



Programma Verslaving & Ouderschap (PVO)

Handboek voor professionals in de
verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg

Programma Verslaving & Ouderschap (PVO)

**Handboek voor professionals in de verslavingszorg en
geestelijke gezondheidszorg**

Colofon

Opdrachtgever en financier:

ZorgOnderzoek Nederland (ZonMw)

Auteurs:

Renske Spijkerman,
Mariken Müller,
Anke de Glopper,
Ellen Rosenberg,
Willemien Willems,
Vincent Hendriks

In samenwerking met:

Marina Geschiere,
Sandra Hekel,
Suzanne Bakker,
Sanne de Graaf

Met dank aan:

Marieke Broekman,
Lizan Kingma,
Susanne van Birgelen,
Henny Wansink,
Jeanne de Jong - Tummers

Eindredactie:

Mariët Hamer

Illustraties titelpagina en binnenwerk:

Docus Veldhuijzen van Zanten

ISBN-nummer:

978-90-819552-1-8

De uitgave is te downloaden via: www.brijderjeugd.nl en www.brijder.nl

(<http://brijderjeugd.nl/voor-professionals/publicaties.html>) / (<https://www.brijder.nl/wie-we-zijn/publicaties>)

Copyright

Niets van deze uitgave mag worden opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, getransformeerd tot software of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opname of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

© Brijder Verslavingszorg, Parnassia Addiction Research Centre (PARC), 2015

Dit project wordt mogelijk gemaakt door:



Inhoud

Hoofdstuk 1 - Het Programma Verslaving & Ouderschap (PVO) in vogelvlucht	5
1.1 Achtergrond en introductie	5
1.2 Aanleiding ontwikkeling PVO	7
1.3 Doelgroep	8
1.4 Doelstelling	9
1.5 Uitvoering en beleid	9
1.6 Eerste ervaringen en resultaten	9
Hoofdstuk 2 - PVO: De aanpak	12
2.1 PVO in concrete stappen	12
2.2 Uitwerking stap 1: Signalering opvoeders bij intake (Kindcheck)	16
2.2.1 Implementatie & uitvoering	16
2.2.2 Aandachtspunten, dilemma's	16
2.2.3 Casuïstiek	17
2.3 Uitwerking stap 2: Uitnodigen en informeren	18
2.3.1 Implementatie & uitvoering	18
2.3.2 Aandachtspunten, dilemma's	18
2.3.3 Casuïstiek	19
2.4 Uitwerking stap 3: PVO Inventarisatiegesprek(ken)	19
2.4.1 Implementatie & uitvoering	19
2.4.2 Aandachtspunten, dilemma's	24
2.4.3 Casuïstiek	25
2.5 Uitwerking stap 4: PVO Indicatieoverleg	28
2.5.1 Implementatie & uitvoering	28
2.5.2 Aandachtspunten, dilemma's	28
2.5.3 Casuïstiek	29
2.6 Uitwerking stap 5: PVO Adviesgesprek	30
2.6.1 Implementatie & uitvoering	30
2.6.2 Aandachtspunten, dilemma's	31
2.6.3 Casuïstiek	31
2.7 Uitwerking stap 6: PVO Interventie en doorverwijzing	32
2.7.1 Implementatie & uitvoering	32
2.7.2 Aandachtspunten, dilemma's	33
2.7.3 Casuïstiek	33
2.8 Uitwerking stap 7: Afsluiting en terugkoppeling	34
2.8.1 Implementatie & uitvoering	34
2.8.2 Casuïstiek	35

Hoofdstuk 3 - PVO kennis, houding en vaardigheden in de praktijk	36
3.1 Intro MGV, systemisch en herstelgericht werken	36
3.1.1 Motiverende Gespreksvoering	36
3.1.2 De systeembenadering	37
3.1.3 De herstelbenadering	39
3.2 Casus Jackie	41
Hoofdstuk 4 - Randvoorwaarden	46
4.1 Beroepsopleiding, training, bij-/nascholing	46
4.2 Implementatie en draagvlak	47
4.3 Samenwerking	48
4.4 Monitoring en kwaliteitsbewaking	49
4.5 Privacy	49
Hoofdstuk 5 - Achtergrond en theoretische onderbouwing	51
5.1 Achtergrond	51
5.2 Theoretische onderbouwing	53
5.2.1 PVO: signalering, probleeminventarisatie en doorverwijzing	54
5.2.2 De PVO-interventie 'in enge zin'	57
Literatuur	62
Bijlagen	69

Hoofdstuk 1 - Het Programma Verslaving & Ouderschap (PVO) in vogelvlucht

1. 1 Achtergrond en introductie

Dit handboek beschrijft een gestandaardiseerde werkwijze voor het tijdig signaleren, bespreekbaar maken en aanpakken van opvoedingsvragen en -problemen bij ouders die in zorg komen vanwege verslavingsproblematiek¹. De werkwijze is zowel gericht op het in beeld krijgen van de opvoedingsvragen en -ervaringen van de ouder die in zorg komt (de cliënt) als het, via deze ouder, zicht krijgen op de gezinssituatie en de ontwikkeling van hun kind(eren). Vervolgens wordt op basis van de inventarisatie een advies uitgebracht dat kan bestaan uit minimale, kortdurende, ondersteunende interventies, aangeboden vanuit de verslavingszorginstelling waar de cliënt in behandeling is, of een doorverwijzing naar passende zorg elders. De interventies kunnen gericht zijn op de ouder(s), het kind, of het systeem/gezin.

