

GGZ Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 10-06-2020 om 13:38. Bekijk de meest actuele versie op
<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/zorg-voor-ouders-met-psychische-en-of-verslavingsproblematiek-en-hun-volwassen-kinderen-kopp-kov>

Autorisatiedatum 28-11-2019 Beoordelingsdatum 28-11-2019

Generieke module

Zorg voor ouders met psychische en/of verslavingsproblematiek en hun (volwassen) kinderen (KOPP/KOV)

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	7
1.1 Introductie	7
2. Samenvatting	8
2.1 Inleiding	8
2.2 Uitgangspunten	8
2.3 Aandacht voor KOPP/KOV voorkomt problematiek	8
2.4 Vroege onderkenning en preventie	8
2.5 De signalen	8
2.6 Beschermende factoren	8
2.7 Risicofactoren	8
2.8 Diagnostiek	8
2.9 Vermoeden van suïcidaliteit of opzettelijk zelfbeschadigend gedrag	9
2.10 Balans vinden in het gezin door samenwerking	9
2.11 Levensfasebenadering	9
2.12 Handvatten voor professionals	9
2.13 Wat vragen de kinderen?	9
3. 1. Inleiding	10
3.1 1.1 Algemeen	10
3.1.1 Inleiding	10
3.1.2 Prevalentie en risico	10
3.1.3 Maatschappelijke relevantie	10
3.1.4 Aandacht en ondersteuning	12
3.1.5 Focus	12
3.1.6 Definitie	13
3.2 1.2 Doelstelling	13
3.3 1.3 Doelgroep	13
3.4 1.4 Uitgangspunten	13
3.5 1.5 Betrokken organisaties	14
3.6 1.6 Leeswijzer	14
4. 2. Patiëntperspectief	15
4.1 2.1 Inleiding	15
4.2 2.2 KOPP/KOV	15
4.2.1 Inleiding	15
4.2.2 Focus op zorg	15
4.2.3 Vorm van zorg	16
4.2.4 Inhoud van zorg	16
4.2.5 Eisen van zorg	17

4.3 2.3 Algemene uitgangspunten voor goede zorg	17
4.3.1 Visie op zorg	17
4.3.2 Bouwstenen voor kwaliteit	18
5. 3. Zorg rondom KOPP/KOV	19
5.1 3.1 Inleiding	19
5.1.1 Belang van de ouder(s)	19
5.1.2 Belang van het kind	20
5.1.3 Belang voor het KOPP/KOV gezin	23
5.1.4 Belang van het inzetten van KOPP KOV interventies	24
5.2 3.2 Vroege onderkenning en preventie	24
5.2.1 Preventie	24
5.2.2 Vroege onderkenning	24
5.2.3 (Jonge) mantelzorger	25
5.2.4 Uitvragen ouderrol	25
5.2.5 Herkennen van KOPP/KOV problematiek	25
5.2.6 Risico en beschermende factoren	26
5.2.7 Verband stoornis ouder en problematiek kind	27
5.2.8 Aangrijpingspunten voor preventie en behandeling	28
5.2.9 Aanbevelingen	28
5.3 3.3 Diagnostiek	29
5.3.1 Inschatten van de aard en ernst van de KOPP/KOV problematiek	29
5.3.2 Lijst voor Screening en Interventie Keuze (SIK-lijst)	29
5.3.3 Verdere screening op emotionele problemen, gedragsproblemen en gezinsfunctioneren	29
5.3.4 Volwassen KOPP/KOV	30
5.3.5 Suïcidaliteit en opzettelijk zelfbeschadigend gedrag	30
5.3.6 Andere richtlijnen, meldcode en standaarden	31
5.3.7 Conclusies	31
5.3.8 Aanbevelingen	31
5.4 3.4 Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie	32
5.4.1 Inleiding	32
5.4.2 Keuzes maken voor interventies met de SIK-lijst	32
5.4.3 KOPP/KOV-specifieke psycho-educatie en ondersteuning	33
5.4.4 Overige KOPP/KOV-specifieke interventies	34
5.4.5 Overige KOPP/KOV - specifieke interventies	35
5.4.6 Volwassen KOPP/KOV	35
5.4.7 Algemene interventies	36
5.4.8 Aanbevelingen	36
5.5 3.5 Monitoring	36
5.6 3.6 Herstel, participatie, re-integratie	37
5.6.1 Inleiding	37

5.6.2 Levensfasebenadering	37
5.6.3 Herstelondersteuning	38
5.6.4 Aandacht voor schaamte	38
5.6.5 Aandacht voor de omgeving	38
6. 4. Organisatie van zorg	39
6.1 4.1 Inleiding	39
6.2 4.2 Betrokken zorgverleners	39
6.2.1 Inleiding	39
6.2.2 Vast aanspreekpunt	39
6.2.3 Rol van ouder en kind	39
6.2.4 Rol van de huisarts en poh-ggz	39
6.2.5 Wijkteam (waaronder Oggz-teams)	39
6.2.6 Jeugdgezondheidszorg	40
6.2.7 Verloskundige zorg	40
6.2.8 Jeugdhulp	40
6.2.9 Generalistische basis-ggz	40
6.2.10 Gespecialiseerde ggz (inclusief FACT-teams)	40
6.3 4.3 Samenwerking	40
6.3.1 Inleiding	40
6.3.2 De KOPP/KOV praktijk	40
6.3.3 Informatie-uitwisseling	40
6.3.4 Samenwerking met naasten	40
6.3.5 Samenwerking rond preventie en vroegsignalering	40
6.3.6 Samenwerking tussen de volwassenenzorg en de kinder- en jeugdzorg	41
6.3.7 Decentralisatie van jeugdhulp	41
6.3.8 Organiseren van de samenwerking	41
6.3.9 Aanbevelingen	42
6.4 4.4 Competenties	42
6.5 4.5 Kwaliteitsbeleid	42
6.6 4.6 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	43
6.7 4.7 Financiering	43
6.7.1 Inleiding	43
6.7.2 Algemeen	43
6.7.3 Specifiek	43
6.7.4 Preventie	43
7. 5. Kwaliteitsindicatoren	44
7.1 5. Kwaliteitsindicatoren	44
8. 6. Implementatieplan	45
8.1 Kwaliteitsstandaarden	45
8.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden	45

8.2.1 Monitoring van de implementatie	45
8.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen	46
8.4 Bestaande afspraken	46
8.5 Algemene implementatie thema's	46
8.5.1 Bewustwording en kennisdeling	46
8.5.2 Samenwerking	47
8.5.3 Capaciteit	47
8.5.4 Behandelaanbod	47
8.5.5 Financiering	48
8.5.6 ICT	48
8.6 Specifieke implementatie thema's	49
8.6.1 Inleiding	49
8.6.2 Contextuele factoren	49
8.6.3 Bewustwording en kennisdeling	49
8.6.4 Samenwerking	50
8.6.5 Capaciteit	50
8.6.6 Behandelaanbod	50
8.6.7 Financiering	51
8.6.8 ICT	51
8.6.9 Monitoring en evaluatie	51
9. 7. Achtergronddocumenten	52
9.1 Literatuur	52
9.2 Tabel 1: Mogelijke gevolgen voor kinderen in verschillende leeftijdsgroepen van het hebben van een ouder met psychische- of verslavingsproblemen	56
9.3 Tabel 2: Belangrijke signalen van KOPP/KOV-problematiek per leeftijdsgroep	56
9.4 Tabel 3: Overzicht van de belangrijkste risico- en beschermende factoren voor KOPP/KOV-kinderen	56
9.5 Tabel 4: Beschrijving interventies	56
9.5.1 1. Ouder-baby of Moeder-baby interventie	56
9.5.2 2. VoorZorg	57
9.5.3 3. Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP/Gezinsinterventie Beardslee	57
9.5.4 4. Online cursus KopOpOuders	57
9.5.5 5. Online cursus Kopstoring	57
9.5.6 6. KOPP-preventieprojecten: Doe-praatgroep & Pubergroep	57
9.5.7 7. PIEP zei de muis	58
9.6 Tabel 5: Screeningsinstrumenten en checklists	58
9.6.1 Tabel: specifieke KOPP/KOV-checklist	58
9.6.2 Tabel: Screeningsinstrumenten - Kind	58
9.6.3 Tabel: Screeningsinstrumenten – Ouder	58
9.7 Tabel 6: Beschrijving Psycho-educatie	59
9.7.1 Kopstoring	59
9.7.2 Kopopouders	59

9.7.3 Kipizivero	59
9.7.4 Forum voor volwassenen - Labyrint in Perspectief	59
9.7.5 Help mijn dierbare is verslaafd	59
9.7.6 Mantelzorg.nl	59
9.8 Samenstelling Werkgroep	59

1. Introductie

Autorisatiedatum 02-04-2020 Beoordelingsdatum 02-04-2020

1.1 Introductie

Psychische aandoeningen en verslavingsproblemen beperken ouders in hun ouderschap. Kinderen van ouders met deze problemen hebben een verhoogd risico om zelf psychische en/of verslavingsproblematiek te ontwikkelen. Preventie, vroege opsporing en gepaste interventies kunnen ernstige problemen voorkomen. Deze generieke module geeft concrete handvatten om hier goed mee om te gaan.

Samenwerking gedurende de verschillende levensfasen

Deze kwaliteitsstandaard is bedoeld voor iedereen die een rol speelt in de zorg voor ouders met psychische en/of verslavingsproblematiek (KOPP/KOV) en hun kinderen. Dit zijn zorgprofessionals uit het medische én het sociale domein. De samenwerking tussen de verschillende expertises zal zorgen voor de goede ondersteuning van de ouders en hun kinderen. Deze ondersteuningsbehoefte hangt af van de persoonlijke situatie en zal ook in verschillende levensfasen aan verandering onderhevig zijn.

Instrumenten voor een open gesprek over ouderschap

Patiënten hopen vaak als eerste te kunnen herstellen in hun rol als ouder. In deze module staat hoe goede zorg voor de volwassene verbonden kan worden met zorgdragen voor de kinderen. Met de module heb je als professional instrumenten in handen om het open gesprek aan te gaan over ouderschap.

2. Samenvatting

Autorisatiedatum 28-11-2019 Beoordelingsdatum 28-11-2019

2.1 Inleiding

Van deze generieke module kunt u hier de [samenvattingskaart](#) 'Zorg voor Ouders met Psychische en/of Verslavingsproblematiek en hun kinderen (KOPP/KOV)' downloaden. Deze behandelt de volgende onderwerpen:

1. Uitgangspunten
2. Vroege onderkenning en preventie
3. Beschermende en risicofactoren
4. Diagnostiek
5. Balans in het gezin
6. Levensfasebenadering

Daarnaast is er een [werkkaart](#) 'Hoe praat je met ouders over ouderschap?' en een [infographic](#) over de levensfasebenadering.

2.2 Uitgangspunten

Psychische aandoeningen en verslavingsproblemen van ouders kunnen (ingrijpende) gevolgen hebben voor hun kinderen. Ook als deze kinderen zonder problemen opgroeien, hebben zij later in het leven een verhoogd risico zelf psychische of verslavingsproblematiek te ontwikkelen. Preventie, vroege opsporing en gepaste interventies kunnen (ernstige) problemen voorkomen. Deze module biedt handvatten ter ondersteuning van het kind, de ouder, het gezin en hun leefomgeving in de verschillende fasen van het leven. De volgende drie belangrijke uitgangspunten zijn geformuleerd:

1. KOPP/KOV-kinderen ervaren altijd een extra belasting en zijn daardoor een kwetsbare groep.
2. KOPP/KOV-kinderen ervaren deze extra belasting hun leven lang. Benader hen daarom vanuit een levensloopperspectief.
3. De zorgverlening is gebaseerd op gedeelde besluitvorming. Hulpverlener, ouder(s) en kind(eren) nemen dus samen besluiten, zowel bij vrijwillige als bij verplichte zorg.

Wanneer er zorgen zijn over de veiligheid en ontwikkeling van het kind, bespreek deze dan binnen het team, maar ook met de ouder(s). Handel hierbij conform de meldcode.

2.3 Aandacht voor KOPP/KOV voorkomt problematiek

Het praten over ouderschap en kinderen moet structureel onderdeel van de behandeling of de zorg zijn. Het is zinvol en normaal om dit te bespreken. Professionals moeten dit ook zo overbrengen op de (patiënt)ouder en kinderen. Het normaliseren van het gesprek voorkomt dat ouders zich aangevallen voelen als ouder of het gevoel hebben dat zij iets 'verkeerd' doen. Dat geldt ook voor de kinderen. Zie [werkkaart](#) 'Hoe praat je met ouders over ouderschap?'.

2.4 Vroege onderkenning en preventie

Het is van belang dat beïnvloedbare beschermende factoren versterkt worden en risicofactoren verminderd. Dit zijn daarom belangrijke aangrijpingspunten voor preventieve zorg. Een vroege erkenning van KOPP/KOV bij kinderen brengt het herstelproces van zowel ouder of kind als van het hele gezin op gang. Bij vroege onderkenning hebben ook anderen een signaleringsrol, bijvoorbeeld docenten of burens.

2.5 De signalen

- Parentificatie, treedt op als een jeugdige langdurig in de rol van de ouder overneemt.
- Schuld- en schaamtegevoelens (bij ouder en kind).
- Relationale problemen in het gezin tussen ouders en/of tussen ouder en kind.
- Financiële problemen.
- Algemene emotionele en gedragsproblemen, maar ook slaap- of eetproblemen.

2.6 Beschermende factoren

- Een goede ouder-kind relatie.
- Een betrokken en beschikbare andere ouder en/of verzorger(s).
- Een ondersteunend netwerk of een vertrouwenspersoon.
- Ruimte binnen het gezin voor plezierige gezinsmomenten.
- Het kind of de jongere kan meedoen met vrijetijdsactiviteiten die passen bij zijn of haar ontwikkelingsniveau.
- Lotgenotencontact.
- Sterke copingstrategie en sociale redzaamheid van het kind.

2.7 Risicofactoren

- De leeftijd van het kind: hoe jonger het kind, hoe kwetsbaarder het is.
- De ernst en duur van de stoornis van de ouder: deze factoren wegen zwaarder dan 'de soort' ziekte of aandoening.
- Het sociale netwerk: een beperkt sociaal netwerk is een belangrijke risicofactor.
- Een chronische lichamelijke aandoening bij een kind of een ouder.

2.8 Diagnostiek

Door goed te luisteren en de juiste vragen te stellen, kan de zorgverlener de zorg op de persoonlijke behoefte en situatie afstemmen.

1. Check of de patiënt kind(eren) heeft of binnenkort verwacht (zwangerschap).
2. Check of de problemen invloed hebben op de (toekomstige) ouderrol, bijvoorbeeld aan de hand van de SIK-lijst en/of het afwegingskader van 'de kindcheck'.
3. Check welke ondersteuning mogelijk is vanuit het informele netwerk (de andere ouder, school, etc.).
4. Check het risico op het ontwikkelen van KOPP/KOV-problematiek. Let hierbij op cumulatie van beschermende en risicofactoren.
5. Heb extra oog voor volwassenen met een KOPP/KOV-achtergrond, vraag specifiek naar de opgroeisituatie van de volwassen patiënt en zoek samen naar een passende ondersteuning.

Bij een vermoeden van KOPP/KOV-problematiek kan verdere screening op emotionele of gedragsproblemen bij het kind of het functioneren van het gezin noodzakelijk zijn.

2.9 Vermoeden van suïcidaliteit of opzettelijk zelfbeschadigend gedrag

Als uit de diagnostiek een vermoeden rijst dat een kind suïcidaal is of zichzelf opzettelijk beschadigt, maak dit dan – als de leeftijd van het kind dat toelaat – bespreekbaar. Betrek indien mogelijk ook de naasten. Schakel eventueel een professional in die ervaring heeft met de leeftijdsgroep. Zorg bij een verwijzing voor een warme overdracht, zodat een kind met suïcidale ideatie niet op de wachtlijst terecht komt.

2.10 Balans vinden in het gezin door samenwerking

De zorg voor KOPP/KOV-kinderen vraagt om multidisciplinaire samenwerking tussen de volwassenenzorg, de jeugd-ggz, welzijn en scholen. Niet alleen op het medische vlak, maar juist op het persoonlijke en sociale vlak. Het is van vitaal belang om samen met directe en indirecte collega's te kijken naar praktische oplossingen, ieder vanuit de eigen expertise en over financiële grenzen heen.

Samenwerken met ouders, kinderen en collega's heeft tot gevolg dat er ruimte ontstaat voor allerlei kwetsbaar- en weerbaarheden. Zo kan de balans in een gezin terugkeren en krijgt de patiënt de ruimte voor herstel.

2.11 Levensfasebenadering

KOPP/KOV-problematiek en -effecten zijn langdurig en behoeven in iedere nieuwe levensfase opnieuw aandacht. Daarbij staat het in de ene periode meer op de voorgrond dan in een andere. Bekijk voor meer informatie de [infographic](#) 'KOPP/KOV problematiek in alle levensfasen'.



2.12 Handvatten voor professionals

- Geef kinderen en ouders steun en hoop – benoem ook de sterke kanten van het gezin.
- Heb in de behandeling aandacht voor de ouderrol en het gezinsfunctioneren; werk gezinsgericht. Samenwerking tussen de behandelaar van de ouder(s) en behandelaar van het kind is daarbij van groot belang.
- Heb aandacht voor schamte, (zelf)stigma en de omgeving en voor volwassenen met KOPP/KOV-achtergrond.
- Geef erkenning en vertrouwen aan het kind, geef aan dat jij ook het beste met de ouder voor hebt. Heb oog voor een mogelijk loyaliteitsconflict van het kind richting de ouder.
- Zorg dat een volwassene adequaat toezicht houdt op het kind.
- Wees alert op praktische problemen die een gezonde ontwikkeling in de weg staan en los ze zo mogelijk op.

Raadpleeg andere zorgstandaarden, generieke modules of richtlijnen bij een vermoeden van bijkomende andere problematiek.

2.13 Wat vragen de kinderen?

- Wees alert op signalen dat het bij ons thuis niet goed gaat.
- Heb oog voor ons en onze behoeften.
- Informeer ons over wat het probleem van onze ouder inhoudt.
- Ontlast ons in de zorg voor onze ouder, maar neem ons wel serieus als ervaringsdeskundige.
- Zie ons als een gewoon kind in een moeilijke situatie.

3. 1. Inleiding

Autorisatiedatum 28-11-2019 Beoordelingsdatum 28-11-2019

3.1.1 Algemeen

3.1.1.1 Inleiding

Mensen met psychische en/of verslavingsproblematiek worden beperkt in hun algemeen functioneren. Dit kan (ingrijpende) gevolgen hebben voor hun ouderschap en de opgroeicontext van het kind. Een deel van deze kinderen groeit gelukkig zonder problemen op, maar de nieuwe generatie loopt een verhoogd risico om zelf psychische en/of verslavingsproblematiek te ontwikkelen. Preventie, vroege opsporing en gepaste interventies kunnen ernstige problemen voorkomen.

Deze generieke module geeft handvatten aan alle actoren die een rol spelen in de zorg voor ouders met psychische en/of verslavingsproblematiek (KOPP/KOV) en hun (volwassen) kinderen. We doelen daarmee op de patiënten zelf, informele steungevers (naasten en het sociale netwerk), zorgprofessionals en professionals uit het sociale domein. Daarnaast geeft de module handreikingen voor de organisatie van zorg. Daarbij komen aan de orde: de visie, de randvoorwaarden en samenwerking binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) én daarbuiten (het sociale domein).

Ouders willen niets liever dan hun ouderrol goed vervullen en kinderen hebben het recht om veilig op te groeien, met een hanteerbare mate van spanning en stress. Goede zorg betekent aandacht voor de diverse, vaak stapelende risicofactoren. Maar minstens zo belangrijk is aandacht voor de beschermende factoren. Continue aandacht voor KOPP/KOV is van groot belang; het herkennen, weten welke vragen men kan stellen en deze ook daadwerkelijk stellen. Want alleen dan kunnen kinderen en hun ouders goed advies en passende ondersteuning krijgen. Zo kan de overdracht van psychische en/of verslavingsproblemen van generatie op generatie worden doorbroken.

Kortom: de professionals betrokken bij de ouder(s) moeten oog hebben voor de ouderrol én voor het opgroeiende kind. De professionals betrokken bij jeugd moeten ook oog hebben voor de ouder(s).

3.1.2 Prevalentie en risico

Exacte prevalentiecijfers zijn niet voorhanden. Uit cijfers

cijfers: De cijfers die hier worden genoemd zijn een ondergrens:

Psychische aandoening

Het aantal kinderen met een ouder met een psychische aandoening is berekend op basis van het aantal ouders in Nederland dat het afgelopen jaar een stemmingsstoornis, een angststoornis (exclusief specifieke fobie) of ADHD had. Daarnaast zijn er kinderen die een ouder hebben met een andersoortig psychisch probleem zoals een psychose, eetstoornis, schizofrenie of borderline. Omdat hierover geen recente bevolkingsgegevens zijn konden deze KOPP kinderen niet in de berekening worden meegenomen. De berekende aantallen vormen daarmee een ondergrens van het daadwerkelijke aantal KOPP/KVO kinderen.

Verslaving

Bij het berekenen van het aantal kinderen met een ouder met een verslaving is uitgegaan van de criteria voor alcohol- en drugsafhankelijkheid. Kinderen van ouders die voldeden aan de minder zware criteria voor alcohol- en drugsmisbruik zijn niet meegenomen in de berekening.

uit 2012

Bron: Zanden, R. van der, Havinga, P., Meije, D., & Meeuwissen, J.A.C. (2014). Onderbouwing Richtlijn KOPP voor jeugdhulp en jeugdbescherming. Utrecht: Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging voor pedagogen en onderwijskundigen

blijkt dat jaarlijks 405.000 ouders psychische of verslavingsproblemen hebben. Deze ouders hebben samen 577.000 KOPP/KOV kinderen, waarvan er 423.000 jonger zijn dan 12 jaar en 154.000 tussen de 13 en 18 jaar. Deze cijfers laten een ondergrens zien, omdat niet alle aandoeningen erin zijn meegenomen.

Gemiddeld heeft in elke gemeente ongeveer 17% van de kinderen onder de 18 jaar een ouder met een psychisch probleem of een verslaving

Bron: <https://www.ggz-nhn.nl/site/Triversum/Gemeenten/Effectieve-samenwerking-in-de-keten/Preventie-KOPP-KVO>

. Niet al deze kinderen hebben professionele zorg nodig. Een deel redt zich prima ondanks de situatie, of heeft voldoende steun in de omgeving.

3.1.3 Maatschappelijke relevantie

Kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen lopen een aanzienlijk risico om vergelijkbare problematiek te ontwikkelen. Dit risico is drie tot dertien keer zo groot als bij andere kinderen

Bron: 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, August 2010, Dean et al. Archives of Genetic Psychiatry, 67(8), 822–829.

. Veel volwassenen met psychische problematiek of verslavingsproblematiek zijn zelf ook een KOPP/KOV kind

Bron: Zanden, A. P. van der, Meeuwissen, J.A.C., Havinga, P., Meije, D., Konijn, C., Beentjes, M. A., Besselink, R., Celi, P., Dijk-van Hartkamp, J. van, Doesum, K. T. M., Meerendonk, M. G. J. A., Tesselaar, S. G., & Hosman, C. M. H. (concept in ontwikkeling). Richtlijn Kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP). Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging voor pedagogen en onderwijskundigen.

. Dit vertaalt zich door in andere cijfers: KOPP/KOV kinderen doen vijf keer zo vaak een beroep op de gezondheidszorg dan kinderen van ouders zonder psychische problemen

Bron: Goossens & Van der Zanden, 2013; Van Santvoort, 2013; Cents et al., 2013; McLaughlin et al., 2012; Van Santvoort et al., 2011; Dean et al., 2010; Bijl et al., 2002; Chassin et al., 1996; Downey & Coyne, 1990

. Bij de ouders komen diverse psychische en verslavingsproblemen voor en vaak is er sprake van comorbiditeit

comorbiditeit: Comorbiditeit komt bij deze ouders vaak voor. Dat betekent dat er bij de ouder sprake is van twee of meer stoornissen of aandoeningen tegelijkertijd (Graaf, de, R., Have,ten, M. L., & van Dorsselaer, S. 2010). Zo komen een depressie en angststoornis vaak samen voor (Ravelli, Bijl, & Van Zessen, 1998). en ook verslavingsproblematiek in combinatie met een depressie (Man et al., 2015).

Bron: Graaf, de, R., Have,ten, M. L., & van Dorsselaer, S. 2010, Ravelli, Bijl, & Van Zessen, 1998, Man et al., 2015

. Als we kijken naar hun kinderen, dan is bekend dat van de kinderen met ontwikkelingsproblemen 77% een ouder heeft met psychische problemen. Datzelfde geldt voor 55% van de kinderen met gedrags- of andere problemen

Bron: Goossens & Van der Zanden, 2013; Van Santvoort, 2013; Cents et al., 2013; McLaughlin et al., 2012; Van Santvoort et al., 2011; Dean et al., 2010; Bijl et al., 2002; Chassin et al., 1996; Downey & Coyne, 1990

. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat KOPP/KOV kinderen een verhoogd risico lopen om zelf ook een psychische stoornis of verslaving

Bron: Havinga et al., 2016; Weismann et al., 2016

te ontwikkelen. Er is een verhoogde kans om een depressie of een angststoornis te ontwikkelen

Bron: Lieb et al., 2002a

, verslaafd te raken aan alcohol of drugs

Bron: Lieb et al., 2002b; Solis et al., 2012; Wickramaratne & Weissman, 1998

, persoonlijkheidsstoornissen

Bron: McLaughlin et al., 2012

en suïcidale gedachten of suïcidaal gedrag te ontwikkelen

Bron: Klimes et al., 1999; Weissman et al., 1992; 1984

. Een op de drie KOPP kinderen ontwikkelt een stemmingsstoornis in zijn of haar leven en twee derde van de KOPP kinderen heeft op de leeftijd van 35 jaar zelf een angststoornis of depressie ontwikkeld

Bron: Havinga et al 2017

Soms valt psychische of verslavingsproblematiek samen met andere factoren zoals armoede, (echt)scheiding, et cetera. Zo'n stapeling van risicofactoren maakt ouder(s) en kinderen extra kwetsbaar. Verslaving en psychische problemen kunnen oorzaak én gevolg zijn. Op zichzelf vormen ze geen risicofactor voor het optreden van weer andere risicofactoren.

Naast bovenstaande risico's is ook bekend dat KOPP/KOV kinderen vaak niet als risicogroep worden (h)erkend

Bron: Geke Romijn, Ireen de Graaf, Martha de Jonge (2010) Literatuurstudie over verhoogde risicogroepen onder kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen, Trimbos-instituut Utrecht

. Ouders geven vaak aan dat zij in hun eigen behandeling de aandacht voor hun ouderrol missen.

Bron:
https://research.hanze.nl/ws/portalfiles/portal/16120514/Ouderschap_en_psychische_aandoeningen_strategie_n_van_ouders_en_externe_steun_Van_der_End

Bovenstaande maakt het maatschappelijk relevant om extra aandacht te besteden aan deze doelgroep. Preventie en vroegsignalering zijn hierin sleutelwoorden. Aandacht voor KOPP/KOV, aandacht voor de ouderrol, aandacht voor de beschermende factoren en risicofactoren, dat alles draagt hieraan bij.

3.1.4 Aandacht en ondersteuning

Voor zowel kinderen en (jong) volwassen als voor ouders is het van belang dat de KOPP/KOV problematiek herkend en erkend wordt. Vanuit het intergenerationeel perspectief heeft iedereen er baat bij als de ouder(s) de zorg krijgen die zij nodig hebben om optimaal ouder te kunnen zijn. Even belangrijk is het dat het kind de juiste zorg krijgt om optimaal kind te kunnen zijn.

Of er sprake is van KOPP/KOV problematiek hangt af van diverse factoren, niet alleen van een gestelde diagnose bij een ouder. In eerste instantie draait het om het functioneren van het gezin, van de ouder en van het kind. Afhankelijk van de ernst, de chroniciteit van de problematiek en de ontwikkelingsfase van het kind, zijn er diverse risico- en beschermende factoren te onderscheiden. De aan- of afwezigheid van deze factoren zal herstel bevorderen of belemmeren.

KOPP/KOV problematiek kan je hele leven een rol blijven spelen. Daar waar in de praktijk steeds meer aandacht is voor de [omgeving en de naasten](#) van de patiënt, ontbreekt deze specifieke aandacht vaak voor de kinderen, de ouderrol en de opvoedsituatie.

Om hierin adequaat te kunnen ondersteunen, zal 'het zorgen voor minderjarige kinderen' moeten worden uitgevraagd. Hiervoor is de 'kindcheck' ontwikkeld. Aan de hand hiervan kan een afweging worden gemaakt of de kinderen veilig opgroeien. De behoefte van KOPP/KOV kinderen is echter breder dan veilig opgroeien. De SIK vragenlijst (Screening en Interventie Keuze) biedt een belangrijke aanvulling om de opgroeisituatie binnen een gezin in kaart te brengen. Voor professionals in de Jeugdhulp is de [Richtlijn Kinderen van Ouders met Psychische Problemen \(KOPP\)](#) verschenen. Die richtlijn vormt een belangrijke bron voor deze module.

3.1.5 Focus

Zowel ouders als kinderen zijn erbij gebaat dat er in de zorg nadrukkelijk wordt ingezet op interventies bij of ter voorkoming van KOPP/KOV problematiek. Hierdoor kunnen problemen bij deze groep eerder gesignaleerd en tijdig aangepakt worden.

De focus van deze module ligt op de volgende aspecten:

- Signaleren en onderkennen van KOPP/KOV problematiek.
- Preventieve interventies: interventies ter voorkoming van psychische problematiek of verslavingsproblematiek bij kinderen kunnen gericht zijn op het kind of de kinderen, de ouder (bijvoorbeeld als het om opvoedcompetenties gaat), het gezin, het netwerk (zoals school) en de hulpverlening.
- Inschatten van de problematiek van de ouder(s): waar nodig wordt gedifferentieerd naar aard, ernst en duur van de stoornis van de ouder en naar leeftijd van het kind of de kinderen. Zo kan er een inschatting gemaakt worden van de aard en omvang van de KOPP/KOV problematiek.
- Specifieke aandacht voor het kind en de ouder in zijn ouderschapsrol: er bestaan gerichte interventies en vormen van begeleiding en behandeling binnen het aanbod voor volwassenen. Het uitgangspunt hierbij is: matched care voor zowel ouder en kind als voor andere belangrijke naasten.
- Gezinnen met psychische en/of verslavingsproblematiek hebben vaker te maken met andere risicofactoren in de opgroeicontext van het kind die kunnen interfereren met de ontwikkeling, het welzijn en de (psychische) gezondheid van het kind. Voorbeelden daarvan zijn: echtscheiding, werkloosheid van de ouder, overbelasting van de andere ouder, armoede, verhuizing, huiselijk geweld en kindermishandeling. Deze module geeft handvatten om die risicofactoren in kaart te brengen. Vervolgens kan waar nodig gerichte ondersteuning en begeleiding ingezet worden, ter verbetering van de context waarin het kind opgroeit.
- Gezinnen ondersteunen in het herkennen van 'gewone' relatie-, gezins- of opvoedproblemen, zodat niet elke strubbeling in de context van de aandoening wordt geplaatst.

