing van risico- en beschermende factoren, screeningslijsten en interventies beschreven in de voorgaande hoofdstukken.

In de eerste tabel 7.1 worden de afzonderlijke beschermende factoren weergegeven met de bijbehorende vragen uit de SIK-lijst, verdere screeningsinstrumenten en interventies.

Deze tabel is primair bedoeld om zichtbaar te maken dat de vragen en thema's uit de SIK-lijst de genoemde beschermende factoren beslaan, behalve stressreductie tijdens de zwangerschap.

Deze lijst is niet bedoeld voor praktisch gebruik, tenzij de hulpverlener al weet dat hij of zij de begeleiding of behandeling wil inzetten op een van de beschermende factoren. De hulpverlener kan dan gericht de items uit de SIK-lijst erbij zoeken, de instrumenten vinden als nadere screening nodig is en de bijbehorende interventies waaruit gekozen kan worden.

De tweede tabel 7.2 is gedetailleerder van opzet en is op enkele aanvullingen na, een kopie van de SIK-lijst (Beijers et al., 2012). Het is een praktische checklist die nagelopen kan worden voor, tijdens of na het gesprek met de ouder of gezin om de ernst van de KOPP-problematiek in kaart te brengen. Zoals al zichtbaar geworden in tabel 7.1, zijn alle onderdelen uit deze SIK-lijst lijst gelinkt aan een van de genoemde beschermende factoren en per onderdeel worden concrete handelingsadviezen aangegeven.

Van belang is te realiseren dat bij beide tabellen 7.1 en 7.2 er vanuit wordt gegaan dat het bij jeugdhulp bekend is dat een of beide ouders van het aangemelde kind psychische of verslavingsproblemen heeft. In de praktijk zal dit echter lang niet altijd duidelijk zijn. In situaties waarin dit onbekend is, maar er wel een vermoeden is, kan overwogen worden om in een vroeg stadium psychische problemen van de ouder te screenen. Dit kan met behulp van bijvoorbeeld VGO, onderdeel OBVL (Vermulst et al., 2011), die de opvoedingsbelasting van de ouders bepaalt (inclusief depressieve stemming, rolbeperking en gezondheidsklachten).

Tot slot zij opgemerkt dat bij de handelingsadviezen de culturele achtergrond van het gezin meegewogen dient te worden als ook de draagkracht en het verstandelijk vermogen van de ouders.



Tabel 7.1 - Beschermende factoren die de SIK-lijst inventariseert, met bijbehorende screeningsinstrumenten en interventies

Beschermende factor	Screening	Interventie
Hulp voor zorgmijdende ouder met psychische of verslavingsproblemen	- SIK-lijst punt 1 (Erkenning van problemen)	<i>Preventie, behandeling, begeleiding</i> - Gesprek met ouder gericht op toeleiden naar hulp voor de psychische of verslavingsproblemen. - Tips voor gespreksvoering: zie bijlage SIK-lijst.
Positieve ouder-kind interactie	- SIK-lijst punt 3 (gezinsinteracties), punt 4 (ouderrol van de client), eventueel: punt 1 (erkenning probleem door ouder), punt 2 (inzicht van ouder in problemen) <i>Voor nadere screening/ diagnostiek:</i> - LIRIK, VGO, MIG, AMBIANCE, WMCI, FEAS, Strange Situation	<i>Preventie, behandeling, begeleiding</i> - Kopopouders* - Moeder-baby interventie* - Psycho-educatieve gezinsinterventie* - Triple-P - Homestart - Voorzorg - Signs of Safety - Eigen kracht conferentie *Kan ook naast de behandeling van de ouder aangeboden worden
Ondersteuning van de (gezonde) ouder in de ouderrol	- SIK-lijst onderdeel 5 (ouderrol andere ouder) <i>Voor nadere screening/ diagnostiek :</i> - VGO	<i>Preventie, behandeling, begeleiding</i> In onderstaande interventies wordt ook aandacht gegeven aan de rol van de (gezonde) ouder: - Kopopouders - Ouder-baby interventie - Triple-P - Homestart - Voorzorg - Eigen Kracht conferentie - Signs of Safety
Zelfvertrouwen, copingvaardigheden en sociale redzaamheid van het kind	- SIK-lijst punt 6 (algemeen functioneren kind), punt 7 (zicht van kind op problemen ouders), punt 9 (copingvaardigheden van het kind), punt 10 en 11 (specifieke en non-specifieke reacties kind) <i>Voor nadere screening/ diagnostiek:</i> - SDQ, CBCL, YSR - Baby's en peuters: FEAS, Strange Situation	<i>Preventie, behandeling, begeleiding</i> - Kopstoring* - KOPP Doe-praatgroep*, Pubergroep*, Adolescentengroep - Multi-systeem therapie - Anti-pestprogramma *Kan ook naast de behandeling/therapie van het kind of ouder worden aangeboden
Ondersteunend netwerk of een vertrouwenspersoon	- SIK-lijst onderdeel 8 (ondersteuning van het kind door omgeving) - Bolletjesschema, netwerkkring <i>Voor nadere screening/ diagnostiek:</i> - N.v.t.	<i>Preventie, behandeling, begeleiding</i> - Signs of Safety - Eigen-kracht conferentie



Tabel 7.2 is van toepassing indien bekend is dat vader of moeder psychische of verslavingsproblemen heeft. Er zijn verschillende momenten waarop onderstaande checklist (tabel 7.2) gehanteerd kan worden:

- Voordat kind is gescreend op psychosociale problemen; de checklist kan in dat geval aanwijzingen geven of nadere screening of diagnostiek wenselijk is en welke KOPP-interventies aangewezen zijn voor ouders en kind.
- Nadat kind gescreend is op psychosociale problemen; de checklist kan in dit geval aanwijzingen geven of, en zo ja welke specifieke KOPP-interventies gewenst zijn voor ouders en kind.

Om tot een risico-inschatting te komen van de ernst van de KOPP-problematiek, kunnen items uit de SIK-lijst (tabel 7.2) in een gesprek met de ouders, en eventueel de kinderen, aan bod komen waarop nog onvoldoende zicht is bij de hulpverlener. De lijst wordt bij voorkeur voor het oudergesprek doorgenomen, maar deze kan ook tijdens of na het ouderschap worden nagelopen en ingevuld.

*Tabel 7.2 - Screening KOPP-ouders en KOPP-kinderen met bijbehorende advisering van interventies*

<p><b>DEEL 1: SCREENING KOPP-LOUDERS</b> Indien bij beide ouders sprake is van KOPP/KVO problematiek dient deel 1 voor beide ouders te worden nagelopen. <b>Scoring onderdelen 1 t/m 9:</b> - : afwezigheid + : aanwezigheid ? : onduidelijkheid over aan- of afwezigheid</p>	<p><b>INTERVENTIEKEUZE <sup>1</sup></b>  1 De niet-KOPP-specifieke interventies zijn niet in deze checklist opgenomen.</p>
<p><b>1. Erkenning van problemen (scoren met -, + of ?)</b>  a. Is er bij de KOPP-ouder erkenning van de eigen problematiek?  b. Is er (h)erkenning van de problematiek door de andere ouder?</p>	<p><b>Indien negatieve scores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ziekte-inzicht als aandachtspunt opnemen in de gesprekken met ouder en/of partner;</li> <li>- indien sprake is van ernstige psychische problemen, de ouder tevens stimuleren om gespecialiseerde hulp voor zichzelf te zoeken.</li> </ul> <p><b>Indien positieve scores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nagaan of de ouder professionele hulp voor zichzelf heeft. Zo niet, dan de ouder naar hulp toe leiden.</li> </ul>

Vervolg DEEL 1: SCREENING KOPP-ouders	INTERVENTIEKEUZE
<p><b>2. Invloed van problemen van ouders op jeugdigen (scoren met -, + of ?)</b></p> <p>a. Weet de KOPP-ouder dat zijn/haar problemen van invloed kunnen zijn op de jeugdige?</p> <p>b. Weet de partner van deze invloed?</p> <p>c. Kennen de ouders (of kent de ouder) de mogelijkheden om de jeugdige te ondersteunen?</p> <p>d. Gebruiken de ouders (of gebruikt de ouder) hulpverlenings- en ondersteuningsmogelijkheden? Zo ja, welke?</p> <p>e. Praten de ouders (of praat de ouder) met de jeugdige over de problemen?</p>	<p><b>Indien veel negatieve scores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de ouder(s) adviseren hoe ze met de jeugdige over KOPP/KVO kunnen praten (hierbij kunnen ouders de Kipizivero-brochures of informatiekaarten voor jeugdigen gebruiken);</li> <li>- indien nodig een gesprek tussen ouder(s) en jeugdige begeleiden;</li> <li>- aan de ouder(s) uitreiken: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kipizivero-brochure 'Een knipoog, een knuffel';</li> <li>- Kipizivero-brochure 'Het beste voor mij en mijn baby' (indien ouder een baby heeft);</li> </ul> </li> <li>- ouder(s) verwijzen naar <a href="http://www.KopOpOuders.nl">www.KopOpOuders.nl</a></li> </ul>
<p><b>3. Gezinsinteracties (scoren met -, + of ?)</b></p> <p>a. Hoe is de communicatie binnen het gezin?</p> <p>b. Hoe is de relatie tussen de ouders?</p> <p>c. Is de gezinssituatie stabiel?</p> <p>d. Hebben derden toegang tot het gezin? Zo ja, wie zijn deze derden?</p>	<p><b>Indien negatieve scores:</b></p> <p>bij a en b:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- informatie geven over negatieve effecten van moeizame gezinsinteracties op jeugdigen, of verwijzen naar de 'Psychoeducatieve gezinsinterventie KOPP' (Beardslee) of 'Gezin aan bod' (KVO);</li> </ul> <p>bij c:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- met de ouder(s) zorgen voor opvangmogelijkheden voor de jeugdige in (toekomstige) crisissituaties;</li> <li>- gespecialiseerde gezinszorg inschakelen;</li> </ul> <p>bij d:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de ouder(s) stimuleren met derden over de problematiek te praten;</li> <li>- de ouder(s) stimuleren een sociaal netwerk te onderhouden en/of uit te bouwen voor zichzelf én voor de jeugdige (indien nodig via welzijnswerk / jongerenwerk / buurtwerk).</li> </ul>



Vervolg DEEL 1: SCREENING KOPP-ouders	INTERVENTIEKEUZE
<p><b>4. Ouderrol van de cliënt (scoren met -, + of ?)</b></p> <p><i>Is er sprake van de volgende kenmerken van 'goed genoeg ouderschap'?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. emotioneel betrokken zijn;</li> <li>b. liefdevol bejegenen;</li> <li>c. invoelend vermogen hebben;</li> <li>d. geduld hebben;</li> <li>e. structuur bieden;</li> <li>f. leidinggeven;</li> <li>g. rekening houden met leeftijdsgebonden mogelijkheden van de jeugdige;</li> <li>h. een goed identificatieobject zijn;</li> <li>i. continuïteit in zorg bieden;</li> <li>j. voorspelbaar zijn.</li> </ul>	<p><b>Indien veel negatieve scores bij vraag 4 (maar voldoende positieve scores bij vraag 5):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aan ouder(s) de Kipzivero-brochure 'Een knipoog, een knuffel' uitreiken;</li> <li>- de ouder(s) motiveren voor opvoedingsondersteuning (bijv. online zelfhulpaanbod 'KopOpOuders' of de Moeder-baby-interventie);</li> <li>- tevens de genoemde onderwerpen van 'goed genoeg ouderschap' (opvoedingstaken) bespreken.</li> </ul>
<p><b>5. Ouderrol 'andere ouder' (scoren met -, + of ?)</b></p> <p><i>Beoordeel de ondersteunende rol:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. beschikbaar zijn;</li> <li>b. welbevinden vergroten;</li> <li>c. structuur bieden;</li> <li>d. een goed identificatieobject vormen;</li> <li>e. continuïteit in zorg bieden;</li> <li>f. (compenserende) activiteiten bieden.</li> </ul>	<p><b>Indien veel negatieve scores bij vraag 4 en 5:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aanbieden van of verwijzen naar opvoedingsondersteuning;</li> <li>- nagaan of de opvoedingstaken van de ouder(s) worden overgenomen door anderen;</li> <li>- bespreken hoe sociaal netwerk / omgevingssteun kan worden ingeschakeld;</li> <li>- op basis van signalen verwijzen naar ondersteunende instanties zoals: <ul style="list-style-type: none"> <li>- gespecialiseerde thuisbegeleiding,</li> <li>- algemeen maatschappelijk werk, enz.;</li> <li>- geestelijke gezondheidszorg.</li> </ul> </li> </ul>