- In zowel de zorg voor volwassenen als de zorg voor kinderen is het belangrijk de ketenpartners te kennen, er gebruik van te maken en elkaar te versterken (samenwerking in de keten).
- Het gezin, de opgroeicontext van het KOPP/KOV kind, bepaalt mede het handelen van de hulpverlener. Door de opgroeicontext van een kind mee te nemen in de interventie – bijvoorbeeld door samenwerking met het onderwijs of met vertrouwde personen uit het netwerk van het gezin of het kind – wordt de leefomgeving van het kind ondersteund in het omgaan met het kind. Zo kan er een realistische beeldvorming bij het kind en de omgeving ontstaan over wat er speelt rond de ouderlijke problematiek. Houd er wel rekening mee dat niet alle kinderen zich ervan bewust zijn dat er iets aan de hand is met zijn of haar ouder(s). Een positieve leefomgeving kan voor het kind een belangrijke beschermende factor zijn. Zo'n omgeving vergroot de kans op een positief ontwikkelproces van het kind en vermindert de kans op psychische problematiek of gedragsproblemen.

3.1.6 Definitie

'KOPP' staat voor 'Kinderen van Ouders met Psychische Problemen'. KOV staat voor 'Kinderen van Ouders met Verslavingsproblematiek'.

- KOPP/KOV kind: een jeugdige van wie een of beide ouders psychische en/of verslavingsproblemen heeft/hebben.
- KOPP/KOV ouder: een ouder met psychische en/of verslavingsproblemen.
- KOPP/KOV gezin: een gezin waarin een of beide ouders psychische en/of verslavingsproblemen heeft/hebben.
- KOPP/KOV problematiek: de problemen van het (volwassen) kind ten gevolge van het opgroeien in een KOPP/KOV gezin.
- KOPP/KOV volwassene: een volwassen persoon waarvan een of beide ouders psychische en/of verslavingsproblemen had/hadden in de tijd dat hij of zij opgroeide.

We spreken in het geval van een ouder met psychische en/of verslavingsproblematiek altijd over een KOPP/KOV kind. Niet omdat er altijd problematiek bij het kind is of ontstaat, maar om continue aandacht te hebben voor deze kinderen. Altijd zullen de ouderrol en het functioneren binnen het gezin met de KOPP/KOV ouder worden besproken.

Dit geldt ook als de andere ouder geen psychische en/of verslavingsproblemen heeft, wanneer het kind niet (meer) bij de ouder(s) thuis woont of als de KOPP/KOV ouder(s) niet thuis woont/wonen.

3.2 1.2 Doelstelling

Doel van deze module is dat er structureel aandacht voor KOPP/ KOV komt, voor het gezin, voor de ouder(s) en voor het (volwassen) kind. De opgroeicontext en de levensloop van het kind en de ouderschapsrol van de ouder dienen over de gehele zorgbreedte een rol te spelen. Vanaf preventie en vroegsignalering tot en met de behandeling, vanaf onverklaarbare klachten bij een huisarts tot topklinische zorg.

Bewustwording van de diverse mogelijkheden zal handelingsverlegenheid wegnemen, actiebereidheid doen toenemen en bijdragen aan beter functionerende gezinnen. Het (formele en informele) netwerk rondom het kind is zich bewust van de signalen, van de beschermende factoren en risicofactoren en weet wat men kan doen om de balans in het gezin te herstellen.

In deze module staan aanbevelingen voor preventie, signaleren en samenwerking, maar ook op het gebied van interventies die kunnen worden ingezet bij KOPP/KOV. Deze interventies kunnen gericht zijn op preventie of ondersteuning van het (volwassen) kind of de kinderen, de ouder en het gezin. Behalve op de leefomgeving van de patiënt kunnen deze interventies ook gericht zijn op het netwerk, zoals de school. Het gaat over behandeling van KOPP/KOV problematiek en individuele preventie

individuele preventie: Gericht op individuen: geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Geïndiceerde preventie is erop gericht het ontstaan van KOPP/KOV-problematiek te voorkomen bij kinderen met een hoog risico hierop; zorggerelateerde preventie is erop gericht om verergering, complicaties of beperkingen als gevolg van de KOPP/KOV-problematiek te voorkomen.

In deze module is er daarnaast expliciet aandacht voor (zelf)stigma bij zowel de KOPP/KOV ouder als het (volwassen) KOPP/KOV kind, met als doel dit stigma te doorbreken.

De module verwijst naar andere richtlijnen waar deze van toepassing zijn.

3.3 1.3 Doelgroep

De Generieke Module KOPP/KOV richt zich op de brede populatie KOPP/KOV. Die omvat de ongeboren) kinderen, jeugd/jongeren, jongvolwassenen en volwassenen met een ouder met een psychische stoornis en/of verslavingsproblematiek. Daarnaast richt de module zich op de KOPP KOV ouder en hun naasten, bijvoorbeeld de andere ouder of verzorger (al dan niet in beeld) die in behandeling zijn voor psychische problemen en/of verslavingsproblemen én kinderen hebben.

De uitvoerende doelgroep bestaat uit preventiemedewerkers, hulpverleners in het sociale domein, jeugdhulpverleners, de huisartsenzorg met ggz-ondersteuning (zoals huisarts, poh-ggz), de generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde (volwassenen)ggz inclusief verslavingszorg.

Als facilitator spelen gemeenten en zorgverzekeraars een rol.

3.4 1.4 Uitgangspunten

Voor deze module gelden de volgende uitgangspunten:

- KOPP/KOV kinderen ervaren altijd een extra belasting en vormen mede daardoor een kwetsbare groep.
- Benader KOPP/KOV vanuit een levensloopperspectief: houd rekening met de verschillende manieren waarop KOPP/KOV problematiek tot uiting kan komen in verschillende levensfasen. Elke levensfase kent eigen uitdagingen die voortvloeien uit ontwikkelingen bij de persoon zelf: lichamelijke, cognitieve, motorische en sociaal-emotionele groeiprocessen. Maar ook de eisen die de omgeving stelt op het gebied van sociaal handelen en (flexibiliteit in) handelen in het algemeen, spelen een rol. In de paragraaf 'inhoud van zorg' lichten we de fasen verder toe.

- Deze module gaat uit van gedeelde besluitvorming door hulpverlener, ouder(s) en kind(eren), zowel in het vrijwillige als in het verplichte kader.

De module KOPP/KOV is gebaseerd op wetenschappelijke evidentie

wetenschappelijke evidentie: De wetenschappelijke evidentie is door het Trimbos-instituut verzameld:

De literatuuronderzoek die beschreven is in de Richtlijn Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP) (Van der Zanden e.a., 2014). Deze richtlijn is ook van toepassing op de doelgroep kinderen van ouders met verslavingsproblematiek (KOV), alleen is daarin gekozen voor de term KOPP in plaats van KOPP/KOV.

Voor de Richtlijn Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP), ontwikkeld voor jeugdhulp en jeugdbescherming, is uitgebreid literatuuronderzoek gedaan en de huidige module is hier mede op gebaseerd. Er zijn aan de Generieke Module KOPP/KOV nog enkele studies toegevoegd specifiek op het gebied van KOV, suïcidaliteit en zelfbeschadiging. De evidentie betreft kinderen t/m 22 jaar.

Er is een additionele literatuur-reviews uitgevoerd voor het ontwikkelen van deze module. Het betreft de KOPP/KOV-problematiek bij volwassenen-leeftijd.

, kennis gebaseerd op de praktijk en de voorkeuren van patiënten en naasten. Waar mogelijk is een specificatie gegeven naar de aard van de problematiek van de KOPP/KOV ouder en naar de levensfase van het kind.

De module sluit aan op het door Labyrint-In Perspectief (LiP) ontwikkelde project [KOPP & schOUDERS](#) voor ggz-volwassenzorg. De module is getoetst aan de hand van hiertoe ontwikkelde kwaliteitscriteria en het visiedocument [Focus op gezondheid](#).

Een generieke module beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professioneel handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om 'matched care' en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren.

Het werken volgens de kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet, is voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die de kwaliteitsstandaard hen biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is om de juiste redenen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt, diens naasten en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties passend zijn.

Het is voor een succesvolle implementatie van de standaard belangrijk om aandacht te hebben voor de mogelijk noodzakelijke veranderingen in het zorgveld die de standaard met zich meebrengt. Denk bijvoorbeeld aan de beschikbare capaciteit van zorgverleners, budgetvraagstukken of ict-aanpassingen. Soms is niet elk onderdeel van deze standaard per direct uitvoerbaar. Bij deze standaard zijn een implementatieplan en de rapportage uitvoerbaarheidstoets opgeleverd. Met behulp hiervan kan zichtbaar worden gemaakt in hoeverre de standaard uitvoerbaar is. In de komende periode worden de stappen voor implementatie verder uitgewerkt.

3.5 1.5 Betrokken organisaties

De eerste tekst van deze module is opgeleverd op 18 januari 2016 in het kader van de projecten van de Top20-agenda PG werkt samen, (een samenwerkingsverband van NPCF, Ieder(in), het Landelijk Platform GGZ (nu: MIND Landelijk Platform psychische gezondheid) en PGO support). Zorginstituut Nederland heeft deze Top20-agenda omarmd in haar Meerjarenagenda. PGO Support was de opdrachtgever.

Bij de huidige module is een groot aantal organisaties en verenigingen van beroepsbeoefenaren betrokken. De beroepsvereniging van professionals in sociaal werk (BPSW als meelezer) Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB); InEen; Landelijke vereniging van vrijevestigde psychologen & psychotherapeuten (LVVP); MIND Landelijk Platform psychische gezondheid (MIND platform), in het bijzonder de lidorganisatie Labyrint-In Perspectief (voor familie en vrienden van mensen met psychische of psychiatrische problemen), Stichting het Zwarte Gat (landelijk netwerk cliëntenraden verslavingszorg) en MIND Ypsilon (voor familieleden en naasten van mensen met psychosegevoeligheid); Landelijke vereniging POH GGZ (LV POH GGZ); Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) / Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV); Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen (NVGzP); Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en onderwijskundigen (NVO); Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP); Nederlandse vereniging voor Psychotherapie (NVP); Platform KOPP/KVO (vanuit het Trimbos-instituut); Platform MEER GGZ (Meer GGZ); Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN); Verslavingskunde Nederland (preventie en vroegsignalering); Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Het is niet gelukt om onderwijs en gemeenten mee te laten denken. In het implementatieplan zal de werkgroep hier expliciete aandacht voor vragen.

3.6 1.6 Leeswijzer

In deze module wordt gesproken over 'patiënt', hier kan ook cliënt worden gelezen. De term 'ouder(s)' verwijst naar de primaire opvoeders van het kind, dat wil zeggen diegenen die de opvoeding en verzorging van het kind grotendeels op zich nemen, inclusief de aanstaande ouder(s) bij zwangerschap. U komt de termen 'gezonde ouder' en 'patiënt-ouder' tegen. We zijn ons ervan bewust dat deze termen stigmatiserend zijn, maar om zaken te kunnen verduidelijken is het soms nodig dit onderscheid te maken. 'Kind' verwijst in deze module naar kinderen van alle leeftijden van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen.

In de hoofdstukken 'Patiëntperspectief', 'Zorg rondom KOPP/KOV' en 'Organisatie van zorg' wordt daar waar nodig onderscheid gemaakt in de verschillende levensfasen. De meeste wetenschappelijke evidentie over KOPP/KOV kinderen gaat tot 22 jaar; voor de oudere doelgroep is er vooralsnog minder evidentie. Praktijkervaring laat echter zien dat veel van de handelingsadviezen ook relevant voor volwassen patiënten die opgegroeid zijn in een KOPP/KOV gezin. Daarmee is de informatie ook relevant voor hulpverleners van deze groep. Ze kan het inzicht vergroten in mogelijke KOPP/KOV problematiek bij volwassen patiënten en bijdragen aan het bespreekbaar maken hiervan.

4. 2. Patiëntperspectief

Autorisatiedatum 28-11-2019 Beoordelingsdatum 28-11-2019

4.1 2.1 Inleiding

Ouders met psychische of verslavingsproblemen ervaren een belemmering in hun functioneren. Hun kinderen zijn in de meeste gevallen (nog) geen patiënt, maar alle KOPP/KOV kinderen voelen de problemen van hun ouders.

De paragraaf 'specifieke aandachtspunten voor KOPP/KOV' is tot stand gekomen via een achterbanraadpleging onder de doelgroep. Het uitgangspunt bij deze paragraaf is dat KOPP/KOV kinderen zelf niet in zorg zijn, nog niet bekend zijn binnen het ggz-veld.

Daarnaast is er een groep KOPP/KOV kinderen die vanuit hun complexe situatie zichzelf aangeleerd hebben dat zij problemen zelf moeten oplossen, zij vinden inmenging van buitenaf (laat staan zorg) moeilijk te accepteren. Daarom kan ook 'ondersteuning' gelezen worden, waar 'zorg' staat.

In 'Algemene uitgangspunten voor goede zorg' wordt goede kwaliteit van zorg vanuit het generieke patiënten- en naastenperspectief beschreven. Deze tekst is gebaseerd op het visiestuk Focus op Gezondheid - Zorg voor Herstel van MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid

Bron: Het werkdocument Focus op Gezondheid - Zorg voor Herstel is oorspronkelijk geschreven door Paul Ulrich en Anne Marie Kamevaar in 2015 en uitgegeven onder Creative Commons 4.0 BY SA. De ALV van MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid heeft in 2018 het werkdocument als visiedocument overgenomen.

4.2 2.2 KOPP/KOV

Het is belangrijk om te beseffen dat kinderen van ouders met psychische en/of verslavingsproblematiek een levenslange kwetsbaarheid hebben. Dit behoeft niet alleen aandacht in de kindertijd, maar juist ook in de overgangen naar elke volgende levensfase, dus gedurende de levensloop. Daarom is het belangrijk om bij psychische of verslavingsproblemen van een ouder, ook altijd oog te hebben voor de ouderrol en de opgroeicontext van de kinderen, ongeacht of deze volwassen zijn of niet.

Psychische en verslavingsproblematiek uit zich vaak in een verandering van gedrag en relaties, waaronder die met kind en partner. Het functioneren van het gezin kan hierdoor veranderen en de relaties kunnen onder druk komen te staan. Vanwege bestaande stigma's op psychische aandoeningen en verslaving durven mensen hier vaak niet open over te zijn. Het is belangrijk om hier aandacht voor te hebben.

4.2.1 Inleiding

"Zelf emoties en behoeften accepteren en uiten"

Versterken van de ouderrol

Bij ouder(s) met KOPP/KOV problematiek is de eigen emotionele basis kwetsbaar. Dat uit zich bijvoorbeeld in het slecht herkennen van eigen behoeften. Of in het voor zich houden van deze behoeften, zeker als die strijdig zijn met het belang van de ouder of een andere naaste. Er is ook sprake van een stilstand in het voelen van eigen emoties. De belangrijkste taak van de hulpverlener is om de ouders in hun ouderrol te versterken.

Ruimte om kind te kunnen zijn

In gezinnen waarin ouders zich inzetten om de beschermende factoren te versterken, krijgt het kind (meer) de ruimte om kind te kunnen zijn. Bij ouders zonder ziekte-inzicht of ouders die denken dat hun kinderen er weinig tot niets van merken, kan het kind in de knel komen. Hun focus is zich verhouden tot de ouder(s) en omgaan met (complexe) problemen. Wanneer deze focus constant aanwezig blijft, krijgen kinderen niet de ruimte om kind te zijn. Zij willen emotionele veiligheid creëren in het gezin en doen dit onder andere door het overnemen van taken in het huishouden. Daardoor komen deze kinderen moeilijk aan hun eigen leven toe.

Balans in het gezin

In het KOPP/KOV gezin is de emotionele balans verstoord. Het (h)erkennen en accepteren van de eigen emoties, wensen en behoeften is voor zowel de ouder als het kind ingewikkeld. De hulpverlener kan het gezin ondersteunen door te helpen deze wensen en behoeften te formuleren en zonder conflictgevoelens te uiten. Daarnaast kan het informele steunsysteem (zoals een andere ouder, familie of burens) worden ingezet om het gezin te ondersteunen.

4.2.2 Focus op zorg

"Ruimte geven aan de complexe dynamiek tussen ouder en KOPP/KOV kind, vanuit een open en niet-veroordelende houding."

Versterken van de ouderrol

De ervaring leert dat de invloed van de psychische aandoening of verslaving op het functioneren als ouder nog te vaak onderbelicht blijft in de zorg voor de ouder. Het is de taak en verantwoordelijkheid van de hulpverlener om bij de ouder altijd door te vragen over hun ouderschap of kinderwens. Daarnaast moet de hulpverlener de ouder bewust maken en houden van de invloed van de eigen problematiek op het ouderschap. Soms horen we dat ouders bezorgd zijn over hun kinderen en dat de hulpverlener aangeeft niets te kunnen doen. Het is ook belangrijk dat de professional zich bewust is van het feit dat de patiënt-ouder soms (indirect) opdrachten geeft aan kinderen om de complexe dynamiek en problemen te verbloemen. Dit maakt het belang duidelijk dat hulpverleners zich bewust zijn van een variëteit aan ouders met psychische en verslavingsproblemen: (1) ouders die niet inzien dat zij een probleem hebben, (2) ouders die zich bewust zijn van hun probleem maar denken dat het geen impact heeft op hun kind, (3) ouders die een zondebok zoeken en (4) ouders die ziekte-inzicht hebben, de impact voor de kinderen erkennen en hiervoor ondersteuning zoeken. De problemen zullen niet altijd zichtbaar worden in één gesprek. Onderzoek via verschillende bronnen

(ouders, kinderen, overige familie, burens of vrienden) en tijd zijn nodig om een vertrouwensrelatie op te bouwen. Dit is altijd maatwerk.

Bij de eerste drie groepen is het de taak van de hulpverlener om de ouder goede voorlichting te geven en bewust te maken van de invloed die hun aandoening kan hebben. Bij de vierde groep kan sneller worden overgegaan op het aanbieden van interventies en ondersteuning in het sociale domein (activeren netwerk rondom het kind). Ook is het altijd belangrijk om, waar mogelijk, de ouder(s) te ondersteunen in hun ouderrol, omdat zij in grote mate de context bepalen waarin het kind opgroeit.

Ruimte om kind te kunnen zijn

KOPP/KOV kinderen ervaren vaak weinig ruimte om de dynamiek van de ouders met psychische en/of verslavingsproblemen te bespreken en het effect op het eigen welzijn te onderzoeken. Er wordt dan ook altijd apart gesproken met ouders en apart met kinderen en het gezin als geheel. Dat geeft ruimte aan KOPP/KOV kinderen om de situatie te bespreken. Hun ervaringen, hun kijk op de problematiek en mogelijke oplossingsrichtingen vormen het uitgangspunt voor de afwegingen die de professional maakt. In deze gesprekken moet niet alleen aandacht zijn voor belemmeringen maar ook voor de sterke kanten van het kind, zodat ook de positieve kant wordt belicht.

Wat willen KOPP/KOV kinderen zelf?

In een onderzoek van de kinderombudsman geven kinderen duidelijk aan dat zij gezien willen worden als een 'gewoon kind in een lastige situatie'.

- KOPP/KOV kinderen vragen aan betrokken volwassenen om alert te zijn op hun signalen, oog te hebben voor hun behoeften, in gesprek met hen te gaan om hen te ontlasten in de zorg voor hun ouder en hen serieus te nemen als ervaringsdeskundige.
- Bovendien geven KOPP/KOV kinderen aan dat lotgenotencontact belangrijk is, omdat ze zich hiermee minder eenzaam in hun situatie voelen.
- Tevens vinden KOPP/KOV kinderen het belangrijk dat ze een goede relatie hebben met vrienden en familieleden. Dit helpt hen om zich normaal en verbonden te voelen.

Balans in het gezin

KOPP/KOV kinderen hebben vaak een sterke loyaliteit naar de patiënt-ouder. De complexe dynamiek van en tussen ouders en kinderen binnen het gezin maakt het extra belangrijk dat de hulpverlener een open en niet-veroordelende houding heeft. Bespreek de invloed van de psychische en/of verslavingsproblematiek op de ouderrol, analyseer de behoefte van de ouder, de kinderen en het gezin als geheel om tot passende zorg te komen.

4.2.3 Vorm van zorg

Integrale en continue zorg is nodig in de verschillende levensfasen

De continuïteit, intensiteit en focus van de ondersteuning die ouders met KOPP/KOV problematiek en hun kinderen nodig hebben fluctueren. De continuïteit kan in het gedrag komen door het versnipperen van de hulpverlening. Daarnaast verschilt het soort ondersteuning dat nodig is, of verwacht kan worden, per levensfase. Zorgverleners zijn zich bewust van deze fluctuaties, ze informeren ouders en kinderen hierover en spelen in op de dynamische behoefte.

Het is belangrijk te beseffen dat wanneer iemand zich in een bepaalde (leeftijd)s fase bevindt, de voorgaande fases ook van belang zijn. Hieronder lichten we per levensfase de behoefte van de kinderen en die van de ouders toe.

Let op: ook voor patiënten met een kinderwens zijn interventies beschikbaar die een goede voorbereiding op het ouderschap ondersteunen.

4.2.4 Inhoud van zorg

Jonge KOPP/KOV (fase 1, 2 en 3)

Algemeen fase 1 t/m 3

Het is belangrijk om standaard aandacht te besteden aan psycho-educatie, voor zowel ouders als kinderen, opdat zij zich bewust worden van wat er gebeurt. In de psycho-educatie komt aan bod wat de problemen van de ouder zijn, wat het effect van die problemen is voor de omgeving en welke problemen het kind tegenkomt.

Fase 1: Zwangerschap tot 5 jaar

- Zowel tijdens de zwangerschap van de patiënt-ouder als in de eerste levensjaren van een kind ligt de aandachtscap op de ondersteuning op de patiënt-ouder én de gezonde ouder.
- Er is ook aandacht voor de interactie tussen ouder(s) en kind. Ondersteuning hierin scheelt enorm in de dynamiek van het gezin.
- De hulpverlener ondersteunt de ouders in de omgang met hun kind. Hoe kunnen zij zorgen voor een omgeving met voldoende fysieke en emotionele veiligheid in de (gehechtheids)relatie met belangrijke anderen (ouders)?
- Een veilige omgeving kan ook gecreëerd worden met hulp van het informele netwerk: oppas-oma/opa, buurgesin, vriendin of een ander stabiel contact waar het kind eventueel ook later op terug kan vallen.
- Aandacht voor eventueel medicatie- /middelengebruik en de invloed hiervan op het ongeboren kind.

Fase 2: Jonge kinderen van 5 tot 12 jaar

- De ondersteuning is gericht op de ouders en hun directe omgeving, zoals de school, maar ook al op de kinderen zelf. Deze kinderen zijn oud genoeg om (spelenderwijs) informatie over de ziekte van hun ouder en wat dat voor hen betekent, in zich op te nemen. De nadruk bij deze kinderen ligt op het vergroten van de sociaal-emotionele weerbaarheid. Ook leren kinderen zo inspelen op aanstaande veranderingen bij zichzelf (puberteit) en in hun omgeving (transitie naar voortgezet onderwijs).
- Ouders worden geholpen in het vervullen van hun ouderrol, terwijl de kinderen zelf leren over de problemen van de patiënt-ouder en wat dat betekent. De gezinssituatie wordt zoveel mogelijk genormaliseerd en zeker niet geproblematiseerd.

Fase 3: Jeugd en adolescenten van 12 tot 18 jaar

- In deze fase richt de aandacht van de hulpverlening zich op hoe ouders hun puberende kinderen kunnen ondersteunen in hun ontwikkelingsproces. Ook krijgt de jongere ondersteuning bij het ontdekken wat grenzen zijn van normaal gedrag en communiceren, maar ze onderzoeken bovendien de grenzen van eigen kunnen. Er is ook speciale aandacht voor eigenwaarde en het bewaken daarvan in relaties en intimiteit.
- Gezinsgesprekken, waarin alle gezinsleden leren zien wat hun manier van communiceren met de andere leden doet, zijn zinvol. Jongeren krijgen ondersteuning

op het gebied van relaties en vertrouwen en het omgaan met autoriteit. Er is ondersteuning bij het hervinden van de eigen rol en verantwoordelijkheid, waarbij niet-leefstijdsadequate verantwoordelijkheden stapsgewijs worden weggehaald of toegevoegd.

Volwassen KOPP/KOV (fase 4, 5, 6)

In onderstaande twee fases is het aangaan van relaties, uit huis gaan en al dan niet zelf ouder worden een vraagstuk dat niet direct gekoppeld is aan leeftijd.

Fase 4: Jong volwassen 18 tot 25 jaar

- Bij de jongvolwassen KOPP/KOV is er aandacht voor het (fysiek) los komen van de moeilijke thuissituatie en het bijbehorende rolpatroon. Voor sommige jongeren betekent dit ondersteuning in het omgaan met zorgen voor of bezorgdheid over de ouder of andere gezinsleden, zodat de jongere op zichzelf durft te gaan wonen. Voor jongeren die al zelfstandig wonen, is ondersteuning in het dagelijks leven van belang. Speciale aandacht is er voor hoe ze zich tot anderen verhouden, variërend van werkrelaties tot intieme relaties. In sommige gevallen zoekt de jongvolwassen KOPP/KOV hulp voor onverklaarbare lichamelijke klachten, angstklachten of burn-out.
- De jongvolwassenen moeten ook ondersteund worden om verantwoordelijkheden te verleggen naar of uit te besteden aan anderen, als het gaat om de zorg voor de patiënt-ouder.
- In de algemene bevolking uiteten psychische aandoeningen zich vaak op deze leeftijd. Kind en ouder maken zich zorgen over erfelijkheid, maar door schuldgevoel over en weer (kind wil ouder niet belasten, ouder voelt zich schuldig naar het kind) wordt dit onderwerp vaak vermeden.
- Er is vooral behoefte aan ondersteuning bij praktische zaken in en rond het eigen huis en bij het omgaan met alledaagse situaties in werk en studie. Daarnaast is ondersteuning nodig bij het vinden en bewaken van de balans tussen verantwoordelijkheden voor emotionele en praktische zaken in relaties met anderen.

Fase 5: Volwassen 25 tot 40 jaar

- Uit alles blijkt dat een groot deel van de KOPP/KOV hinder blijft ondervinden van de (eventueel onbewuste) achterstand in hun sociaal-emotionele ontwikkeling. Bijvoorbeeld vertrouwen in de partner hebben of houden en intimiteit blijken vaak lastig door hechtingsproblematiek in de jonge kindertijd. Men zoekt ook hier vaak hulp voor vage klachten, angstklachten of burn-out.
- Er is vooral behoefte aan ondersteuning in het aangaan en behouden van volwassen, gelijkwaardige relaties. Speciale aandacht is nodig voor KOPP/KOV die zelf kinderen (willen) krijgen. Hier is veel onzekerheid over bij gebrek aan rolmodellen en informatie over erfelijkheid. Er is verder behoefte aan psychosociale of psychologische hulp gericht op het omgaan met het de gebeurtenissen uit het verleden, zodat die kunnen worden verwerkt. Bij aanstaande of jonge ouders wordt hiermee ook intergenerationale overdracht voorkomen.

Fase 6: Volwassen KOPP/KOV 40+

- In deze fase is de volwassen KOPP/KOV meer reflectief en is er meer rust in het leven. Beschermingsmechanismen uit het verleden verliezen daarmee hun nut. In deze fase zoeken KOPP/KOV veelal hulp voor onverklaarbare klachten, zoals vermoeidheid en burn-out. Soms leidt dit tot bewustwording van de complexiteit van de dynamiek met de patiënt-ouder(s). Daarnaast ontstaat er vaak een nieuwe zorgvraag vanuit de patiënt-ouder(s) vanwege ouderdom.
- Er is behoefte aan psychosociale of psychologische hulp gericht op het omgaan met de gebeurtenissen uit het verleden in relatie tot het heden, zodat gebeurtenissen kunnen worden verwerkt. Focus van de begeleiding ligt verder op het doorbreken van oude gedragspatronen en het aanleren van nieuw gedrag.

4.2.5 Eisen van zorg

"Professionals zijn bekwaam en competent om aandacht te hebben en te houden voor KOPP/KOV "

Versterken van de ouderrol

Het feit dat de eigen psychische en/of verslavingsproblematiek de ouderrol belemmert, is een gevoelig onderwerp en lastig bespreekbaar te maken. De professional moet zorgen dat hij dit adequaat kan uitvragen en weet hoe te handelen of door te verwijzen in de diverse situaties. De professional heeft zicht op het aanbod aan mogelijkheden in zorg en welzijn, inclusief patiëntenorganisaties. Sommige aanbieders benoemen een expert op KOPP/KOV gebied.

Ruimte om kind te kunnen zijn

Om goede ondersteuning voor KOPP/KOV te leveren, is het nodig dat professionals alert zijn op gezonde verantwoordelijkheidsgevoelens, die passend zijn voor de ontwikkelingsfase van het kind en de relatie met ouders en anderen. Daarnaast moeten professionals met aandacht durven doorvragen naar de grenzen, wensen en behoeften van het KOPP/KOV kind.

Balans in het gezin

Binnen het gezin is het belangrijk dat professionals niet alleen aandacht hebben voor de ziekte van de patiënt-ouder, maar ook voor relaties in het primaire steunsysteem: de gezonde ouder, de kinderen en ook anderen in het netwerk rondom het gezin die de balans kunnen ondersteunen.

4.3.2.3 Algemene uitgangspunten voor goede zorg

4.3.1 Visie op zorg

Het algemene doel van zorg is het bevorderen, behouden en herstellen van het welzijn en de gezondheid van patiënten. Gezondheid is geen statisch concept van optimaal welbevinden zonder ziekten of gebreken, maar een dynamisch vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven.

De nadruk ligt in dit concept op de veerkracht en vitaliteit van mensen. Dat vraagt een verandering van de zorg: niet langer gaat het enkel om het wegnemen van ziekte of gebreken. Het gaat evenzeer om het in staat stellen van mensen om zo eigenstandig mogelijk hun leven te leiden. Uiteindelijk moet behandeling/zorg leiden tot een vermindering van het lijden en een verbetering van het functioneren, waardoor de kwaliteit van leven toeneemt.

Dit concept van gezondheid sluit aan bij het patiëntenperspectief, waarin probleemgericht en contextgericht zorg wordt verleend. Het gaat om het functioneren van de patiënt in zijn of haar context. Zorg gericht op herstel van gezondheid stelt de wensen en de behoeften van het individu centraal en legt de focus op zelfmanagement en zelfredzaamheid. De relatie tussen de patiënt, diens naasten en de hulpverlener is cruciaal voor het verlenen van zorg. Samen proberen zij antwoorden op de zorg-/hulpvraag van de patiënt te vinden. Ze hebben elkaar nodig in de zoektocht naar gepaste zorg: zo licht als mogelijk en zo zwaar als nodig. Het is zorg op basis van de menselijke maat met als motto: *Zie de mens, niet het etiket.*

4.3.2 Bouwstenen voor kwaliteit

Het begrip kwaliteit van zorg wordt omschreven als de mate van overeenkomst tussen de criteria van wenselijke zorg en de praktijk van de feitelijke zorg.