<b>DEEL 2: SCREENING KOPP-KIND</b> Indien er meerdere jeugdigen in het gezin zijn kan deel 2 voor elke jeugdige apart worden nagelopen/ingevuld.	<b>INTERVENTIEKEUZE</b>
<b>6. Algemene indruk van het functioneren en welbevinden van de jeugdige (gezien vanuit de ouder(s) en/of de hulpverlener)</b>  a. Zijn er zorgen over het welbevinden van de jeugdige? Zo ja, welke en sinds wanneer? b. Zijn er (ernstige) problemen thuis en/of op school? Zo ja, welke en sinds wanneer?	
<b>7. Zicht van de jeugdige op de problemen van de ouder(s) - + ?</b>  a. Beschikt de jeugdige over de juiste informatie over de problemen van de ouder(s) (afgestemd op de leeftijd van de jeugdige)?  b. Heeft de jeugdige zicht op de invloed die de problemen van de ouder(s) op hem/haar hebben?	<b>Indien veel negatieve scores:</b> aan de jeugdige uitreiken (voor kinderen tot ca. 8 jaar samen met de ouders lezen en bespreken): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kipizivero-brochures 'Mama is ziek' (tot 6 jaar), 'Mijn Beurt' (6-12 jaar) of 'Splinters' (vanaf 12 jaar);</li> <li>- Kipizivero-kaart uit map 'Ouders van de kaart' (kleurenkopie van het betreffende ziektebeeld);</li> <li>- jeugdigen verwijzen naar websites als <a href="http://www.kopstoring.nl">www.kopstoring.nl</a> of <a href="http://www.drankjewel.nl">www.drankjewel.nl</a>.</li> </ul>
<b>8. Ondersteuning van de jeugdige door (scoren met -, + of ?):</b> a. broers en zussen; b. familie; c. vrienden en/of kennissen van de ouder(s); d. directe omgeving (buren); e. vrienden/vriendinnen; f. ouders van vrienden/vriendinnen; g. leerkrachten; h. vrijetijdsbesteding (bijv. begeleiders van hobby- of sportclubs, eventueel bijbaantje); i. hulpverlening; j. voor de jeugdige belangrijke derden (navragen wie dat zijn).	<b>Indien veel negatieve scores:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de ouder(s) stimuleren om de jeugdige toestemming te geven met derden over de problemen te praten;</li> <li>- de jeugdige, via de ouders, stimuleren om sociale contacten te onderhouden met vrienden, familie, etc.;</li> <li>- aan de jeugdige uitreiken:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kipizivero-brochures 'Mama is ziek' (tot 6 jaar). 'Mijn Beurt' (6-12 jaar) of 'Splinters' (vanaf 12 jaar);</li> <li>- Kipizivero-kaart uit map 'Ouders van de kaart' (kleurenkopie van het betreffende ziektebeeld).</li> </ul> </li> <li>- jeugdigen verwijzen naar websites als <a href="http://www.kopstoring.nl">www.kopstoring.nl</a> of <a href="http://www.drankjewel.nl">www.drankjewel.nl</a>;</li> <li>- in overleg met ouder(s) steunfiguren inschakelen;</li> <li>- ouder(s)/jeugdige stimuleren tot deelname aan een hobby- of sportclub of andere vrijetijdsbesteding;</li> <li>- informatie geven over en stimuleren tot deelname aan een KOPP/KVO-groep.</li> </ul>



Vervolg DEEL 1: SCREENING KOPP-LOUDERS	INTERVENTIEKEUZE
<p><b>9. Copingvaardigheden van de jeugdige (scoren met -, + of?): of</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. gevoelens kunnen uiten;</li> <li>b. aandacht/hulp/informatie kunnen vragen;</li> <li>c. grenzen kunnen stellen;</li> <li>d. afstand kunnen nemen van de ouderlijke problematiek;</li> <li>e. kunnen omgaan met negatieve reacties uit de omgeving;</li> <li>f. compenserende activiteiten ondernemen.</li> </ul>	<p><b>Indien veel negatieve scores op vraag 9 en 10:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de ouder(s) stimuleren de betreffende vaardigheden van de jeugdige te helpen ontwikkelen en adviseren over de wijze waarop;</li> <li>- met de jeugdige de betreffende vaardigheden bespreken;</li> <li>- informatie geven over en stimuleren tot deelname aan een KOPP/KVO-groep (bijv. Speel-doegroep 6-8 jaar, Doe-Praatgroep 8-12 jaar, Pubergroep 13-15 jaar of Adolescentengroep 16-23 jaar).</li> </ul> <p><b>Indien vrijwel alle scores negatief en bij een verontrustende situatie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- consultatie of advies vragen aan collega's en/of verwijzen naar de Geestelijke Gezondheidszorg voor kinderen en jeugd.</li> </ul>
<p><b>10. Specifieke reacties van de jeugdige Beoordeel aanwezigheid (-) of afwezigheid (+) van</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. schuldgevoelens;</li> <li>b. schaamtegevoelens;</li> <li>c. negatief zelfbeeld;</li> <li>d. sterke verantwoordelijkheidsgevoelens;</li> <li>e. andere specifieke reacties, namelijk:...</li> </ul> <p>Zie punt 9</p>	
<p><b>11. Non-specifieke reacties van de jeugdige Beoordeel aanwezigheid (-) of afwezigheid (+) van</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. slaapproblemen;</li> <li>b. eetproblemen;</li> <li>c. gedragsproblemen;</li> <li>d. angsten;</li> <li>e. depressiviteit;</li> <li>f. gespannenheid;</li> <li>g. concentratieproblemen;</li> <li>h. lichamelijke klachten;</li> <li>i. slechte schoolresultaten;</li> <li>j. bedplassen;</li> <li>k. andere non-specifieke reacties, namelijk ...</li> </ul>	<p><b>Indien veel positieve scores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nadere screening door jeugdhulp van jeugdige problematiek met een van de screeningslijsten uit hoofdstuk 3 (indien dit nog niet is gedaan);</li> <li>- doorverwijzen naar de ggz voor kinderen en jeugd.</li> </ul>

<sup>1</sup> De niet-KOPP-specifieke interventies uit hoofdstuk 6 zijn niet in deze checklist opgenomen.



### 7.3 Conclusies

In de keuze voor behandeling en begeleiding van KOPP-kinderen is het van belang zicht te krijgen op beïnvloedbare risico- en beschermende factoren voor het kind. Deze kunnen systematisch in kaart gebracht worden aan de hand van de (aangevulde) SIK-lijst (tabel 7.2), waarbij tegelijkertijd concrete handelingsalternatieven worden gegeven aan de hulpverlener.

### 7.4 Praktijkoverwegingen

- Het wordt van belang gevonden dat de hulpverlener inzicht heeft in de vraag of de ouder met psychische of verslavingsproblemen adequate hulp heeft voor de eigen problematiek. Is hier onduidelijkheid over, dan kan de hulpverlener eventueel contact opnemen met de huisarts.
- Indien de ouder geen (adequate) hulp heeft, dan is het van belang dat de hulpverlener de ouder stimuleert en begeleidt om hulp voor zichzelf te zoeken. Dit is in tabel 7.1 opgenomen, bovenaan bij Interventiekeuze.
- De bijlage van de SIK-lijst bevat praktische instructies voor de gespreksvoering met de ouders. Daarnaast zijn praktische tips voor gespreksvoering in kader van KOPP te vinden in 'Ouders van de Kook' (uit: Kipizivero-serie; [www.trimbos.nl/webwinkel](http://www.trimbos.nl/webwinkel))
- Voor jeugdprofessionals hoort helder te zijn welke interventies beschikbaar zijn. Ook moet duidelijk zijn hoe jeugdhulp, huisarts en jeugd-ggz kunnen samenwerken. Er hoort een sociale kaart beschikbaar te zijn die inzicht geeft in de samenwerkingspartners binnen de jeugdhulp en de jeugd-ggz, de (huis)artsenzorg et cetera. Deze kaart dient namen en telefoonnummers te bevatten zodat snel gehandeld kan worden indien noodzakelijk.

### 7.5 Aanbevelingen

- Indien bekend is dat een ouder psychische en/of verslavingsproblemen heeft, ga dan een gesprek met de ouder(s) aan om de ernst van de problematiek in te kunnen schatten.
- Gebruik voor deze risico-inschatting de SIK-lijst. Deze checklist inventariseert risico- en beschermende factoren en adviseert op grond daarvan bepaalde interventies. De lijst kan voor, tijdens of na het gesprek met de ouder(s) worden nagelopen.
- Voer vervolgens de interventies uit die de SIK-lijst adviseert. Zie de bijlage van de SIK-lijst voor tips voor gespreksvoering met KOPP-ouders en KOPP-kinderen.
- Houd bij alle handelingsadviezen rekening met de culturele achtergrond van het gezin, en de draagkracht en de verstandelijke vermogens van ouder(s) en jeugdige.
- Zorg dat er een sociale kaart beschikbaar is die inzicht geeft in de samenwerkingspartners binnen de jeugdhulp, de jeugd-ggz, de (huis)artsenzorg et cetera. Deze kaart moet namen en telefoonnummers bevatten zodat snel gehandeld kan worden indien noodzakelijk.





## Hoofdstuk 8

# Omgaan met ingewikkelde situaties



In dit hoofdstuk worden de volgende uitgangsvragen beantwoord:

*Hoe kunnen hulpverleners omgaan met ouders die niet bereid zijn hun kind te laten behandelen?*

*Hoe kunnen hulpverleners omgaan met de situatie waarin het onduidelijk is of de ouder een psychisch of verslavingsprobleem heeft, maar er wel een vermoeden is?*

*Hoe kunnen hulpverleners omgaan met ouders die geen hulp voor hun psychische of verslavingsproblemen willen?*

*Hoe kan worden omgegaan met het feit dat de beschikbaarheid van interventies die in deze richtlijn worden geadviseerd, verschilt per gemeente en daarbinnen ook per jaar kan verschillen?*

## **8.1 Inleiding**

De uitgangssituatie van aangemelde jeugdigen kan verschillen. In voorgaande hoofdstukken gingen we ervan uit dat het bij aanmelding van een jeugdige duidelijk is of er psychische en/of verslavingsproblemen spelen bij een of beide ouders. Bovendien namen we aan dat ouders bereid en in staat zijn hun kind te laten begeleiden of behandelen conform de aanbevelingen uit de SIK-lijst, en dat zij ook zelf bereid zijn hulp te aanvaarden voor de eigen problematiek. Daarnaast werd ervan uitgegaan dat de aanbevolen interventies beschikbaar zijn.

Dit allemaal is echter niet altijd het geval. Er zijn dan extra handelingen nodig om beschermende factoren voor het KOPP-kind te versterken en risicofactoren te verminderen.

In dit hoofdstuk komen handelingsaanbevelingen voor deze meer ingewikkelde situaties aan bod.

## **8.2 Wetenschappelijke onderbouwing**

Vanuit de evidentie dat psychische of verslavingsproblematiek van de ouder het risico vergroot op problematiek bij het kind, zoals in voorgaande hoofdstukken uiteengezet, kan onderbouwd worden dat ook bij complexere situaties gestreefd moet blijven worden naar een situatie waarin beschermende factoren voor het KOPP-kind versterkt en risicofactoren verminderd worden.

## **8.3 Conclusies**

Ook als ouders de voorgestelde hulp voor het kind op basis van de aanbevelingen van de SIK-lijst weigeren, hulp voor de eigen problematiek vermijden, of als aanbevolen interventies niet beschikbaar zijn, kunnen hulpverleners acties ondernemen, om toch een zo optimaal mogelijke situatie voor het KOPP-kind te creëren waarbij het risico wordt verkleind dat het kind (ernstige) problemen ontwikkelt. De focus in handelen blijft ook bij meer complexe situaties gericht op de versterking van de beschermende factoren voor het kind en op vermindering van risicofactoren.

## **8.4 Praktijkkennis**

### **8.4.1 Onduidelijkheid over ouderlijke problematiek**

Het is niet altijd duidelijk of een ouder met psychische en/of verslavingsproblemen kampt.

Wel kan er een vermoeden zijn. Ga in overleg met de ouders na hoe duidelijker kan worden wat er (nog meer) speelt in het gezin wat goed is om te weten in het belang van de jeugdige.

Het kan bijvoorbeeld ook gaan om ouders die hun eigen problematiek en de gevolgen hiervan voor hun kind niet onderkennen (waarbij de partner deze problematiek soms wel, maar soms ook niet onderkent). Het kan ook gaan om ouders die elkaar diskwalificeren in geval van een



(v)echt)scheiding, of om ouders bij wie schaamte en eergevoel een grote rol spelen. Ook kan de ouderlijke problematiek of de veranderingsbereidheid worden gemaskeerd door een (licht) verstandelijke beperking. Ga in zo'n situatie na of er voor de betreffende jeugdhulpinstelling een lokaal of regionaal convenant bestaat waarin informatieuitwisseling tussen verschillende beroepsgroepen is geregeld. Is zo'n convenant aanwezig, dan kun je, in overleg met de ouders, nadere informatie inwinnen bij bijvoorbeeld de huisarts, de eventuele verwijzer of behandelaar van de ouders.

Daarnaast is het aan te raden om de Vragenlijst Gezin en Opvoeding (VGO, subschaal OBVL) af te nemen. Deze lijst screent depressieve stemmingen, rolbeperking en gezondheidsklachten van de ouder(s) (Vermulst, Kroes, De Meyer, Van Leeuwen & Veerman, 2011). Meer informatie over de VGO is te vinden in hoofdstuk 5.

#### **8.4.2 Omgaan met ouders die niet bereid zijn hun kind te laten behandelen of die hulp voor de eigen problematiek vermijden**

In situaties waarin ouders de aanbevolen hulp voor hun kind of voor zichzelf weigeren, is het van belang toch te proberen een optimale situatie voor de jeugdige te creëren en het risico te verkleinen dat de jeugdige (ernstige) problemen ontwikkelt is het belangrijk dat de jeugdprofessional het gesprek met de ouders aangaat en daarin de gevolgen van de ouderlijke problematiek voor de jeugdige bespreekt. Tijdens dit gesprek wordt de ouders teruggegeven wat de jeugdige verteld heeft. Hierbij kan de techniek van motiverende gespreksvoering worden gevolgd (Miller & Rollnick, 2005).

De jeugdprofessional dient dan ook over de vaardigheden te beschikken om dergelijke gesprekken te voeren. De bijlage van de SIK-lijst bevat tips voor gespreksvoering met KOPP-ouders. Hieronder zetten we de belangrijkste tips op een rij.

##### *Start gesprek*

- Ga een open gesprek met de ouders aan en gedraag je respectvol. Geef veel positieve bevestiging. Een vertrouwensband met de ouders ontwikkelen is het belangrijkste.
- Vraag op een niet-bedreigende manier naar de jeugdige. Zo win je het vertrouwen. Bij kinderen tot vier jaar kun je bijvoorbeeld vragen: 'Zitten ze op de peuterspeelzaal of gaan ze naar de crèche? Vinden ze het leuk?' Bij oudere kinderen kun je dingen vragen als: 'Hoe gaan ze naar school?' of 'Wat vinden ze leuk op school?'
- Vraag wat de ouders zelf moeilijk vinden in de opvoeding. Bijvoorbeeld zo: 'In alle gezinnen gaan er dingen goed en minder goed. Zijn er ook dingen die *u* moeilijk vindt?'

##### *Bij weerstand van ouders*

- Vermoed of merk je weerstand bij de ouders, licht de functie en het doel van het gesprek dan extra goed toe. Door het gesprek goed te onderbouwen kun je mogelijke achterdocht verminderen dan wel wegnemen. Refereer eventueel ook aan de hulpverleningsovereenkomst.
- Spreek bij ouders die hun eigen problematiek ontkennen over 'het hebben van stress' in plaats van over psychische, psychiatrische en/of verslavingsproblemen.
- Problematiseer de situatie van de jeugdige niet.
- Vraag naar dingen die al goed gaan in het gezin, en benadruk deze.



- Vraag naar hulpbronnen in het netwerk van het gezin (vraag bijvoorbeeld: 'Bij wie kunt u terecht?')
- Geef complimenten.
- Vraag wat de ouders zelf moeilijk vinden in de opvoeding van hun kind.
- Als ouders hun problematiek blijven ontkennen, dan wel ontkennen dat de jeugdige iets van hun problematiek zou merken, vraag dan hoe ze hun kind benaderen als ze een goede (rustige) dan wel een slechte (onrustige) dag of periode hebben.
- Geef ouders en jeugdige in alle gevallen KOPP-voorlichtingsbrochures mee en wijs hen op de KOPP-websites (deze staan nog niet in de KOPP-brochures).
- Kom in een eventueel volgend gesprek altijd terug op de brochures, vraag wat de ouders ervan vonden, of ze er iets aan hebben gehad en of ze er vragen over hebben. Dit kan bij zorgmijdende ouders een opening geven.

Tot slot kunnen zich situaties voordoen waarin het belang van de jeugdige prevaleert boven het belang van de ouders. Het belang van de jeugdige vormt bij alle maatregelen en beslissingen die de jeugdige aangaan een eerste overweging. Een zorgvuldige afweging tussen alle betrokken belangen is hierbij geboden. Iedere professional kan contact opnemen met het AMK voor overleg, al dan niet anoniem. Bij een vermoeden van huiselijk geweld of kindermishandeling wordt verwezen naar de *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (Vink et al., concept in ontwikkeling) en de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Als ouders niet van gedachten veranderen, benadruk dan dat zij in de toekomst altijd contact kunnen opnemen. Houd de deur open! in elk geval kunnen KOPP-voorlichtingsbrochures worden meegegeven en links naar vrij toegankelijke KOPP-websites voor ouders en kind (zie hoofdstuk 6).

Ouders die de eigen problematiek ontkennen en daarom geen hulp wensen voor zichzelf of hun kind, kunnen mogelijk wel openstaan voor de generieke interventies die zijn beschreven in hoofdstuk 6. Ook deze interventies kunnen beschermende factoren in het leven van de jeugdige versterken.

In tabel 8.1 zijn verschillende situaties geschetst die in de praktijk voor kunnen komen waarbij ouders de voorgestelde hulp, met bijbehorende interventies op basis van de SIK-lijst weigeren.



Tabel 8.1: Ouders weigeren de voorgestelde hulp voor het kind; vier situaties met bijbehorende interventies

<b>Ouder wil geen hulp voor kind</b> ▼	<b>Kind heeft volgens screening wel psycho-sociale problemen</b>	<b>Kind heeft volgens screening geen psycho-sociale problemen</b>
<p><b>...en ouder erkent de eigen psychische of verslavings problemen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Altijd: Nagaan of ouder professionele hulp heeft voor zichzelf. Zo nee, stimuleren en begeleiden bij zoeken van adequate hulp<sup>1</sup>. Neem zonodig contact op met de huisarts, mits de ouder hiertoe toestemming geeft. Zo ja, neem indien nodig contact op met de behandelaar van de ouder, mits de ouder hiertoe toestemming geeft.</li> <li>- Gevolgen van ouderlijke problematiek voor het kind als aandachtspunt nemen in de gesprekken met ouder en/of partner en kijken of ouder van gedachten verandert. (Tips voor gespreksvoering: zie SIK-lijst en kipizivero brochure 'Ouders van de kook')</li> </ul> <p>Indien ouder van gedachte verandert, alsnog de ouder motiveren voor de voorgestelde hulp.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indien ouder hulp voor kind blijft weigeren, KOPP-voorlichtingsbrochures voor kind meegeven en wijzen op sites als <a href="http://kopstoring.nl">kopstoring.nl</a> voor het kind.</li> <li>- Altijd: Verwijzen naar <a href="http://www.Kopopouders.nl">www. Kopopouders.nl</a> en naar online zelfhulpcursus Kopopouders of online groepscursus van Kopopouders.</li> <li>- Indien vermoeden kindermishandeling of huiselijk geweld: CARE of LIRIK en/of <i>Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming</i> (Vink et al., concept in ontwikkeling) raadplegen of Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.</li> </ul>	<p>Idem als kolom hiernaast:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Altijd: Nagaan of ouder professionele hulp heeft voor zichzelf. Zo nee, stimuleren en begeleiden bij zoeken van adequate hulp.<sup>1</sup> Neem zonodig contact op met de huisarts, mits de ouder hiertoe toestemming geeft. Zo ja, neem indien nodig contact op met de behandelaar van de ouder, mits de ouder hiertoe toestemming geeft.</li> <li>- Gevolgen van ouderlijke problematiek voor het kind als aandachtspunt nemen in de gesprekken met ouder en/of partner en kijken of ouder van gedachten verandert. (Tips voor gespreksvoering: zie SIK-lijst en kipizivero brochure 'Ouders van de kook')</li> <li>- Indien ouder van gedachte verandert, alsnog de ouder motiveren voor de voorgestelde hulp, ter versterking van de beschermende factoren voor het kind.</li> </ul> <p>Indien ouder hulp voor het kind blijft weigeren, in elk geval KOPP-voorlichtingsbrochures voor kind meegeven en wijzen op sites als <a href="http://kopstoring.nl">kopstoring.nl</a> voor het kind.</p> <p>Altijd: Verwijzen naar <a href="http://www.Kopopouders.nl">www. Kopopouders.nl</a> en naar online zelfhulpcursus Kopopouders of online groepscursus van Kopopouders.</p> <p>Indien vermoeden huiselijk geweld of kindermishandeling: CARE of LIRIK en/of <i>Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming</i> (Vink et al., concept in ontwikkeling) raadplegen geweld en kindermishandeling.</p>

<p><b>...en ouder ontkent de eigen psychische of verslavings problemen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Altijd: Ziekte-inzicht als aandachtspunt nemen in de gesprekken met ouder en/of partner en de ouder stimuleren om gespecialiseerde hulp te zoeken voor zichzelf.<sup>1</sup> Schakel zonodig de huisarts in.</li> <li>- Indien ziekte-inzicht ontstaat bij ouder: zie verder kolom hierboven.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Altijd: Ziekte-inzicht als aandachtspunt nemen in de gesprekken met ouder en/of partner en de ouder stimuleren om gespecialiseerde hulp te zoeken voor zichzelf.<sup>1</sup> Schakel zonodig de huisarts in.</li> <li>- Indien ziekte-inzicht ontstaat bij ouder: zie verder kolom hierboven.</li> </ul>
--	---	---

<sup>1</sup> Aanbevolen wordt om gebruik te maken van de motiverende gespreksvoering <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=116928> en de tips voor gespreksvoering met KOPP-ouders te raadplegen (zie bijlage SIK-lijst).

### 8.4.3 Niet beschikbaar zijn van aanbevolen interventies

Met de transitie van de zorg voor jeugd naar de gemeente kan het vóórkomen dat in de ene gemeente bepaalde interventies wel worden aangeboden en in de andere gemeente niet. Ook kan het aanbod binnen gemeenten per jaar verschillen. Bovendien kan het vóórkomen dat aanbevolen interventies (voor onbepaalde tijd) helemaal niet beschikbaar zijn. Zoek in zo'n geval naar alternatief aanbod dat gericht is op een of meerdere beschermende of risicofactoren bij de jeugdige, al naar gelang de aanbevelingen van de SIK-lijst. Meld daarnaast lacunes in het hulpaanbod bij de manager van de jeugdhulpinstelling. Gebruik de KOPP-richtlijn daarbij als onderbouwing. De jeugdhulpinstelling kan vervolgens in overleg treden met de gemeente en gezamenlijk zoeken naar een oplossing.

## 8.5 Aanbevelingen

- Ga met ouders in gesprek over de invloed van hun problemen op hun kind en geef in dit gesprek terug wat hun kind vertelt heeft. Jeugdprofessionals die KOPP-gezinnen begeleiden dienen over goede gespreksvaardigheden te beschikken, waarbij de werkrelatie tussen ouder(s), jeugdige(n) en hulpverleners steeds verder wordt opgebouwd.
- Indien onbekend is of een ouder psychische problemen heeft, maar er wel een vermoeden is, neem dan de VGO (subschaal OBVL) af. Ook kun je in overleg met de ouders informatie inwinnen bij de huisarts, behandelaar of verwijzer, mits de jeugdhulpinstelling een lokaal convenant heeft opgesteld voor informatieuitwisseling.
- Als de ouders de voorgestelde hulp voor hun kind weigeren of geen hulp willen voor de eigen psychische en/of verslavingsproblemen, ga dan met de ouders het gesprek aan. Wijs op de mogelijke gevolgen die de ouderlijke problematiek voor hun kind kan hebben, en leg uit dat het belangrijk is dat hun kind zich optimaal kan ontwikkelen. Volg bij (een vermoeden van) huiselijk geweld of kindermishandeling de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.
- Geef in alle gevallen ten minste KOPP-voorlichtingsbrochures mee en verwijst naar vrij toegankelijke KOPP-websites en generieke interventies voor ouders en jeugdige (zie hoofdstuk 6).
- Indien de aanbevolen interventies lokaal niet voorhanden zijn, zoek dan naar alternatief aanbod dat ingrijpt op de beschermende en risicofactoren voor de jeugdige en meld de lacune in aanbevolen interventies bij de manager van de jeugdhulpinstelling.



# Literatuur



Aalbers-van Leeuwen, M.J.A., Hees, L.J.M van, & Hermanns, J. (2002). Risico- en protectieve factoren in moderne gezinnen: reden tot optimisme of reden tot pessimisme? *Pedagogiek*, 22, 41-54.

Abela, J.R.Z., & Hankin, B.L. (2008). *Handbook of Child and Adolescent Depression*. New York: Guilford Press.  
Achenbach, T.M., & Ruffle, T.M (2001). The child behavior checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. *Pediatrics in Review*, 21, 265-271.

Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profiles*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.

Achenbach, T.M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H., & Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: Research findings, applications, and future directions. *Child Psychology and Psychiatry*, 49, 251-275.

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment*. Hillsdale: Erlbaum.  
American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental health disorders (5th ed)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Anthonijsz, I., Spruijt, E., & Zwikker, N. (2015). *Richtlijn Scheiding en problemen van jeugdigen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Appleyard, K., Byron, E., Dulmen, M.H.M. van, & Sroufe, L.A. (2005). When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 46, 235-245.

Atzaba-Poria, N., Pike, A., & Deater-Deckard, K. (2004). Do risk factors for problembehaviour act in a cumulative manner? An examination of ethnic minority and majority children through an ecological perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 707-718.

Bakermans-Kranenburg, M.J., IJzendoorn, M.H. van, & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195-215.

Bassett, H., Lampe, J., & Lloyd, C. (1999). Parenting: experiences and feelings of parents with a mental illness. *Journal of Mental Health*, 8, 597-604.

Beardslee, W., & Podorefski, D. (1988). Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 145, 63-69.

Beardslee, W. R. (2002). *Out of the darkened room. When a parent is depressed protecting the children and strengthening the family*. Boston: Little Brown and Company.

Beardslee, W.R., Hosman, C., Solantaus, T., Van Doesum, K.T., & Cowling, V. (2008). Supporting children and families of mentally ill parents: Preventing transgenerational transfer of mental disorders. In C. Hosman, E. Jane-Llopis & S. Saxena (Eds.), *Evidence-based prevention of mental disorders*. New-York: Oxford University Press.

Beardslee, W.R., Gladstone, T.R.G. & O'Connor, E.E. (2011). Transmission and prevention of mood disorders among children of affectively ill parents: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50, 1098-109.





Beijers, F., Bellemakers, T., Senders, A., & Veldhoen, N. (2010). *Lijst voor Screening en Interventie Keuze*. Utrecht, Nederland: Landelijk Preventie Platform KOPP/Trimbos-instituut.

Bennedsen, B.E. (1998). Adverse pregnancy outcome in schizophrenic women: Occurrence and risk factors. *Schizophrenia Research*, 33, 1-26.

Benoit, D. (2001). *Modified Interaction Guidance*. Newsletter of the infant mental health promotion project (IMP), 32, 1-6.

Benoit, D., Zeanah, C.H., Parker, K.C.H., Nicholson, E., & Coolbear, J. (1997). "Working model of the child interview": Infant clinical status related to maternal perceptions. *Infant Mental Health Journal*, 18, 107-121.