Het is belangrijk te beseffen dat er een verschil kan bestaan in de kwaliteitsperceptie van de ouder met psychische problemen of verslavingsproblemen of het kind (KOPP/KOV) en de hulpverlener. Het is noodzakelijk om helder te krijgen wat de verwachtingen van de cliënt en de bedoelingen van de hulpverlener zijn ten aanzien van de behandeling. Verder is het belangrijk om, behalve voor de kwaliteit van de interventie, aandacht te hebben voor de kwaliteit van de relatie.

Het concept van kwaliteit van zorg wordt in onderstaande tabel uitgewerkt in uitgangspunten op vier domeinen.

Focus van Zorg (uitkomst)	<i>Kwaliteit van Leven</i> : patiënten ervaren een verbetering van hun welbevinden op hun relevante levensgebieden.
	<i>Herstel van Vitaliteit</i> : patiënten ervaren een verbetering van hun levenslust en hun vermogen om dingen te doen.
Vorm van Zorg (relaties)	<i>Cliënt Centraal</i> : het gaat om het persoonlijke verhaal van de cliënt en de regie over de zorg ligt bij de patiënt.
	<i>Zorg in Triade</i> : naasten worden zo mogelijk betrokken bij de zorg en worden geïnformeerd en ondersteund.
Inhoud van Zorg (proces)	<i>Adequate Zorg</i> : er is zorg op maat en de zorg is effectief, efficiënt, veilig, tijdig en toegankelijk.
	<i>Integrale Zorg</i> : er is integratie van zorg en welzijn, coördinatie van zorg en continuïteit van zorg.
Eisen aan Zorg (structuur)	<i>Professionele Zorg</i> : er zijn competente professionals, deugdelijke faciliteiten, en adequate richtlijnen.
	<i>Transparante Zorg</i> : er is inzicht in het aanbod van zorg, de kosten van zorg en de kwaliteit van zorg.

5. 3. Zorg rondom KOPP/KOV

Autorisatiedatum 28-11-2019 Beoordelingsdatum 28-11-2019

5.1 3.1 Inleiding

Goede zorg voor mensen met KOPP/KOV zoals beschreven in deze module is van groot belang, zowel voor de maatschappij, als voor het kind en de ouder en hun omgeving. De maatschappelijke relevantie is beschreven in de algemene inleiding. Het belang voor ouder, kind en gezin wordt in de volgende paragrafen verder uitgewerkt.

5.1.1 Belang van de ouder(s)

Het is in het belang van de ouder(s) om in het proces van herstel het ouderschap prominent mee te nemen. Het ondersteunen van ouderschap is van groot belang. Is de patiënt in staat de ouderrol (naar wens) uit te voeren, wat zijn de krachtige kanten van de patiënt-ouder, kan de andere ouder of kunnen naasten ondersteunend inspringen? En wat hebben ze daarvoor nodig?

Professionals uit de volwassenen-ggz kunnen op diverse manieren het ouderschap ondersteunen. Denk aan systeemgesprekken, psycho-educatie, het inzetten van opvoedhulp of (het motiveren tot) het zoeken van hulp voor hun kind(eren) en het versterken van de ouder-kindrelatie.

Effecten van psychische en verslavingsproblemen op opvoedgedrag

Het opvoedgedrag van KOPP/KOV ouders lijkt het verhoogde risico op problemen bij KOPP/KOV kinderen voor een belangrijk deel te verklaren

Bron: Elgar et al., 2007; Dix & Meunier, 2009

. Ouders met psychische of verslavingsproblemen zijn als gevolg van hun ziekte minder goed in staat om hun kind op te voeden

Bron: Earley & Cushway, 2002; Gar et al., 2005; Van den Berg, 2006; Van der Zanden et al., 2010

. Het beslag dat hun ziekte legt op hun denken, het 'bezette' hoofd, geeft soms weinig tot geen (emotionele) ruimte om zich te verplaatsen in de ander, ook al is dat hun eigen kind. Deze ouder kan onvoldoende 'mentaliseren' waardoor hij of zij het kind onvoldoende ziet en erkent in de eigen behoeftes en intenties. Zo ontstaan er problemen in de (gehechtheids- en opvoed)relaties.

Er is vaak sprake van beperkte verzorging (fysieke zorg, leefstijl en emotionele ondersteuning), beperkte autoritatieve controle (structuur en organisatie bieden, ontwikkeling van zelfstandigheid stimuleren) en juist veel autoritaire controle (restrictiviteit en straf opleggen)

Bron: Romijn et al., 2010

. Moeders met een bipolaire stoornis of symptomen daarvan bleken bijvoorbeeld minder gevoeligheid en betrokkenheid te tonen in de relatie met hun kinderen. Daarnaast waren ze meer indringend, beschermend, vijandig en vertoonden ze meer onaangepast gedrag

Bron: Eyden et al 2016

Onderzoek specifiek bij ouders met verslavingsproblematiek laat zien dat opvoedvaardigheden negatief worden beïnvloed door drugsgebruik

Bron: Farrington et al., 2009

. Ouders met verslavingsproblemen zijn vaak inconsistent, hebben moeite met het vinden van een balans tussen autoriteit en het tonen van affectie. De communicatie tussen ouder en kind is vaak negatief en agressief. Ouders compenseren boos en agressief gedrag vaak door het vervullen van materiële wensen

Bron: Kroll, 2004

. Kinderen weten hierdoor niet wat ze kunnen verwachten en krijgen geen duidelijke grenzen. Dit kan resulteren in grenzeloos gedrag op latere leeftijd, zoals delinquentie of negatieve aandacht vragen of juist teruggetrokken gedrag

Bron: Bijleveld & Wijkman, 2009; Lantinga, 2012

Verder overvraagt de ouder, vaak ongewild, het kind. De kinderen krijgen verantwoordelijkheden die niet bij hun leeftijd passen. Dit kan leiden tot parentificatie: het kind neemt dan langdurig de rol van ouder op zich

Bron: Van Loon et al. 2017

, waardoor het kind meer geeft dan goed is voor de eigen ontwikkeling. Parentificatie kan de vorm aannemen van functionele afhankelijkheid – waarbij het kind huishoudelijke en zorgtaken op zich neemt – en van zijnsafhankelijkheid, waarbij de ouders het kind nodig hebben om er voor hen te zijn en te blijven

Bron: Van Mierlo et al., 1999

. Dit kan verstrekende gevolgen hebben voor het kind, die kunnen doorspelen tot in de volwassenheid

Bron: Beardslee & Podorefski, 1988; Beardslee, 2002; Clarke et al., 2001; Earley & Cushway, 2002

Bovendien schamen veel KOPP/KOV ouders zich voor hun situatie, voelen ze zich er schuldig over

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

en hebben ze het gevoel geen goede ouder te zijn. Daarnaast kunnen ze bang zijn voor uithuisplaatsing van hun kind. Zulke gevoelens belemmeren ouders mogelijk om hulp te zoeken voor zichzelf of hun kind. Het bespreekbaar maken van schaamte en angst helpt om deze belemmeringen weg te nemen.

5.1.2 Belang van het kind

De gevolgen van geboren worden en opgroeien in een KOPP/KOV gezin per leeftijdsfase

Het opgroeien in een KOPP/KOV gezin kan voor kinderen (gedurende hun leven) ingrijpende gevolgen

ingrijpende gevolgen : In vergelijking met kinderen die opgroeien bij psychisch gezonde ouders lopen KOPP/KOV kinderen bijvoorbeeld een drie tot dertien keer zo groot risico om zelf ooit een psychische stoornis en/of verslavingsproblematiek te ontwikkelen. (Van Santvoort, 2013; Cents et al., 2013; McLaughlin et al., 2012; Van Santvoort et al., 2011; Dean et al., 2010; Bijl et al., 2002; Chassin et al., 1996; Downey & Coyne, 1990). Ook hebben KOPP/KOV kinderen een twee tot drie keer zo grote kans om als kind mishandeld te worden. (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: Trimbos-instituut.). Daarnaast doen KOPP/KOV kinderen vijf keer vaker een beroep op de geestelijke gezondheidszorg dan kinderen van ouders zonder psychopathologie. (Van Santvoort et al., 2011; Sytema et al., 2006)

hebben. Het kind herkent de problemen die KOPP/KOV met zich meebrengt niet. Bijvoorbeeld dat ze zichzelf te vaak wegcijferen, te volgzaam zijn of zich sterk aanpassen aan de wensen en behoeften van anderen. Ook komen andere reactiepatronen voor zoals zich afsluiten en wegluchten, al dan niet met veel gedragsproblematiek. We willen benadrukken dat niet alle KOPP/KOV kinderen te maken krijgen met deze gevolgen: een deel groeit op zonder problemen en een deel krijgt pas op latere leeftijd problemen. Het is belangrijk voortdurend het (gezonde) ontwikkelperspectief van KOPP/KOV kinderen in de gaten te houden.

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, gamen en drugs gesignaleerd.

Er is een mogelijke achterstand in de (algehele) ontwikkeling vanwege gebrek aan zorg, ondersteuning en stimulans. Hierbij hoort ook het onvermogen om anderen om steun te vragen of te vertrouwen.

Hieronder staan de gevolgen per leeftijdsfasen. Zie ook [tabel 1](#).

De gevolgen per leeftijdsfase

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. Hiervoor is ook het [Manifest 1001 kritieke dagen](#) ontwikkeld.

Ongeboren kind

Vrouwen met een psychische stoornis hebben gedurende de zwangerschap een verhoogd risico op terugval

Bron: 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.

en een grotere kans op complicaties bij de bevalling

Bron: Bonari et al., 2004; Nilsson et al., 2002

. Psychische problemen tijdens de zwangerschap brengen ook risico's mee voor de ontwikkeling van de baby

Bron: Van den Berg et al., 2008; 2005

. Verschillende studies tonen aan dat psychische problemen van de aanstaande moeder invloed hebben op de cognitieve en emotionele ontwikkeling van de hersenen van de baby en het stressniveau van de baby

Bron: Mennes et al., 2009; Räikkönen et al., 2011

. Uiteindelijk vergroten de problemen van de ouder de kans op psychische problemen bij het kind op latere leeftijd

Bron: Weinstock, 2005; Goodman & Gotlib, 2002; Hosman et al., 2009

.
Ook middelengebruik en veelvuldig alcoholgebruik kunnen een schadelijke invloed hebben op de foetus. Zo kan het leiden tot het Neonataal Abstinentie Syndroom (NAS)

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

. Dit syndroom kenmerkt zich door ontwenningsverschijnselen bij de baby na de geboorte. Een ander gevolg kan zijn het Foetaal Alcohol Syndroom (FAS)

Bron: Burd et al., 2003; Jones & Smith, 1973

, dat gekenmerkt wordt door onder meer achterblijvende groei, gelaatsafwijkingen en afwijkingen aan het centraal zenuwstelsel. Ook kunnen er gevolgen zijn voor de baby van medicatiegebruik tijdens de zwangerschap, slechte voeding en slechte zelfzorg van de moeder.

KOPP/KOV tot 5 jaar

Als gevolg van beperkte of onvoorspelbare beschikbaarheid van de ouder (door eigen problematiek) is er verhoogde kans op onveiligheid in de gehechtheidsrelatie

Bron: Cicchetti et al., 1998; Hobson et al., 2005; Rexwinkel et al., 2011

. Dit kan weer leiden tot emotionele en gedragsproblemen, zoals separatieangst, eet- en slaapproblemen

Bron: Malekpour 2007, effects of attachment on early and later development, the British journal of development disabilities, Vol. 53 Part 2, July 2007, No. 105 pp. 81-95

. KOPP/KOV baby's en peuters lopen een verhoogd risico op een ontwikkelingsachterstand (van bijvoorbeeld spraak), een gebrekkige ego-ontwikkeling of terugval in gedrag dat bij een eerder ontwikkelingsstadium hoort. Het kind gaat bijvoorbeeld weer in zijn broek plassen terwijl het al zindelijk was. Verder kunnen kinderen in deze leeftijd afwijkend spelgedrag vertonen. Ze spelen bijvoorbeeld helemaal niet of ze doen agressieve spelletjes.

Jonge KOPP/KOV van 5 tot 12 jaar

Al op jonge leeftijd kunnen KOPP/KOV kinderen last hebben van schuldgevoelens, schaamte, bezorgdheid en eenzaamheid

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

. Schuldgevoelens kunnen bijvoorbeeld optreden als het kind de oorzaak van de problemen van de ouder bij zichzelf legt. Ook parentificatie (het overnemen van de ouderrol en extreme verantwoordelijkheidsgevoelens die niet passen bij de leeftijd) komt voor bij kinderen van deze leeftijd. Hierdoor is er te weinig ruimte voor het kind om eigen behoeftes te leren kennen en de eigen identiteit te ontwikkelen. Bovendien kan een gering gevoel van eigenwaarde het kind parten spelen

Bron: Goodman et al., 1994; Van Santvoort et al., 2011

. Daarnaast kan het kind angstig zijn vanwege de onvoorspelbare en soms onveilige thuissituatie. Vanwege de thuissituatie nemen KOPP/KOV-kinderen vaak geen vriendjes mee naar huis.

Ook gedragsproblemen en aanpassingsproblemen komen voor

Bron: Downey & Coyne, 1990; Van Santvoort, 2013; Steinhausen, 1995

. KOPP/KOV kinderen kunnen zich bijvoorbeeld helemaal wegcijferen, te volgzaam zijn of zich sterk aanpassen aan de wensen en behoeften van anderen. Maar ook andere reactiepatronen komen voor, zoals de clown uithangen, zich afsluiten en wegvlugten met veel gedragsproblematiek. Bovendien kunnen KOPP/KOV kinderen last hebben van psychosomatische klachten als hoofdpijn, buikpijn, slaapproblemen en eetproblemen

Bron: Bool et al., 2007; Kashani et al., 1985

en willen ze soms niet naar school door separatieangst

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

Tot slot zijn KOPP/KOV kinderen in vergelijking met hun leeftijdsgenoten in het algemeen sociaal minder vaardig. Zij hebben onveiligheid ervaren in hun gehechtheidsrelatie en mede hierdoor onvoldoende sociale vaardigheden kunnen ontwikkelen

Bron: Kersten-Alvarez et al., 2012; Larsson et al., 2000; Luoma et al., 2001; Malekpour, 2007

Jeugd en adolescenten van 12 tot 18 jaar

KOPP/KOV jongeren kampen deels met dezelfde gevolgen als basisschoolkinderen. Als gevolg van het opgroeien als KOPP/KOV kind hebben deze kinderen vaak een laag zelfbeeld en gebrekkige vaardigheden om voor zichzelf op te komen. Waar de één dit compenseert door zich overdreven aan te passen, vertoont de ander juist veel risicogedrag. KOPP/KOV kinderen ervaren een extreem verantwoordelijkheidsgevoel

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

, waardoor er een groter risico is op parentificatie

Bron: Van Loon et al 2017

. Daarnaast zijn zij vaak minder sociaal vaardig dan leeftijdsgenoten

Bron: 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.

, kampen zij met schaamte- en schuldgevoelens

Bron: Beardslee & Podorefski, 1988; Östman, 2008; Bosch et al 2017

en nemen ze daardoor weinig of geen vrienden mee naar huis. Ze functioneren dikwijls minder goed op school – ze blijven bijvoorbeeld vaker zitten – en verzuimen vaker door de problemen thuis

Bron: Solis et al., 2012; Weissman et al., 1984; Wenselaar, 1997

. Er is een risico op problematische (intieme) relaties. Sommige KOPP/KOV jongeren ontvluchten de thuissituatie door bijvoorbeeld weg te lopen, waarbij risicogedrag vertoond wordt (middelengebruik, seksueel risicogedrag: wisselende contacten en loverboy problematiek). Ook hebben zij een verhoogde kans om in agressief gedrag te vervallen

Bron: Larsson et al., 2000; Langrock et al., 2002

.
Volwassenen KOPP/KOV

Het opgroeien in een KOPP/KOV gezin kan ingrijpende gevolgen hebben die jarenlang kunnen doorwerken, zelfs tot in de volwassenheid. Zo lopen KOPP/KOV kinderen op latere leeftijd een verhoogd risico op het ontwikkelen van stemmingsstoornissen (depressie, bipolaire stoornis), angststoornissen, gedragsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en middelengebruik

Bron: Biederman et al., 2000; Bijl et al., 2002; McLaughlin et al., 2012; Van Santvoort, 2013; Steinhausen, 1995; Westermeyer et al., 2006

. Ook is er een verhoogde kans op gecompliceerde rouw als gevolg van de tekortschietende hechtingsrelatie met de ouder met psychische problematiek

Bron: Bowlby, 1960; 1961

. Het blijkt dat volwassen KOPP/KOV kinderen vaker een scheiding doormaken en dat de levensverwachting tot acht jaar korter kan zijn dan die van kinderen van ouders zonder psychopathologie

Bron: Weissman et al 2016

. Volwassen KOPP/KOV kinderen geven aan dat ze hun leven als onzeker en instabiel hebben ervaren en moeite hebben met connecties maken met anderen

Bron: Cowie, 2017; Foster, 2010

. Daarnaast geven ze ook aan dat ze veel met verlies te maken hebben gehad, soms van een ouder of naasten, maar ook van hun 'zelf' en van eigen hoop en dromen

Bron: Cowie, 2017; Murphy et al., 2016

.
Uit de praktijk blijkt dat vele oudere KOPP/KOV kinderen door burn-out, PTSS en andere hierboven genoemde symptomen hun werk (tijdelijk) verliezen en hierdoor problemen ontwikkelen op sociaal, economisch en maatschappelijk vlak.

5.1.3 Belang voor het KOPP/KOV gezin

Door psychische en/of verslavingsproblematiek kan het gezinsklimaat veranderen. Ouders met psychische problemen gaan vaak anders met hun kinderen om dan ouders zonder deze problemen. Specifiek bij verslavingsproblematiek

Bron: Farrington et al., 2009

zijn ouders vaak financieel niet in staat om in voldoende mate de basisbehoeften van de kinderen te vervullen. Mede hierdoor komt onder KOV gezinnen meer dan gemiddeld kinderverwaarlozing voor

Bron: Lantinga, 2012; Bijleveld & Wijkman, 2009

. Daarnaast lopen kinderen in KOPP/KOV gezinnen een verhoogd risico op kindermishandeling

Bron: 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: Trimbos-instituut.

.

5.1.4 Belang van het inzetten van KOPP KOV interventies

Interventies zijn erop gericht beschermende factoren te versterken en risicofactoren te verminderen. Dit gebeurt doordat a) ouders begrijpen wat hun kind nodig heeft en dit kunnen realiseren, b) kinderen hun eigen behoeften leren begrijpen en vervullen en c) intermediairs de thuissituatie bespreekbaar kunnen maken met het kind en de ouder en weten welke interventies gewenst zijn.

Verschillende studies hebben aangetoond dat deelname aan KOPP/KOV interventies leidt tot minder risico's en problemen bij deze kinderen

Bron: Compas et al, 2009; Van Doesum et al, 2009; Clarke et al, 2001; Beardslee et al, 1997

. Deskundigen zijn het erover eens dat het gaat om een combinatie van risico- en beschermende factoren die bepaalt of een KOPP/KOV kind psychische problemen krijgt

Bron: 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 (3), 250-263.

. Deze factoren liggen op psychologisch, sociaal, genetisch en biologisch niveau.

5.2 3.2 Vroege onderkenning en preventie

5.2.1 Preventie

Als zij ouders met psychische of verslavingsproblematiek hebben, lopen kinderen een verhoogd risico om deze problematiek ook zelf te ontwikkelen. Dit risico moet zo klein mogelijk worden gemaakt. De beïnvloedbare factoren vormen de aangrijpingspunten voor het preventieve, maar ook voor het behandelaanbod

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

. Te denken valt aan het versterken van de ouder-kindrelatie, het aanbieden van een ondersteunend netwerk of vertrouwenspersoon, het toeleiden naar KOPP/KOV groepen en andere activiteiten voor bijvoorbeeld jonge mantelzorgers en het versterken van de coping en de sociale redzaamheid van het kind.

5.2.2 Vroege onderkenning

Vroege onderkenning gevolgd door een snelle toeleiding naar passende zorg is belangrijk om het herstelproces van zowel ouders als kinderen snel op gang te brengen. Bij vroege onderkenning en signalering hebben ook anderen dan ggz-professionals een signaleringsrol. Denk bijvoorbeeld aan het informele netwerk van ouders en andere familieleden, vrienden, klasgenoten, collega's, sportinstructeurs of trainers. Maar ook het meer formele netwerk van bijvoorbeeld onderwijzers, schoolmaatschappelijk werk, tandartsen, jeugdartsen en -verpleegkundigen en (sociale) wijkteams. Het is belangrijk dat het informele netwerk symptomen van KOPP/KOV herkent en de weg weet te vinden naar het formele netwerk. Dat netwerk moet zich bewust zijn van het belang om de relatie te leggen tussen systemische problematiek en de negatieve invloed hiervan op de ontwikkeling van de kinderen. Speciale aandacht gaat uit naar kinderen met een kwetsbaar steunsysteem (bijvoorbeeld wanneer een kind dat opgroeit met één ouder, als er sprake is van een verstandelijke beperking of van een chronische lichamelijke aandoening bij de ouder) en kinderen/jongeren met een migratieachtergrond

Bron: Nuijen, J. (red.) (2010). Trendrapportage GGZ 2010. Deel 2 toegang en zorggebruik. Utrecht: Trimbos Instituut.

. Het formele netwerk kan zorgen voor preventieve interventie, of voor toeleiding naar de zorg.

Raadpleeg bij een verstandelijke beperking ook de generieke modules ' [Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid \(ZB\)](#) of ' [Lichte verstandelijke beperking \(LVB\)](#) ', bij lichamelijk comorbiditeit de generieke module ' [Comorbiditeit](#) ' en bij een migratieachtergrond de generieke module ' [diversiteit](#) '.

5.2.3 (Jonge) mantelzorger

Wanneer een gezin uit balans raakt door psychische of verslavingsproblematiek van de ouder(s), dan kan het zo zijn dat de kinderen een mantelzorgtaak krijgen. Om hen te ondersteunen, zijn er lokale initiatieven ontwikkeld, op gemeentelijk niveau. Via [Regelhulp.nl](#) kan per gemeente worden gezocht naar contactgegevens.

Ondersteuning bij de mantelzorg, zoals gesprekken met een consultant jonge mantelzorg en activiteiten met andere leeftijdsgenoten die opgroeien in een gezin met een zorgsituatie, helpt om zelf niet in de knel te komen. Juist een luisterend oor en het delen van ervaringen met anderen vinden deze jongeren belangrijk. Tijdens de Week van de Jonge Mantelzorger (jaarlijks de eerste week van juni) wordt hier aandacht aan besteed. Via [Mantelzorg.nl](#) kan veel informatie worden verkregen.

Gemeenten hebben de wettelijke taak de jonge mantelzorger te ondersteunen. [Deze taak](#) wordt vaak belegd bij een lokale organisatie, brede welzijnsorganisatie of (sociaal) wijkteam. Deze organisaties kunnen dan ook worden benaderd voor advies of tips.

5.2.4 Uitvragen ouderrol

In de volwassenenzorg moet standaard aandacht zijn voor de kinderen en in de jeugdzorg moet aandacht zijn voor mogelijke problemen van ouders. Het bespreekbaar maken hiervan is soms beladen. In 2013 is de [Kindcheck](#) ingevoerd, in het kader van veilig opgroeien. Er moet altijd gecheckt worden of de basale veiligheid voldoende is. Wanneer er een groot risico of gevaar is, dan moet er acuut ingegrepen worden. Daarnaast biedt dit afwegingskader ook een mogelijkheid voor preventie en vroegsignalering, waardoor met veel laagdrempelige interventies in een vroeg stadium de juiste ondersteuning geboden kan worden.

Het praten over ouderschap en kinderen zou structureel onderdeel van de behandeling/zorg moeten zijn. Het is normaal dit te bespreken, professionals moeten dit ook zo overbrengen op de ouder. Het normaliseren van dit gesprek zorgt ervoor dat ouders zich niet aangevallen voelen, niet het gevoel hebben dat zij iets 'verkeerd' doen.

Zie Werkkaart voor tips hoe het gesprek met ouders aan te gaan.

5.2.5 Herkennen van KOPP/KOV problematiek

We onderscheiden de volgende vuistregels bij het signaleren van KOPP/KOV-problematiek.

- Hoe jonger het kind, des te kwetsbaarder het is en des te ingrijpender de gevolgen voor de ontwikkeling zijn.
- Ernst en duur van de stoornis van de ouder wegen zwaarder dan 'de soort' ziekte of stoornis.
- Een beperkt sociaal netwerk is een belangrijke risicofactor. Weinig contacten hebben betekent voor kinderen en ouders weinig mogelijkheden voor sociale steun en weinig andere rolmodellen voor gezond gedrag.
- Bij chronische lichamelijke aandoeningen van kind of ouder is er een verhoogde kans op psychische klachten. Deze worden vaak gemist omdat de lichamelijke component op de voorgrond staat.
- Ga ervan uit dat ieder kind van ouders met psychische problematiek een zeker risico loopt.
- Op basis van de huidige kennis kan er op voorhand geen onderscheid gemaakt worden tussen kinderen die wel en kinderen die later geen problemen zullen ontwikkelen. Een cumulatieve van risicofactoren en het ontbreken van beschermende factoren verhogen de kans op problematiek bij het kind.
- De manier waarop de ouder met het kind omgaat kan wijzen op KOPP/KOV problematiek, bijvoorbeeld bij een gebrek aan sensitiviteit en responsiviteit in de ouder-kindinteractie.

Deze signalen zijn niet exclusief voor kinderen van ouders met psychische problemen of verslavingsproblemen. Ze kunnen ook zichtbaar zijn bij kinderen die in de knel zitten door andere problematiek van hun ouders of bij andere problematiek van het kind.

Hierna volgen de belangrijkste signalen van KOPP/KOV problematiek per leeftijdsgroep

Bron: Merkus, M., Nijsten, H., Cloudt, A., Verschuren, M., Weltevrede, M. (1994). KOPP-Signalenkaart. Roermond: RIAGG Midden-Limburg.

. Zie ook [tabel 2](#).

Signalen bij baby's (0 tot 12 maanden)

Een kind dat de eerste levensjaren dagelijks contact heeft met een psychisch zieke patiënt-ouder, loopt het risico op enige mate van onveiligheid in de gehechtheidsrelatie. Compenserende hechtingsfiguren kunnen een beschermende werking hebben. Onveiligheid in de gehechtheidsrelatie kan zich als volgt uiten.

- Het ontbreken van een kennisgeving: vanaf de leeftijd van ongeveer 7 maanden tot een jaar vertoont de baby geen of weinig reactie op separatie van en hereniging met de ouder. Het kind geeft geen blijk van angst voor vreemden in combinatie met een grotere voorkeur voor de ouder.
- Abnormaal intensief contact tussen ouder en kind, waardoor het kind belemmerd wordt in het verkennen van z'n omgeving en daardoor in het ontwikkelen van grenzen tussen zichzelf en de ander.
- Het niet (ver)tonen van affect: lachen, kirren, brabbelen.
- Vertraagde motorische ontwikkeling: zitten, kruipen, gaan staan, vertraagde groei.
- Angst- en onlustgevoelens: niet willen eten en/of spugen, slecht slapen, opvallend veel of juist heel weinig huilen, huidproblemen/eczem.

Signalen bij peuters (1 tot 4 jaar)

Peuters beginnen hun eigen 'ik' te ontdekken en te ontwikkelen. Gevoel van eigenwaarde wordt sterk beïnvloed door reacties van belangrijke anderen, dus zeker van ouders. Peuters kunnen de volgende signalen laten zien ten opzichte van een gezonde (verwachte) ontwikkeling.

- Achterstand in ontwikkeling op verschillende gebieden: spraakachterstand, achterstand in cognitieve ontwikkeling, concentratieproblemen.
- Gebrekkige ego-ontwikkeling: de grenzen tussen 'ik' en 'de ander' zijn zwak ontwikkeld.
- Niet tot spelen komen of bizarre spelsituaties (extreem angstig, agressief getint).
- Vreemde fantasieën of extreem magisch denken onder invloed van wanen of hallucinaties van de ouder.
- Terugval in gedrag dat bij een eerder ontwikkelingsstadium hoort: weer in de broek gaan plassen of poepen (bij kinderen die al zindelijk waren), terugval in praten, babygedrag vertonen.

Kleuters (4 tot 6 jaar)

Signalen in deze fase komen voort uit gemiste ontwikkelingstaken in eerdere fasen.

- Problemen met naar school gaan door de (te) sterke binding met de ouder (scheidingsangst).
- Sociale onhandigheid als gevolg van een slechte voorbeeldfunctie van de ouder en het ontbreken van een sociaal netwerk (gemis aan rolmodellen).
- Plus de signalen genoemd bij peuters.

Basisschoolkinderen (6 tot 12 jaar)

Doordat de patiënt-ouder niet in staat is (alle) gezinstaken te vervullen, verschuiven rollen binnen het gezin. Bijvoorbeeld:

- Rolomkering of parentificatie: het kind neemt de ouderrol op zich met alle verantwoordelijkheden die daar bij horen. Vaak is dit het oudste kind.
- Angst door de onveilige en/of onvoorspelbare thuissituatie en/of wanen van de ouder, separatieangst en de angst voor wat er thuis kan gebeuren als zij er niet zijn.
- Schuldgevoelens: 'Het komt door mij dat papa/mama ziek is, ik ben niet lief geweest, moet beter m'n best doen', enzovoort.
- Schaamte: ontdekking dat het thuis anders is dan bij andere kinderen en het gevoel hebben dat zij de enige zijn die dit meemaken (eenzaamheid). Gevolg: kinderen trekken zich terug uit sociale contacten (geen vriendjes mee naar huis).
- Oppervlakkige contacten met leeftijdgenoten: contact 'verplicht' tot een zekere wederzijdsheid, waar kinderen niet aan kunnen (hechtingsproblemen) of willen (schaamte) voldoen.
- Weinig vertrouwen in anderen en zichzelf.
- Leerproblemen op school.
- Niet kunnen omgaan met emoties. Kinderen kunnen zich extreem aanpassen aan de wensen van de ouder of anderen (afhankelijk gedrag). Ze kunnen ook juist zeer onverschillig zijn (of doen) ten opzichte van hun ouder.
- Psychosomatische problemen: terugkerende hoofd- en buikpijnklachten, misselijkheid, slaapproblemen, eetproblemen.

Pubers en adolescenten (12 tot 18 jaar)

Losmaking, het verwerven van autonomie en een eigen identiteit zijn de belangrijkste ontwikkelingstaken in de puberteit. Dat kan op gespannen voet staan met de grote betrokkenheid en afhankelijkheid van gezinsleden onderling. Problemen die kinderen hierbij ondervinden kunnen zich als volgt uiten.