Berg, M.P. van den (2006). *Parental Psychopathology and the Early Developing Child: The Generation R Study [dissertation]*. Rotterdam, Nederland: Erasmus Universiteit.

Bergh, B.R.H. van der (1990). The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology and Health*, 5, 119 -130.

Bergh, B.R.H., Mulder, E.J.H., Mennes, M. & Glover, V. (2005). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms: A review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29, 237- 258.

Biederman, J., Faraone, S.V., Monuteaux, M.C., & Feighner, J.A. (2000) Patterns of alcohol and drug use in adolescents can be predicted by parental substance use disorders. *Pediatrics*, 106, 792-797.

Bijl, R.V., Cuijpers, P., & Smit, F. (2002). Psychiatric disorders in adult children of parents with a history of psychopathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 7-12.

Bird, C., Canino, G.J. & Rubio, H.R. (1997). Impairment in the Epidemiological Measurement of Childhood Psychopathology in the Community. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 796-803.

Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M., & Koren, G. (2004). Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 726 -735.

Bool, M. (2005). *Kinderen uit de knel*. Utrecht, Nederland: Trimbos-Instituut.

Bool, M., Zanden, A.P. van der, & Smit, F. (2007). *Kinderen van ouders met psychische problemen. Factsheet preventie*. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut.

Brennan, P.A., Le Brocque, R., & Hammen, C. (2003). Maternal Depression, Parent-Child Relationships, and Resilient Outcomes in Adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 1469-1477.

Brink, L.T. ten, Steege, M.M.A.G., van der, Haar, A.N., van der, Jagers, J.D., Veerman, J.W., Baartman, H.E.M. (2000). *Vragenlijst Gezinsfunctioneren (VGO)*. Duivendrecht/Utrecht, Nederland, P.I. Research en NIZW.

Brockington, I., Chandra, P., Dubowitz, H., Jones, D., Moussa, S., Nakku, J. & Quadros Ferre, I. (2011). WPA guidance on the protection and promotion of mental health in children of persons with severe mental disorders. *World Psychiatry*, 10, 93-102.



Burd, L., Cotsonas-Hassler, T.M., & Martsolf, J.T. (2003). Recognition and management of fetal alcohol syndrome. *Neurotoxicology and Teratology*, 25, 681-688.

Cents, R.A.M., Diamantopoulou, S., Hudziak, J.J., Jaddoe, V.W.V., Hofman, A., Verhulst, F.C., ... Tiemeier, H. (2013). Trajectories of maternal depressive symptoms predict child problem behaviour: The Generation R Study. *Psychological Medicine*, 43, 13-25.

Chassin, L., Curran, P.J., Hussong, A.M., & Colder, C.R. (1996). The relation of parent alcoholism to adolescent substance use: A longitudinal follow-up study. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 70-80.

Cicchetti, D., Rogosch, F.A., & Toth, S.L. (1998). Maternal depressive disorder and contextual risk: Contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. *Development and Psychopathology*, 10, 283-300.

Clarke, G.N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W., ... Seeley, J. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1127-1134.

Cottyn, L. (2005). Veerkracht bevorderen bij ouders die ook psychisch ziek zijn. *Systeemtheoretisch Bulletin*, 23, 103-122.

Cuijpers, P., Scholten, M., & Conijn, B. (2005). *Verslavingspreventie: Een systematische overzichtsstudie*. Den Haag, Nederland: ZonMw.

Dean, K., Stevens, H., Mortensen, P.B., Murray, R.M., Walsh, E., & Pedersen, C.B. (2010). Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67, 822-829.

Dix, T., & Meunier, L.N. (2009). Depressive symptoms and parenting competence: An analysis of 13 regulatory processes. *Developmental Review*, 29, 45-68.

Doesum, K.T.M. van, Frazer, W., & Dhondt, M. (1995). *Kinderen van ouders met psychiatrische problemen*. Utrecht, Nederland: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid/Landelijk ondersteuningspunt preventie.

Doesum, K. van & Weikamp, P.A. (2003). Kinderen van ouders met psychiatrische problemen. *Handboek Jeugdzorg*, 13, 1-20.

Doesum, K.T.M. van (2005). Versterking van de kwaliteit van de moeder-kind interactie: Een preventieve interventie voor depressieve moeders en hun baby's. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, kinderpsychiatrie en klinische kinderpsychologie*, 30, 187-198.

Doesum, K.T.M. van, Hosman, C.M.H., & Riksen-Walraven, J.M. (2005). A model-based intervention for depressed mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal*, 26, 157-176.

Doesum, K.T.M. van, Hosman, C.M.H., Riksen-Walraven, J.M. & Hoefnagels, C.J. (2007). Correlates of depressed mothers sensitivity toward their infants: The role of maternal, child, and contextual characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 747-756.

Downey, G., & Coyne, J.C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76.



Earley, L., & Cushway, D. (2002). The parentified child. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 163-178.

Elgar, F.J., Mills, R.S.L., McGrath, P.J., Waschbusch, D.A., & Brownridge, D.A. (2007). Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: The mediating role of parental behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 943-955.

Ende, P.C. van der, & Venderink, M.M. (2006). *Steun voor ouders met psychiatrische beperkingen*. Groningen, Nederland: Lectoraat Rehabilitatie Hanzehogeschool & Cenzor GGz.

Evers, A., Vliet-Mulder, J.C. van, & Groot, C.J. (2006). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland, aanvulling 2006/02 (COTAN)*. Amsterdam, Nederland: Boom test uitgevers.

Foster, C.J., Garber, J., & Durlak, J.A. (2008). Current and past maternal depression, maternal interaction behaviors, and children's externalizing and internalizing symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 527-537.

Field, T., Diego, M., & Hernandez-Reif, M. (2006). Prenatal depression effects on the fetus and newborn: A review. *Infant Behavior Development*, 29, 445.

Fraser, C., James, E., Anderson, K., Lloyd, D., & Judd, F. (2006). Intervention programs for children of parents with a mental illness: A critical review. *International Journal of Mental Health Promotion*, 8, 9-19.

Gar, N.S., Hudson, J.L., & Rapee, R.M. (2005). Family factors and the development of anxiety disorders, psychopathology and the family. In J.L. Hudson & R.M. Rapee (Eds.), *Psychopathology and the Family* (pp. 125-145). Oxford, England: Elsevier.

DeGangi, G.A., Greenspan, S.I. Research on the FEAS: Test development, reliability, and validity studies. Opgevraagd op 1 maart 2013 van <http://www.floortime.org/oldsite/icdl/dirFloortime/research/documents/FEASChap5.pdf>

Goedhart, A., Treffers, F., & Widenfelt, B. (2003). Vragen naar psychische problemen bij kinderen en adolescenten: de Strengths and Difficulties Questionnaire. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 58, 1018-1035.

Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 581-586.

Goodman R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.

Goodman, S.H., & Gotlib, I.H. (2002). *Children of depressed parents: Mechanism of risk and implications for treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Goodman, S.H., Adamson, L.B., Riniti, J., & Cole, S. (1994). Mothers' expressed attitudes: associations with maternal depression and children's self-esteem and psychopathology. *Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1265-1274.

Goodman, S.H. & Gotlib, I.H. (2002). Transmission of risk to children of depressed parents: Integration and conclusions. In: Goodman, S.H., Gotlib, I.H (Eds.), *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment* (pp. 307-326). Washington, DC: American Psychological Association.



Goossens, F.X., & Zanden, R. van der (2012). *Factsheet KOPP/KVO. Kinderen van ouders met psychische problemen. Kinderen van Verslaafde ouders*. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut.

Greenspan S.I., & DeGangi G. (2001). Research on the FEAS: Test Development, Reliability, and Validity Studies. In S. Greenspan, G. DeGangi, & S. Wieder (Eds.), *The Functional emotional assessment scale (FEAS) for infancy and early childhood: Clinical and research applications* (pp. 167-247). Interdisciplinary council on developmental and learning disorders (icdl), Bethesda, MD, www.icdl.com

Hermanns, J.M.A. (2007). Opvoeden en opgroeien: een visie achter het beleid. In P.A.H. van Lieshout, M.S.S. van der Meij, & J.C.I. de Pree (Red.), *Bouwstenen voor betrokken jeugdbeleid* (pp. 21-45). Den Haag/ Amsterdam, Nederland: WRR/University Press.

Hobel, C.J., Goldstein, A., & Barrett, E.S. (2008). Psychosocial stress and pregnancy outcome. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 51, 333-48.

Hobson, R.P., Patrick, M., Crandell, L., Garc'a-Pérez, R., & Lee, A. (2005). Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17, 329-347.

Hoefnagels, C., Meesters, C., & Simenon, J. (2007). Support as predictor of psychopathology in the adolescent offspring of psychiatric patients. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 87-97.

Hosman, C.M.H., Doesum, K.T.M. van, & Santvoort, F. van. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 8, 250-263.

Jones, K.L., & Smith, D.W. (1973). Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *The Lancet*, 2, 999-1001.

Kashani, J.H., Burk, J.P., Horwitz, B., & Reid, J.C. (1985). Differential effect of subtype of parental major Affective Disorder on Children. *Psychiatry Research*, 15, 195-204.

Kavanaugh, M., Halterman, J., Montes, G., Epstein, M., Hightower, A., & Weitzman, M. (2006). Maternal Depressive Symptoms Are Adversely Associated With Prevention Practices and Parenting Behaviors for Preschool Children. *Ambulatory Pediatrics*, 6, 32-37.

Kelleher, K., Chaffin, M., Hollenberg, J., & Fischer, E. (1994). Alcohol and drug disorders among physically abusive and neglectful parents in a community-based sample. *American Journal of Public Health*, 84, 1586-1590.

Kersten-Alvarez, L.E (2011). Children of mothers who were postpartum depressed: Early intervention and developmental outcomes in their first school years [*dissertation*]. Nijmegen, Nederland: Radboud Universiteit Nijmegen.

Kersten-Alvarez, L.E., Hosman, C.M.H., Risken-Walraven, J.M., Doesum, K.T.M. van, Smeekens, S., & Hoefnagels, C. (2012). Early school outcomes for children of postpartum depressed mothers: Comparison with a community sample. *Child Psychiatry and Human Development*, 43, 201-218.

Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-Month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.



Klein-Velderman, M., & Pannebakker, F.D. (2008). Primaire preventie van kindermishandeling: Bekende, gebaande en gewenste paden. Leiden, Nederland: TNO.

Klimes-Dougan, B., Free, K., Ronsaville, D., Stillwell, J., Welsh, C.J., & Radke-Yarrow, M. (1999). Suicidal ideation and attempts: a longitudinal investigation of children of depressed and well mothers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 61-659.

Lange, M. de, Matthys, W., Foolen, N., Addink, A., Oudhof, M., & Vermeij, K. (2013). *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Langrock, A.M., Compas, B.E., Keller, G., Merchant, M.J., & Copeland, M.E. (2002). Coping with the stress of parental depression: Parent's reports of children's coping, emotional and behavioral problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 312-324.

Larsson, B., Knutsson-Medin, L., Sundelin, C., & Trost von Werder, A.C. (2000). Social competence and emotional/behavioural problems in children of psychiatric inpatients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9, 122-128.

Lieb, R., Isensee, B., Hofler, M., Pfister, H., & Wittchen, H.U. (2002a). Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 59, 365-374.

Lieb, R., Merikangas, K.R., Höfler, M., Pfister, H., Isensee, B., & Wittchen, H.U. (2002b). Parental alcohol use disorders and alcohol use and disorders in offspring: A community study. *Psychological Medicine*, 32, 63-78.

Loo, P. van der (2013). *Heeft u ook kinderen? Handreiking in kader van Utrecht Gezond!* Utrecht, Nederland: Gemeente Utrecht en Achmea.

Luoma, I., Tamminen, T., Kaukonen, P., Laippala, P., Puura, K., Salmelin, R., & Almqvist, F. (2001). Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 1367-1374.

Malekpour, M. (2007). Effects of attachment on early and later development. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 53, 81-95.

Mäntymaa, M., Puura, K., Luoma, I., Salmelin, R.K., & Tamminen, T. (2004). Early mother-infant interaction, parental mental health and symptoms of behavioral and emotional problems in toddlers. *Infant Behavior and Development*, 27, 134-149.

Maughan, A., Cicchetti, D., Toth, S.L., & Rogosch, F.A. (2007). Early-occurring maternal depression and maternal negativity in predicting young children's emotion regulation and socioemotional difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 685-703.

McLaughlin, K.A., Gadermann, A.M., Hwang, I., Sampson, N.A., Al-Hamzawi, A., Andrade, L.H., ... Kessler, R.C. (2012). Parent Psychopathology and Offspring Mental Disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 200, 290-299.

McLeod, J.D., & Shanahan, M.J. (1996). Trajectories of poverty and children's mental health. *Journal of health and social behavior*, 37, 207-220.



Meer, J. van der (2013). Rapportage pilotproject: Versterking eerstelijns psychosociale zorg stad Utrecht. Utrecht, Nederland: Cumulus Welzijn/op 1 –Lijn Binnenstad Utrecht.

Mennes, M., Bergh, B.R.H. van den, Lagae, L., & Stiers, P. (2009). Developmental brain alterations in 17 year old boys are related to antenatal maternal anxiety. *Clinical Neurophysiology*, 120, 1116-1122.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (2005). *Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Gorinchem, Nederland: Uitgeverij Ekklesia.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2012). *Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Stappenplan voor het handelen bij signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling*. Den Haag, Nederland: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Mulder, E.J., Robles de Medina, P.G., Huizink, A.C., Bergh, B.R., van den, Buitelaar, J.K., & Visser, G.H. (2002). Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Human Development*, 70, 3-14.