- Extreem verantwoordelijkheidsgevoel voor de ouder en/of broers en zussen.
- Het kind controleert bijvoorbeeld afspraken en medicijngebruik van de ouder.
- In zichzelf gekeerd gedrag, negatief zelfbeeld. Risico op depressie.
- Weglooptgedrag.
- Zich afsluiten en wegvlugten met veel gedragsproblematiek, waaronder middelengebruik.
- Niet kunnen omgaan met eigen emoties: jongeren herkennen eigen wensen en behoeften niet meer omdat deze altijd onderdrukt zijn.
- Moeilijkheden met het aangaan van intieme relaties.
- Ontbreken (of uitstellen) van normale puberteitsverschijnselen.
- Plus de signalen genoemd bij basisschoolkinderen.

Volwassenen (vanaf 18 jaar)

Volwassenen KOPP/KOV zijn vaak opgegroeid in een onveilige thuissituatie. Hierdoor ontwikkelden zij mechanismen die in de gezinssituatie nodig waren, maar in het volwassen leven ingewikkeldheden met zich mee brengen. Zij lopen aan tegen niet goed ontwikkelde emoties of tegen overlevingsmechanismen die nu juist in de weg zitten. Vooral bij het aangaan van relaties kunnen zij vastlopen. Dat geldt zowel voor werkrelaties (vaak is er moeite met autoriteit) als voor relaties met vrienden en intieme relaties (waar vertrouwen en hechting een belangrijke rol spelen). Omdat eigen gevoelens vaak weinig ruimte kregen

eigen gevoelens vaak weinig ruimte kregen: Voor het voelen en uiten van emoties was thuis veelal geen ruimte en de voorbeelden die getoond werden door de patiënt ouder kunnen zo extreem zijn geweest, dat voor bepaalde gevoelens, zoals boosheid, vaak angst ontstaat (bijv. angst over dat bij boosheid zij zelf ook ontsporen). Subtielere gevoelens over hoe je je voelt of soms heel simpele gevoelens als moeheid, kunnen stelselmatig weggedrukt zijn deze gevoelens zijn weggedrukt omdat er in de ontwikkelingsperiode onvoldoende ruimte was om deze te herkennen en te leren onderkennen.

, hebben volwassen KOPP/KOV ook vaak moeite met het bewaken van grenzen. Een burn-out komt daardoor vaak voor bij deze groep. Veel onduidelijke klachten bij volwassenen kunnen duiden op KOPP/KOV-problematiek, bijvoorbeeld:

- burn-out
- depressie
- angstklachten
- gecompliceerde rouw.

5.2.6 Risico en beschermende factoren

Psychische of verslavingsproblematiek van de ouder(s) verklaren niet alle problemen van kinderen. Of bij een KOPP/KOV kind daadwerkelijk problemen ontstaan, hangt namelijk af van de aanwezigheid van en het samenspel

samenspel: Risicofactoren vergroten de kans op het ontstaan van problemen, beschermende factoren fungeren als buffer daartegen en verkleinen zo de kans op het ontstaan van problemen. (Aalbers-van Leeuwen et al., 2002)

tussen risicofactoren en beschermende factoren

Bron: Fraser et al., 2006; Van Doesum et al., 1995

. Daarnaast zijn kinderen soms genetisch belast. Een overzicht van de risico- en beschermende factoren voor KOPP/KOV kinderen is samengevat in [tabel 3](#).

In de literatuur is een groot aantal risico- en beschermende factoren voor KOPP/KOV kinderen beschreven

Bron: Hosman et al., 2009; Park & Schepp 2014

. We onderscheiden risicofactoren bij het kind zelf (onder andere genetische aanleg, leeftijd van het kind, moeilijk temperament, onveilige hechting, te groot verantwoordelijkheidsgevoel), bij de ouder (onder andere ernst en chroniciteit van de stoornis, verstoorde ouder-kindinteractie), bij het gezin (onder andere financiële problemen, kindermishandeling, incest) en in de omgeving (gebrek aan sociale steun, stigmatisering).

Ook beschermende factoren kunnen liggen bij het kind zelf (onder andere goede ouder-kindrelatie, goede cognitieve en sociale vaardigheden, veel zelfvertrouwen, grote zelfredzaamheid, behoorlijk inzicht in ouderlijke problematiek), bij de ouder (onder andere goede opvoedvaardigheden, versterken van emotionele beschikbaarheid, sensitiviteit en responsiviteit in de ouder-kindinteractie), bij het gezin (onder andere de aanwezigheid van een gezonde andere ouder) en in de omgeving (onder andere de aanwezigheid van een sociaal netwerk voor ouder en jeugdige).

Vaak wordt ingezoomd op de risicofactoren, terwijl *juist het versterken van aanwezige beschermende factoren* de draagkracht van ouder, kind en gezin kan vergroten.

5.2.7 Verband stoornis ouder en problematiek kind

Er lijkt een sterk verband te zijn tussen de stoornis van de ouder en stoornissen bij het kind

Bron: 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: Radboud Universiteit Nijmegen.

. Ouders voelen zich er vaak schuldig over dat hun kinderen wellicht ook met de problematiek worden belast, zij ervaren dit als extra ballast.

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat bij kinderen van ouders met een angststoornis sprake is van een zogenaamd 'smal-spectrum-effect': deze kinderen lopen een verhoogd risico op het ontwikkelen van een angststoornis, maar niet op het ontwikkelen van andere stoornissen of negatieve uitkomsten

negatieve uitkomsten: met uitzondering van afwijkingen in het functioneren van hormonale systemen en de hersenen

. Bij kinderen van ouders met een unipolaire of bipolaire depressie is een verhoogd risico te zien op verschillende stoornissen

verschillende stoornissen : depressie, affectieve stoornis, angststoornis, gedragsstoornis en psychische stoornis in het algemeen

en op andere negatieve uitkomsten

negatieve uitkomsten: internaliserende problemen, sociale problemen, problemen in het algemeen functioneren, medische problemen, problemen met het temperament en hechtingsproblemen

. Kinderen van ouders die veelvuldig en langdurig middelen gebruiken, hebben weer een verhoogde kans op stemmingsstoornissen, angststoornissen, gedragsstoornissen en middelenstoornissen

Bron: McLaughlin, K.A., Gadermann, A.M., Hwang, I., Sampson, N.A., Al-Hamzawi, A., Andrade, L.H., Angermeyer, M.C., et al. (2012). Parent Psychopathology and Offspring Mental Disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 200(4), 290-299.

5.2.8 Aangrijpingspunten voor preventie en behandeling

Het eerste aangrijpingspunt is het persoonlijke verhaal van ouder of kind. Door goed te luisteren en de juiste vragen te stellen, kan men de beïnvloedbare risico- en beschermende factoren benoemen en hier actie op zetten. De volgende taken kunnen hulpverleners op zich nemen

Bron: Hosman et al., 2009

1. Stress, angst en depressie tijdens de zwangerschap reduceren.
2. Zowel de gezonde ouder als de patiënt-ouder ondersteunen in diens ouderrol.
3. Het zelfvertrouwen, de copingvaardigheden en de sociale redzaamheid van kind en ouder(s) vergroten; leg uit wat er aan de hand is en dat het niet de schuld van het kind of ouder(s) is.
4. Een positieve ouder-kindinteractie bevorderen door de opvoedvaardigheden van de ouder(s) te versterken (evenwichtig contact tussen de gezinsleden: kind, patiënt-ouder en gezonde ouder).
5. Het gezin helpen een steunend netwerk of een vertrouwenspersoon te vinden.

Het versterken van bovengenoemde factoren vormen de pijlers van KOPP/KOV interventies die specifiek voor de doelgroep zijn ontwikkeld. Maar ook interventies die niet speciaal voor de KOPP/KOV doelgroep zijn ontwikkeld, kunnen deze factoren versterken. In hoeverre succesvol aan bovenstaande factoren gewerkt kan worden, hangt af van een samenspel van factoren en van (on)mogelijkheden van de ouder(s), van hun kind(eren) en het netwerk. Verschillende studies benadrukken wel dat het includeren van ouders en naasten bij interventies voor KOPP/KOV kinderen een belangrijke succesfactor is

Bron: van Santvoort 2013; Neger & Prinz 2015

De [SIK-lijst](#)

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

kan, eventueel aangevuld met andere screeningsinstrumenten, houvast bieden om een indruk van de verandermogelijkheden van een gezin in kaart te brengen. In paragraaf 'diagnostiek' gaan we nader in op deze lijst.

Specifiek voor preventie kunnen de onderstaande interventies worden ingezet; deze interventies worden verder uitgewerkt in [Tabel 4](#): KOPP/KOV specifieke interventies.

Naam interventie	Type	Primaire doelgroep	Leeftijd kind
Ouder-baby interventie	Face-to-face	Ouders	0-1 jaar
Beter contact met je baby*	Groeps cursus	Ouders	0-1 jaar
Voorzorg	Face-to-face	Moeders	14 wk zwanger-2 jaar
Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP	Face-to-face	Gezin	9-14 jaar
(Online) cursus KopOpOuders*	Online / face to face	Ouders	1-18 jaar
(Online) cursus Kopstoring*	Online / Face-to-face	Kinderen	16-25 jaar
KOPP preventieprojecten: Doe-praatgroep & Pubergroep	Face-to-face	Kinderen	8-15 jaar
PIEP zei de muis	Face-to-face	Kinderen en ouders	4-8 jaar

* Deze interventie wordt beoordeeld op geschiktheid voor opname in de databank NII en bevindt zich in de opnameprocedure.

5.2.9 Aanbevelingen

1. In de volwassenen-ggz moet aandacht zijn voor de kinderen en in de jeugdzorg moet aandacht zijn voor mogelijke problemen bij ouders.
2. Het praten over ouderschap en kinderen is structureel onderdeel van de behandeling/zorg, professionals moeten dit ook zo overbrengen op de (patiënt)ouder. Het normaliseren van dit gesprek zorgt ervoor dat ouders zich niet aangevallen voelen, niet het gevoel hebben dat zij iets 'verkeerd' doen.
3. Deskundigheidsbevordering voor hulpverleners (opleiding en nascholing) voor het bespreken van ouderschap. Het bespreken hiervan ligt gevoelig. Ook het meer effectief toepassen van de kindcheck (niet alleen in kader van veilig opgroeien) bevordert de vroegsignalering van KOPP/KOV.
4. Universele preventie gericht op de gehele samenleving om bewustwording te creëren en stigma tegen te gaan. Voor scholen ligt hier een belangrijke taak. Wanneer de kennis bij docenten en kinderen wordt vergroot en kinderen zich hierin herkennen, komen ze te weten dat ze niet alleen zijn en waar ze terecht kunnen. De stichting 'Samen sterk zonder stigma' verzorgt een bredere verspreiding van kennis.
5. Lokale samenwerking om een overzicht te maken van alle KOPP/KOV-specifieke interventies en ondersteuning voor jonge mantelzorgers (voor KOPP/KOV < 25 jaar).
6. Een gezamenlijk landelijk basisaanbod creëren om landelijk een effectief en eenduidig aanbod aan KOPP/KOV te kunnen aanbieden.

5.3.3.3 Diagnostiek

5.3.1 Inschatten van de aard en ernst van de KOPP/KOV problematiek

Het is belangrijk om voor alle kinderen van wie de ouder in behandeling is voor psychische en/of verslavingsproblemen een inschatting te maken van het risico op (het ontwikkelen van) KOPP/KOV problematiek

een inschatting te maken van het risico op (het ontwikkelen van) KOPP/KOV problematiek: Onder inschatting van de KOPP/KOV problematiek wordt verstaan: de inschatting van de problemen en risico's die voortvloeien uit het opgroeien in een gezin met een ouder met psychische en/of verslavingsproblemen. Overigens hoeft KOPP/KOV-problematiek niet voor alle kinderen van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen aan de orde te zijn. Het risico op ongunstige uitkomsten is naar schatting echter wel drie tot dertien keer zo groot als bij kinderen die niet in een KOPP/KOV-gezin opgroeien (zie ook inleiding - zorg rondom KOPP/KOV van deze module)

. Daarnaast is het nodig een inschatting te maken van de veiligheid van het kind.

Bij het inventariseren van de thuissituatie van KOPP/KOV kinderen is het van belang rekening te houden met gevoelens van schaamte en loyaliteit bij zowel ouders als kinderen en met parentificatie. Deze factoren kunnen het verhelderen van de gezinssituatie sterk belemmeren. Voorlichting over het doel van de interventie, normaliseren en het creëren van een veilige atmosfeer zijn belangrijke randvoorwaarden bij het aangaan van het gesprek.

Daarnaast is aandacht voor de volwassen KOPP/KOV van belang. Veel volwassenen in zorg zijn in een KOPP/KOV gezin opgegroeid. Door de bij hen ontstane problematiek te (h)erkennen kunnen zij beter herstellen.

5.3.2 Lijst voor Screening en Interventie Keuze (SIK-lijst)

Voor het maken van een risico-inschatting heeft de preventiesector van de ggz en de verslavingszorg de lijst voor Screening en Interventie Keuze ontwikkeld. De SIK-lijst kan worden gebruikt door diverse werkers, bijvoorbeeld ggz- en verslavingszorgmedewerkers, (uitvoerend) preventiewerkers en overige hulpverleners die met ouders en/of kinderen werken. De SIK-lijst gaat ervan uit dat een kind een grotere kans loopt op ongunstige ontwikkelingsuitkomsten naarmate er meer risicofactoren en minder beschermende factoren aanwezig zijn. Dan is er ook meer urgentie om in te grijpen.

De SIK-lijst is gebaseerd op enerzijds wetenschappelijk onderzoek naar risico- en beschermende factoren voor KOPP/KOV kinderen en anderzijds op *best practices* die voortkomen uit de jarenlange ervaring van de preventiesector van de ggz en de verslavingszorg met KOPP/KOV gezinnen. Het is een checklist

checklist: Dit kunnen interventies zijn voor het kind en/of de ouders en/of de omgeving. 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 het kind en het ondersteunend netwerk voor jeugdige en ouder(s). Het is van belang dat de genoemde items bekend zijn bij de hulpverlener, zodat deze een eerste inschatting kan maken van risico- en beschermende factoren en eventuele interventies. De SIK-lijst kan gebruikt worden als een checklist en kan voor, tijdens of na gesprekken geraadpleegd of ingevuld worden.

van elf items waarmee de belangrijkste risico- en beschermende factoren voor het kind in kaart kunnen worden gebracht. Op basis hiervan kunnen specifieke interventies worden geselecteerd. De punten in de SIK-lijst hoeven niet in één keer nagevraagd en afgevinkt/ingevuld te worden; de SIK dient als **basis voor het gesprek en gaandeweg wordt relevante informatie verzameld** (dit kan vaak via de ouder/ouders) en genoteerd. Om dit gesprek goed te voeren, is het noodzakelijk dat de professional een constructieve samenwerkingsrelatie met de ouder(s) opbouwt.

De [SIK-lijst](#) is met [handleiding](#) evenals [aandachtspunten en tips](#) voor gesprekken met ouders en kinderen apart downloaden. Ook is er een [werkkaart](#) 'Hoe praat ik met ouders over ouderschap?'

Er zijn geen normscores voor de SIK-lijst, maar deze lijst kan als checklist worden gebruikt door diverse beroepsgroepen. De checklist (met enkele aanvullingen) helpt professionals om de aard en ernst van de KOPP problematiek in te schatten en te kiezen voor een interventie.

5.3.3 Verdere screening op emotionele problemen, gedragsproblemen en gezinsfunctioneren

Het kan zijn dat op basis van de ingevulde SIK-lijst nadere screening

nadere screening: Het algemene uitgangspunt is: hoe meer risicofactoren er aanwezig zijn in het leven van het kind en hoe minder beschermende factoren, hoe meer er reden is tot zorg. Screening aan de hand van de SIK-lijst geeft een indicatie van de ernst van de KOPP/KOV-problematiek en bijbehorende interventies voor kind en ouder. Ook geeft de SIK-lijst aan wanneer verdere screening of diagnostiek van emotionele en gedragsproblemen van het kind gewenst is.

op emotionele of gedragsproblemen of van het gezinsfunctioneren gewenst is. De professionals die hiervoor bekwaam en bevoegd zijn, kunnen gebruik maken van de volgende betrouwbare en valide (screenings)instrumenten.

- C-TRF (Caregiver-Teacher's Report Form). Dit instrument meet het functioneren van de (ouder met) baby of peuter (1,5 tot 5 jaar). Voor de screening van hechtingsproblemen wordt verwezen naar de Richtlijn Problematische gehechtheid.
- SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire; 3-16 jaar), CBCL (Child Behavior Checklist; 6-18 jaar), TRF (Teacher's Report Form; 6-18 jaar) en YSR (Youth Self Report; 11-18). Deze lijsten meten emotionele en gedragsproblemen.
- VGO (Vragenlijst Gezin en Opvoeding). Dit instrument meet het algemene gezinsfunctioneren en opvoedproblemen in gezinnen met kinderen van 0 tot 18 jaar. Onderdeel OBVL (Opvoedingsbelastingvragenlijst) meet de opvoedingsbelasting van de ouders (inclusief depressieve stemming, rolbeperking en gezondheidsklachten).

- Ook de NOSI (Nijmeegse Ouderlijke Stress Index) is een gezinsdiagnostisch instrument; hiermee kan worden nagegaan vanuit welke potentiële stressbronnen binnen de opvoedingscontext daadwerkelijk stress of belasting wordt ervaren door de ouders. De NOSI is oorspronkelijk bedoeld voor ouders met kinderen in de leeftijd van 7 tot 12 jaar, maar is zodanig opgezet dat afname ook mogelijk is bij ouders van kinderen in de leeftijd van 2 tot ongeveer 13 jaar.
- Voor baby's en peuters kan de FEAS en AMBIANCE inzicht in (problemen in) de hechtingsrelatie van ouder en kind geven.
- Bij (vermoedens van) kindermishandeling in de vorm van verwaarlozing, lichamelijke, psychische en/of seksuele mishandeling, kan de CARE-NL (Child Abuse Risk Evaluation, Nederlandse vertaling) of LIRIK-JZ (Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid - Jeugdzorg) worden ingezet, alhoewel de validiteit en betrouwbaarheid van deze instrumenten onbekend zijn.

In [Tabel 5](#) staat een overzicht van deze screeningsinstrumenten.

5.3.4 Volwassen KOPP/KOV

Voor volwassen KOPP/KOV is (nog) geen vragenlijst ontwikkeld. Terwijl juist deze groep kan achterlopen in sociale en emotionele ontwikkeling. Rationeel zijn zij vaak goed onderlegd, waardoor het niet altijd opvalt dat zij moeite hebben met het uiten van hun eigen emoties en het hanteren van in de samenleving gangbare sociale omgangsvormen. De belangrijkste vragen gaan over de jeugd van deze volwassene en luiden als volgt.

- Is er een ouder met een psychiatrische of verslavingsdiagnose? Zo niet:
- Is er een ouder met ingewikkeld gedrag? (dit kan ook indirect door bijvoorbeeld de kinderen te vragen of zij vriendjes of vriendinnetjes mee naar huis konden nemen, of zij zelf boos mochten zijn thuis en of er aandacht was voor hun persoon als kind)

Belangrijk voor volwassen KOPP/KOV kinderen is dat zij erkenning krijgen voor de problematiek. Dat het ingewikkeld is hoe ze zijn opgegroeid en dat zij daardoor zijn beschadigd of onvoldoende zijn ontwikkeld op emotioneel en sociaal niveau. Dat zij dit leren herkennen en gevoelsmatig ook erkennen.

5.3.5 Suïcidaliteit en opzettelijk zelfbeschadigend gedrag

Het is bij KOPP/KOV gezinnen van belang om alert te zijn op signalen van suïcidaliteit of opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij het kind

kind: Aangezien het hebben van ouders met psychische of verslavingsproblemen een belangrijke risicofactor is voor suïcidaliteit en/of zelfbeschadigend gedrag bij kinderen (De Wilde et al., 1992; Beautrais et al., 2003), wordt hier nader op ingegaan. Ook bij mensen met psychische en/of verslavingsproblemen komen deze gedragingen, inclusief suïcidale gedachten, vaker voor (Andrews & Lewinsohn, 1992; Beautrais et al., 1996; Ivarson et al., 1998; Pompili et al., 2004). Dit betekent dat in KOPP/KOV-gezinnen de kans op suïcidaliteit of zelfbeschadigend gedrag groter is dan in andere gezinnen, zowel bij ouders als bij kinderen.

. Daarbij moet men zich realiseren dat ouders van adolescenten vaak niet op de hoogte zijn van de mate van suïcidaliteit of zelfbeschadigend gedrag van de jongere. Als er vermoedens zijn, zal de hulpverlener dus zelf de jongere hierover moeten spreken. Ook is het vanwege de ingrijpende gevolgen ervan voor kinderen van belang te weten of suïcidaliteit of zelfbeschadigend gedrag speelt bij de ouder. De [Generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag](#) dient hierbij te worden geraadpleegd. Een aparte richtlijn voor zelfbeschadigend gedrag ontbreekt. In 2019 is de website sameninmijn schoenen.nl gelanceerd die informatie over zelfbeschadiging voor jongeren, hun naasten en zorgprofessionals in en om de school bundelt

bundelt : Op de website is wetenschappelijke kennis, praktijkkennis en ervaringskennis gebundeld tot informatie en bruikbare tips met als doel wederzijds begrip te vergroten. De website wordt beheerd door de Stichting Zelfbeschadiging en is mede geïnitieerd met het Trimbos Instituut, zorgaanbieder Fivoor en de Stichting Zelfbeschadiging. De Stichting Zelfbeschadiging is een landelijke cliëntenorganisatie die zich inzet om goede zorg en ondersteuning voor mensen die zichzelf beschadigen te bevorderen. Zij geven vanuit ervaringsdeskundigheid handvatten om met zelfbeschadiging om te gaan.

Suïcidaliteit omvat suïcidedgedachten en suïcidale handelingen in de recente en ruimere voorgeschiedenis en in het heden

Suïcidaliteit omvat suïcidedgedachten en suïcidale handelingen in de recente en ruimere voorgeschiedenis en in het heden: Suïcidaliteit omvat suïcidedgedachten en suïcidale handelingen in de recente en ruimere voorgeschiedenis en in het heden. Cruciaal zijn de motieven, intenties, overwegingen en plannen zoals die worden gerapporteerd (Van Hemert et al., 2012). Het gaat er meestal niet om een doodswens te vervullen maar iemand 'wil gewoon vrij van problemen zijn'. Elke vorm van suïcidaal gedrag is geassocieerd met een verhoogd risico op suicide (Van Hemert et al., 2012). Opzettelijk zelfbeschadigend gedrag houdt in de meest brede definitie in: 'alle gedragingen waarbij opzettelijk fysiek of psychisch letsel wordt toegebracht aan het eigen lichaam' (Nock, 2010). Opzettelijke zelfbeschadiging kan onderscheiden worden in suïcidaal en non-suïcidaal zelfbeschadigend gedrag (NSSI). Bij een suïcidepoging heeft het gedrag als doel om een einde aan het leven te maken terwijl bij NSSI de handeling het doel op zich is en er geen intentie is om te overlijden (Nock, 2010). De meest voorkomende vorm van NSSI is het snijden of krassen in de huid, voornamelijk in de armen, benen en buik. Daarnaast komt ook zichzelf branden met hete voorwerpen (denk aan smeulende sigaretten) of chemicaliën (denk aan chloor, of deodorant onder hoge druk dicht tegen de huid) en zichzelf slaan regelmatig voor. Zelfbeschadiging begint vaak tussen het 12e en 14e levensjaar (Nock, 2010). De gedachte aan zelfbeschadiging treedt veelal op wanneer iemand alleen is en negatieve gedachten of gevoelens ervaart, zoals het terugdenken aan een nare herinnering of zich angstig of boos voelen (Nock, 2010). Uit onderzoek blijkt dat mensen die zichzelf beschadigen vaak beperkte probleemoplossende vaardigheden en een rigide manier van denken hebben (Muehlenkamp, 2006; Nock, 2010). Volgens De Wilde, Spierings en Nijon (2012) kan worden aangenomen dat er een sterke relatie is tussen NSSI en suicide(pogingen) vanwege gelijke risicofactoren. Verwezen wordt naar de NJI-databank voor meer informatie (Ince & Zoon, 2013).

Mensen met KOPP/KOV doen soms aan zelfbeschadiging of automutilatie omdat zij slecht of niet hebben geleerd om met hun eigen emoties om te gaan. De zelfbeschadiging kan bestaan uit het letterlijk beschadigen van het lijf (krassen, bijten, slaan et cetera), maar ook schadelijke liefdes en vriendschappelijke relaties,

drank- en drugsgebruik zijn onder deze noemer te scharen. Mensen die zichzelf beschadigen kunnen hier moeilijk mee stoppen. Deskundige hulpverlening op dit gebied is sterk aan te raden, maar het is niet altijd mogelijk degene die automuteert te bewegen deze hulp te aanvaarden. Het is belangrijk dat niet het symptoom (automutilatie), maar het onderliggende gewenste gedrag (bijvoorbeeld leren omgaan met emoties) wordt aangepakt.

Zowel bij suicidaliteit als bij zelfbeschadiging is open communicatie met het kind en/of de ouder over de gedragingen en behandelopties van essentieel belang om de spanning te doorbreken en het vertrouwen te winnen en te behouden

Bron: Kool et al. 2010; Van Hemert et al., 2010; Gould et al., 2005

5.3.6 Andere richtlijnen, meldcode en standaarden

Indien er een vermoeden is van kindermishandeling, problematische gehechtheid, ernstige gedragsproblemen of problemen bij het kind door scheiding van de ouders, kunnen de volgende richtlijnen worden geraadpleegd.

- Richtlijn kindermishandeling, bij (een vermoeden van) kindermishandeling in de vorm van verwaarlozing, lichamelijke, psychische en/of seksuele mishandeling.
- Richtlijn Problematische gehechtheid, bij (een vermoeden van) problematische gehechtheid;
- Richtlijn Ernstige gedragsproblemen, bij (een vermoeden van) ernstige gedragsproblemen;
- Richtlijn Scheiding en problemen van jeugdigen, bij kinderen van gescheiden ouders of ouders in een (echt)scheiding.
- Richtlijn Multiprobleemgezinnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming.

Indien kindermishandeling wordt gesignaleerd, wordt de hulpverlener geacht te handelen naar het [landelijk Protocol kindermishandeling](#) en de [Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling](#)

Bron: Van der Steege & Zoon. 2017

Daarnaast zijn op de website ggzstandaarden.nl de zorgstandaarden per aandoening te vinden. Maar ook generieke modules als de [Landelijke samenwerkingsafspraken](#) (ook voor [jeugd](#)), [Destigmatisering](#), [Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek](#), [Herstellende ondersteuning](#), [Zelfmanagement](#), [LVB](#) en [Diversiteit](#).

5.3.7 Conclusies

- De SIK-lijst is het enige screeningsinstrument dat specifiek ontwikkeld is om KOPP/KOV problematiek in kaart te brengen.
- Aan de hand van de SIK-lijst, die risico- en beschermende factoren voor het kind inventariseert, gecombineerd met andere lijsten, zoals de SDQ of CBCL, kan een inschatting worden gemaakt van de aard en ernst van de KOPP/KOV problematiek, van verandermogelijkheden en of er reden is tot zorg.
- In KOPP/KOV gezinnen komen zowel bij het kind als de ouder vaker suicidaliteit en opzettelijk zelfbeschadigend gedrag voor dan in andere gezinnen. Het is van belang om alert te zijn op deze gedragingen en ze bespreekbaar te maken met ouder en/of kind.

5.3.8 Aanbevelingen

1. Bij de intake checkt de professional bij elke patiënt met psychische en/of verslavingsproblemen of hij of zij kinderen heeft of binnenkort verwacht (zwangerschap). Vraag ook de ouderrol uit. Noteer dit – na toestemming van de ouder – in het dossier en in het behandelplan en als huisarts/poh-ggz in het kinddossier. Zorg dat dit wordt doorgegeven aan een volgende hulpverlener.
2. Check, bijvoorbeeld aan de hand van de SIK-lijst (het gestructureerd in kaart brengen van de risico- en beschermende factoren), bij alle patiënten met kind(eren) of er sprake is van KOPP/KOV. Gebruik hier ook het afwegingskader van de kindcheck.
3. Check, bijvoorbeeld aan de hand van de SIK-lijst, bij alle patiënten met psychische en/of verslavingsproblemen met kind(eren) of deze kinderen belast zijn met het overnemen van de ouderrol in het gezin of met mantelzorgtaken. Hierbij is het kind ook een belangrijke informant.
4. Let behalve op veelvoorkomende signalen die kunnen wijzen op KOPP/KOV problematiek – parentificatie, zichzelf wegcijferen, schuld- en schaamtegevoelens, geen vriendjes mee naar huis nemen, financiële problemen, et cetera – ook op algemene emotionele en gedragsproblemen van het kind. Bespreek dit met andere professionals die deelgebieden hiervan als expertise hebben.
5. Zorg voor voldoende kennis over risico- en beschermende factoren om negatieve uitkomsten bij KOPP/KOV kinderen te kunnen signaleren en waar mogelijk te voorkomen. Geef kinderen steun en hoop, zorg dat een volwassene adequaat toezicht houdt op het kind en los praktische problemen en knelpunten die een ongezonde ontwikkeling in stand houden waar mogelijk op.
6. Maak voor elk KOPP/KOV kind een inschatting van het risico op (het ontwikkelen van) KOPP/KOV problematiek, maak hierbij ook een gedegen afweging over de veiligheid van het kind (kindcheck). Maak gebruik van de lijst voor Screening en Interventie Keuze (SIK-lijst). Dit screeningsinstrument brengt zowel de aard van de risicofactoren als de cumulatieve ervan in kaart. Van belang zijn de factoren bij het kind, de ouders, het gezin en in de omgeving. Ga na of er sprake is van een cumulatief effect van meerdere negatieve gevolgen. Gebruik naast de SIK-lijst eventueel gevalideerde instrumenten om (nader) te screenen op emotionele of gedragsproblemen bij het kind of op gezinsproblematiek.
7. Doe het volgende als er een vermoeden is van KOPP/KOV problematiek. Vul tijdens of na een gesprek met de ouder(s) de nog ontbrekende informatie uit de SIK-lijst aan. Maak aan de hand van de SIK-lijst een inschatting van de aard en ernst van de KOPP/KOV-problematiek en de gewenste interventie(s). Ga op basis van de SIK-lijst ook na of nadere specifieke screening gewenst is op emotionele problemen, gedragsproblemen en/of gezinsproblematiek. Zie bijlage 4 met de SIK-lijst voor tips voor gespreksvoering met KOPP/KOV ouders en KOPP/KOV kinderen. Spreek indien mogelijk ook apart met het kind en met de ouder(s).
8. Zet in op het verminderen van risicofactoren en/of stressoren voor het KOPP/KOV kind en het versterken van beschermende factoren.
9. Als er een vermoeden is van suicidaliteit of opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij het kind, maak dit dan bespreekbaar, als de leeftijd van het kind dit toelaat. Vraag naar iemands huidige gemoedstoestand, zelfbeschadigend gedrag en suïcidale gedachten en, afhankelijk van dat antwoord, naar plannen, motieven, achtergronden en stappen die mogelijk al gezet zijn. Probeer vervolgens helder te krijgen wat het kind met zijn suïcidepoging of zelfbeschadigend gedrag wil

bereiken. Bespreek of er mogelijk andere manieren zijn om dat doel te behalen. Schakel eventueel een collega of andere hulpverlener in. Betrek hierbij indien mogelijk ook de naasten.