Munk-Olsen, T., Laursen, T.M., Mendelson, T., Pedersen, C.B., Mors, O., & Mortensen, P.B. (2009). Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. *Archives of General Psychiatry*, 66, 189-95.

Muris, P., Steerneman, P., Merckelbach, H., & Meesters, C. (1996). The role of parental fearfulness and modeling in children's fear. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 265-268.

Murray, L., & Cooper, P. (1996). The impact of postpartum depression on child development. *International Review of Psychiatry*, 8, 55-63.

Nair, P., Schuler, M.E., Black, M.M., Kettinger, L., & Harrington, D. (2003). Cumulative environmental risk in substance abusing women: Early intervention, parenting stress, child abuse potential and child development. *Child Abuse & Neglect*, 27, 997-1017.

Nederland Jeugdinstuut (NJI). *D203: Jeugdige in de rol van ouder (parentificatie)*. Databank 'classificatie jeugdproblemen'. Opgevraagd op 1 maart 2013 van <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/20/836.html>

Nederlands Jeugdinstuut (NJI). *Strenght and Difficulties Questionnaire*

(SDQ). Dossier gedragsproblemen. Opgevraagd op 1 maart 2013 van

<http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/09/541.cmVjb3jkbni9MTIzNjM1JnRvb249dWl0Z2VicmVpZA.html>

Nederlands Jeugdinstuut (NJI). *Child Behavior Checklist (CBCL)*. Databank

'Instrumenten en Gedragsproblemen'. Opgevraagd op 1 maart van

<http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/23/557.dWl0Z2VicmVpZD0x.html>

Nilsson, E., Lichtenstein, P., Snattingius, S., Muuray, R.M., & Hultman, C.M. (2002). Women with schizophrenia: Pregnancy outcome and infant death among their offspring. *Schizophrenia Research*, 58, 221-229.

Olfson, M., Marcus, S.C., Druss, B., Pincus, H.A., & Weissman, M.M. (2003). Parental depression, child mental health problems, and health care utilization. *Medical Care*, 41, 716-721.

Östman, M. (2008). Interviews with children of persons with a severe mental illness: Investigating their everyday situation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 354-359.



Raikkonen, K., Seckl, J.R., Pesonen, A.K., Simons, A. & Bergh, B.R.H. van den (2011). Stress, glucocorticoids and liquorice in human pregnancy: Programmers of the offspring brain. *Stress: The International Journal on the Biology of Stress*, 14, 590-603.

Romijn, G., Graaf, I. de, & Jonge, M. de (2010). *Kwetsbare kinderen. Literatuurstudie over verhoogde risicogroepen onder kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen*. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut.

Rondó, P.H., Ferreira, R.F., Nogueira, F., Ribeiro, M.C., Lobert, H., & Artes, R. (2003). Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57, 266-72.

Ronsaville, D.S., Municchi, G., Laney, C., Cizza, G., Meyer, S.E., Haim, A. ... Martinez, P.E. (2006). Maternal and environmental factors influence the hypothalamic-pituitary-adrenal axis response to corticotropin-releasing hormone infusion in offspring of mothers with or without mood disorders. *Development and Psychopathology*, 18, 173-194.

Ruiter, de C., & E.M. de Jong (2005). *CARE-NL Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling*. Utrecht, Nederland: Corine de Ruiter.

Ruiter, de C., Hildebrand, M., & Hoorn, van der S.P. (2012). Gestructureerde risicotaxatie bij kindermishandeling: De Child Abuse Risk Evaluation - Nederlandse versie (CARE-NL). *GZ-Psychologie*, 2012, 10-17.

Rutter, M., & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853-880.

Sameroff, A.J. (2000). Ecological perspectives on developmental risk. In J.D. Osofsky & H.E. Fitzgerald (Eds.), *Waimh handbook of infant mental health* (pp. 1-29). New York: J. Wiley & Sons Inc.

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.

Santvoort, F. van, Hosman, C., Doesum, K. van, & Janssens, J. (2011). Preventie programma KOPP/KVO onder vuur. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 1, 16-19.

Santvoort, F. van, Hosman, C., Janssens, J., Doesum, K. van, Reupert, A., & Loon, L. van (2013 submitted for publication). The Impact of Various Parental Mental Disorders on Children: A Systematic Review.

Smets, K. (2005). Zwangerschap en drugs. Beleid bij de pasgeborene. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 61, 1219-1225.

Solis, J.M., Shadur, J.M., Burns, A.R., & Hussong, A.M. (2012). Understanding the diverse needs of children whose parents abuse substances. *Current Drug Abuse Review*, 5, 135-147.

Steinhausen, H.C. (1995). Children of alcoholic parents. A review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 4, 143-152.

Sytema, S., Gunther, N., Reelick, F., Drukker, M., Pijl, B., & Land, H. van 't. (2006). *Verkenningen in de kinderen jeugdpsychiatrie. Een bijdrage uit de psychiatrische casusregisters Rijnmond, Zuid-Limburg en Noord-Nederland*. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut.



- Teti, D.M., & Candelaria, M.A. (2002). Parenting competence. In M. H. Barnstein (Ed.), *Handbook of parenting: Vol. 4. Social conditions and applied parenting* (2nd ed., pp. 149 - 181). Mahwah: Erlbaum.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Roberson-Nay, R. & Tervo, K. (2003). Parenting behaviors in parents with anxiety disorders. *Behavior Research and Therapy*, 41, 541-554.
- Turnell, A. & Edwards, S. (2009). Turnell, A. & Edwards, S. (2009). Veilig opgroeien : De oplossingsgerichte aanpak Signs of Safety in jeugdzorg en kinderscherming. Houten, Nederland: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Verdurmen, J., Have, M. ten, Graaf, R. de, Dorsselaer, S. van, Land, H. van 't, & Vollebergh, W. (2007). *Psychische gevolgen van kindermishandeling op volwassen leeftijd. Resultaten van de "Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study" Nemesis*. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut.
- Verhulst, F.C., Ende, J. van der & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam, Nederland: Erasmus MC, Sophia Kinderziekenhuis, afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- Verhulst, F.C., Ende, J. van der, & Koot, H.M. (1997). *Handleiding voor de Teacher's Report Form (TRF)*. Rotterdam: Erasmus MC, Sophia Kinderziekenhuis, afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- Verhulst, F.C., Ende, J. van der, & Koot, H.M. (1997). *Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR)*. Rotterdam Nederland: Erasmus MC, Sophia Kinderziekenhuis, afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- Verhulst F., & Van der Ende J. (2004). *Handleiding voor de CBCL*. Rotterdam, Nederland: Erasmus MC, Sophia Kinderziekenhuis, afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- Vermulst A.A., Kroes G., Meyer R.E. de, Leeuwen K.G. van, & Veerman J.W. (2011). *Vragenlijst gezin en opvoeding (VG&O), Voorlopige Handleiding*. Nijmegen/Leuven. Nederland/België: Praktikon BV.
- Viguera, A.C., Whitfield, T., Baldessarini, R.J., Newport, D.J., Stowe, Z. ... Cohen, L.S. (2007). Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: Prospective study of mood stabilizer discontinuation. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1817-1824.
- Vink, R. M., Wolff, M. S. de, Broerse, A., & Kamphuis, M. (concept in ontwikkeling). *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Leiden: TNO/Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Walsh, C., MacMillan, H., & Jamieso, E. (2002). The Relationship between Parental Psychiatric Disorder and Child Physical and Sexual Abuse: Findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse and Neglect*, 26, 11-22.
- Wang, A.R., & Goldschmidt, V.V. (1994). Interviews of psychiatric inpatients about their family situation and young children. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 90, 459-465.
- Weinstock, M. (1996). Does prenatal stress impair coping and regulation of hypothalamic-pituitary-adrenal axis? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 21, 1-10.
- Weinstock, M. (2005). The potential influence of maternal stress hormones on development and mental health of the offspring. *Brain, Behavior and Immunity*, 19, 296-308.





Weissman, M.M., Fendrich, M., Warner, V., & Wickramaratne, P. (1992). Incidence of psychiatric disorder in offspring at high and low risk for depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 640-648.

Weissman, M.M., Prusoff, B.A., Gammon, G.D., Merkiangas, K.R., Leckman, J.F., & Kidd, K.K. (1984). Psychopathology in the children (ages 6-18) of depressed and normal parents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 78.

Wenselaar, L. (1997). KOPP-kinderen: beschermingswaardig? Kinderen en hun ouders met psychische problemen. In C. van Nijhatten (Eds), *Bij nader toezien, 75 jaar Ondertoezichtstelling* (pp. 64-76). Den Haag, Nederland: SDU.

Westermeyer, J., Yoon, G., & Thuras, P. (2006). Psychiatric morbidity and parental substance use disorder. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 32, 607-616.

Widenfelt B.M. van, Goedhart A.W., Treffers P.D., & Goodman R. (2009). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 281-289.

Wolff, M. S. de, Bakel, H. J. A. van, Juffer, F., Dekker-van der Sande, F., Sterkenburg, P. S., & Thoomes-Vreugdenhil, A. (2014). *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Wickramaratne, P., & Weissman, M.M. (1998). Onset of psychopathology in offspring by developmental phase and parental depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 933-942.

Yonkers, K.A, Vigod, S., & Ross, L.E. (2012). Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Focus*, 10, 51-66.

Yperen, T.A. van (2003). *Resultaten in de jeugdzorg: Begrippen, maatstaven en methoden*. Utrecht, Nederland: NIZW.

Yperen, T. van, en Bommel, M. van, (april 2009), "Erkenning Interventies: criteria 2009-2010, Erkenningscommissie (Jeugd) interventies", Nji/RIVM, Utrecht.

Zanden, A.P. van der, Speetjens, P.A., Arntz, K.S., & Onrust, S.A. (2010). Online group course for parents with mental illness: development and pilot study. *Journal of Medical Internet Research*, 12, e50.





## **Bijlage 1**

# **SIK-lijst Instructie voor gebruik en basisinformatie jeugdige en ouder**



### Hoe te gebruiken?

U kunt de SIK-lijst voor, tijdens of na het gesprek gebruiken.

Na een gesprek kunt u checken of er nog meer informatie nodig is voor de risico-inschatting.

De SIK-lijst biedt u telkens drie antwoordmogelijkheden. Omcirkel wat van toepassing is.

Als het item niet van toepassing is, vult u het niet in.

- (= **negatief/onvoldoende/aanwezigheid van reacties**)

+ (= **positief/voldoende/afwezigheid van reacties**)

? (= **onbekend**)

Het invullen van de SIK-lijst is een momentopname. U vult de lijst in voor zover u over de gevraagde informatie beschikt. Het is zinvol om na enige tijd de lijst nog eens in te vullen aan de hand van aanvullende informatie waarover u op dat moment beschikt.

### Clïentgegevens (kind en ouder):

Hoofdcliënt (kind): \_\_\_\_\_ M / V

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Datum van invullen: \_\_\_\_\_

Ingevuld door: \_\_\_\_\_

Diagnose ouder(s): \_\_\_\_\_ (formeel, indien bekend)

Klinische opname: ja / nee, periode: \_\_\_\_\_

Gezinssamenstelling:

- Twee-oudergezin  Meergeneratiegezin  
 Eenoudergezin  Anders, namelijk \_\_\_\_\_  
 Samengesteld gezin

### Gegevens over de kinderen (inclusief hoofdcliënt)

Naam	Geb. datum	M / V	Uit/ thuiswonend	School	Hulpverlening (welke?)



### Bij elk van de te screenen onderwerpen geldt:

**Veel negatieve scores** betekenen een risicofactor voor het kind. Veel negatieve scores vereisen een (preventieve) interventie.

**Positieve scores** wijzen over het algemeen op de aanwezigheid van een beschermende factor. Indien nodig kunt u een dergelijke factor nog versterken.

**Veel vraagtekens** wijzen erop dat u zich over het onderwerp nog geen duidelijk oordeel kunt vormen. Probeer in volgende gesprekken meer informatie te verzamelen over deze items om een beter beeld te krijgen van de risico- en beschermende factoren bij ouders en kinderen.

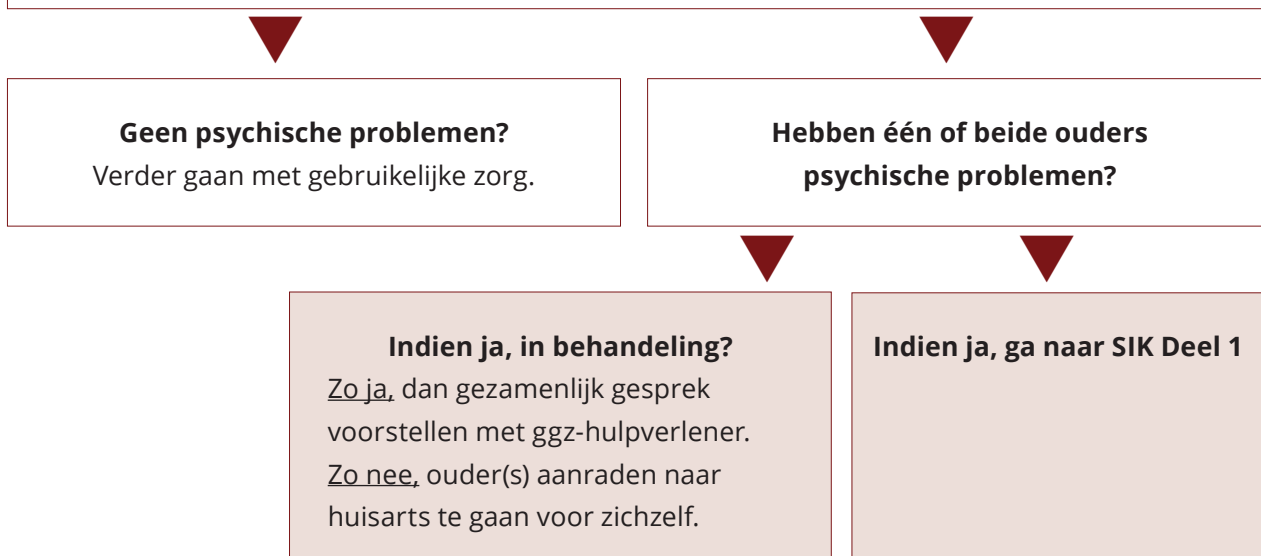
De SIK-lijst helpt u bij de interventiekeuze door per onderwerp een overzicht te geven van mogelijke interventies.

*Kruis aan welke symptomen de ouder vertoont of zelf aangeeft:*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hallucinaties          | <input type="checkbox"/> Agressie – gericht op zichzelf      |
| <input type="checkbox"/> Paranoïde              | <input type="checkbox"/> Agressie – gericht op de ander      |
| <input type="checkbox"/> Angststoornis of fobie | <input type="checkbox"/> Verwaarlozing – gericht op zichzelf |
| <input type="checkbox"/> Dwangstoornis          | <input type="checkbox"/> Verwaarlozing – gericht op de ander |
| <input type="checkbox"/> Depressiviteit         | <input type="checkbox"/> Zelfbeschadiging                    |
| <input type="checkbox"/> Wanen                  | <input type="checkbox"/> Drugsproblemen                      |
| <input type="checkbox"/> Isolement              | <input type="checkbox"/> Alcoholproblemen                    |
| <input type="checkbox"/> Apathie                | <input type="checkbox"/> Gokproblemen                        |
| <input type="checkbox"/> Verwardheid            | <input type="checkbox"/> Crimineel gedrag                    |
| <input type="checkbox"/> Slaapstoornis          | <input type="checkbox"/> Bizar gedrag                        |
| <input type="checkbox"/> Eetstoornis            | <input type="checkbox"/> Agitatie, boosheid ('kort lontje')  |
| <input type="checkbox"/> Autisme                | <input type="checkbox"/> Onvoorspelbaar gedrag               |
| <input type="checkbox"/> Suïcidaliteit          | <input type="checkbox"/> Irreële lichamelijke klachten       |
| <input type="checkbox"/> Medicijngebruik        | <input type="checkbox"/> Anders, nl: _____                   |

Wanneer zijn de klachten ontstaan: \_\_\_\_\_

Andere relevante achtergrondinformatie: \_\_\_\_\_



## Deel 1 De Ouders

### 1. Erkenning van de problemen

a.	Is er bij de KOPP-ouder erkenning van de eigen problematiek?	-	+	?
b.	Is er (h)erkenning van de problematiek door de andere ouder?	-	+	?

#### Interventies indien veel negatieve scores bij vraag 1:

- ziekte-inzicht als aandachtspunt meenemen in de gesprekken met ouder en/of partner.

### 2. Invloed van de problemen op kinderen

a.	Is er kennis bij de KOPP-ouder over de invloed van de ouderlijke problemen op de kinderen?	-	+	?
b.	Is er kennis bij de partner over deze invloed?	-	+	?
c.	Is er kennis bij de ouder(s) over mogelijkheden om kinderen te ondersteunen?	-	+	?
d.	Gebruikt / Gebruiken de ouder(s) hulpverlenings- en ondersteuningsmogelijkheden? En zo ja, welke?	-	+	?
e.	Praat / Praten de ouder(s) met de kinderen over de problemen?	-	+	?

#### Interventies indien veel negatieve scores bij vraag 2:

- ouder(s) adviseren hoe te praten met kinderen over KOPP/KVO (hierbij kunnen ouders de Kipizivero-brochures of informatiekaarten voor kinderen gebruiken);  
- indien nodig een gesprek tussen ouder(s) en kind begeleiden;  
- aan ouder(s) uitreiken: Kipizivero-brochures 'Een knipoog, een knuffel' & 'Het beste voor mij en mijn baby';  
- ouder(s) verwijzen naar [www.KopOpOuders.nl](http://www.KopOpOuders.nl).

### 3. Gezinsinteracties

a.	Hoe is de communicatie binnen het gezin?	-	+	?
b.	Hoe is de relatie tussen de ouders?	-	+	?
c.	Is er stabiliteit in de gezinssituatie?	-	+	?
d.	Hebben derden toegang tot het gezin? En zo ja, wie?	-	+	?

#### Interventies indien veel negatieve scores bij vraag 3:

- bij a en b: informatie geven over negatieve consequenties hiervan voor de kinderen of hiervoor verwijzen naar begeleiding/ behandeling of de gezinsinterventie KOPP;  
- bij c: met de ouders zorgen voor opvangmogelijkheden voor het kind in (toekomstige) crisissituaties & inschakelen van (gespecialiseerde) gezinszorg;  
- bij d: ouders stimuleren met derden over de problematiek te praten & ouders stimuleren een sociaal netwerk te onderhouden en/of uit te bouwen voor zichzelf én voor hun kinderen (indien nodig via welzijnswerk / jongerenwerk / buurtwerk).



#### 4. Ouderrol

Beoordeel de volgende kenmerken van 'goed genoeg ouderschap':

a.	emotionele betrokkenheid	-	+	?
b.	liefdevolle bejegening	-	+	?
c.	invoelend vermogen	-	+	?
d.	geduld	-	+	?
e.	structuur bieden	-	+	?
f.	leiding geven	-	+	?
g.	rekening houden met leeftijdsgebonden mogelijkheden van het kind	-	+	?
h.	goed identificatieobject zijn	-	+	?
i.	continuïteit in zorg bieden	-	+	?
j.	voorspelbaar zijn	-	+	?

#### 5. Ouderrol 'andere ouder'

Beoordeel de ondersteunende rol van de andere ouder:

a.	mate van welbevinden	-	+	?
b.	beschikbaarheid	-	+	?
c.	structuur bieden	-	+	?
d.	goed identificatieobject	-	+	?
e.	continuïteit in zorg bieden	-	+	?
f.	(compenserende) activiteiten bieden	-	+	?

##### **Interventies indien veel negatieve scores bij vraag 4, maar een voldoende aantal positieve scores bij vraag 5:**

- aan ouder(s) Kipizivero-brochure 'Een knipoog, een knuffel' uitreiken en/of verwijzen naar [www.KopOpOuders.nl](http://www.KopOpOuders.nl) indien nog niet gedaan en de genoemde onderwerpen van 'Goed Genoeg Ouderschap' bespreken (opvoedingstaken);
- ouders informeren over/motiveren voor opvoedings- en/of ondersteuningsmogelijkheden, zoals de (online) cursus 'KopOpOuders' en de moeder-baby-interventie (Zie RL Tabel 1)

##### **Interventies indien veel negatieve scores bij vraag 4 én 5:**

- aanbieden van of verwijzen naar opvoedingsondersteuning;
- nagaan of de opvoedingstaken van de ouders worden overgenomen door anderen;
- bespreken hoe sociaal netwerk/omgevingssteun kan worden ingeschakeld;
- op basis van signalen verwijzen naar:
  - ondersteunende instanties zoals: (gespecialiseerde) thuisbegeleiding, AMW enz.;
  - geestelijke gezondheidszorg of de huisarts.



## Deel 2 Het Kind

Indien er meerdere kinderen in het gezin zijn, kan deel 2 voor elk kind apart worden ingevuld.

### 6. Algemene indruk over het functioneren en welbevinden van de kinderen (gezien vanuit de ouder(s) en/of de hulpverlener)

a. Zijn er zorgen over het welbevinden van de kinderen? Zo ja, welke en sinds wanneer?

\_\_\_\_\_

b. Zijn er (ernstige) problemen thuis of op school? Zo ja, welke en sinds wanneer? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Naam kind(eren): \_\_\_\_\_

Leeftijd(en): \_\_\_\_\_

### 7. Zicht van het kind op de problemen van de ouder

a.	Beschikt het kind over de juiste informatie over de problemen van de ouder (afgestemd op de leeftijd van het kind)?	-	+	?
b.	Heeft het kind zicht op de mogelijke invloed van de problemen van de ouder op zichzelf?	-	+	?

#### Interventies indien veel negatieve scores bij vraag 7:

- aan kinderen uitreiken (voor kinderen tot ca. 8 jaar heeft het de voorkeur dat zij de materialen samen met de ouder(s) lezen en bespreken): Kipizivero-brochures 'Mama is ziek' (tot 6 jaar) 'Mijn Beurt' (6-12 jaar) of 'Splinters' (vanaf 12 jaar) & Kipizivero-kaart uit map 'Ouders van de kaart' (kleurenkopie van het betreffende ziektebeeld);
- kinderen verwijzen naar websites als [www.kopstoring.nl](http://www.kopstoring.nl) of [www.drankjewel.nl](http://www.drankjewel.nl).

### 8. Ondersteuning van het kind door

a.	broers en zussen;	-	+	?
b.	familie;	-	+	?
c.	vrienden en/of kennissen van de ouders;	-	+	?
d.	directe omgeving (buren);	-	+	?
e.	vrienden/vriendinnen;	-	+	?
f.	ouders van vrienden/vriendinnen;	-	+	?
g.	leerkrachten;	-	+	?
h.	vrijtijdsbesteding (bijv. begeleiders van hobby- of sportclubs, evt. bijbaantje);	-	+	?
i.	hulpverleners;	-	+	?
j.	voor het kind belangrijke derden (navragen wie dat zijn).	-	+	?





### Interventies indien veel negatieve scores bij vraag 8:

- ouders stimuleren om hun kinderen toestemming te geven om met derden over de problematiek te praten;
- via de ouders kinderen stimuleren om sociale contacten te onderhouden met vrienden/vriendinnen, familie, etc.
- aan kinderen uitreiken (indien nog niet gedaan): Kipizivero-brochures 'Mama is ziek' (tot 6 jaar) 'Mijn Beurt' (6-12 jaar) of 'Splinters' (vanaf 12 jaar) & Kipizivero-kaart uit map 'Ouders van de kaart' (kleurenkopie van het betreffende ziektebeeld);
- kinderen verwijzen naar websites als [www.kopstoring.nl](http://www.kopstoring.nl) of [www.drankjewel.nl](http://www.drankjewel.nl) (indien nog niet gedaan);
- in overleg met ouders inschakelen van steunfiguren;
- ouder(s)/kind stimuleren tot deelname aan een hobby- of sportclub, of andere vrijetijdsbesteding;
- informatie geven over en stimuleren tot deelname aan een KOPP/KVO-groep (bijv. Speel-Doegroep 6-8 jaar, Doe-Praatgroep 8-12 jaar, Pubergroep 13-15 jaar of Adolescentengroep 16-23 jaar).

## 9. Copingvaardigheden van het kind

Beoordeel de vaardigheden: slecht (-) of goed (+)

a.	gevoelens kunnen uiten	-	+	?
b.	aandacht/hulp/informatie kunnen vragen	-	+	?
c.	grenzen kunnen stellen	-	+	?
d.	afstand kunnen nemen van de ouderlijke problematiek	-	+	?
e.	kunnen omgaan met (negatieve) reacties uit de omgeving	-	+	?

## 10. Specifieke reacties van het kind

Beoordeel aanwezigheid (-) of afwezigheid (+)

a.	schuldgevoelens	-	+	?
b.	schaamtegevoelens	-	+	?
c.	negatief zelfbeeld	-	+	?
d.	sterke verantwoordelijkheidsgevoelens	-	+	?
e.	andere specifieke reacties, namelijk ...	-	+	?

### Interventies indien veel negatieve scores op vraag 9 én 10:

- ouder(s) stimuleren de betreffende vaardigheden van hun kind te helpen ontwikkelen en adviseren over de wijze waarop;
- met het kind de betreffende vaardigheden bespreken;
- informatie geven over en stimuleren tot deelname aan een KOPP/KVO-groep (bijv. Speel-Doegroep 6-8 jaar, Doe-Praatgroep 8-12 jaar, Pubergroep 13-15 jaar of Adolescentengroep 16-23 jaar).

### Interventies indien vrijwel alle scores negatief en de situatie is verontrustend:

- ga verder met de screening (zie kader onder aan de pagina);
- consultatie of advies vragen aan collega's en/of verwijzen naar de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren.



## 11. Non-specifieke reacties van kinderen

Beoordeel aanwezigheid (-) of afwezigheid (+)

a.	slaapproblemen	-	+	?
b.	eetproblemen	-	+	?
c.	gedragsproblemen	-	+	?
d.	angsten	-	+	?
e.	depressiviteit	-	+	?
f.	gespannenheid	-	+	?
g.	concentratieproblemen	-	+	?
h.	lichamelijke klachten	-	+	?
i.	slechte schoolresultaten	-	+	?
j.	bedplassen	-	+	?
k.	andere non-specifieke reacties, namelijk ...	-	+	?

### Interventies indien veel positieve scores bij vraag 11:

- ga verder met de screening (zie kader onder aan pagina);
- consultatie of advies vragen aan collega's en/of verwijzen naar de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren.

### Wanneer op basis van het gesprek en de uitkomsten van de SIK-lijst KOPP-problematiek naar voren komt, is mogelijk verdere screening op emotionele of gedragsproblemen of op gezinsfunctioneren gewenst.

Gebruik hiervoor de volgende screeningsinstrumenten en richtlijnen:

- functioneren (ouder met) baby of peuter: *C-TRF (1,5-5 jaar)*. Voor screening op hechtingsproblemen wordt verwezen naar de *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming*;
- emotionele en gedragsproblemen kind en jongere: *SDQ (3-16 jaar)*, *CBCL (6-18 jaar)*, *TRF (6-18 jaar)*, *YSR (11-18)*;
- algemene gezinsfunctioneren en opvoedproblemen: *VGO (gezinnen met jeugdigen van 0-18 jaar)*;
- vermoeden kindermishandeling: *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming*, eventueel *CARE* of *LIRIK*;
- huiselijk geweld: *Meldcode huiselijk geweld*;
- problematische hechting: *Richtlijn Problematische gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming*;
- ernstige gedragsproblemen: *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*.