10. Zorg voor psychodiagnostiek als een kind een vraag over suïcide in een vragenlijst of gesprek positief beantwoordt. Verwijs hiervoor naar een professional met kennis van en ervaring met de leeftijdsgroep van het kind. Die kan het onderzoek afstemmen op de ontwikkelingsfase waarin het kind verkeert. Zorg expliciet voor een warme overdracht bij verwijzing, zodat een jongere met suïcidale ideatie niet op de 'wachtlijst' terecht komt.
11. Heb extra oog voor volwassen KOPP/KOV, vraag specifiek naar de opgroeisituatie van de volwassen patiënt.
12. Raadpleeg andere richtlijnen als er een vermoeden is van ook andere problematiek.

5.4 3.4 Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie

5.4.1 Inleiding

Er zijn interventies ontwikkeld voor het kind en/of de (aanstaande) ouders, het gezin en/of de omgeving. Deze kunnen worden ingezet vanuit de jeugdzorg, de generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde ggz-volwassenenzorg inclusief verslavingszorg. (De interventies specifiek gericht op preventie zijn terug te vinden in '[Vroege onderkenning en preventie](#)')

Deze interventies richten zich op verschillende risico- en beschermende factoren die samenhangen met KOPP/KOV problematiek. Interventies kunnen gecombineerd worden ingezet. Zo kunnen zij gericht zijn op meerdere beschermende en/of risicofactoren en op meerdere doelgroepen (bijvoorbeeld ouder en kind).

Op basis van inschatting van de professional kan aan de hand van de SIK-lijst een keuze uit interventies gemaakt worden. Dit aanbod varieert van psycho-educatie

psycho-educatie: Hieronder verstaan we interventies en materialen die speciaal ontwikkeld zijn voor deze doelgroep. Naast KOPP/KOV-specifieke interventies is er ook een heel aantal algemene interventies die ingezet kunnen worden. Dit zijn interventies die niet speciaal voor de KOPP/KOV-doelgroep, maar voor een bredere doelgroep zijn ontwikkeld zoals sociale vaardigheidstrainingen en opvoedcursussen.

, interventies gericht op ondersteuning tot meer intensieve interventies. Indien de hulpverlener niet zelf de interventies kan inzetten, dient hij of zij te zorgen voor adequate verwijzing. Indien er een casemanager jeugd is aangesteld, kan de hulpverlener van de ouder met de casemanager overleggen welke hulp wordt ingezet

ingezet: Het kan voorkomen dat bepaalde interventies lokaal niet worden aangeboden, bijvoorbeeld doordat het aanbod binnen gemeentes verschilt. Indien aanbevolen interventies niet beschikbaar zijn dient gezocht te worden naar alternatief (ook in het netwerk van zowel de ouder(s) als van het kind) en dient de lacune in het hulpaanbod gemeld te worden bij de zorgmanager van de instelling.

5.4.2 Keuzes maken voor interventies met de SIK-lijst

Naast risico-inschatting biedt de [SIK-lijst](#)

Bron: Beijers et al., 2010

ook bijbehorende handelingsadviezen en interventies. De geadviseerde interventies kunnen gericht zijn op het kind, de (aanstaande) ouder(s), het gezin en/of de omgeving. Als bijvoorbeeld volgens de checklist een kind weinig zicht heeft op de problemen van de ouder, is het advies om het kind te wijzen op een voorlichtingsbrochure of specifieke KOPP/KOV website. Heeft het kind volgens de checklist weinig copingvaardigheden, dan dient de hulpverlener een KOPP/KOV groep of SOVA training (sociale vaardigheden) aan te bevelen. Wijst de checklist uit dat het kind gedrags- of emotionele problemen heeft, dan is het advies om gevalideerde screeningsinstrumenten af te nemen, zoals de SDQ of de CBCL. En blijkt uit de checklist verwaarlozing, lichamelijke, psychische of seksuele mishandeling, dan verwijst de SIK-lijst naar de [Richtlijn Kindermishandeling](#).

Bij (uitvoering van) de handelingsadviezen is het van belang de culturele achtergrond van het gezin mee te wegen, evenals de draagkracht en het verstandelijk vermogen van ouder(s) en kind(eren). De interventie moet uitgevoerd worden door een bevoegd en bekwaam professional.

		INTERVENTIEKEUZE ¹
DEEL 1: SCREENING KOPP-ouders <i>Indien bij beide ouders sprake is van KOPP/KOV problematiek dient deel 1 voor beide ouders te worden nagelopen.</i> Scoring onderdelen 1 t/m 9: - : afwezigheid + : aanwezigheid ? : onduidelijkheid over aan- of afwezigheid		
1. Erkenning van problemen (scoren met -, + of ?) a. Is er bij de 'zieke' ouder erkenning van de eigen problematiek? b. Is er (h)erkenning van de problematiek door de andere ouder?		Indien negatieve scores: - ziekte-inzicht als aandachtspunt opnemen in de gesprekken met ouder en/of partner; - indien sprake is van ernstige psychische problemen, de ouder tevens stimuleren om gespecialiseerde hulp voor zichzelf te zoeken. Indien positieve scores: - nagaan of de ouder professionele hulp voor zichzelf heeft. Zo niet, dan de ouder naar hulp toe leiden.

2. Invloed van problemen van ouders op kinderen (scoren met -, + of ?) a. Weet de 'zieke' ouder dat zijn/haar problemen van invloed kunnen zijn op het kind? b. Weet de partner van deze invloed? c. Kennen de ouders (of kent de ouder) de mogelijkheden om het kind te ondersteunen? d. Gebruiken de ouders (of gebruikt de ouder) hulpverlenings- en ondersteuningsmogelijkheden? e. Praten de ouders (of praat de ouder) met het kind over de problemen?		Indien veel negatieve scores: - de ouder(s) adviseren hoe ze met het kind over KOPP/KOV kunnen praten (hierbij kunnen ouders de Kipizivero-brochures of informatiekaarten voor kinderen gebruiken); - indien nodig een gesprek tussen ouder(s) en kind begeleiden; - aan de ouder(s) uitreiken: • Kipizivero-brochure 'Een knipoog, een knuffel'; • Kipizivero-brochure 'Het beste voor mij en mijn baby' (indien ouder een baby heeft); - Ouder(s) verwijzen naar www.KopOpOuders.nl
---	--	--

3. Gezinsinteracties (scoren met -, + of ?) a. Hoe is de communicatie binnen het gezin? b. Hoe is de relatie tussen de ouders? c. Is de gezinsituatie stabiel? d. Hebben derden toegang tot het gezin? Zo ja, wie zijn deze derden?		Indien negatieve scores: bij a en b: - informatie geven over negatieve effecten van moeizame gezinsinteracties op het kind, of verwijzen naar de 'Psychoeducatieve gezinsinterventie KOPP' (Beardslee) of 'Gezin aan bod' (KOV); bij c: - met de ouder(s) zorgen voor opvangmogelijkheden voor het kind in (toekomstige) crisissituaties; - (gespecialiseerde) gezinszorg inschakelen; - Beardslee gezinstherapie toepassen bij d: - de ouder(s) stimuleren met derden over de problematiek te praten; - de ouder(s) stimuleren een sociaal netwerk te onderhouden en/of uit te bouwen voor zichzelf én voor het kind (indien nodig via welzijnswerk / jongerenwerk / buurtwerk).
---	--	---

5. Ouderrol 'andere ouder' (scoren met -, + of ?) <i>Beoordeel de ondersteunende rol:</i> a. beschikbaar zijn; b. welbevinden vergroten; c. structuur bieden; d. een goed identificatieobject vormen; e. continuïteit in zorg bieden; f. (compenserende) activiteiten bieden.		Indien veel negatieve scores bij vraag 4 en 5: - aanbieden van of verwijzen naar opvoedingsondersteuning; - nagaan of de opvoedingstaken van de ouder(s) worden overgenomen door anderen; - bespreken hoe sociaal netwerk / omgevingssteun kan worden ingeschakeld; - op basis van signalen verwijzen naar ondersteunende instanties zoals: • gespecialiseerde thuisbegeleiding, • algemeen maatschappelijk werk, enz.; • geestelijke gezondheidszorg.
--	--	--

8. Ondersteuning van het kind door (scoren met -, + of ?): 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;		Indien veel negatieve scores: - de ouder(s) stimuleren om het kind toestemming te geven met derden over de problemen te praten; - het kind, via de ouders, stimuleren om sociale contacten te onderhouden met vrienden, familie, etc.; - aan het kind uitreiken: • 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 of https://helpmijindierbareisverslaafd.nl; - in overleg met ouder(s) steunfiguren inschakelen; - ouder(s)/kind stimuleren tot deelname aan een hobby- of sportclub of andere vrijetijdsbesteding;
---	--	--

5.4.3 KOPP/KOV-specifieke psycho-educatie en ondersteuning

Om (aanstaande) ouders en kinderen te informeren over KOPP/KOV problematiek of het risico hierop, is psycho-educatie een eerste stap in de aanpak. Er zijn

verschillende materialen en (interactieve) websites met informatie en adviezen voor kinderen, ouders en hulpverleners. Hieronder volgt een overzicht materialen en websites. Deze materialen en website zijn vanuit de beroepspraktijk geselecteerd op basis van geschiktheid.

In [Tabel 6](#): beschrijving Psycho-educatie & ondersteuning worden deze verder toegelicht.

5.4.4 Overige KOPP/KOV-specifieke interventies

Hieronder een overzicht van KOPP/KOV-specifieke interventies

specifieke interventies: Deze interventies zijn naar voren gekomen uit een search in de Databank Effectieve interventies Jeugdzorg (DEJ ; <http://www.nji.nl/nl/Databanken/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies>). Deze zijn aangevuld met interventies die zijn aangedragen vanuit de beroepspraktijk.

. Het gaat om face-to-face interventies en online interventies. De interventies die in deze paragraaf beschreven worden zijn KOPP/KOV-specifiek. 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 Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ/NJi).
- Voor interventies die niet opgenomen zijn in de DEJ is gekeken wat er bekend is aan onderzoek uitgevoerd in de Nederlandse context.
- Interventies die niet-KOPP/KOV-specifiek zijn, zijn niet in deze checklist opgenomen.

Interventies beoordeeld door het DEJ / NJi

1. Ouder-baby interventie DEJ: Effectief volgens eerste aanwijzingen

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

2. Beter contact met je baby NJi: Deze interventie wordt beoordeeld

[Beter contact met je Baby](#) is een groepscursus voor ouders met een baby tot 1 jaar. Doel van de cursus is het verminderen van het risico op onveilige hechting en het bevorderen van een veilige hechtheidsrelatie tussen ouder(s) die lichte tot matige psychische problemen of stress ervaren en hun baby. De interventie combineert babymassage met opvoedondersteuning en sociale steun voor ouders onderling.

3. VoorZorg DEJ: Effectief volgens goede aanwijzingen

[VoorZorg](#) richt zich op het terugdringen van (het risico op) kindermishandeling. Verpleegkundigen bezoeken kwetsbare jonge aanstaande moeders tijdens hun zwangerschap en eerste levensjaren bij hen thuis. VoorZorg verbetert zwangerschaps- en geboorte-uitkomsten, de gezondheid en ontwikkeling van het kind en de persoonlijke ontwikkeling van de moeder.

4. (Online) KopOpOuders DEJ: Goed onderbouwd

[KopOpOuders](#) is een (online) cursus voor ouders en partners van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen met minimaal één kind in de leeftijd van 1-18 jaar. De cursus is gericht op het bevorderen van het psychosociaal welbevinden van de kinderen door vergroting van de opvoedcompetentie van de ouders. De cursus bestaat uit acht wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur (in een gesloten chatbox). Zes weken na de afronding volgt een terugkombijeenkomst.

5. (Online) groepscursus Kopstoring DEJ: interventie wordt beoordeeld

[Kopstoring](#) is een preventieve (online) cursus voor jongeren van 16-25 jaar van wie een of beide ouders psychiatrische en/of verslavingsproblemen hebben. De cursus wil voorkomen dat de jongeren psychische problemen ontwikkelen als gevolg van de situatie waarin zij opgroeien. De cursus bestaat uit acht wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur (in een gesloten chatbox). Voor de doelgroep vanaf 25 jaar is deze cursus in ontwikkeling.

6. Mindful Parenting DEJ: interventie wordt beoordeeld

[Mindful ouderschap](#) heeft als doel het verminderen van stress bij ouders in de opvoeding van hun kind(eren). De interventie duurt acht weken en bestaat uit meditatie- en bewegingsoefeningen die zijn gericht op het ontwikkelen van zelfcompassie, op het herkennen en begrijpen van automatische ouderlijke reactiepatronen, op het bewust worden van eigen grenzen en het leren stellen van grenzen aan het kind.

7. KOPP-preventieprojecten: Doe-praatgroep & pubergroep DEJ: Niet erkend

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 psychiatrische of verslavingsprobleem heeft. Doel van de gesprekken is een bijdrage te leveren aan het voorkomen van psychische problemen bij kinderen die kunnen ontstaan als gevolg van de situatie waarin zij opgroeien.

8. Gezin Centraal (GC) - DEJ: goed onderbouwd

[Gezin Centraal](#) is bedoeld voor jeugdigen van 0-18 jaar en hun gezin waarbij sprake is van ernstige tot zeer ernstige opvoed- en opgroei problemen. Het doel van de interventie is herstel van de balans tussen draagkracht en draaglast van gezinnen door concrete, aantoonbare en duurzame gedragsverbetering. Gezin Centraal is een gezinsgerichte vorm van ambulante gezinshulpverlening. De hulp wordt zoveel mogelijk in de dagelijkse leefomgeving van het gezin vormgegeven.

9. Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD) – NJi: Effectief volgens sterke aanwijzingen

[VIPP-SD](#) is een gedragsinterventie voor ouders met kinderen in de leeftijd van 0 tot en met 6 jaar. Het programma wil gedragsproblemen voorkomen of verminderen door opvoedvaardigheden van ouders te versterken, met aandacht voor positieve interactie en sensitieve disciplineringsstrategieën. Dit gebeurt in zes huisbezoeken door middel van feedback op video-opnamen van interacties tussen ouder en kind.

10. NIKA – NJi: Goed onderbouwd

[NIKA](#) richt zich op kinderen (en hun ouders) van 9 maanden tot 6 jaar die een verhoogd risico lopen op gedesorganiseerde hechting of signalen laten zien van verstoord hechtingsgedrag. Doel is het voorkomen of verminderen van gedesorganiseerde hechting. Tijdens gemiddeld vijf sessies wordt, met behulp van video-feedback, psycho-educatie en huiswerkopdrachten, verstorend en beangstigend opvoedgedrag van de ouders afgeleerd en sensitief opvoedgedrag aangeleerd. In de aanpak worden technieken uit Basic Trust en uit de Modified Interaction Guidance (MIG) ingezet.

Interventies aangedragen uit de praktijk:

11. Kopstoring ondersteuning per email

[Kopstoring ondersteuning per email](#) - beoordeeld en gefinancierd vanuit Zorginstituut Nederland. Mailcontact met deskundige voor jongeren van 16-25 jaar.

12. KopOpouders ondersteuning per email

[KopOpouders ondersteuning per email](#) – beoordeeld en gefinancierd vanuit Zorginstituut Nederland. Mailcontact met deskundige voor ouders.

13. Piep zei de muis – evaluatieonderzoek

De interventie '[Piep zei de muis](#)' is gericht op het voorkomen dat kinderen in de leeftijd van 4-8 jaar zelf ernstige psychische problemen ontwikkelen.

14. Bureau basiszorg

Preventief casemanagement. [Bureau basiszorg](#) kan worden ingezet om de hulpverlening te coördineren en een integraal gezinsplan met het gezin te maken. Vooral voor multiprobleemgezinnen met veel hulpverleners is dit nodig. Vanuit dit bureau wordt expertise geleverd aan de ggz om handelingsverlegenheid te verminderen en wordt het sociaal domein betrokken bij de hulpverlening aan het gezin, zodat het kind voldoende basiszorg krijgt. Dit is een evidenced based methode.

15. Meeleefgezin

[MeeleefGezin](#) richt zich bij de start op kinderen van 9 maanden tot en met 4 jaar van ouders met psychische problemen. MeeleefGezin biedt deze gezinnen een vrijwillig 'meeleefgezin' aan, dat het kind regelmatig opvangt. Hierdoor groeit het kind op met extra aandacht en stabiliteit. MeeleefGezin legt een basis voor duurzame en gelijkwaardige relaties tussen de gezinnen. De opvang geeft ouders hersteltijd waardoor ze positiever in de opvoeding kunnen staan. Dit stimuleert de gezonde ontwikkeling van het kind.

16. Zelfhulpgroepen zoals: [Al-Anon ACA](#), [Alateen](#), [Cokevanjou](#), [AGOG](#), [LSOVD](#), [InTact](#)

17. Systeemtherapie & beeldende therapie

Binnen de verslavingszorg wordt gewerkt met [systeemtherapie](#), vanuit het idee dat verslaving een transgeneratieel probleem is en een grote impact heeft op zowel de verslaafde als op zijn/haar omgeving. Omdat verslaafden vaak moeilijk verbaliseren, speelt beeldende therapie een belangrijke rol in de behandeling. De auteurs hebben in hun klinische werk beeldende therapie en systeemtherapie gecombineerd en de meerwaarde ervan gezien, zowel voor cliënten en hun kinderen als voor henzelf.

18. Lotgenotencontact bij cliënt- en naastenorganisaties, zoals Labyrint-In Perspectief, MIND Ypsilon, LSOVD, stichting Borderline, Plusminus, Depressievereniging, Angst Dwang en Fobiestichting, et cetera, te vinden via [Wijzijnmind.nl](#). Het contact kan face-to-face, online, via fora of in bijeenkomsten.

19. Belangenorganisaties voor mantelzorgers: [Mantelzorg.nl](#)

Onder '[Beschrijving interventies](#)' worden enkele van deze interventies beschreven.

5.4.5 Overige KOPP/KOV - specifieke interventies

De in de tabel genoemde interventies zijn opgenomen in de DEJ. De werkgroep merkt op dat deze vaak minder toegankelijk zijn voor laaggeletterden of mensen uit etnische minderheidsgroepen.

Specifiek voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) wordt verwezen naar het competentieprogramma '[Jij bent okay](#)'. Het programma voor jongeren met een LVB en gedragsproblemen en hun ouders met psychische en/of verslavingsproblemen (KOPP/KOV). Het programma bestaat uit een groepsinterventie voor jongeren en een begeleide online zelfhulpcursus voor ouders.

Uit onderzoek

Bron: Van Rooijen-Mutsaers K., Ince D. (2013) Wat werkt bij migranten jeugd en hun ouders?, Nederlands Jeugdinstituut Utrecht.
<https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Wat-werkt/Wat-werkt-onderwerpen/Wat-werkt-bij-migrantenjeugd>

blijkt dat generieke interventies positieve effecten hebben op jongeren en ouders uit etnische minderheidsgroepen. Aanpassing van interventies aan de belevingswereld van verschillende groepen zorgt voor een grotere acceptatie van de interventie, een groter bereik en minder uitval van migrantengroepen. Mogelijk versterkt de aanpassing ook de effecten van interventies. Zie ook de [Generieke module diversiteit](#).

5.4.6 Volwassen KOPP/KOV

Voor volwassen KOPP/KOV zijn nog geen specifieke behandelingen ontwikkeld of beschreven. Het is van belang dat deze mensen weten wat zij kunnen doen. De volgende stappen zijn relevant.

1. Uitvragen wat de persoon al weet over KOPP/KOV.
2. Informatie geven over wat het betekent (folder, boekje, website, et cetera).
3. Attenderen op (preventieve) interventies. Bijvoorbeeld door ondersteuning bij psycholoog of andere ggz-professional, maar ook door middel van gespreksgroepen bij instellingen of stichtingen/verenigingen, fora, e-mail services, e-learning.

4. Attenderen op interventies voor de omgeving, de partner, de naaste(n), het gezin, de kinderen, et cetera. Zij kunnen ook ondersteund worden.
5. Attenderen op zelfhulporganisaties, zoals Labyrint-In Perspectief: daar is een telefonische hulplijn, een forum waar zij zich kunnen aansluiten (indien gewenst anoniem) en er zijn gespreksgroepen voor specifiek volwassen KOPP/KOV.
6. Wanneer de klachten te maken hebben met een vroegkinderlijk trauma kan traumabehandeling helpen (bijvoorbeeld EMDR).

5.4.7 Algemene interventies

In onderstaande tabel geven we een overzicht

overzicht: Dit overzicht is tot stand gekomen op basis van interventies die door de beroepspraktijk zijn aangedragen. De volgende werkwijze is aangehouden:

- voor elke interventie is gekeken of en zo ja hoe deze beoordeeld is door de DEJ
 - voor interventies die niet opgenomen zijn in de DEJ is gekeken wat er bekend is aan onderzoek uitgevoerd in de Nederlandse context
- Uitgebreidere informatie over deze interventies zijn te vinden op de website van het Nederlands Jeugdinstituut (www.nji.nl).

van algemene interventies die kunnen worden ingezet wanneer er sprake is van KOPP/KOV problematiek. De interventies zijn ingedeeld naar interventies die zich vooral richten op het versterken van opvoedvaardigheden en de ouder-kindinteractie, het zelfvertrouwen, copingvaardigheden en sociale redzaamheid van het kind en het versterken van het netwerk van het gezin.

5.4.8 Aanbevelingen

- In de keuze voor behandeling en begeleiding van KOPP/KOV 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 (ingevulde) SIK-lijst, waarbij de hulpverlener tegelijkertijd concrete handelingsalternatieven krijgt aangereikt.
- Blijf alert op signalen van KOPP/KOV, dit stopt niet na de intake.
- Bij KOPP/KOV problematiek is een integrale aanpak gewenst, vanwege de grote diversiteit aan factoren en actoren die een rol spelen.
- Verwijzen naar de preventieve interventies is altijd raadzaam.
- Blijkt uit de scores op de SIK-lijst dat het kind risico loopt op KOPP/KOV problematiek, volg dan de aanbevolen interventies uit de SIK-lijst op. Deze interventies zijn erop gericht (beïnvloedbare) risicofactoren binnen het KOPP/KOV gezin te verminderen en beschermende factoren te versterken. De interventies helpen de volgende handelingsadviezen vorm te geven.
 - Spreek met de ouder(s) over de invloed van psychische en/of verslavingsproblemen van ouders op kinderen op korte en lange termijn.
 - Informeer bij de ouder(s) hoe zij het tot op heden hebben volgehouden, wat sterke kanten zijn, bij hen zelf en om hen heen, en complimenteer hen hiermee.
 - Reduceer stress, angst en depressieve gevoelens tijdens de zwangerschap, bijvoorbeeld door het onmiddellijk aanbieden van een interventie zodra dit opgemerkt wordt.
 - Vergroot het zelfvertrouwen, de copingvaardigheden en de sociale redzaamheid van het kind.
 - Ondersteun de gezonde ouder (als die er is) in diens ouderrol, of ga na wat er nodig is om een 'hulpouder' in de nabije leefomgeving te vinden.
 - Versterk de gezonde kanten van de (aanstaande) ouder(s) met psychische en/of verslavingsproblemen.
 - Versterk de opvoedvaardigheden van de (aanstaande) ouder(s).
 - Help het gezin en het kind een steunend netwerk of een vertrouwenspersoon te vinden; dit kan een vertrouwenspersoon in de omgeving van het gezin zijn, maar ook een patiënten- en familievertrouwenspersoon vanuit de ggz-instelling die de patiënt of de familie ondersteunt.
- Houd bij alle handelingsadviezen rekening met de culturele achtergrond van het gezin, met de draagkracht en de verstandelijke vermogens van ouders en kind en met mogelijke gevoelens van schaamte (zie ook de generieke modules Diversiteit, LVB en Stigmatisering).
- Bij alle handelingsadviezen dient de uitvoerende professional bevoegd en bekwaam te zijn om de handelingen uit te voeren.
- Het is aanbevolen in de aanpak van KOPP/KOV problematiek psycho-educatie in te zetten. De volgende materialen en (interactieve) website zijn daarvoor beschikbaar.
 - <https://helpmijindierbareisverslaafd.nl/>
 - www.kopstoring.nl
 - www.kopopouders.nl
 - Kipizivero: voorlichtingsserie over en voor KOPP/KOV (8- delig, via www.trimbos.nl).
- Voor volwassen KOPP/KOV is er lotgenotencontact mogelijk via zelfhulporganisaties, zoals Stichting Labyrint-In Perspectief, Ypsilon, Stichting Borderline, LOSVD. Dit kan zowel face-to-face (bijvoorbeeld gespreksgroepen) als online (bijvoorbeeld forum). Bijvoorbeeld bij Labyrint-in-perspectief.
- Overweeg bij de interventiekeuze niet alleen KOPP/KOV-specifieke maar ook algemene interventies, zoals ondersteuning in opvoedvaardigheden voor ouders of een sociale vaardigheidstraining voor kinderen.
- Indien de aanbevolen interventies lokaal niet voorhanden zijn, zoek dan naar alternatief aanbod dat aangrijpt op de beschermende en risicofactoren voor het kind (ook in het netwerk van zowel de ouder(s) als het kind) en meld de lacune in aanbevolen interventies bij de zorgmanager van de ggz-instelling en bij de functionaris Jeugd van de betreffende gemeente.

5.5 3.5 Monitoring

Bij volwassenen ggz zal gekeken moeten worden naar de gezinssituatie en de aanwezige kinderen. Dit gebeurt al tijdens de intake, maar daar stopt het niet. Wanneer de patiënt kinderen heeft, wordt dit doorgegeven aan de aandachtsfunctionaris KOPP/KOV van dat team. Deze plant een gesprek in met de patiënt om deze te voorzien van informatie over 'in zorg zijn' in combinatie met het hebben van kinderen. Er wordt altijd een check gedaan op de directe veiligheid van de kinderen.

Naar de kinderen zelf en naar de eventueel aanwezige andere ouder wordt informatie over KOPP/KOV en een overzicht van ondersteuningsmogelijkheden gestuurd. Een aantal weken na het versturen van de informatie wordt er contact opgenomen met de kinderen van de patiënt-ouder en/of de andere ouder. In dit contact wordt nagevraagd of ze de informatie hebben ontvangen, of zij nog vragen hebben en of zij gebruik willen maken van ondersteuning. De wensen van de kinderen en de andere ouder worden dan gerealiseerd.

Een afdeling kan er ook voor kiezen om iedere persoonlijk begeleider zelf dit traject per patiënt te laten doorlopen. De aandachtsfunctionaris houdt dan de persoonlijk begeleiders op de hoogte van alle nieuwe ontwikkelingen en houdt ook in de gaten of de methodiek bij iedereen wordt uitgevoerd. De rol van de aandachtsfunctionaris is het op de voorgrond blijven houden van KOPP/KOV in de behandeling van de ouder.

Een voordeel van het inschakelen van de aandachtsfunctionaris is dat deze een onpartijdige rol heeft en niet de behandelaar is van de patiënt-ouder. Zeker bij het betrekken van een ex-partner kan dit voordelen hebben.

5.6 3.6 Herstel, participatie, re-integratie

5.6.1 Inleiding

Herstel wordt gezien als een individueel proces gericht op het hervinden van de persoonlijke identiteit en het hernemen van de regie over het leven. Herstel reikt over de grenzen van een stoornis heen naar een volwaardig en zinvol leven

Bron: Het werkdocument Focus op Gezondheid - Zorg voor Herstel is oorspronkelijk geschreven door Paul Ulrich en Anne Marie Kamevaar in 2015 en uitgegeven onder Creative Commons 4.0 BY SA. De ALV van MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid heeft in 2018 het werkdocument als visiedocument overgenomen.

. Het kind, de ouder, het gezin zal op zoek moeten naar de balans tussen risicofactoren (kwetsbaarheden) en beschermende factoren (weerbaarheden). Het gaat om het ontdekken van de eigen veerkracht, maar ook van de veerkracht binnen het gezin. In de Generieke module [Herstelondersteuning](#) wordt hier uitgebreid bij stilgestaan.

5.6.2 Levensfasebenadering

KOPP/KOV problematiek

problematiek: KOPP/KOV hebben altijd last van de ervaringen die zij hebben opgedaan door het hebben van een ouder met psychische/psychiatrische problematiek. Dit houdt niet in dat iedereen ook problemen ontwikkelt, maar het is wel van belang om bij ieder KOPP/KOV kind er aandacht aan te besteden.

en effecten ervan zijn langdurig en zullen in verschillende levensfasen opnieuw aandacht behoeven, waarbij het in de ene periode meer op de voorgrond staat dan in een andere periode. Levensfasen waarin het vaak tot ingewikkeldheden kan komen, zijn bijvoorbeeld op zichzelf gaan wonen, een intieme relatie aangaan en proberen te houden, wel of niet kinderen krijgen, het uit huis gaan van kinderen en een veranderende zorgvraag van een ouder wordende ouder. Als er in de jeugd niet voldoende aandacht is geweest voor het kind als kind, kunnen deze situaties tot problemen leiden. Op dit moment is er weinig tot geen (preventieve) zorg mogelijk voor deze volwassen KOPP/KOV, terwijl ondersteuning daar vaak wel nodig is.

Ondersteuning is dus nodig in de verschillende levensfasen. Dit betekent dat ondersteuning bij herstel lang kan duren of meer periodiek is, omdat de KOPP/KOV problematiek van tijd tot tijd opnieuw de kop op kan steken. De gezonde invloeden vanuit de dagelijkse omgeving moeten worden versterkt zodat men daar bij de overgang naar de volgende levensfase profijt van heeft. Denk hierbij aan het sociale netwerk rondom en de eigen kracht van de patiënt.

Kijkend naar de levensfasebenadering vanuit de herstelgedachte, onderscheiden we de volgende praktische handvatten.

Kinderen en adolescenten. Zorg dat er naast de ondersteuning van de ouder(s) in hun ouderrol, ook ondersteuning is voor het kind als kind. Dit is belangrijk voor het herstel van de balans, maar zeker ook om het ontstaan van (latere) KOPP/KOV problematiek te voorkomen. Hoe meer ziekte-inzicht of erkenning vanuit de ouders (zowel de patiënt-ouder als de gezonde ouder) aanwezig is, hoe beter het gezin met interventies de KOPP/KOV kan beschermen.

Adolescenten en jong volwassenen die uit huis gaan en op zichzelf gaan wonen. Hierbij gaat het behalve om emotionele ondersteuning ook om praktische informatie/ondersteuning

praktische informatie/ondersteuning : Denk hierbij aan heel praktische zaken: Elke dag gezond eten, Je eigen doelen stellen, hoe je voldoende gemotiveerd bent/blijft om deze doelen te halen, hoe je belastingaangifte doet, dat je recht hebt op huurtoeslag, hoe een wasmachine werkt etc. Dit hebben zij vaak niet uitgelegd gekregen.

over hoe de maatschappij werkt en hoe je voor jezelf zorgt (in plaats van voor een ander).

Volwassen KOPP/KOV en relaties en werk. Onderdeel van de KOPP/KOV problematiek kan zijn dat men relaties ingewikkeld vindt. Dit geldt voor vriendschappen, maar vooral als het om intieme relaties (partner) gaat. Vaak staan antennes zo uit dat men overgevoelig is voor gevoelens van anderen en deze niet goed kunnen filteren of bij een ander laten. Soms is er angst voor harde geluiden of agressie en soms voor aanraking of fysieke nabijheid.