## **Bijlage 2**

# **Handleiding bij de SIK-lijst**



## Handleiding SIK-lijst<sup>7</sup>

Deze handleiding geeft suggesties voor observaties die gedaan kunnen worden en voor vragen die gesteld kunnen worden bij het invullen van de SIK-lijst (cursief).

### Deel 1: De ouders

#### 1. Erkenning van problemen

- a. Erkenning door KOPP-ouder van psychische en/of verslavingsproblematiek:
  - *Geef eens een omschrijving van uw problemen of klachten.*
- b. Erkenning door partner van psychische en/of verslavingsproblematiek:
  - *Omschrijf kort wat de problemen of klachten van uw partner zijn.*

#### 2. Invloed van problemen van ouders op kinderen

- a. Kennis bij KOPP-ouder over de invloed van de ouderlijke problemen op de kinderen:
  - *Weten uw kinderen van uw problematiek?*
  - *Wat heeft u erover verteld?*
  - *Wat merken uw kinderen van uw problematiek?*
  - *Welke belemmeringen ervaart u door uw problematiek in de opvoeding van uw kinderen?*
- b. Kennis bij de partner over deze invloed:
  - *Welke invloed hebben de psychische en/of verslavingsproblematiek van uw partner op de gezinssituatie?*
  - *Hoe reageren de kinderen op deze situatie?*
  - *Wat komt er allemaal bij u terecht als uw partner niet in staat is om taken te vervullen?*
- c. Kennis bij de ouder(s) over mogelijkheden om kinderen te ondersteunen:
  - *Weet u dat er informatiemateriaal voor kinderen beschikbaar is over dit onderwerp, zoals websites en brochures? En heeft u daarvan gebruik gemaakt?*
  - *Weet u of uw kinderen met anderen praten over de problemen?*
  - *Komen uw kinderen voldoende toe aan ontspannende activiteiten?*
- d. Gebruik van hulpverlenings- en ondersteuningsmogelijkheden:
  - *Schakelt u hulp in als het thuis allemaal niet naar wens verloopt?*
  - *Zo ja, welke hulp en van wie?*
- e. Praten met de kinderen over de ouderlijke problemen:
  - *Hoe heeft u de problematiek aan de kinderen uitgelegd?*
  - *Heeft u daarbij rekening gehouden met het begripsvermogen van uw kinderen?*
  - *Stellen de kinderen vragen over uw problematiek?*

<sup>7</sup> Oorspronkelijk opgesteld door: Projectgroep Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problematiek VO-SPV Hoge School Utrecht, mei 1995. Herzien door: Projectgroep KOPP RIAGG Helmond/IPZ Helmond, juli 1996. Herzien (2010) door: Beijers, F. (Riagg Zuid Roermond), Bellemakers, T. (Centrum Maliebaan Utrecht), Senders, A. (Prezens GGZ inGeest Amsterdam), Veldhoen, N. (Verslavingszorg Noord-Nederland Friesland). Herzien t.b.v. Richtlijn KOPP voor jeugdhulp en jeugdbescherming (2014) door: Meije, D., Zanden, R. van der, Meeuwissen, J.A.C. (Trimbos-instituut).



### 3. Gezinsinteracties

- a. Communicatie binnen het gezin:
  - *Welke activiteiten worden er gezamenlijk ondernomen?*
  - *Waarover wordt er met de kinderen gesproken (bijv. school, hobby's)?*
  - *Wanneer de kinderen problemen of verdriet hebben, hoe gaat u daarmee om?*
- b. Relatie tussen de ouders:
  - *Praat u met elkaar over de ouderlijke problematiek?*
  - *Waarover wordt er verder zoal gesproken?*
  - *Hoe ondersteunt u elkaar?*
  - *Hoe is de sfeer?*
- c. Mate van stabiliteit in de gezinssituatie:
  - *Hoe ziet de dag- en weekindeling eruit?*
  - *Wat zijn de vaste afspraken m.b.t. tijden voor eten, slapen e.d.?*
  - *Heeft u opvangmogelijkheden voor de kinderen indien nodig?*
- d. Toegankelijkheid voor derden binnen het gezin:
  - *Hoe zijn de contacten met andere mensen?*
  - *Bij wie kunt u buiten de familie terecht voor steun en hulp?*

### 4. Ouderrol

(De volgende aspecten kunnen ook geobserveerd worden)

- a. Emotionele betrokkenheid:
  - *Hoe uit u uw gevoelens tegenover uw kinderen?*
  - *Kunt u zich inleven in de gevoelens/behoefte van uw kinderen?*
- b. Liefdevolle bejegening:
  - *Hoe laat u merken dat u om uw kinderen geeft?*
  - *Knuffelt of stoeit u met uw kinderen? Hoe reageren zij daar op?*

Observeer indien mogelijk wat u ziet in het contact tussen ouder en kind. Hoe maakt het kind contact: terughoudend of vrij?

- c. Invoelend vermogen:
  - *Waarin verschillen uw kinderen?*
  - *Heeft u een idee wat uw kinderen specifiek in deze leeftijdsfase nodig hebben?*
  - *Heeft u er behoefte aan meer te weten te komen over de ontwikkeling van kinderen?*
- d. Geduld:
  - *Bent u geneigd om snel dingen van uw kinderen over te nemen? (Wat observeer je?)*
  - *Kunt u kalm blijven als u boos/geïrriteerd bent?*
  - *Verliest u wel eens uw geduld, wat doet u dan?*
- e. Structuur bieden:
  - *Welke huisregels en afspraken zijn er thuis?*
  - *Welke straffen en welke beloningen gebruikt u in de opvoeding van uw kinderen?*
  - *Zijn u en uw partner het meestal met elkaar eens over opvoedingszaken? Hoe gaan jullie om met verschillen over opvoedzaken? Hoe reageren uw kinderen hierop?*
- f. Leiding geven:
  - *Lukt het u om uw kinderen aan de huisregels en afspraken te houden? Hoe doet u dat?*
  - *Hoe gaat u in het gezin met meningsverschillen om?*



- g. Rekening houden met de leeftijdsgebonden mogelijkheden van het kind:
  - *Wat vindt u leuk om met uw kinderen samen te doen?*
  - *Welke taken hebben uw kinderen in huis?*
  - *Wat zijn de behoeftes van uw kinderen in hun specifieke leeftijdsfase?*
  - *Observeer of er sprake is van parentificatie, wat betreft het overnemen van ouderlijke taken en wat betreft de emotionele belasting.*
- h. Goed identificatieobject zijn:
  - *Op welke wijze imiteren de kinderen u?*
  - *Op welke wijze wilt u een goed voorbeeld zijn voor uw kinderen?*
- i. Continuïteit in zorg bieden:
  - *Hoe regelt u opvang voor de kinderen als u er zelf niet bent?*
  - *Wie kunt u inschakelen als er hulp nodig is?*
- j. Voorspelbaar zijn:
  - *Laat u uw gezinsleden weten waar u bent gedurende de dag?*
  - *Hoe reageert u op de kinderen als iets u irriteert?*
  - *Hoe gaat u om met straffen? Waarschuwt u bijvoorbeeld van tevoren?*

## **5. Ouderrol van de 'andere ouder'**

- a. Mate van welbevinden:
  - *Hoe voelt u zich in deze situatie?*
  - *Hoe gaat het slapen, eten en rusten?*
  - *Welke activiteiten onderneemt u voor uzelf?*
- b. Beschikbaarheid:
  - *Hoe ziet uw dag, week en weekend eruit?*
  - *Zijn de kinderen vaak alleen of met de KOPP-ouder thuis?*
  - *Wie brengt de kinderen naar bed, wie eet met ze en wie brengt ze naar school?*
  - *Praat u met uw kinderen over de situatie?*
- c. Structuur bieden:
  - *Welke huisregels en afspraken zijn er in het gezin? Is er naar uw mening voldoende structuur/regelmaat?*
  - *Welke straffen en welke beloningen gebruikt u in de opvoeding van uw kinderen? Hoe gaat u om met grensoverschrijdend gedrag van de kinderen (blijven waarschuwen, time-out, schreeuwen, slaan etc.)?*
  - *Zijn u en uw partner het meestal met elkaar eens over opvoedingszaken? Hoe gaan jullie om met verschillen over opvoedzaken?*
- d. Goed identificatieobject:
  - *Op welke wijze imiteren de kinderen u? Hoe reageert u daarop?*
  - *Op welke wijze wilt u een goed voorbeeld zijn voor uw kinderen?*
- e. Continuïteit in zorg bieden:
  - *Bent u regelmatig thuis en is er daardoor regelmaat in het dagelijks gebeuren?*
  - *Hoe zorgt u voor continuïteit in zorg voor de kinderen?*
  - *Hoe reageren de kinderen op wisselingen van verzorgers?*
- f. (Compenserende) activiteiten aanbieden:
  - *Welke activiteiten onderneemt u met de kinderen thuis en buitenshuis?*
  - *Hoe reageren uw kinderen daarop?*



## Deel 2: Het kind

Voor de onderwerpen hieronder moet worden gezien of de vragen aan het kind zelf dan wel aan (een van) de ouders gesteld kunnen worden. Dit hangt o.a. af van de leeftijd van het kind. De ervaring leert dat bij kinderen tot ongeveer 6 à 8 jaar de vragen het beste aan (één van) de ouders kunnen worden gesteld. Oudere kinderen kunnen zelf vragen beantwoorden. Voor het invullen van deze lijst is het wenselijk om de kinderen te zien. Er kunnen ook omstandigheden zijn waardoor dit niet mogelijk is.

### 6. Algemene indruk van het functioneren van het kind

Deze items spreken voor zich.

### 7. Zicht van het kind op de problemen

- a. Beschikt het kind over de juiste informatie wat de problemen van de ouder betreft (afgestemd op de leeftijd)?
  - *Vertel eens wat er volgens jou met je vader/moeder aan de hand is.*
- b. Heeft het kind zicht op de mogelijke invloed van de problemen op zichzelf?
  - *Wat merk jij van de problemen van je vader/moeder?*
  - *Hoe is het voor jou dat je vader/moeder ziek is of problemen heeft?*

### 8. Ondersteuning van het kind

- *Met wie vind jij het leuk om dingen samen te doen?*
- *Met wie kun je goed praten over thuis?*
- *Bij wie kun je terecht als je hulp nodig hebt?*

### 9. Copingvaardigheden van het kind

- a. Gevoelens kunnen uiten. Onderstaande vragen kunnen je helpen bij de observatie hiervan:
  - *Hoe praat het kind over de situatie (lacherig, boos, somber, laconiek, ouwelijk)?*
  - *Is het taalgebruik leeftijdsadequaat?*
- b. Aandacht/hulp/informatie kunnen vragen:
  - *Praat je met anderen over de problemen thuis?*
  - *Durf je te vragen wat je nodig hebt (bijvoorbeeld om iets te vertellen of iets samen te doen, of als je iets wilt weten)?*
  - *Vraag je wel eens hulp aan anderen?*
- c. Grenzen kunnen stellen:
  - *Kun je zelf zeggen wanneer iets genoeg/te veel/te moeilijk is, of zeg je liever niks?*
- d. Afstand kunnen nemen:
  - *Heb je de neiging je overal mee te bemoeien?*
  - *Doe je veel taken thuis, en/of let je veel op je vader/moeder (parentificatie)?*
  - *Kun je je eigen dingen blijven doen, zoals hobby/sport/afspraken met vriend(inn)en?*
  - *Krijg je wel eens (negatieve) reacties en/of vragen van anderen op de problemen van je vader/moeder of op je thuissituatie? Welke? En hoe reageer je daarop?*
  - *Word je wel eens gepest? Hoe reageer je daarop?*



e. Compenserende activiteiten ondernemen:

- *Wat doe je in je vrije tijd (hobby's, sport, vriend(inn)en, opa/oma, ooms/tantes, logeren, bijbaantje etc.)?*

## 10. Specifieke reacties van het kind

Je kunt deze reacties ook observeren: merk je in het gesprek met het kind dat het zich in de thuissituatie aanpast, op zijn tenen loopt, zich schuldig voelt over bepaalde situaties e.d.?

a. Schuldgevoelens:

- *Denk je wel eens dat de problemen van je vader/moeder met jou te maken hebben?*
- *Vind je dat als jij beter je best doet, het dan ook beter gaat met je vader/moeder?*
- *Voel je je wel eens schuldig naar je vader/moeder toe?*

b. Schaamtegevoelens:

- *Schaam je je wel eens voor je vader/moeder, of voor de situatie thuis?*
- *Wat doe je als je je schaamt?*
- *Doe je wel eens iets niet omdat je je schaamt voor je vader/moeder, of voor de situatie thuis?*

c. Negatief zelfbeeld:

- *Wat vind je van jezelf?*
- *Noem een paar dingen die je goed vindt van jezelf en die je niet goed vindt van jezelf?*

d. Sterke verantwoordelijkheidsgevoelens (parentificatie):

Observeer het volgende: draagt het kind leeftijdsadequate verantwoordelijkheid? Neemt het kind zelf de verantwoordelijkheid of geven de ouders het kind veel verantwoordelijkheid waardoor het kind geen kind kan zijn? Doet het kind thuis taken die bij zijn leeftijd horen? Wat voor taken doet het kind thuis?

## Non-specifieke reacties van het kind

a. Slaapproblemen:

- *Kan je makkelijk in slaap komen? Lig je 's nachts wel eens wakker? Komt dat vaak voor?*

b. Eetproblemen:

- *Eet je wel eens heel veel/weinig omdat je je rot voelt?*
- *Heeft het kind gewichtsproblemen?*

c. Gedragsproblemen:

Observeer: luistert het kind, is het opstandig of teruggetrokken, aanvaardt het grenzen etc.?

- *Heeft het kind wel eens hulp gehad voor zijn gedragsproblemen?*
- *Is het kind wel eens met justitie in aanraking gekomen?*

d. Angsten:

- *Ben je bang voor bepaalde mensen en/of dingen? Welke?*
- *Wat doe je als je bang bent?*

e. Depressiviteit:

Observeer: komt het kind somber over? Hoe is de stemming van het kind in het algemeen? Let op: depressiviteit bij kinderen kan zich op verschillende manieren uiten, zoals zeer druk gedrag met veel bravoure.

f. Gespannenheid:

Observeer: komt het kind gespannen over? Kan het stilzitten of zit het constant te friemelen? Heeft het kind een gespannen gelaatsuitdrukking. Is er spanning merkbaar als het kind praat?





- g. Concentratieproblemen (rekening houdend met de leeftijd):
- *Kun je goed je aandacht erbij houden als je met iets bezig bent?*
  - *Kun je lang met een spel bezig zijn?*
- h. Lichamelijke klachten:
- *Heb je wel eens lichamelijke klachten of pijn? Zo ja, welke (bijv. hoofdpijn, buikpijn e.d.)?*
- i. Slechte schoolresultaten:
- *Hoe gaat het op school?*
  - *Ga je graag naar school?*
  - *Hoe is je rapport?*
  - *Zijn er zorgen over hoe het op school gaat (bijv. bij leerkrachten)?*
- j. Bedplassen:
- *Is het kind zindelijk? Vanaf welke leeftijd?*
  - *Is het kind opnieuw gaan bedplassen?*
- k. Andere non-specifieke reacties:
- *Is er sprake van extreme boosheid, agressie, weglopen etc.?*
  - *Bij oudere kinderen: rookt het kind? Zo ja, sinds wanneer? Is er sprake van alcohol- en/of drugsgebruik?*





## **Bijlage 3**

# **Aandachtspunten en tips voor gesprekken met ouders en kinderen<sup>9</sup>**



Deze bijlage geeft hulpverleners tips en suggesties voor het gesprek met ouders en kinderen over psychische en/of verslavingsproblemen. Het is handig om deze bijlage vooraf te lezen. Onder (ouderlijke) problematiek verstaan we zowel psychische als verslavingsproblemen (of beide).

### **Functie van gesprekken met ouders en kinderen bij psychische en/of verslavingsproblemen van ouders**

- het bieden van voorlichting en steun aan ouders en hun kinderen;
- kinderen steunen, ze hun emoties laten uiten en ze informatie geven over het ziektebeeld van de ouder en de eventuele gevolgen waar zij mee te maken krijgen of die zij al ondervinden. Hier ook vragen over stellen;
- NB: ontschuldigen van kinderen!
- (aan de hand van de SIK-lijst) een inschatting maken van het functioneren van de ouders en hun kinderen.

### **Hoe kom je aan de gegevens?**

- gesprek met ouder/partner/kind;
- gesprek met school;
- gesprek met huisarts;
- gesprek met andere instanties, zoals (gespecialiseerde) gezinsverzorging, BJZ enz.;
- huisbezoek: na schooltijd als de kinderen thuis zijn of net thuiskomen.

## **Gesprekken met ouders**

### **1. Vooraf: Houdt rekening met het volgende bij ouders:**

- Het gaat zowel om de volwassene in zijn ouderrol als om de volwassene in de positie van KOPP-ouder.
- De KOPP-ouder voelt zich regelmatig schuldig over het tekortschietend ouderschap, wat de antwoorden kan kleuren.
- Iedere ouder wil in principe dat het goed gaat met de kinderen; ze zijn niet kwaadaardig, maar onmachtig. Probeer ouders actief te ontschuldigen en niet te veroordelen.
- Bied de ouder regelmatig steunend contact aan met als doel de invulling van de ouderrol in stand te houden of te verstevigen.

<sup>9</sup>Gebaseerd op: 'Gesprekken met ouders en kinderen' materialen de cursistenmap KOPP-training 'Praten met ouders en kinderen', Preventie GGZ Buitendam (2005).

Herzien (2010) door: Beijers, F. (Riagg Zuid Roermond), Bellemakers, T. (Centrum Maliebaan Utrecht), Senders, A. (Prezens GGZ inGeest Amsterdam), Veldhoen, N. (Verslavingszorg Noord-Nederland Friesland).

Herzien t.b.v. Richtlijn KOPP voor jeugdhulp en jeugdbescherming(2013) door: Meije, D., Zanden, R. van der, Meeuwissen, J.A.C. (Trimbos-instituut), Dijkstra, I. (redacteur)

### Steunende houding:

Besteed aandacht aan de diverse levensgebieden, observeer:

- Hoe loopt de dagelijkse materiële/lichamelijke verzorging van de kinderen?
- Hoe loopt de omgang met de kinderen (activiteiten doen, affectie tonen etc.)?
- Hoe gaat het opvoeden (taken, regels, afspraken etc.)?
- Hoe gaat het verschaffen van de basale condities (structuur, veiligheid en stabiliteit)?

Houd rekening met de aanspreekbaarheid van ouder/partner.

Een inleidend zin kan zijn: Ik ken veel mensen in dezelfde situatie als u en ik weet van hen dat ze vaak moeite hebben met: de kinderen 's ochtends naar school krijgen, geduld voor de kinderen opbrengen, leuke dingen doen met de kinderen, enz.

- *Is dat bij u ook zo of spelen er andere dingen? Kunt u een voorbeeld geven?*
- *Zijn er dingen rond de kinderen waar u zich zorgen over maakt?*

## **2. Start het gesprek**

Probeer vertrouwen te winnen door op een niet-bedreigende manier naar de kinderen te vragen.

- Kinderen tot vier jaar: *'Zitten ze op de peuterspeelzaal of op de crèche? Vinden ze het leuk?'*
- Kinderen ouder dan vier jaar: *'Hoe gaan ze naar school?'*
- Vraag wat de ouders zelf moeilijk vinden in de opvoeding: *'In alle gezinnen gaan er dingen goed en minder goed. Zijn er ook dingen die ú moeilijk vindt?'*
- Vraag om een gesprek (alleen) met de kinderen: *'Vindt u het goed als ik een keer met uw kinderen spreek?'*
- Vraag tijdens een huisbezoek naar dingen die op dat moment gebeuren: *'Gaat dat altijd zo?' of 'Kunnen ze zich goed vermaken?'*

## **3. Besteed aandacht aan mogelijke weerstand bij ouders:**

- Leg de functie van het gesprek uit (achterdocht wegnemen);
- vraag naar concrete zaken i.p.v. naar emotionele reacties bij kinderen;
- problematiseer de situatie van de kinderen niet;
- benadruk wat er al goed gaat in een gezin;
- merk ervaringen / aspecten op die goed zijn;
- vraag naar dingen die al goed gaan;
- geef complimenten;
- vraag wat de ouders zelf moeilijk vinden in de opvoeding van de kinderen;
- als ouders blijven ontkennen dat het kind iets zou merken van hun psychische en/of verslavingsproblemen, zoek dan naar verschillen in benadering van de kinderen tijdens een goede en slechte periode.



## Gesprekken met kinderen

### 1. Redenen om voorlichting te geven aan kinderen:

De meeste ouders met psychische en/of verslavingsproblemen spreken weinig met hun kinderen over hun ziekte. Niet weten wat er aan de hand is met de ouder leidt tot veel vragen bij kinderen die ze veelal niet uiten, bijvoorbeeld:

- 'Ben ik de reden dat papa ziek is?'
- 'Kan ik zelf ook ziek worden?'
- 'Kan ik nog wel ruzie maken thuis of loopt het dan helemaal mis?'

Dit kan leiden tot onzekerheid, een negatief zelfbeeld, angstgevoelens of depressiviteit.

Kinderen kunnen zich als gevolg van deze onwetendheid ook schuldig voelen aan de problemen van de ouder. (Oudere) kinderen hebben behoefte aan informatie over de kans dat de stoornis van de ouder erfelijk is.

### 2. Houdt bij KOPP-KVO kinderen rekening met:

- angst om ouders te beschuldigen, vuile was buiten te hangen (loyaliteit);
- angst om na onthulling straf te krijgen;
- angst om de ene ouder tekort te doen ten opzichte van de andere;
- angst dat het over dingen gaat die zij niet snappen;
- angst om belachelijk gevonden te worden;
- angst om buitengesloten te worden;
- achterdocht;
- angst om de problemen nog groter te maken.

Houd rekening met het feit dat kinderen vaak niet gewend zijn om over gevoelens te praten.

Het praten over gevoelens kan voor hen onbekend zijn en daarmee bedreigend of beangstigend.

Sommige kinderen zullen zich afwerend of oppervlakkig opstellen in het gesprek. Probeer voorzichtig toch door te praten, maar laat het kind het tempo aangeven.

### 3. Let op de aandachtspunten wat betreft de leeftijd en het ontwikkelingsniveau van het kind:

- De kans dat de pathologie van de ouder dieper inwerkt, is bij jongere kinderen groter dan bij oudere kinderen
- Jonge kinderen weten meestal niet dat de situatie thuis niet 'normaal' is. Ook vragen zij uit zichzelf vrijwel nooit om steun en informatie.
- Het vermogen tot zelfexpressie is bij (jonge) kinderen beperkt. Dit geldt ook voor hun zelfkennis en abstractievermogen. Ze zijn meer geneigd om heel concreet uitspraken te doen over wat ze aan hun ouders zien en veel minder over wat ze daar zelf bij voelen.
- Bij jonge kinderen lopen fantasie en werkelijkheid nog vaak door elkaar (zij kunnen zich schuldig voelen vanuit het magisch denken).
- Vanaf ongeveer zes jaar kunnen schaamtegevoelens een grotere rol gaan spelen bij kinderen.
- Gedrag van kinderen wisselt vaak sterk van moment tot moment. Dit is vaak leeftijdsgebonden. Pubers bijvoorbeeld hebben vaak last van allerlei innerlijke conflicten, conflicten met de buitenwereld, stemmingswisselingen, identiteitsvragen en eenzaamheidsgevoelens.



#### **4. In het gesprek met kinderen zijn de volgende aspecten van belang:**

- Bespreek vooraf met de ouders dat kinderen expliciet toestemming krijgen van ouders om te praten en dat ze geen straf krijgen.
- Sluit zoveel mogelijk aan bij wat het kind zelf doet of zegt. Goede ingangsthema's (afhankelijk van de leeftijd) kunnen zijn: school, hobby's, favoriete tv-programma's of andere bezigheden (mode, sport, vrienden/vriendinnen enz.)
- Leg uit, in aangepaste bewoordingen, wat er aan de hand is met de ouder, waarom de ouder zo doet. Wees zo eerlijk, open en concreet mogelijk. En check of het kind snapt waar het over gaat.
- Leg uit dat het feit dat de ouder ziek is niet betekent dat de ouder niet van het kind houdt.
- Benoem expliciet dat het kind niet schuldig is aan de situatie thuis.
- Geef aan dat er meer kinderen zijn in een vergelijkbare situatie.
- Wees zelf actief in het gesprek en breng onderwerpen in waarvan u weet dat ze spelen in de situatie van het kind. Dat maakt het voor het kind makkelijker om te praten.
- Verwacht niet altijd een direct antwoord als u iets vraagt of zegt.
- Help het kind de symptomen die bij de ziekte horen te benoemen/herkennen.
- Zoek een middenweg tussen begrip hebben voor de situatie van het kind en neutraliteit naar de ouder(s); pas op met het bekritisieren of goed praten van de ouder(s).
- Doorbreek de 'stilte' over de situatie thuis, maar problematiseer de thuissituatie niet te veel.
- Neem het kind heel serieus.
- Steun het kind om niet alleen afhankelijk te zijn van of alleen gericht te zijn op de ouder. Het is belangrijk dat kinderen kind kunnen zijn, leuke dingen kunnen doen en een vertrouwenspersoon hebben.
- Wees eerlijk over uw (on)mogelijkheden als hulpverlener: beloof niets ten aanzien van de KOPP-ouder of het kind wat u niet waar kunt maken.

#### **5. Enkele voorbeeldvragen:**

- Hoe oud ben je?
- Hoe heten je knuffels/huisdieren/vriendjes etc.?
- Op welke school zit je? In welke klas? Vind je dat een leuke school?
- Wat wil je later worden?
- Uit welke personen bestaat jullie gezin?
- Jouw vader/moeder voelt zich niet helemaal lekker en heeft soms nare gedachten. Hij/zij krijgt hier medicijnen voor en praat soms met een dokter. Dat is niet leuk voor je vader/moeder, maar ook niet voor jou. Merk je daar wat van? Ben je wel eens boos of verdrietig om je vader/moeder?
- Jouw vader/moeder heeft ... (bijvoorbeeld borderline, depressie, een alcohol-/ drugsprobleem enz.) Weet jij wat dat is? Wat hoort er nog meer bij denk je? (waarna je verder kunt met: Hartstikke goed. Weet je wat ik er nog van weet? Wat weten we er samen al veel van!)
- Wie weten er allemaal hoe het bij jullie thuis is?
- Zijn er andere mensen met wie je kunt praten, en/of die jou steunen of troosten, als je even moeilijk hebt (bijvoorbeeld vrienden, familie, buren, leerkracht)?
- Veel kinderen schamen zich wel eens voor hun ouders. Waar schaam jij je voor?