Ook bij ingewikkelde zaken op het werk kan men vastlopen. Men meent vaak dat men alles zelf moet oplossen. Vaak is het moeilijk om de eigen grenzen te bewaken en wordt het eigen gevoel niet altijd juist geduid. Dit kan belemmerend werken.

Volwassen KOPP/KOV en eigen kinderen. Vaak twijfelt men over het krijgen van eigen kinderen: moet het nu bij mij stoppen of durf ik het aan en hoe ga ik dat dan doen? KOPP/KOV hebben vaak geen goede ouderrol gezien en moeten het wiel zelf uitvinden. Hulpverleners kunnen helpen bij de keuze om wel of niet kinderen te krijgen. Als de keuze is om kinderen te krijgen, dan kan dit voor de KOPP/KOV een confronterende periode zijn. Doordat zij zelf ervaren hoe het is om ouder te zijn, gaan ze terugkijken naar hun eigen jeugd en zich afvragen waarom de dingen zijn gegaan zoals ze gegaan zijn. Waarom hun ouders bepaalde keuzes hebben gemaakt. Hulpverleners kunnen hen in deze periode ondersteunen.

Volwassen KOPP/KOV later alleen. Bij KOPP/KOV kunnen bepaalde rolveranderingen ervoor zorgen dat de problematiek heftiger wordt. Bijvoorbeeld als de kinderen uit huis gaan, als ouders scheiden of als zij met pensioen gaan. Ze worden dan teruggeworpen op zichzelf en raken hun stabiliteit kwijt. Mensen met wie ze lange tijd opgetrokken hebben vallen weg en het vanzelfsprekende contact daarmee ook. Daardoor kunnen zij in een sociaal isolement terecht komen. Hulpverleners kunnen helpen met het erkennen van de oude situatie (terug naar de jeugd). Ook kunnen ze steunend zijn bij het duiden van gevoelens en het opnieuw aangaan van sociale contacten.

Volwassen KOPP/KOV van wie de ouder bejaard raakt en ook somatische problematiek krijgt. Dit kan tot een inwendig conflict leiden bij het KOPP/KOV kind. In deze fase komt er namelijk, naast de psychische ondersteuning die de ouder vaak al krijgt, ook somatische ondersteuning bij. Dit kan een extra belasting zijn.

Bovendien kan het confronterend zijn om (nog meer) ondersteuning te moeten geven aan een ouder die er moeilijk voor de KOPP/KOV kon zijn. Hulpverleners kunnen helpen in dit proces door gevoelens te erkennen en het gesprek aan te gaan over wat het betekent voor de KOPP/KOV om de extra hulp te bieden en hoe hij of zij die kan doseren.

5.6.3 Herstelondersteuning

Een professional kan goed helpen bij het leren toelaten van de eigen gevoelens: wat betekenen ze, hoe ga je ermee om, horen ze bij jou of bij een ander, hoe kan je ze bij de juiste persoon laten? Dit is belangrijk voor een KOPP/KOV kind. Vragen als 'wat is je behoefte', of 'wat voel je', zijn bijvoorbeeld voor hen moeilijk te duiden. Leg uit wat het betekent om KOPP/KOV te zijn. Vaak is er weinig ruimte voor de eigen gevoelens binnen het gezin, maakt het kind ruimte voor anderen en krijgt het geen waardering voor de rol die hij/zij opnam in het gezin. Soms is traumabehandeling nodig.

5.6.4 Aandacht voor schaamte

Schaamte is een belangrijk thema bij KOPP/KOV. Onderzoek laat zien dat interventies die gericht zijn op hanteren van schaamte de effectiviteit van behandeling vergroten

Bron: Luoma, J.B., Kohlenberg, B.S., Hayes, S.C., Fletcher, L. (2012). J. Consult. Clin. Psychol. 80, 43–53.

. Schaamte kan het zoeken en benutten van hulp blokkeren. Daarnaast belemmeren gevoelens van schaamte zelfmonitoring en zelfmanagement. Praktijkervaring leert echter dat schaamte maar weinig expliciete aandacht krijgt in de zorg. Als zorgverleners meer aandacht voor schaamte hebben, kan dit een positieve invloed hebben op het herstel. Ook zelfhulpgroepen kunnen een belangrijke rol spelen. De groepsleden bevinden zich in dezelfde situatie en alles wat gezegd wordt, blijft binnen de groep. In de [Generieke module Destigmatisering](#) wordt uitgebreid aandacht besteed aan schaamte en zelfstigma.

5.6.5 Aandacht voor de omgeving

Een mens is een sociaal wezen en fungeert in een relationeel netwerk en een maatschappelijk systeem. Gezin, school, werk, sportvereniging, et cetera spelen een rol. Zet in op versterking van het netwerk van kind en ouder om de beschermende functie van de sociale omgeving te versterken. Geef kind en ouder handvatten om zaken bespreekbaar te maken in de omgeving. Als de omgeving op de hoogte is, kunnen zij ondersteunen, signaleren en meer begrip opbrengen.

6. 4. Organisatie van zorg

Autorisatiedatum 28-11-2019 Beoordelingsdatum 28-11-2019

6.1 4.1 Inleiding

Een optimale organisatie van zorg sluit aan bij de patiënt (kind of volwassene) en zijn naasten met diens optimale ontwikkeling als doel. Uitgangspunt is passende zorg. Zorgaanbieders stellen zich daarbij continu de vraag wat gezin, ouder en kind nodig hebben, niet alleen op het moment dat de zorgvraag zich voor het eerst voordoet, maar gedurende het proces van herstel.

Er zijn diverse routes om KOPP/KOV naar passende zorg (waaronder preventieve zorg) te leiden. Afhankelijk van de aard en ernst van de problematiek, afhankelijk van wie de signalen oppakt, afhankelijk van of het een ouder, een kind en/of het gezin betreft, afhankelijk van de levensfase, et cetera, zal de zorg worden georganiseerd. Van belang is dat de wijze waarop dat gebeurt aansluit bij de behoefte en mogelijkheden van de patiënt en diens omgeving. Om integraal zorg te kunnen verlenen, zullen professionals moeten samenwerken. Deze samenwerking stopt niet per domein

domein: Het sociale domein, de ggz-volwassenenzorg, de jeugdhulp, etc. zullen met elkaar moeten samenwerken om de zorg zo optimaal mogelijk te krijgen.

. Juist door domeinoverstijgend te werken kan veel winst worden behaald.

De [Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz \(LGA\)](#), de [landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz](#), de [organisatie van zorg voor kind en jongere](#) en de Generieke module [psychische klachten in de kindertijd](#) zijn ook relevant voor de organisatie van zorg.

6.2 4.2 Betrokken zorgverleners

6.2.1 Inleiding

Naast de gehele ggz-sector is er het 'voorveld', waarvan sociale wijkteams, Oggz-teams, huisartsen(praktijken), verloskundigen en scholen deel uitmaken. De professionals in dit veld spelen een belangrijke rol in de preventie en het vroegtijdig signaleren van problemen van kind en ouder. Zij kunnen beoordelen welke (laagdrempelige) interventies

(laagdrempelige) interventies : Er wordt gepleit voor brede aanpak - niet alleen zorg, maar ook welzijn, scholing, sport, etc. - en voor lotgenotencontact, zowel voor kinderen als voor ouders en ook voor gezinnen). Er zijn vele maatschappelijke initiatieven te noemen die veel toegankelijker en minder stigmatiserend en kostbaar zijn dan de ggz en doorgaans zeer goed aansluiten op de leefsituatie van het gezin of het kind en met elkaar een veel groter bereik hebben.

of preventiemethodieken geschikt zijn en deze ook inzetten. Aan preventie wordt niet altijd gedacht, maar interventies die hierop gericht zijn kunnen veel leed voorkomen. Daarnaast kan het voorveld kijken of er een behandelindicatie is (eerstelijns of meer specialistische zorg) en tijdig doorverwijzen. Informele netwerken hebben eveneens een rol in het hele zorgproces: van preventie en toeleiding naar zorg tot nazorg.

6.2.2 Vast aanspreekpunt

Na verwijzing van de ouder moet er, als dat nodig is, follow-up plaatsvinden van het gezin (cyclus). Hiervoor zijn concrete afspraken rondom de KOPP/KOV problematiek nodig. Deze kunnen vastgelegd worden in het individueel zorgplan. De regiebehandelaar (volwassenen ggz) of een coördinerend behandelaar (jeugd ggz) is daar verantwoordelijk voor.

6.2.3 Rol van ouder en kind

Zowel voor ouder als voor kind geldt: praat over de problemen. Je hoeft niet alles alleen op te lossen. Vrienden, familie, collega's, voetbaltrainers, ouders van medeleerlingen, et cetera kunnen een luisterend oor bieden en wellicht ook helpen met praktische zaken.

6.2.4 Rol van de huisarts en poh-ggz

De huisarts heeft een poortwachtersfunctie. Hij of zij kan bij vermoeden van een ernstiger ziektebeeld, of bij een naar verwachting langdurig beloop, met instemming van de ouder een diagnosereguleer 'KOPP/KOV' aanmaken in het dossier van het kind. De huisarts kan aan de ouder uitleggen wat het belang is van het betrekken van het systeem.

Wanneer de poh-ggz hiertoe bekwaam en gekwalificeerd is, kan er met het gezin gesproken worden met als doel erkenning te geven aan de positie van het kind alsmede te inventariseren welke behoefte er leeft op het gebied van voorlichting, ondersteuning of welke zorgen er zijn, zodat er adequaat kan worden doorverwezen. Tevens kan de poh-ggz nagaan of er een crisisplan gemaakt moet worden. Dat is zeker het geval wanneer de ouder periodes doormaakt waarin hij of zij onvoldoende ondersteuning aan het kind kan geven. Houd hierbij rekening met loyaliteitsgevoelens van het kind die het formuleren van een hulpvraag in de weg kunnen staan. De huisarts en de poh-ggz borgen de veiligheid van het kind (afwegingskader van de kindcheck) en hebben de mogelijkheid 'Veilig thuis' te consulteren.

6.2.5 Wijkteam (waaronder Oggz-teams)

In het wijkteam werken professionals op het gebied van jeugdzorg, opvoeding van kinderen, gezondheidszorg, welzijn, psychische en verslavingsproblemen,

ouderenzorg, et cetera samen. Het wijkteam indiceert en draagt bij aan een integrale benadering: 1 gezin, 1 plan, 1 regisseur. Het wijkteam signaleert en begeleidt en zal zo nodig gericht verwijzen naar gespecialiseerde hulp.

6.2.6 Jeugdgezondheidszorg

Jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en assistentes zien bijna alle kinderen en jongeren tot 18 jaar. Zij signaleren, monitoren en begeleiden en zullen wanneer nodig gericht verwijzen naar gespecialiseerde hulp.

6.2.7 Verloskundige zorg

Hieronder vallen zorg, advies en begeleiding voor de (aanstaande) moeder, haar partner en haar kind; voor en tijdens de zwangerschap én na de bevalling.

6.2.8 Jeugdhulp

Voor vrijwel elke hulpvraag hebben organisaties voor jeugd- en opvoedhulp een passend aanbod. De hulp kan geboden worden op school, op de sportclub of op de kinderopvang. Maar ook thuis, in een pleeggezin, een gezinshuis, een kleinschalige behandelgroep of een gesloten instelling. In deeltijd of 24 uur per dag, individueel of als gezin. De organisaties betrekken indien nodig andere partijen bij de zorg: scholen, politie, (huis)artsen en maatschappelijk werkers.

6.2.9 Generalistische basis-ggz

De Generalistische basis-ggz is bedoeld voor mensen met lichte tot matige psychische problemen. Deze zorg is vaak kortdurend en laag-complex

6.2.10 Gespecialiseerde ggz (inclusief FACT-teams)

De gespecialiseerde ggz behandelt mensen met ernstige, complexe of vaker terugkerende klachten. De FACT-teams, die behandeling en begeleiding bieden aan patiënten met ernstige psychische problemen in hun directe omgeving, moeten goed bedacht zijn op KOPP/KOV problematiek.

6.3 4.3 Samenwerking

6.3.1 Inleiding

Samenwerking houdt in dat zorgverleners, patiënten en naasten met elkaar afstemmen: wie pakt wat wanneer op in het herstelproces van de patiënt? Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Goede informatie-uitwisseling en samenwerking tussen de verschillende echelons zijn cruciaal.

Zoals aangeven bij [betrokken zorgverleners](#) is een vast aanspreekpunt van groot belang, zeker om de samenwerking met de verschillende professionals goed te laten verlopen. De regiebehandelaar (volwassenen ggz) of een coördinerend behandelaar (jeugd ggz) zijn samen verantwoordelijk voor integrale zorg. Zij maken hier met de patiënt (ouder) afspraken over en leggen deze vast.

Het beschikbare aanbod aan KOPP/KOV interventies is tot nu toe vooral bekend en wordt vooral uitgevoerd in het domein van de ggz-preventie. De KOPP/KOV doelgroep kan echter ook bereikt kan worden via de ouders in de gespecialiseerde ggz voor volwassenen, inclusief verslavingszorg. In dat domein liggen dus veel kansen voor preventie van problemen bij KOPP/KOV kinderen.

6.3.2 De KOPP/KOV praktijk

Uit een inventarisatie in de KOPP/KOV praktijk

Bron: Van der Zanden, R., Haverman, M., & Van der Poel, A. (2016). Resultaten rondgang in de KOPP/KVO praktijk. Trimbos-Instituut. Utrecht.

blijkt dat de kennisuitwisseling over KOPP/KOV tussen en binnen de verschillende stakeholders, zoals gemeenten, zorgverzekeraars en zorgverleners te kort schiet. Het is in het belang van de kinderen en hun ouders dat er een duidelijke visie is op de organisatie van zorg aan deze doelgroep en een heldere structuur.

De volgende – met elkaar samenhangende – belemmeringen spelen hierbij een bepalende rol:

1. Er is sprake van onbekendheid van KOPP/KOV problematiek en KOPP/KOV aanbod, vooral bij gemeenten. En iets dat onbekend is, wordt ook niet geagendeerd, laat staan geprioriteerd.
2. Het ontbreekt aan regie op lokale en regionale samenwerking en aan communicatie over KOPP/KOV tussen en binnen de stakeholderorganisaties (gemeenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars). Het ontbreekt daardoor aan kennisuitwisseling en aan afstemming over een systematische en sluitende KOPP/KOV ketenaanpak, van signalering en doorverwijzing tot uitvoering en monitoring.

6.3.3 Informatie-uitwisseling

Om goed samen te kunnen werken is het noodzakelijk dat er een gedegen informatie-uitwisseling is. In de Generieke module '[Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek](#)' staat hier uitgebreide informatie over. Algemene, niet-patiëntgebonden, informatie mag altijd gedeeld worden.

6.3.4 Samenwerking met naasten

Zie de Generieke module '[Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek](#)'

6.3.5 Samenwerking rond preventie en vroegsignalering

Zoals bij '[Preventie en vroegsignalering](#)' omschreven, is ook de sociale omgeving van het gezin, de ouder en het kind betrokken. Wanneer de directe omgeving zich zorgen maakt, kan men contact opnemen met een (Oggz) wijkteam, dat laagdrempelig werkt en met het gezin contact kan maken.

6.3.6 Samenwerking tussen de volwassenenzorg en de kinder- en jeugdzorg

Er ligt een uitdaging voor de ggz-sector in het stimuleren van samenwerking tussen de volwassenenzorg en de kinder- en jeugdzorg. De behandelaren van ouders hebben, vooral nu de kindcheck is ingevoerd, de taak om na te vragen of de patiënten ook kinderen hebben en of deze al in zorg zijn. De kinder- en jeugdbehandelaren hebben op hun beurt de taak om ouders te adviseren passende hulp voor zichzelf te zoeken wanneer er vermoedens zijn van psychische en/of verslavingsproblematiek bij ouders.

Het belangrijkste hierbij is dat ouders

ouders: Ouders dienen ook geïnformeerd te worden over het verband tussen vroegkinderlijk trauma en een verhoogd risico hierdoor voor de kinderen op eigen psychische en/of verslavingsproblematiek.

psycho-educatie ontvangen over het gegeven dat eigen herstel een voorwaarde is voor het herstel van de kinderen. Er is grote behoefte aan goed geïnformeerde systemen, hulpverleners en ondersteuners in combinatie met korte lijnen tussen de verschillende zorglagen en de kinder- en jeugdzorg en volwassenenzorg. Uiteindelijk zal dat bijdragen aan het verminderen van ggz-behandeling van kinderen van ouders met psychische en/of verslavingsproblematiek.

6.3.7 Decentralisatie van jeugdhulp

De decentralisatie van jeugdhulp biedt kansen om de organisatie van de hulp aan te passen aan de lokale behoefte. Er zijn echter na deze transitie grote regionale verschillen ontstaan in de organisatie van de jeugdhulp. De voormalige Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling benadrukt dat betrokkenen zich steeds moeten afvragen

Bron: Ontzorgen en normaliseren - Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg; Raad voor Maatschappelijke ontwikkeling (RMO) – Den Haag 2012

: waarom richten we de jeugdhulp zo in, zijn kinderen en gezinnen daarbij gebaat en zijn er risico's en valkuilen? In elke gemeente moeten kinderen en gezinnen de juiste, best passende hulp kunnen krijgen.

Dit benadrukt nogmaals het belang van een goede samenwerking tussen en binnen de verschillende aanbieders van hulp aan kinderen en gezinnen. De behoeftes van het KOPP/KOV kind moeten centraal staan en daarvoor is het van belang om de KOPP/KOV doelgroep, met daarinbinnen de subgroepen en de routes naar hulp, in kaart te brengen. Ook is het nodig om na te gaan of er lacunes of onduidelijkheden zitten in de financiering van aanbod. Als al deze factoren in beeld zijn, is het mogelijk om samen af te spreken hoe de hulp voor deze (omvangrijke) risicogroep te organiseren en drempels naar hulp en ondersteuning voor het KOPP/KOV kind weg te nemen.

6.3.8 Organiseren van de samenwerking

Zorgverzekeraars en gemeente

Zowel de gemeente als de zorgverzekeraar heeft een rol en verantwoordelijkheid op het gebied van KOPP/KOV. Hoewel de gemeente de grootste rol heeft ten aanzien van de kinderen, is samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars essentieel om een sluitend aanbod van preventie, zorg en ondersteuning voor KOPP/KOV gezinnen te organiseren.

Binnen en tussen domeinen

Bij KOPP/KOV problematiek is sprake van ouder-, kind- en gezinsfactoren waardoor een integrale aanpak gewenst is. Samenwerking binnen en tussen domeinen en disciplines is dan ook essentieel. Een combinatie van interventies vanuit diverse domeinen (zorg, welzijn, sport, onderwijs) heeft de meeste impact. Denk aan de school die KOPP/KOV problematiek kan herkennen en weet hoe het kind te steunen. Denk aan laagdrempelige toegang tot sportvoorzieningen of kinderopvang, zodat het kind regelmatig uit de belastende thuissituatie kan zijn. De gemeente heeft de mogelijkheid om hierin te investeren, maar ook voor de zorgverzekeraar kan het renderen om tot een integrale preventieve aanpak voor jeugdige en volwassen KOPP/KOV kinderen te komen, in samenwerking met de gemeente

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

Verwijsindex

Wie zich zorgen maakt over een kind, kan dit melden bij een verwijsindex. Voor registratie in VIR (Verwijsindex Risicjongeren) moet men een zorgvuldige afweging maken van de zorgpunten. Er hoort een stappenplan bij om ouders en jeugdigen te informeren (zie handreiking '[Zorgvuldig gebruik verwijsindex](#)'). De Verwijsindex Risicjongeren is een landelijk hulpmiddel om afstemming tussen professionals te versterken. Het is een systeem waarin hulpverleners en andere professionals de persoonsgegevens registreren van de jeugdigen en jongvolwassenen (tot 23 jaar) over wie zij zich zorgen maken. De registratie bevat geen inhoudelijke informatie, maar wel wordt duidelijk welke andere hulpverlener zich mogelijk ook actief met dit kind (jongere) bezighoudt.

- De VIR geeft hulpverleners in verschillende organisaties inzicht in elkaars betrokkenheid bij een individuele jongere. Het gebruik van de index draagt bij aan effectiever samenwerken van hulpverleners en gemeenten.
- Door de meldingen in de VIR weten hulpverleners sneller of een kind bekend is bij een collega, zodat zij samen kunnen overleggen over de beste aanpak.
- Het gaat om 'risicosignalen': er moeten aanwijzingen zijn dat er echt iets aan de hand is.
- De regeling van de VIR is opgenomen in de nieuwe Jeugdwet.
- Het is wettelijk verplicht dat er een VIR is. Het melden aan de VIR is een recht, niet een plicht.

Samen 1 Plan

[Samen1Plan](#) is een online hulpverleningsplan voor zorgtrajecten waarin meerdere hulpverleners betrokken zijn. Samen1Plan is op de werkvloer ontwikkeld door cliënten en hulpverleners.

Het plan:

- is bedoeld voor hulpverleningstrajecten waarin samenwerking tussen cliënt en meerdere betrokkenen van belang is;
- is een 'webbased' hulpverleningsplan dat eigendom is van de cliënt;
- zorgt dat de cliënt bepaalt wie toegang heeft tot het plan;
- maakt de rollen van alle betrokkenen inzichtelijk;
- stelt de voortgang op het gezamenlijke plan centraal;
- geeft actueel inzicht in de stand van zaken op de gestelde doelen;
- is goed beveiligd en respecteert de privacy van de cliënt;
- is gebaseerd op de werkzame factoren in de hulpverlening, zoals motivatie, respect en planmatig werken;
- maakt de communicatie efficiënter doordat iedereen inzage heeft in het plan op het moment dat dat hem of haar schikt.

6.3.9 Aanbevelingen

Gemeenten en zorgverzekeraars kunnen ieder afzonderlijk beleid maken rond KOPP/KOV. Echter, door de krachten te bundelen en gezamenlijk trekker te worden van het KOPP/KOV beleid, kunnen de impact en effectiviteit ervan worden vergroot. Dit is raadzaam omdat het om een omvangrijke problematiek gaat, die raakt aan verschillende wetten. De gevolgen van KOPP/KOV zijn groot, voor individu en maatschappij.

- Benoem KOPP/KOV als speerpunt in het beleid, neem de doelgroep expliciet op in het Wmo-, jeugd-, en onderwijsbeleid en beleid vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw).
- Benoem de KOPP/KOV doelgroep in het inkoopbeleid en ga als zorgverzekeraar en gemeente gezamenlijk na of er geen subgroepen buiten de boot vallen.
- Betrek de aanpalende domeinen van de zorg (welzijn, sport, onderwijs) en ook de KOPP/KOV doelgroep zelf bij de beleidsvorming. Er zijn veel (jong)volwassen ervaringsdeskundigen die kunnen meedenken en inspireren.
- Koppel resultaten naar elkaar terug.
- Geef concrete voorlichting op welke wijze kinderen (en ouders) kunnen deelnemen aan KOPP/KOV cursussen. Zorg dat het aanbod regionaal bekend is en ook hoe men hier gebruik van kan maken.
- Zorg voor bij- en nascholing over KOPP/KOV voor professionals in alle echelons van zorg.
- Stimuleer het gebruik van de Verwijs Index Risicjongeren als middel om, bij zorg rondom een KOPP/KOV kind, deze zorg met betrokken hulpverleners of de school te delen. Bekendheid van hulpverleners met het gebruik van de VIR is dus van belang. Dat geldt ook voor voorlichting aan ouders en kinderen over gebruik en doel van deze verwijsindex.

6.4.4.4 Competenties

Om de organisatie van zorg rondom KOPP/KOV goed te kunnen uitvoeren, zijn de volgende competenties gewenst.

1. Kennis

Om adequaat te kunnen handelen, is kennis bij de professional en het informele steunsysteem op het gebied van KOPP/KOV een noodzaak. Kennis met betrekking tot de signalen en over de beschermende en risicofactoren. En ook: kennis over de sociale kaart rondom KOPP/KOV en kennis van het gemeentelijke KOPP/KOV cursusaanbod.

2. Attitude (houding en bejegening)

De houding die men aanneemt ten opzichte van KOPP/KOV kind/volwassene, ouders en gezin is van groot belang om passende zorg te kunnen leveren. Handelingsverlegenheid, schaamte en stigma rondom het thema KOPP/KOV kunnen belemmerend werken. Een open, niet-oordelende houding is nodig om een constructieve samenwerkingsband met ouder(s) en kind te krijgen.

3. Vaardigheden

De vaardigheden van de professional staan in de eigen beroepsprofielen. Specifiek voor KOPP/KOV is van belang dat er doorgevraagd wordt zonder oordelend te zijn. De focus moet liggen op de veerkracht. Wat zijn de kwetsbaarheden en wat zijn de weerbaarheden en hoe kan de balans worden hersteld?

Bij het Nederlands Jeugdinstituut is een [webpagina](#) ingericht op kennis, houding en vaardigheden. Ook bij het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid is een [Competentieprofiel](#) te vinden.

In bijlage 4 van de [KOPP richtlijn jeugdhulp](#), staan aandachtspunten en tips voor gesprekken met ouders en kinderen.

6.5.4.5 Kwaliteitsbeleid

Er is weinig wetenschappelijk onderzoek verricht naar de kosteneffectiviteit en doelmatigheid van de zorg bij KOPP/KOV. Hierover zijn dus weinig concrete gegevens bekend. Wel is de verwachting dat implementatie van de module zal bijdragen aan meer bekendheid over KOPP/KOV. Dit is van belang omdat deze groep extra kwetsbaar is. Zonder adequate interventies lopen deze mensen vele malen meer risico om ook in de jeugdzorg, ggz of verslavingszorg terecht te komen. Inzetten op preventie en vroegsignalering bij KOPP/KOV zal – behalve positief voor de betrokken personen – naar verwachting dan ook kosteneffectief zijn.

Er is een studie

Bron: Wansink, H. J., Drost, R. M. W. A., Paulus, A. T. G., Ruwaard, D., Hosman, C. M. H., Janssens, J. M. A. M., & Evers, S. M. A. A. (2016). Cost-effectiveness of preventive case management for parents with a mental illness: a randomized controlled trial from three economic perspectives. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1498-z>.

die aantoont dat specifieke KOPP/KOV interventies kosteneffectief zijn. Hoewel de preventie-interventies meer kosten dan reguliere zorg, leveren ze wel meer op in

termen van opvoedvaardigheid. Onderzoekers bevelen hier zelf vervolgonderzoek met meer power aan. Een studie naar kindermishandeling

Bron: Thielen F, ten Have M, de Graaf R, Cuijpers P, Beekman A, Evers S, Smit F met als titel 'Long-term economic consequences of child maltreatment: a population-based study' in European Child and Adolescent Psychiatry (2016 ePub DOI 10.1007/s00787-016-0850-5). <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/58-2016-10-artikel-speetjens.pdf>

concludeert dat kindermishandeling in Nederland jaarlijks miljarden euro's kost door extra zorggebruik en ziekteverzuim. Proactieve zorg rond mishandeling dient niet alleen een intrinsiek belang, maar kan ook economisch renderen. Het versterken van zelfregie kan daarbij wellicht helpen, maar dat vraagt om nader onderzoek.

6.6 4.6 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

6.7 4.7 Financiering

6.7.1 Inleiding

In de Generieke module '[Organisatie van zorg voor kind en jongere](#)' wordt de financiering voor de kinderen en jongeren van 0 tot 23 jaar uitgewerkt. Hierbij is er een duidelijke scheidslijn: het wettelijke en financiële verschil tussen kinderen en jongeren tot 18 jaar en vanaf 18 jaar. Inhoudelijk gezien geeft dit onderscheid in sommige gevallen reden tot zorg. Deze overgang kan namelijk grote gevolgen hebben voor de jongvolwassene en zijn naasten.

6.7.2 Algemeen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron –Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Jeugdwet, aanvullende verzekering of betaling door de cliënt/patiënt zelf. Onderschrijving van de kwaliteitsstandaard door een financier, dan wel opname in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet dat de beschreven zorg per definitie vergoed wordt door een financier.

Voor vergoeding van de beschreven zorg kan de patiënt/cliënt mogelijk een beroep doen op een van de financiers. In het geval van de Zvw is het echter aan Zorginstituut Nederland om te duiden wat verzekerde zorg is binnen het basispakket. Dit betekent dat goede zorg zoals beschreven in de kwaliteitsstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

6.7.3 Specifiek

Samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars blijkt een absolute voorwaarde om vooruit te komen. Bij een goede samenwerking zijn afspraken over de afbakening van verantwoordelijkheden mogelijk. Zeker gezien de levensloopbenadering van de KOPP/KOV waarbij de problematiek in verschillende levensfasen tot uiting kan komen, is het praktisch als iedereen weet waar op welk moment hulp te vinden is. Ook kan dan worden besloten welke preventieve interventies voor welke risicogroepen op welke plek moeten plaatsvinden. Hierdoor verbetert de gezondheidssituatie van mensen, neemt de kwaliteit van de zorgverlening toe en dalen de kosten voor gemeenten en de schadelast van zorgverzekeraars.

Gemeenten en zorgverzekeraars/Wlz-uitvoerders zijn de financiers en opdrachtgevers van de uitvoering van de volgende wetten waarin preventie en zorg een rol spelen.

1. Wet publieke gezondheid (Wpg)
2. Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)
3. Jeugdwet (JW)
4. Zorgverzekeringswet (Zvw)
5. Wet langdurige zorg (Wlz)

6.7.4 Preventie

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de financiering van de selectieve preventie. In een uitspraak van het College voor Zorgverzekeringen (23 maart 2009) is bepaald dat KOPP/KOV tot het domein van de selectieve preventie behoort. Selectieve preventie valt onder de Wmo. Gemeenten kunnen taken en verantwoordelijkheden aangaande KOPP/KOV vastleggen in de lokale Nota Gezondheidsbeleid en/of de lokale Nota Jeugdbeleid

Bron: Goossens en de Graaf 2012 - Handreiking voor gemeenten bij de ondersteuning van kinderen van ouders met psychische problemen en kinderen van verslaafde ouders, Trimbos-instituut

Toch hebben ggz-aanbieders, verslavingszorg en gemeente wel afspraken met zorgverzekeraars over de financiering van KOPP/KOV activiteiten. Sommige zorgverzekeraars zien het als een gedeelde verantwoordelijkheid om de zorg voor KOPP/KOV doelgroep te organiseren en daarmee toekomstige problemen (en kosten) te voorkomen.

7. 5. Kwaliteitsindicatoren

Autorisatiedatum 28-11-2019 Beoordelingsdatum 28-11-2019

7.1 5. Kwaliteitsindicatoren

Dit hoofdstuk zal later worden uitgewerkt, afgestemd op de ontwikkelingen vanuit de andere kwaliteitsstandaarden in het beheer van AKWA GGZ en het implementatieplan.

8. 6. Implementatieplan

Autorisatiedatum 10-06-2020 Beoordelingsdatum 10-06-2020

8.1 Kwaliteitsstandaarden

Volgens de definitie van Zorginstituut Nederland beschrijft een kwaliteitsstandaard in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Zowel richtlijnen, zorgstandaarden als generieke modules vallen onder de verzamelnaam 'kwaliteitsstandaard'.

'kwaliteitsstandaard': Kwaliteitsstandaarden zijn niet statisch maar worden periodiek beoordeeld of aanpassing c.q. uitbreiding nodig is. Vanaf publicatie van een standaard vindt jaarlijks een eenvoudige beoordeling plaats waarbij (kleine) aanpassingen waar nodig worden verwerkt. Eens in de 4 jaar start een volledige revisiebeoordeling van iedere standaard.

Een zorgstandaard biedt voor alle professionals, patiënten en hun naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg bij een bepaalde aandoening er uit ziet vanuit het perspectief van de patiënt (beschrijving optimale zorg). Een zorgstandaard beschrijft het complete zorgcontinuüm (ofwel alle fases waar een patiënt mee te maken krijgt of kan krijgen) voor een bepaalde psychische aandoening. In een zorgstandaard komt niet alleen een groot aantal mogelijke zorgproblemen aan de orde, maar wordt ook expliciet de organisatie van het zorgproces beschreven. Dat alles gezien vanuit het perspectief van de patiënt.

Een richtlijn is een document met aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met psychische aandoeningen, gebruikmakend van wetenschappelijk onderzoek aangevuld met expertise en ervaringen van professionals, patiënten en naasten. Voor specifieke situaties gebruiken professionals de richtlijnen die relevant zijn voor hun specifieke beroepsgroep en specifiekere dan de zorgstandaard ingaan op wat er op dat moment aan zorg geleverd kan worden (beschrijving minimale zorg). Aan één zorgstandaard kunnen dus meerdere richtlijnen ten grondslag liggen (bijvoorbeeld de NHG-richtlijnen van huisartsen, een MDR opgesteld en geautoriseerd door psychiaters en psychologen, richtlijnen voor verpleegkundigen, etc.).

Een generieke module biedt, net als een zorgstandaard, professionals, patiënten en naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg er uit ziet vanuit het perspectief van een patiënt. Het verschil tussen een zorgstandaard en een generieke module is dat een zorgstandaard stroomis specifiek is en een generieke module juist zorgcomponenten of zorgonderwerpen beschrijft die relevant zijn voor meerdere psychische aandoeningen. De zorg die wordt beschreven in een generieke module kan, afhankelijk van de aandoening, in één of meerdere fases van het zorgproces van toepassing zijn.

Zorgstandaarden, richtlijnen en generieke modules vormen een eenheid. Hiermee kunnen de professional en de patiënt samen de behandeling vormgeven.

8.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden

Zorgstandaarden en generieke modules vormen samen met multidisciplinaire richtlijnen, wet- en regelgeving en beroepsethiek de basis voor de zorgprofessional om tot goede zorg te komen (de professionele standaard).

(de professionele standaard): De professionele standaard in de gezondheidszorg is het geheel van professionele medische normen dat beschrijft wat in een bepaalde situatie 'goed handelen' is. De professionele standaard zorgt ervoor dat zorgverleners goede, veilige en verantwoorde zorg leveren. De professionele standaard is als zodanig geen regel, maar een 'kapstok', die nader is uitgewerkt in wetten, richtlijnen, protocollen, beroepsregels, uitspraken van de tuchtrechter, kwaliteitsstandaarden, gedragsregels en handreikingen. De professionele standaard kan dus gezien worden als de gedeelde waarden en normen binnen een beroepsgroep.

[Meer informatie](#)

De zorgprofessional kan er beargumenteerd van afwijken als - naar zijn oordeel en in samenspraak met de patiënt - de belangen van de patiënt daarmee beter zijn gediend vanwege diens specifieke situatie en voorkeuren.

De toepassing van professionele standaarden komt voort uit het [Burgerlijk wetboek, artikel 453](#). Daarin staat dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden 'de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en daarbij handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.'

professionele standaard: Artikel 1 van de Zorgverzekeringswet geeft de definitie van een professionele standaard: een richtlijn, module, norm, zorgstandaard dan wel organisatiebeschrijving, die betrekking heeft op het gehele zorgproces of een deel van een zorgproces. Een professionele standaard legt vast wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de patiënt goede zorg te verlenen en is in een openbaar register opgenomen.

[Meer informatie](#)

Een kwaliteitsstandaard beschrijft in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Kwaliteitsstandaarden zijn echter geen doel op zich. Zij hebben een functie in het proces van kwaliteitsbevordering. Kwaliteitsstandaarden vervullen een onmisbare functie in de kwaliteitscyclus. In die context bevorderen ze de [kwaliteit en doelmatigheid van de zorg](#). Op welke wijze zorgaanbieders en financiers, maar ook patiënten/burgers en zorgverzekeraars kwaliteitsstandaarden gebruiken in de respectievelijk zorginkoopmarkt en zorgverzekeringsmarkt, is aan hen om in te vullen.

8.2.1 Monitoring van de implementatie

Eén van de taken van Akwa GGZ is het evalueren van het gebruik van kwaliteitsstandaarden en het inzichtelijk maken hoe de kwaliteit van zorg in de ggz zich ontwikkelt. In de tweede helft van 2019 bouwt Akwa GGZ een structuur op waarmee de implementatiegraad van de kwaliteitsstandaarden kan worden gemeten.

8.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft grotendeels de bestaande praktijk ten aanzien van de zorg voor mensen met psychische klachten en aandoeningen. In de standaard zijn verwijzingen opgenomen naar onderliggende richtlijnen en veldnormen van de afzonderlijke beroepsgroepen. Zo is de standaard voor een groot deel al ingebed in het dagelijks werk van de zorgprofessional.

Deels bevat de kwaliteitsstandaard nieuwe elementen, of komen bestaande elementen prominenter naar voren in de inhoud en organisatie van zorg. De kwaliteitsstandaard is geschreven vanuit het perspectief van de patiënt en diens naaste. Aandacht voor herstel en eigen regie komen daardoor nadrukkelijker aan bod dan in bijvoorbeeld richtlijnen; gezamenlijke besluitvorming over de behandeling door patiënt en professional vormt in alle standaarden een kernelement. Andere elementen zijn bijvoorbeeld de wijze waarop de verschillende zorgonderwerpen met elkaar in verband gebracht worden (multidisciplinair en integraal), het betrekken van naasten en ervaringsdeskundigen en het monitoren van de behandeling. De opstellers van deze kwaliteitsstandaard zijn zich ervan bewust dat de implementatie van deze elementen een transitie betekent die een gemeenschappelijke inspanning vraagt van zorgverleners, zorgaanbieders, patiënten en financiers. Al deze partijen zetten zich gezamenlijk in om deze kwaliteitsstandaard zo goed en zo snel mogelijk te implementeren.

8.4 Bestaande afspraken

Zorgprofessionals en zorgaanbieders in de 'brede ggz' zijn nu aan zet. Zij moeten kennisnemen van de inhoud van deze kwaliteitsstandaard en vervolgens aan de slag gaan met de implementatie ervan. Zorgprofessionals en zorgaanbieders hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor implementatie in hun eigen organisatie. Koepel-, branche en beroepsorganisaties helpen hun leden hierbij.

Een aantal algemene thema's speelt bij de implementatie van (vrijwel) alle standaarden een rol. Dit zijn thema's waar in algemene zin aandacht voor moet zijn én aandacht voor moet blijven om de kwaliteit van de zorg steeds verder te verbeteren. Het gaat om de zes thema's bewustwording en kennisdeling, samenwerking, capaciteit, behandelaanbod, financiering en ICT. Dit zijn ook thema's waar in sommige gevallen zorgen over zijn en knelpunten worden gezien bij implementatie van de standaarden. Implementatie-activiteiten voor deze zes thema's moeten geen losstaande actiepunten zijn. In de meeste gevallen zijn deze actiepunten al onderdeel van bestaande afspraken zoals onder andere verwoord in het [Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg \(ggz\) 2019 t/m 2022](#) en [Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022](#). Landelijke implementatie van de kwaliteitsstandaarden in het veld is daarmee direct gekoppeld aan de planning en gemaakte afspraken in deze bestuurlijk akkoorden. Daarom koppelen we de planning van implementatie van deze standaard aan de looptijd van de bestuurlijk akkoorden.

Concreet betekent dit dat de partijen uit de brede ggz zich inzetten om alle kwaliteitsstandaarden voor de ggz op 31 december 2022 volledig geïmplementeerd te hebben.

8.5 Algemene implementatie thema's

De implementatie van de kwaliteitsstandaard vraagt tijd en energie van alle partijen. Maar dat is niet voor niets: werken volgens kwaliteitsstandaarden biedt ook kansen voor effectievere en doelmatiger behandelingen.

De afspraken in het algemene deel van het plan richten zich daarom vooral op uitvoerbaarheidsissues die een landelijke aanpak vragen om implementatie op lokaal/regionaal niveau mogelijk te maken. Iedere regio en iedere zorgaanbieder is anders. De mate van wat er nog geïmplementeerd moet worden en hoe dat het beste gedaan kan worden, verschilt per situatie. Op lokaal niveau moet implementatie verder worden ingevuld, bijvoorbeeld in de vorm van een (lokaal) uitvoeringsplan.

8.5.1 Bewustwording en kennisdeling

Verandering begint bij bewustwording. Ook in de ggz. De zorgstandaarden en generieke modules stellen, meer dan zorgverleners tot nu toe gewend waren van professionele standaarden, expliciet het perspectief van patiënten centraal. Dat kan misschien wel tot een ander gesprek in de behandelkamer leiden, waarin via gezamenlijke besluitvorming mogelijk ook andere keuzes voor behandeling en begeleiding worden gemaakt. Kennisdeling en bewustwording zijn de sleutelwoorden om deze verandering te realiseren.

Kennisdeling draagt bij aan het beter begrijpen van de impact die psychische aandoeningen op een patiënt hebben, en van hun wensen en ideeën over behandeling en herstel. Kennis delen gebeurt op verschillende niveaus: in de (basis)opleiding tot zorgprofessionals, tijdens bij- en nascholing van professionals maar kan ook bijvoorbeeld via een landelijke campagne. Het delen van kennis kan hierdoor bijdragen aan bijvoorbeeld:

- het verminderen van stigma over mensen met psychische aandoeningen, in de zorg maar ook daarbuiten;
- het realiseren van een cultuurslag in eigen organisatie;
- het creëren van draagvlak voor het gebruik en de inhoud van de standaard;
- oog hebben voor specifieke problematiek;
- oog hebben voor eventuele risico's.

Landelijke afspraken

Iedere professional zorgt ervoor dat hij de kwaliteitsstandaarden kent die voor uitoefening van zijn beroep nodig zijn. Zorgaanbieders faciliteren hun medewerkers, zodat zij deel kunnen nemen aan de benodigde bij- en nascholing.

Het bestuurlijk akkoord bevat een groot aantal actiepunten die kennisdeling over en bewustwording van de kwaliteitsstandaarden stimuleren:

- Partijen benadrukken dat het belangrijk is dat professionals kunnen werken volgens de geldende kwaliteitsstandaarden. Daartoe moeten professionals voldoende in de gelegenheid worden gesteld om bij- en nascholing te volgen. De financiering daarvan is onderdeel van de contracteringsafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
- Partijen hebben met elkaar afgesproken dat beroepsgroepen structureel de doorontwikkeling van opleidingen borgen die betrekking hebben op ggz en begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering). De zorgstandaarden worden ingebed in de opleidingen.
- Het akkoord bevat afspraken over bijvoorbeeld het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen en het in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.

Deze afspraken ten aanzien van opleiding dragen bij aan het verankeren van kennis over en gebruik van kwaliteitsstandaarden in de praktijk. Onderstaande partijen zetten zich in voor uitvoering van deze afspraken op landelijk niveau.

Lokale oplossingsrichtingen

Professionals in de ggz hebben de 'verantwoordelijkheid' om hun collega's in aanpalende domeinen daar waar nodig kennis bij te brengen over psychische aandoeningen en over de (inhoud van) de daarbij behorende kwaliteitsstandaard. Denk hierbij aan het organiseren van een cursus of voorlichting over psychische aandoeningen aan collega's van de somatische afdelingen in het ziekenhuis of een informatie-bijeenkomst over jeugd-ggz aan gemeenten.

8.5.2 Samenwerking

Zorgverleners functioneren in professionele netwerken binnen de gezondheidszorg en het sociale domein. Vaak zijn er meerdere professionals betrokken bij de behandeling en is een duidelijke rolverdeling tussen die professionals (binnen en tussen organisaties) nodig. Voor een goede implementatie van kwaliteitsstandaarden maken professionals (in en buiten de ggz), aanbieders, financiers en andere betrokkenen duidelijke samenwerkingsafspraken zodat de continuïteit en kwaliteit van de zorg niet in het geding komt. Goede en snelle informatie-uitwisseling (met respect voor privacy-wetgeving) en toegankelijkheid van informatie zijn daarbij belangrijke randvoorwaarden om de samenwerking goed te laten verlopen. Het [Landelijk Schakelpunt](#), waarin zorgverleners met toestemming van de patiënt eenvoudig inzicht hebben in het medicatieoverzicht van de patiënt, is een voorbeeld van een hulpmiddel voor uitwisseling van en toegang tot informatie. Steeds meer GGZ-instellingen sluiten zich hier al bij aan.

Landelijke afspraken

Het bestuurlijk akkoord bevat een aantal actiepunten die de benodigde samenwerking in het kader van implementatie van de kwaliteitsstandaarden stimuleren: in de (door)ontwikkeling van opleidingen die betrekking hebben op ggz en begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering) wordt meer aandacht besteed aan samenwerking tussen verschillende domeinen en het organiseren van integrale zorg.

Ondertekende partijen schatten in dat de invoering van het kwaliteitsstatuut en de afspraken over samenwerking in het bestuurlijk akkoord voldoende helder zijn en dat voor implementatie van de standaard geen aanvullende afspraken nodig zijn.

Lokale oplossingsrichtingen

Zowel zorgprofessionals, zorgaanbieders als samenwerkingspartners besteden nu al veel aandacht aan lokale en regionale samenwerking. Dankzij deze samenwerking kunnen zij onnodige en dure zorg voorkomen. Iedere professional werkt binnen de eigen lokale en regionale context uiteraard samen met collega's, maar ook met partners zoals huisartsen, jeugdzorg, wijkteams, gemeenten, ziekenhuis, school, woningcoöperaties of UWV.

Als leidraad voor deze samenwerkingsafspraken dienen:

- De Landelijke GGZ Samenwerkingsafspraken: deze vormen de basis van afspraken tussen huisartsen, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.
- Het kwaliteitsstatuut: hierin staan werkafspraken die de zorgaanbieder maakt over het vormgeven van de afstemming en samenwerking tussen professionals, over op- en afschalen en over een goede overdracht.
- In het kader van het bestuurlijk akkoord maken gemeenten en zorgverzekeraars stapsgewijs regionale afspraken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Zorgaanbieders en gemeenten maken afspraken over de betrokkenheid van ggz-hulpverleners bij het wijknetwerk.
- In het bestuurlijk akkoord is ook vastgelegd dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over de manier waarop de zorgprofessional voldoende ruimte en tijd krijgt voor goede samenwerking en afstemming.

8.5.3 Capaciteit

Een succesvolle uitvoering van de kwaliteitsstandaarden vereist voldoende capaciteit en tijd van professionals. In de huidige praktijk staan beschikbare tijd en capaciteit van professionals onder druk. Waar in sommige gevallen sprake is van een personeelstekort, is in andere gevallen sprake van problemen met optimale inzet van bepaalde professionals. Het organiseren en leveren van de zorg zoals beschreven in de kwaliteitsstandaarden kan resulteren in extra druk op bepaalde beroepsgroepen, verschuiving van inzet van de ene naar de andere beroepsgroep, maar mogelijk ook in minder werkdruk doordat de standaard goed wordt uitgevoerd en/of professionals beter samenwerken.

Ook blijken er in de praktijk behoorlijk wat problemen te zijn bij verwijzingen, met name veel te lange wachttijden voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen die verwezen worden naar de S GGZ.

Landelijke afspraken

In het bestuurlijk akkoord is benoemd dat op dit moment sprake is van (ernstige) arbeidsmarkt-problematiek. Voor zorg en welzijn wordt in 2022 een groot personeelstekort verwacht. De bestuurlijk akkoorden (ggz en huisartsenzorg) bevatten hiervoor een aantal actiepunten:

- Bestaande (behandel)capaciteit kan beter ingezet via vermindering van administratieve lasten en een betere taakverdeling, beter benutten van de mogelijkheden die functiedifferentiatie en taakherschikking bieden, alsook het opleiden van professionals in de ggz, bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen en het in gericht in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.
- (Tijdelijk) verruimen van capaciteit van regiebehandelaren en investeren in optimaal gebruik van (behandel)capaciteit door mee te werken aan actieprogramma 'werken in de zorg'.
- Meer inzet van praktijkondersteuners ggz of consultatie van ggz-expertise in de huisartsenpraktijk.

Met de acties zoals beschreven in de bestuurlijk akkoorden en inzicht in de juiste capaciteitsbehoefte, wordt een basis gelegd voor de aanpak van de arbeidsmarktknelpunten in de ggz.

8.5.4 Behandelaanbod

Landelijke afspraken

De ggz-sector kent een divers zorgaanbod: grote en kleinere ggz-instellingen met eigen personeel en een groot aantal vrijgevestigde zorgverleners. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken gezamenlijk afspraken over het benodigde behandelaanbod in de regio. Gemeenten bepalen zelf de omvang van het budget voor zorg maar ook de manier waarop zij de verschillende onderdelen van het sociaal domein willen organiseren. Als blijkt dat zorgaanbieders te maken hebben met capaciteitsproblemen of budgetplafonds, dan moet het voor patiënten helder zijn waar zij terecht kunnen voor zorg. Zorgaanbieders en financiers in de regio hebben gezamenlijk de verantwoordelijkheid om de wachttijden aan te pakken. Als er te weinig behandelaars zijn, dan is het de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om mensen te wijzen op de zorgbemiddeling.

zorgbemiddeling: Zie hiervoor ook het document Q&A Wachtlijden Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg, november 2018.

[Meer informatie](#)

door hun eigen zorgverzekeraar. Hierover zijn ook afspraken gemaakt in het bestuurlijk akkoord.

Lokale oplossingsrichtingen

Betere samenwerking tussen ggz-instellingen in de regio, bijvoorbeeld als het gaat om het draaien van ANW-diensten. Een voorbeeld: in sommige regio's worden ANW-diensten bijna geheel door een klein clubje psychiaters in vaste dienst gedaan, terwijl ook psychiaters niet in vaste dienst bereid zijn mee te draaien in deze diensten. Door hier goede afspraken over te maken, kan er voldoende capaciteit en aanbod geregeld worden in de regio.

8.5.5 Financiering

Landelijke afspraken

In het 'Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 2019 t/m 2022' hebben alle betrokken partijen de ambitie uitgesproken om de kwaliteit van zorg in Nederland verder te verbeteren en eraan bij te dragen dat zorg zowel nu als op de lange termijn fysiek, tijdig én financieel toegankelijk blijft voor iedereen die dat nodig heeft. Ook is afgesproken er naar te streven op termijn de kosten in de zorg niet sneller te laten stijgen dan de economische groei.

Lokale oplossingsrichtingen

Het bestuurlijk akkoord regelt dat gemeenten en zorgverzekeraars samen met zorgaanbieders in de 'brede ggz' stapsgewijs regionaal afspraken maken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Het cliënt- en familieperspectief is hierbij vertegenwoordigd. De volgende thema's zullen, afhankelijk van de regionale situatie, in meerdere of mindere mate aan de orde zijn:

- Preventie en vroegsignalering.
- De aanpak van personen met verward gedrag.
- Brede triage en consultatie.
- De opbouw van ambulante zorg en ondersteuning.
- De bekostiging van samenwerking tussen het zorgdomein en het sociaal domein.
- De benodigde aanpak met betrekking tot de (financiering van) EPA / multiproblematiek-doelgroep.
- Overgang 18-/18+.
- De invulling van crisis- en ANW-uren.
- De rol en bekostiging van herstelacademies en zelfregiecentra.

Hoewel afspraken zijn gemaakt om toe te werken naar regionale afspraken over integrale zorg en daaruit volgend een integrale bekostiging, zijn we daar nu nog niet. Dat is ook te merken aan de knelpunten ten aanzien van financiering die worden genoemd rondom implementatie van de kwaliteitsstandaarden:

- Hoe is de continuïteit van zorg én bekostiging te borgen, bijvoorbeeld bij de overgang 18-/18+, continueren van dagbesteding als de behandeling stopt of het financieren van contingentie management bij verslaving.
- Hoe kunnen we komen tot integrale bekostiging bij specifieke doelgroepen zoals kwetsbare ouderen, mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) of mensen met zowel somatische als psychiatrische problematiek?
- Hoe kunnen we komen tot een passende bekostiging voor bijvoorbeeld inzet ervaringsdeskundigen, inzet op preventie, zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) of zwakbegaafdheid (ZB), zorg aan patiënten met eetstoornissen in een gespecialiseerd centrum of inzet diëtist bij deze groep patiënten.

In het bestuurlijk akkoord zijn afspraken gemaakt over hoe deze vraagstukken de komende jaren kunnen worden opgelost. Zo hebben partijen zich gecommitteerd aan afspraken uit het actieprogramma Zorg voor de Jeugd voor wat betreft het inzetten van acties gericht op het soepel verlopen van de overgang naar volwassenheid (18-/18+). En subsidieert VWS op dit moment preventiecoalities, bedoeld om structurele samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten op het gebied van preventieactiviteiten voor risicogroepen te stimuleren en activeren.

8.5.6 ICT

(Goede en snelle) informatie uitwisseling en toegankelijkheid van informatie, waarbij de privacy van de patiënt optimaal wordt geborgd, zijn belangrijke randvoorwaarden voor samenwerking tussen zorgprofessionals binnen hun professionele netwerk. De implementatie van kwaliteitsstandaarden vraagt om verdere optimalisatie van gegevensuitwisseling via ICT.

Landelijke afspraken

In het zorgbrede '[Actieplan \(Ont\)Regel de zorg](#)' is een sectoraal actieplan curatieve ggz vastgesteld. Daar waar stroomlijning van gegevensuitwisseling bij ICT-toepassingen niet mogelijk of wenselijk is treden partijen met elkaar in overleg in het Informatieberaad Zorg en kunnen partijen gezamenlijk tot besluitvorming komen. Ook besteedt het actieplan aandacht aan vermindering van administratieve last als gevolg van het EPD en aan ICT-problematiek.

Daarnaast wordt er door het ministerie van VWS geïnvesteerd in het [Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional \(VIPP\) GGZ](#). Het gaat om een budget voor instellingen die Zwz-zorg leveren om de informatievoorziening in de curatieve geestelijke gezondheidszorg te verbeteren, door het implementeren van standaarden voor gegevensuitwisseling tussen patiënt en professional, het beschikbaar stellen van deze informatie aan de patiënt, het veilig verstrekken van (informatie over) medicatie en de inzet van eHealth bij de behandeling.

Lokale oplossingsrichtingen

Welke informatie, voor welke professionals, bij welke doelgroepen, bij welke aanbieders nodig is, is een keuze die lokaal gemaakt dient te worden. Of informatie over een eerdere suïcidepoging of informatie over medicatiegebruik en mogelijke bijwerkingen bijvoorbeeld standaard beschikbaar moet zijn óf dat alle informatie over een patiënt ook voor vaktherapeuten en huisartsen via het ICT systeem van de instelling te raadplegen moet zijn, zijn keuzes die binnen het professionele netwerk en met betrokken zorgaanbieders worden gemaakt. Dát zorgprofessionals (snel) toegang moeten hebben tot (goede) informatie gegeven bestaande uit afspraken (zie hiervoor het Kwaliteitsstatuut waar iedere zorgaanbieder over dient te beschikken) én beschikbare ICT toepassingen om de continuïteit én de

kwaliteit van de zorg die men met elkaar nastreeft te waarborgen, is hierbij het uitgangspunt. Dit zou bijvoorbeeld gerealiseerd kunnen worden via een zorginfrastructuur of schakelpunt.

8.6 Specifieke implementatie thema's

8.6.1 Inleiding

Dit implementatieplan beschrijft de invoering van kwalitatief goede, integrale zorg zoals omschreven in de generieke module 'Zorg voor ouders met psychische en/of verslavingsproblematiek en hun (volwassen) kinderen (GM KOPP/KOV)'.

Uitgangspunt in de GM KOPP/KOV is dat de KOPP/KOV-kinderen altijd een extra belasting ervaren, zij blijven gedurende hun leven een kwetsbare groep. Deze groep heeft recht op goede (preventieve) zorg. Daarnaast ervaren ouders die met psychische of verslavingsproblemen kampen een extra belasting, doordat ze zich zorgen maken over de impact van hun aandoening op de kinderen. Het bespreekbaar maken van deze belasting is voor zowel kinderen als hun ouders moeilijk. Schaamte en loyaliteitsconflict spelen hierbij een rol. Deze module draait om het herstellen van de balans in het gezin. Dit helpt bij het herstelproces van de ouder én helpt het kind.

Dit kan (ingrijpende) gevolgen hebben voor hun ouderschap en de opgroeicontext van het kind. Een deel van deze kinderen groeit gelukkig zonder problemen op, maar de nieuwe generatie loopt een verhoogd risico om zelf psychische en/of verslavingsproblematiek te ontwikkelen. Preventie, vroege opsporing en gepaste interventies kunnen ernstige problemen voorkomen en daardoor intergenerationele overdracht voorkomen.

Deze module gaat uit van samenwerking in de keten, en een gedeelde verantwoordelijkheid voor het leveren van kwalitatief goede KOPP/KOV zorg. Bewustwording en kennisdeling, samenwerkingsafspraken en optimalisatie van overdrachtsmomenten, zijn sleutelwoorden in dit implementatieplan.

8.6.2 Contextuele factoren

De implementatie van de GM KOPP/KOV zal in de praktijk interacteren met diverse factoren:

- De invoering van de jeugdwet in 2015 waarin de jeugdhulp werd gedecentraliseerd, heeft een grote verschuiving teweeg gebracht. Daarnaast is er een groeiend aantal jongeren dat door de gemeenten geholpen wordt. Uit het recente rapport van Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en de Inspectie Justitie en Veiligheid blijkt dat niet alle gemeenten hun zaken op orde hebben. In reactie op dit rapport heeft de minister een aantal maatregelen voorgesteld.
- Er wordt door VWS een 'arbeidsmarkttafel jeugdhulp' ingericht om een antwoord te geven op het hoge personeelsverloop in de jeugdsector. Er wordt gewerkt aan een Arbeidsmarktagenda Jeugd, gericht op behoud en instroom van jeugdzorgprofessionals.
- Er worden in Nederland 42 Jeugdzorgregio's onderscheiden, men kiest vanuit de inhoud van de taak voor een efficiënte aanpak: lokaal, regionaal of bovenregionaal. De komende periode wordt ingezet om deze regio's te versterken, zodat er meer continuïteit en slagkracht vanuit de regio's kan komen.

8.6.3 Bewustwording en kennisdeling

Bewustzijn van het feit dat veel KOPP/KOV kinderen later zelf ook psychische en verslavingsproblematiek ontwikkelen, is van groot belang. Door ouders én hun kinderen beter te ondersteunen, kunnen problemen worden voorkomen en kan de overdracht van psychische en/of verslavingsproblemen van generatie op generatie worden doorbroken. Alertheid, handelingsgerichtheid, oog voor diversiteit en openheid zijn nodig om ondersteuning op maat te kunnen bieden.

KOPP/KOV (kinderen van ouders met psychische en/of verslavingsproblematiek) gaat niet alleen over de jeugd ggz / jeugdzorg. Iedereen is een kind van iemand, dit heeft invloed op de hele levensloop. Bewust zijn dat adolescenten, (jong) volwassenen en ouderen ook kind van iemand kunnen zijn met psychische of verslavingsproblematiek draagt bij aan zorg op maat.

Waar in de jeugd ggz veelal systemisch gewerkt wordt, is dit in de volwassen ggz en verslavingszorg geen vanzelfsprekendheid. Door in de volwassenzorg uitdrukkelijk aandacht te hebben voor ouderschap en kinderen kan een hoop gezondheidswinst worden behaald.

Daarnaast is een verbreding van kennis nodig om adequaat te kunnen handelen, om goed te kunnen samenwerken en om te kunnen evalueren. Het versterken van competenties om o.a. handelingsverlegenheid weg te nemen, is belangrijk om deze module in de praktijk te gaan toepassen.

Specifiek voor KOPP/KOV zijn er kennishiaten als het gaat om:

- Het als vanzelfsprekend voeren van een gesprek over de ouderrol en/of het functioneren van het gezin
- Impact van de aandoening op het hele gezin / op het kind
- Volwassenen met een KOPP/KOV-achtergrond
- Kennis over passende interventies

Landelijke afspraken

Om bewustwording en kennisdeling te vergroten, zal voorlichting worden aangeboden door onder andere te spreken op congressen en artikelen te publiceren in (vak)bladen. Ook zullen er praktische tools en ondersteunende middelen worden ontwikkeld en actief verspreid. De insteek is om hiermee het volledige ggz-veld en het sociale domein te bereiken.

Daarnaast moet worden geprobeerd om de voorlichting op scholen uit te breiden, bijvoorbeeld in samenwerking met Samen Sterk Zonder Stigma. Om kennis te verbreden, is onderwijs onmisbaar. De landelijke afspraken zoals vermeld in het algemene deel van het implementatieplan bieden voldoende antwoord als het gaat om het thema scholing.

Wat betreft aanvullende scholing op het gebied van KOPP/KOV zal geïnventariseerd worden welke behoefte er is binnen de brede ggz, het sociale domein, maar ook bij de opleiding tot leerkracht.

Lokale oplossingen

Het is van belang dat er kennis is van het (behandel)aanbod en van de beschikbaarheid van dit aanbod in de regio (Welke interventie is voor wie geschikt in welke situatie met welk doel?). Dit issue komt terug bij behandelaanbod.

Clënten- en familieraden, landelijk cliënten- en naastenorganisaties of het Landelijk Platform KOPP/KOV kunnen hier een rol in spelen.

Voor het implementeren van de generieke module KOPP/KOV is het essentieel om aan te sluiten op het gemeentelijk jeugd- en jeugdhulpbeleid. Daarnaast is het

mogelijk een optie om aan te sluiten op de activiteiten gericht op de implementatie van de Meldcode.

8.6.4 Samenwerking

De implementatie van deze module kan bijdragen tot een toename van aanmeldingen van ouders geïnitieerd vanuit de jeugdzorg én jeugdggz naar de volwassenenzorg en van kinderen die worden doorverwezen vanuit de volwassenenzorg naar de jeugdzorg en jeugd ggz. Samenwerking tussen deze sectoren (inclusief het sociale domein) zal een groot aandachtspunt zijn bij implementatie.

Samenwerking met en binnen het systeem van ouders en kind(eren) is voor het verminderen of voorkomen van KOPP/KOV problematiek zeer relevant.

Samenwerking tussen professionals kan op diverse niveaus:

1. Consultatieve samenwerking: Het kunnen consulteren van een expert op een gebied waarin de patiënt-ouder of de kinderen vastlopen, bijvoorbeeld op financieel of medisch gebied. In de praktijk gebeurt dit wel, maar de wijze waarop deze consultatiefunctie invulling krijgt, laat veel variatie zien. De diverse experts moeten goed vindbaar en bereikbaar zijn om de continuïteit te borgen.
2. Structurele samenwerking: Bijvoorbeeld borging van de expertise van de GGZ in het sociale wijkteam en van de expertise van het sociale wijkteam in de GGZ. Door structurele aanwezigheid weten mensen elkaar snel te vinden en kan men snel schakelen.
3. Integrale samenwerking: Het ideaalbeeld is dat er integraal samengewerkt wordt. Samen één plan en één aanspreekpunt voor de patiënt. Op die manier zijn de afspraken bij iedereen bekend en kan er adequate ondersteuning worden gegeven op alle voor de patiënt relevante levensgebieden.

Landelijke afspraken

Er is momenteel een behoorlijk gat tussen het medische en het sociale domein, om deze module te implementeren is een versteviging van deze verbinding nodig.

Zowel in het bestuurlijk akkoord ggz 2019-2022 en het bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019-2022 besteden hier aandacht aan. De samenwerking zal decentraal in de regio's / lokaal vorm moeten krijgen. Als partijen in een regio niet of onvoldoende tot samenwerking komen, kan het aanleiding zijn dit weer op de landelijke tafel tussen ZN, VNG en VWS te bespreken.

De minister heeft op 28 november 2019 een [brief](#) naar de kamer gestuurd als antwoord op het rapport Kwetsbare kinderen onvoldoende beschermd. In deze brief wordt een aantal maatregelen aangekondigd. Een van deze maatregelen is de versterking van de jeugdzorgregio's, zodat zij meer continuïteit en slagkracht kunnen bieden. Over de uitvoering van deze versterking zullen nog nadere afspraken worden gemaakt. In het kader van implementatie van deze module zal worden onderzocht of samenwerking rondom KOPP/KOV hier ook in meegenomen kan worden.

Lokale oplossingen

Per regio is aandacht om de verbinding tussen het sociale en medische domein te versterken. Dit kan op consultatieve basis, structureel of integraal. De wijze waarop men dit vorm geeft, varieert per regio. Er zijn diverse initiatieven op dit gebied. Denk aan het aanstellen van een aandachtsfunctionaris bij een gemeente, of binnen een instelling, of gespecialiseerde afdelingen gezinspsychiatrie. Maar ook ontmoetingsavonden waar diverse ketenpartners samen over KOPP KOV praten en afspraken maken. In 2020 zullen best practices rondom KOPP KOV worden verzameld, beschreven en gedeeld ter inspiratie.

Een belangrijke signalerende rol voor KOPP KOV problematiek ligt bij de scholen. De toeleiding vanuit scholen naar de hulpverlening kan worden verbeterd. Welke handvatten zij nodig hebben om hun signalerende (en verwijzende) rol goed op te kunnen pakken is momenteel niet duidelijk. Er zal geprobeerd worden hier een brug te slaan.

Passend bij de persoonlijke situatie van de patiënt zullen er afspraken met het gezin en de sociale omgeving van het gezin moeten worden gemaakt. In het geval van KOPP KOV is het versterken van de sociale omgeving relevant, omdat een sterke sociale omgeving en belangrijke beschermende factor is.

Het snijvlak van 18-/18+ is een bekend probleem. De samenwerking is hier wel belangrijk om de continuïteit van zorg te kunnen waarborgen.

In alle samenwerkingsvormen zijn overdrachtsmomenten. Continuïteit van zorg is voor deze kwetsbare groep van groot belang. Zorg dat hier te allen tijden aandacht voor is om deze momenten soepel te laten verlopen.

Aanwezige problemen zijn levenslang en treden dus ook in de volwassenheid op. Volwassen KOPP/KOV zijn moeilijk te herkennen (omdat KOPP/KOV geen aandoening is en de problemen die ontstaan meestal niet terug worden geleid naar hun KOPP/KOV achtergrond) en daardoor kan de zorg die zij krijgen, minder passend zijn.

Tot slot is er een structurele samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeente in de preventiecoalitie. Ook hier kan wellicht een brug geslagen worden om de KOPP KOV problematiek en de levensloopbenadering beter op de kaart te zetten. De genoemde aantallen onder prevalentie zijn een indicatie van de grote groep die nu 'at risk' is. Het verbeteren van de preventie is belangrijk om een hele generatie met GGZ-aandoeningen te voorkomen dan wel de ernst van GGZ-aandoeningen op latere leeftijd te verminderen.

8.6.5 Capaciteit

Er zijn geen specifieke capaciteitsissues aan te wijzen voor KOPP/KOV. In het algemeen is er wel een arbeidsmarkt vraagstuk binnen de ggz en de jeugdhulp. Hoog personeelsverloop binnen de jeugdhulp is wel een gevaar voor de continuïteit van zorg. Er wordt door VWS een 'arbeidsmarkttafel jeugdhulp' ingericht om hierop een antwoord te geven.

Wel zijn er in het algemeen wachtlijsten zowel bij vrijgevestigden als bij instellingen.

Landelijk afspraken & lokale oplossingen

- Financiers en aanbieders werken samen om de wachtlijst problematiek op te lossen.
- Patiënten kunnen om deze periode te overbruggen terecht bij patiënten- en naastenorganisaties en MIND correlatie. Zij bieden ondersteuning.
- Bij de gemeente kan men beroep doen op de onafhankelijk cliëntondersteuner.

8.6.6 Behandelaanbod

KOPP/KOV is geen aandoening en er is geen 'behandeling' voor. Maar het meenemen van iemands een KOPP/KOV-achtergrond, draagt bij aan passende zorg. Voor preventieve zorg is wel een specifiek aanbod.

Om als professional te werken volgens de module, is het van belang om kennis te hebben van de sociale kaart op het gebied van KOPP/KOV. Deze sociale kaart moet weergeven welk aanbod er is in de regio, voor wie (kind, volwassen KOPP/KOV, ouder of gezin) en met welk doel. De professional krijgt daarmee zicht op het aanbod en kan een gewogen keuze maken, passend bij de ernst van de problematiek, het relevante levensgebied (bijvoorbeeld wonen, onderwijs, werk) en de juiste (levensloop)fase.

Landelijk afspraken & lokale oplossingen

In het bestuurlijk akkoord ggz 2019-2022 is afgesproken dat er per regio een sociaal-medische kaart is, die actueel is. In deze sociaal-medische kaart zou ook ruimte moeten zijn om het aanbod rondom KOPP/KOV op te nemen.

Preventie is van groot belang voor deze doelgroep. Regionaal zou er aanbod moeten zijn om deze preventieve zorg te kunnen inzetten. Een eerste stap is inventariseren wat er landelijk als aanbod is op het gebied van preventie. En regionaal kijken of deze preventieve zorg beschikbaar is, of kan worden gemaakt door gemeenten.

Zorgaanbieders kunnen eigen beleid maken hoe zij zelf omgaan met KOPP/KOV van alle leeftijden. Specifiek ten aanzien van preventie kunnen nog stappen worden gezet.

8.6.7 Financiering

Voor implementatie van de module is een aantal zaken van belang:

- Het bespreekbaar maken van de ouderrol en het gezinsfunctioneren gedurende meerdere momenten van de behandeling. Dit vergt extra tijd en als het nodig is ook consultatieve samenwerking om adequaat te kunnen verwijzen. Met name de huisartsen en de generalistische basis ggz hebben hier te weinig tijd voor. De kindcheck geeft professionals wel de handvaten om het gesprek te starten.
- Daarnaast gaat de module uit van de levensloopbenadering. Iemand kan – als de problemen bij een volgende fase (weer) de kop op steken – aankloppen bij de zorg om zo de juiste ondersteuning te krijgen.
- Door toename van kennis en inzicht over KOPP/KOV, zal de zorg beter op maat zijn (passende zorg), waardoor problematiek voorkomen wordt, beperkt blijft of het herstel bevordert.
- Goede preventieve zorg zal veel gezondheidswinst boeken.

Landelijke afspraken

Bovenstaande punten zijn nodig om goede zorg aan deze doelgroep te kunnen geven. Een oplossing hiervoor kan worden gezocht tijdens de zorginkoop gesprekken (Zvw en JW). Daarnaast is preventie zeer relevant, gemeenten zullen een adequaat aanbod preventieve zorg moeten hebben voor deze doelgroep.

Binnen de huidige financiële kaders is er ruimte om gezinnen en naasten te ondersteunen. Om hier meer duidelijkheid aan te geven, zal hier voorlichtingsmateriaal voor ontwikkeld worden.

8.6.8 ICT

De ICT kan ondersteunend zijn om de module te implementeren. Zo is in veel EPD's een standaard aanmeldformulier welke vaak geen rekening houdt met het 'vader' of 'moeder' zijn van de patiënt. Als dit geregistreerd kan worden, kan het systeem ook meehelpen om de aandacht op mogelijke KOPP/KOV problematiek te vestigen. Dit kan bijvoorbeeld door een automatische vraag die periodiek verschijnt. Bij het huisartsinformatiesysteem kan dit ook worden ingebouwd. Let hierbij wel op dat het passend is binnen de vigerende wet en regelgeving (zoals de AVG).

Landelijke afspraken & lokale oplossingen

Op dit vlak lopen enkele initiatieven. Bijvoorbeeld bij GGZ Drenthe en GGZ inGeest zijn ontwikkelingen gaande. Een overzicht van meerdere initiatieven kan bijdragen aan het implementeren van deze module met behulp van de ICT.

8.6.9 Monitoring en evaluatie

Voor kwantitatieve evaluatie van de generieke module is registratie van de doelgroep nodig en dat gebeurt op dit moment niet en zou ook extra administratieve lasten op leveren. Deze module zal daarom meer kwalitatief geëvalueerd worden. In 2021 zal met zorgaanbieders en financiers gekeken worden of en hoe het KOPP/KOV beleid momenteel is geborgd. Ambitie is om in 2022 de praktijk zelf te evalueren.

9. 7. Achtergronddocumenten

Autorisatiedatum 28-11-2019 Beoordelingsdatum 28-11-2019

9.1 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 (1), 41-54.
- Achenbach T.M. & Dumenci L. (2001). Advances in empirically based assessment: revised cross-informant syndromes and new DSM-oriented scales for the CBCL, YSR, and TRF: comment on Lengua, Sadowksi, Friedrich and Fischer. *J Consult Clin Psychol*. 2001 Aug; 69(4):699-702.
- Andrews, J.A. & Lewinsohn, P.M. (1992). Suicidal attempts among older adolescents: Prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 655-662.
- Anthonijz, I., Spruijt, E. & Zwikker, N. (2015). *Richtlijn Scheiding en problemen van jeugdigen*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging voor pedagogen en onderwijskundigen.
- American Psychiatric Association (2003). *Practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental health disorders (5th ed)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- 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.
- Bassett, H., Lampe, J. & Lloyd, C. (1999). Parenting: experiences and feelings of parents with a mental illness. *Journal of Mental Health*, 8 (6), 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., Wright E.J., Salt P., Drezner K., Gladstone T.R., Versage E.M. & Rothberg P.C. (1997) Examination of children's responses to two preventive intervention strategies over time. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 Feb;36(2):196-204.
- Beautrais, A.L. (2003). Life course factors associated with suicidal behavior in young people. *American Behavioral Scientist*, 46, 1137.
- Beautrais, A.L., Joyce, P.R. & Mulder, R.T. (1996). Risk factors for serious suicide attempts among youth aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1174-1182.
- Beijers, F., Bellemakers, T., Senders, A. & Veldhoen, N. (2010). *Lijst voor Screening en Interventie Keuze*. Utrecht: Landelijk Preventie Platform KOPP/Trimbos-instituut.
- Berg, M.P. van den (2006). *Parental Psychopathology and the Early Developing Child: The Generation R. Study [dissertation]*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Bergh, B.R.H. van den, Calster, B. van, Smits, T., Huffel, S. van & Lagae, L. (2008). Antenatal maternal anxiety is related to HPA-axis dysregulation and self-reported depressive symptoms in adolescence: A prospective study on the fetal origins of depressed moods. *Neuropsychopharmacology*, 33 (3), 536-545.
- Bergh, B.R.H. van den, 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 (2), 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.
- Bijleveld, C.C.J.H. & Wijkman, M. (2009). Intergenerational continuity in convictions: A five-generation study. *Criminal Behavior and Mental Health*, 19, 142-155.
- Bosch, A., Riebschleger, J. & Loon, L. van (2017). Dutch youth of parents with a mental illness reflect upon their feelings of guilt and shame. *International Journal of Mental Health Promotion*, 19(3), 159-172. <https://doi.org/10.1080/14623730.2017.1315955>.
- 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: Trimbos-instituut.
- Bool, M., Zanden A.P. van der & Smit, F. (2007). *Kinderen van ouders met psychische problemen. Factsheet preventie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bowlby, J. (1960). Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood. *Psychoanal. St. Child*, 15:9-52.
- Bowlby, J. (1961). Processes of mourning. *International Journal of Psycho-Analysis*, 42 (4-5), 317-40.
- 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., Lambregtse-van den Berg, M.P. & Tiemeier, H. (2013). Trajectories of maternal depressive symptoms predict child problem behaviour: The Generation R Study. *Psychological Medicine*, 43, (1), 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(2), 283-300.
- Clarke, G.N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W. et al. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 58 (12), 1127-1134.
- Comensa, factsheet kindcheck.
- Cowie, Z. (2017). A study of the narratives of adults who grew up with seriously mentally distressed parents, (October).
- 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 (1), 45-68.
- Doesum, van, K.T.M., Frazer, W. & Dhondt, M. (1995). Kinderen van ouders met psychiatrische problemen. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid/Landelijk ondersteuningspunt preventie.
- Downey, G. & Coyne, J.C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76.
- Earley, L. & Cushman, 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 (6), 943-955.
- Ende, P.C. van der & Venderink, M.M. (2006). Steun voor ouders met psychiatrische beperkingen. Groningen: Lectoraat Rehabilitatie Hanzehogeschool & Censor GGZ.
- Eyden, J., Winsper, C., Wolke, D., Broome, M.R. & MacCallum, F. (2016). A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: Potential mechanisms and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 47, 85-105.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.002>
- Farrington, D.P., Coid, J.W. & Murray, J. (2009). Family factors in the intergenerational transmission of offending. *Criminal Behavior and Mental Health*, 19, 109-124.
- 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.
- Foster, K.N. (2010). "You'd think this roller coaster was never going to stop": Experiences of adult children of parents with serious mental illness. *Journal of Clinical Nursing*, 19(November). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03293.x>
- 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, UK: Elsevier.
- Graaf, R. de, Have, M.L. ten & Dorsselaer, S. van (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2: opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Goedhart, F.G. & Groeneweg, D.Y. (2015). Kwaliteitscriteria KOPP/KOV. Utrecht: Labyrint-In Perspectief.
- Goodman, S.H. & Gotlib, I.H. (2002). Children of depressed parents: Mechanism of risk and implications for treatment. Washington, DC: American Psychological Association.
- Goossens, F.X. & Zanden, R. van der (2012). Factsheet KOPP/KOV. Kinderen van ouders met psychische problemen. Kinderen van Ouders met verslavingsproblematiek. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 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 Adolescence Psychiatry*, 33, 1265-1274.
- Gould, M.S., Marrocco, F.A., Kleinman, M., Thomas, J.G., Mostkoff, K., Cote, J. & Davies, M. (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 293 (13), 1635-1643.
- Graaf, R. de, Have, M.L. ten & Dorsselaer, S. van (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2: opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Havinga, P.J., Boschloo, L., Bloemen, A.J.P., Nauta, M.H., Vries, S.O. de, Penninx, B.W.J.H., ... Hartman, C.A. (2017). Doomed for disorder? High incidence of mood and anxiety disorders in offspring of depressed and anxious patients: A prospective cohort study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 78(1), e8-e17.
<https://doi.org/10.4088/JCP.15m09936>
- Hemert, A.M. van, Kerkhof, A.J.F.M., Keijser, J. de, Verwey, B., Boven, C. van, Hummelen, J.W., Groot, M.H. de, Lucassen, P., Meerdinkveldboom, J., Steendam, M., Stringer, B. & Verlinde, A.A. (2012). Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom.
- 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: WRR / University Press.
- 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.

- 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 (3), 250-263.
- Hoving, T. & Mansom, O. van (2012). Beeld en taal zijn samen sterker – een combinatie van beeldende therapie en systeemtheorie in de verslavingszorg. *Tijdschrift voor Vaktherapie* 2012/1 jaargang 8.
- Ince, D. & Zoon, M. (2013). Wat werkt bij opzettelijke zelfbeschadiging? Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut (Nji).
- Ivarsson, T., Larsson, B. & Gillberg, C. (1998). A 2-4 year follow-up of depressive symptoms, suicidal ideation, and suicide attempts among adolescent psychiatric inpatients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(2), 96-104.
- 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.
- 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.
- 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(6), 61-659.
- Kool, N., Pollen, W., Meijel, B. van (2010). Zelfbeschadigend gedrag, klinische les. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 154, A1730.
- Kroll, B. (2004). Living with an elephant: Growing up with parental substance misuse. *Child and Family Social Work*, 9, 129-140.
- Lange, M. de, Matthys, W., Foolen, N., Addink, A., Oudhof, M. & Vermeij, K. (2013). Richtlijn Ernstige gedragsproblemen. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging voor 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 (3), 312-324.
- Lantinga, R. (2012). "Zorg dat je de stenen achter op je pad opruimt, anders struikelen je kinderen er over"; Transgeneratiele delinquentie en de invloed van een klinische gezinsbehandeling. Rijksuniversiteit Groningen, Masterscriptie. Opleiding Sociologie Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen.
- 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(1), 63-78.
- Luoma, I., Tamminen, T., Kaukonen, P., Laippala, P., Puura, K., Salmelin, R. et al (2001). Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal of the American Academy of Child & Adolescence Psychiatry* 40: 1367-1374.
- Luoma, J.B., Kohlenberg, B.S., Hayes, S.C., Fletcher, L. (2012). *J. Consult. Clin. Psychol.* 80, 43–53.
- Maaten, M. van der (2017). Van kindsbeen af, overzicht en advies transgeneratiele verslavingszorg, Resultaten scoren, Trimbos-instituut, Verslavingspreventie Nederland.
- Malekpour, M. (2007). Effects of attachment on early and later development. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 53, 81-95.
- Man, H., Lai, X., Cleary, M., Sitharthan, T. & Hunt, G.E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990 – 2014 : A systematic review and. *Drug and Alcohol Dependence*, 154, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.05.031>.
- McLaughlin, K.A., Gadermann, A.M., Hwang, I., Sampson, N.A., Al-Hamzawi, A., Andrade, L.H., Angermeyer, M.C. et al. (2012). Parent Psychopathology and Offspring Mental Disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 200(4), 290-299.
- 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(6), 1116-1122.
- Merkus, M., Nijsten, H., Cloudt, A., Verschuren, M. & Weltevrede, M. (1994). KOPP-Signalenkaart. Roermond: RIAGG Midden-Limburg.
- Mierlo, F. van, Michielsen, M., Buysse, M. de, Rooijakkers-Segers, G. (1999).
- Passend geven en nemen: in M. Michielsen, M. van Mulligen, L. Hermkens (red.), *Leren over leven in loyaliteit*. Over contextuele hulpverlening. Leuven: Acco.
- 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: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Murphy, G., Peters, K., Wilkes, L. & Jackson, D. (2016). Issues in Mental Health Nursing Adult Children of Parents with Mental Illness: Losing Oneself . Who am I? Adult Children of Parents with Mental Illness: Losing Oneself. Who am I? *Issues in Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1178359>
- 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(9), 997-1017.
- Neger, E.N. & Prinz, R.J. (2015) Interventions to address parenting and parental substance abuse: conceptual and methodological considerations. *Clin Psychol Rev.* 2015 Jul;39:71-82. doi: 10.1016/j.cpr.2015.04.004. Epub 2015 Apr 24.

- 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.
- Nock, M.K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363.
- Pompili, M., Mancinelli, I., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2004). Suicide in anorexia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 36 (1), 99-103.
- Nuijen, J. (red.) (2010). *Trendrapportage GGZ 2010. Deel 2 toegang en zorggebruik*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Muehlenkamp, J.J. (2006). Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 28(2), 166-185.
- Östman, M. (2008). Interviews with children of persons with a severe mental illness - Investigating their everyday situation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 354-359.
- Park, S. & Schepp, K.G. (2015). A Systematic Review of Research on Children of Alcoholics: Their Inherent Resilience and Vulnerability. *Journal of Child and Family Studies*, 24(5), 1222–1231. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9930-7>.
- Polderman, N., M.G. Kellaert-Knol & G.J.J.M. Stams (2011). The basic trust method: an attachment-based specialized form of VIG. In H. Kennedy, M. Landor & L. Todd (Eds.), *Video interaction guidance: a relationshipbased intervention to promote attunement, empathy and wellbeing* (pp.224-227). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Raikonen, 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(6), 590-603.
- Rasic, D., Hajek, T., Alda, M. & Uher, R. (2014). Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: A meta-analysis of family high-risk studies. *Schizophrenia Bulletin*, 40(1), 28–38. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt114>.
- Ravelli, A., Bijl, R.V. & Zessen, G. van (1998). Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking; resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 531-544.
- Rexwinkel, M., Schmeets, M., Pannevis, C. & Derkx, B. (2011). *Handboek Infant Mental Health Inleiding in de ouder-kindbehandeling*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Romijn, G., Graaf, I. de & Jonge, M. de (2010). *Kwetsbare kinderen. Literatuurstudie over verhoogde risicogroepen onder kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 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: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Santvoort, F. van, Hosman, C., Doesum, K. van & Janssens, J. (2011). Preventie programma KOPP/KOV onder vuur. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 1, 16-19.
- 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(2), 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 Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Een bijdrage uit de Psychiatrische Casusregisters Rijnmond, Zuid-Limburg en Noord-Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 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: Trimbos-instituut.
- 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: Praktikon BV.
- Vink, R.M., Wolff, M. S. de, Broerse, A. & Kamphuis, M. (concept in ontwikkeling). *Richtlijn Kindermishandeling*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging voor pedagogen en onderwijskundigen.
- Wang, A.R. & Goldschmidt, V.V. (1994). Interviews of psychiatric inpatients about their family situation and young children. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 90 (6), 459-465.
- Wansink, H.J., Drost, R.M.W.A., Paulus, A.T.G., Ruwaard, D., Hosman, C.M. H., Janssens, J.M.A. M. & Evers, S.M.A.A. (2016). Cost-effectiveness of preventive case management for parents with a mental illness: a randomized controlled trial from three economic perspectives. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1498-z>.
- 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., Wickramaratne, P., Gameroff, M.J., Warner, V., Pilowsky, D.J., Gathibandhe Kohad, R., ... Talati, A. (2016). Offspring of Depressed Parents :

30 Years Later. American Journal of Psychiatry, 173:10, 1-9. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15101327>.

- 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: SDU.
- Wenselaar, L. (2015). Integrale hulpverlening aan ouders met psychiatrische en/of verslavingsproblemen en hun kinderen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media BV. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-0935-1>.
- Westermeyer, J., Yoon, G. & Thuras, P. (2006). Psychiatric morbidity and parental substance use disorder. American Journal of Drug & Alcohol Abuse, 32, 607-616.
- 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 (9), 933-942.
- Wilde, E.J. de, Spierings, F. & Nijon, S. (2012). Opzettelijke zelfbeschadiging. In T. Notten & F. Spierings (Ed.), Zorgen om de jeugd. Tussen paniek en passende voorzieningen (pp. 169-187). Den Haag: Boom Lemma.
- 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. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging voor pedagogen en onderwijskundigen.
- 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.
- 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 (5), e50.
- Zanden, R. van der, Havinga, P., Meije, D. & Meeuwissen, J.A.C. (2014). Onderbouwing Richtlijn KOPP voor jeugdhulp en jeugdbescherming. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging voor pedagogen en onderwijskundigen.
- Zanden, R. van der, Haverman, M. & Poel, A. van der (2016). Resultaten rondgang in de KOPP/KVO praktijk. Trimbos-Instituut. Utrecht.
- Zanden, A.P. van der, Meeuwissen, J.A.C., Havinga, P., Meije, D., Konijn, C., Beentjes, M.A., Besselink, R., Celi, P., Van Dijk-Hartkamp, J. Doesum, K.T.M., Meerendonk, M.G.J.A., Tesselar, S.G. & Hosman, C.M.H. (concept in ontwikkeling). Richtlijn Kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP). Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging voor pedagogen en onderwijskundigen.

9.2 Tabel 1: Mogelijke gevolgen voor kinderen in verschillende leeftijdsgroepen van het hebben van een ouder met psychische- of verslavingsproblemen

9.3 Tabel 2: Belangrijke signalen van KOPP/KOV-problematiek per leeftijdsgroep

9.4 Tabel 3: Overzicht van de belangrijkste risico- en beschermende factoren voor KOPP/KOV-kinderen

*In tabel 2 staan onder 'praktijk' de factoren die aanvullend zijn aangedragen door de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijn Kinderen van Ouders met Psychische Problematiek (KOPP) in de jeugdzorg of vanuit de Consultatiegroepen en commentaarrondes bij het ontwikkelen van deze KOPP/KOV Module

Bron: Goossens & van der Zanden (2012) en Hosman et al. (2009)

9.5 Tabel 4: Beschrijving interventies

9.5.1 1. Ouder-baby of Moeder-baby interventie

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 sterk 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.

9.5.2.2. VoorZorg

Conclusies

Onderzoek naar Voorzorg geeft goede aanwijzingen voor positieve effecten bij zwangere moeders en moeders met jonge kinderen op kindermishandeling, roken tijdens en na de zwangerschap, roken waar de baby bij is, frequentie en duur van borstvoeding en slachtofferschap van huiselijk geweld.

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.

9.5.3.3. Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP/Gezinsinterventie Beardslee

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 tenminste 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.

9.5.4.4. Online cursus KopOpOuders

Conclusies

Er zijn aanwijzingen dat de online cursus KopOpOuders gunstige veranderingen bewerkstelt op opvoedvaardigheden en opvoedcompetenties van de ouder(s). Dat geldt ook voor aspecten van probleemgedrag van het kind.

Aanbevelingen

De interventie KopOpOuders is aanbevolen in het vergroten van de opvoedcompetentie van ouders en partners van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen met minimaal één kind in de leeftijd van 1-18 jaar, met als doel bevorderen van het psychosociaal welbevinden van het kind/de kinderen.

9.5.5.5. Online cursus Kopstoring

Conclusies

Er zijn aanwijzingen dat de online cursus Kopstoring gunstige veranderingen bewerkstelt 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 tenminste 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.

9.5.6.6. KOPP-preventieprojecten: Doe-praatgroep & Pubergroep

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 de Doe-praatgroep, waaruit positieve effecten blijken.

Aanbevelingen

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

9.5.7 7. PIEP zei de muis

Conclusies

Er zijn aanwijzingen dat PIEP zei de muis gunstige veranderingen bewerkstelt 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.

9.6 Tabel 5: Screeningsinstrumenten en checklists

Hieronder volgt een overzicht van screeningsinstrumenten en checklists, die vanuit de beroepspraktijk naar voren zijn gebracht, en die relevant kunnen zijn bij het in kaart brengen van KOPP/KOV-problematiek. De betrouwbaarheid en validiteit staan, indien bekend, aangegeven in de tabel. Vragenlijsten die betrouwbaar en valide zijn bevonden verdienen de voorkeur.

KOPP/KOV-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; 2010)
- Vragenlijsten Gezin en Opvoeding (VGO) (Vermulst et al, 2011)
- Atypical Maternal Behaviour Instrument for Assessment and Classification (AMBIANCE) (Bronfman, E., et al 1991-2004)
- Modified Interaction Guidance (MIG)- opvolger van AMBIANCE (Benoit et al, 2008)
- Working Model of the Child Interview (WMI) (Benoit et al, 1997)
- Functional Emotional Assessment Scale (FEAS) (Greenspan & Wieder; DeGangi et al)
- Kids coping scale (KCS)

In onderstaande tabel 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.

9.6.1 Tabel: specifieke KOPP/KOV-checklist

9.6.2 Tabel: Screeningsinstrumenten - Kind

9.6.3 Tabel: Screeningsinstrumenten – Ouder

Voor het in kaart brengen van ouder-kind relatie, gezinssituatie en/of opvoedvaardigheden:

9.7 Tabel 6: Beschrijving Psycho-educatie

Toelichting op het overzicht van interactieve websites en voorlichtingsmateriaal.

9.7.1 Kopstoring

9.7.2 Kopopouders

9.7.3 Kipizivero

9.7.4 Forum voor volwassenen - Labyrint in Perspectief

9.7.5 Help mijn dierbare is verslaafd

9.7.6 Mantelzorg.nl

9.8 Samenstelling Werkgroep

Samenstelling werkgroep

De volgende organisaties

organisaties: LVVP, InEen en NVKG hebben afgezien van autorisatie.

De LVVP heeft besloten af te zien van autorisatie van Generieke Modules en Zorgstandaarden vanwege het ontbreken aan spelregels.

De prioriteit van Ineen ligt bij onderwerpen die betrekking hebben op bestuurlijke en organisatorische aspecten van eerstelijnszorg. Deze module is vooral zorginhoudelijk. Met de hoeveelheid zorgstandaarden en modules die op dit moment aan ons voorgelegd worden, zijn wij genoodzaakt prioriteiten te stellen. Wij zien daarom af van het beoordelen en autoriseren van deze module.

De NVKG heeft niet geparticipeerd in deze standaard en de inhoud hiervan is minder relevant voor de dagelijkse praktijk van de klinisch geriater; daarom heeft deze standaard de autorisatieprocedure van de NVKG niet doorlopen.

en personen hebben deelgenomen aan de werkgroep:

Betrokken partijen bij de tekst van 18 januari 2016

De eerste tekst is opgeleverd op 18 januari 2016 in het kader van de projecten van de Top20-agenda van PG werkt samen (een samenwerkingsverband van NPCF, Ieder(in), het Landelijk Platform GGZ en PGO support). Zorginstituut Nederland heeft deze Top20-agenda omarmd in haar Meerjarenagenda. PGO Support was de opdrachtgever.

De projectgroep bestond toen uit: Jolanda Meeuwissen; Rianne van der Zanden; Hedda van 't Land (allen Trimbos-instituut); Francisca Goedhart; Désiré Groeneweg (beiden Labyrint-In Perspectief); Hermien de Klijne, externe projectleider (De Klijne Advies)

De adviesgroep bestond uit: Marjon van den Meerendonk (NIP); Peter Erkelens (NVvP); Clemens Hosman (Emeritus hoogleraar preventieve geestelijke gezondheidzorg); Consultatiegroep (Labyrint in Perspectief, Balans, Stichting Borderline, LSOVD)

Bij de focusgroepen waren Leden van Labyrint-In Perspectief betrokken: Millie Ames Christine Boetès; Elly Punsellie; Liesbeth Schlichting. En overige partijen: Kris Vermeij (Balans); Jan Meijles (Ypsilon); Paul Ulrich (Stichting Borderline); Guus Verhoef (LSOVD)