Bij cliënten binnen de verslavingszorg die kinderen hebben, zijn, in vergelijking met cliënten zonder kinderen, veelal andere of aanvullende drijfveren en hulpbehoeften aan de orde. Voor ouders met een verslaving kan het contact met hun kinderen en de wens om een goede ouder te zijn een belangrijke drijfveer zijn om het gebruik van alcohol en/of drugs te stoppen of aanzienlijk te verminderen en een behandeling succesvol af te ronden. De verantwoordelijkheid voor een kind kan echter ook extra spanning en zorgen met zich meebrengen. Schuldgevoelens over de nadelen die kinderen mogelijk hebben ervaren als gevolg van het middelengebruik van de cliënt en de wil om het goed te maken, kunnen tijdens de behandeling sterk opspelen en van invloed zijn op zowel het behandelproces als de opvoedingssituatie. De soms confronterende inzichten en uitdagingen die de cliënt tijdens een behandeling ervaart, kunnen ook hun weerslag hebben op de omgeving, waaronder de kinderen. Sommige cliënten zullen nadat ze zijn gestopt met gebruik, de ouderrol meer of beter willen oppakken en zich actiever bezig gaan houden met de opvoeding en ontwikkeling van hun kinderen of activiteiten binnen het gezin. Voor kinderen, partner en omgeving kan dit lastig zijn en weerstand oproepen; zeker wanneer zij lange tijd weinig tot geen betrokkenheid van de cliënt hebben ervaren en allerlei activiteiten en problemen zonder hem/haar hebben moeten regelen en oplossen. Ook kan het overmatige gebruik van de cliënt tot allerlei problemen en instabiliteit hebben geleid binnen het gezin. Het proces waarin de cliënt het contact weer opbouwt met zijn/haar kind(eren), partner en mogelijk andere belangrijke personen kan daarom voor alle partijen lastig zijn.

In de afgelopen decennia is bij professionals in de verslavingszorg het besef toegenomen dat extra aandacht en specifieke ondersteuning voor cliënten met kinderen van belang is om hen goede zorg te kunnen bieden. Daarnaast is binnen de gehele zorgsector toenemende bewustwording van de verhoogde risico's die kinderen van ouders met een verslaving en/of andere psychiatrische stoornis lopen ontstaan, alsmede het belang van tijdige interventie om (verdere) ontwikkeling van problemen bij deze kinderen te voorkomen. Ten slotte, hebben professionals van jeugd- en volwassenafdelingen ervaringen met ouderschap van cliënten en onderlinge familierelaties die erop wijzen dat aandacht voor ouderschap en afstemming tussen jeugd- en volwassenafdelingen van belang is.

Ingegeven door voorgaande overwegingen, raden diverse verslavingszorginstellingen hun cliënten met kinderen KOPP/KVO-groepen aan.

¹ Met verslavingsproblematiek wordt verwezen naar verslaving aan alcohol en/of drugs en naar gedragsmatige verslavingen zoals compulsief gamen, gok-, seks- en eetverslavingen.

Sommige verslavingszorginstellingen bieden hun cliënten met kinderen daarnaast een consultatiegesprek over de opvoeding en ontwikkeling van hun kinderen. Medewerkers van de afdeling Ouder & Kind van Brijder Verslavingszorg hebben deze vorm van consultatie op een aantal punten verder ontwikkeld, gestandaardiseerd en aangevuld. Volgens de ervaringen uit de praktijk biedt deze aangepaste interventie professionals meer handvaten om met ouders die in zorg komen in gesprek te gaan over de kinderen en samen met hen zicht te krijgen op hoe het met de kinderen en hun opvoeding gaat.

Landelijk worden interventies gericht op Kinderen van Verslaafde Ouders aangeduid met 'KVO'. Binnen Brijder Verslavingszorg werd voor dit type interventies aanvankelijk de afkorting 'PVO' (Programma Verslaafde Ouders) gehanteerd. Tijdens het opstellen van dit handboek is de naamgeving van de interventie regelmatig ter discussie gesteld. Op basis van verschillende overwegingen is uiteindelijk gekozen om de afkorting 'PVO' te handhaven maar de betekenis van de afkorting te wijzigen in 'Programma Verslaving & Ouderschap'. Indien PVO wordt toegepast binnen andere zorgsectoren dan de verslavingszorg kan PVO tevens worden aangeduid met de algemenere beschrijving 'Programma Voor Ouders' met hierop aanvullend de psychiatrische problematiek.

Voor zover ons bekend wordt het doorontwikkelde programma PVO vooralsnog alleen binnen Brijder Verslavingszorg toegepast. Deze kent de volgende structuur:

- 1) Signalering cliënten met kinderen bij intake (door coördinerend behandelaar)
- 2) Uitnodigen en informeren van deze cliënten (door coördinerend behandelaar)
- 3) PVO-inventarisatiegesprek(ken) over de opvoeding en ontwikkeling van de kinderen met aanvullende screening
- 4) PVO-indicatieoverleg
- 5) PVO-adviesgesprek
- 6) PVO-interventie en doorverwijzing
- 7) PVO- afsluiting en terugkoppeling

In de regel worden deze zeven stappen van een PVO-indicatie gevolgd; van belang is wel dat de onderdelen vloeiend in elkaar kunnen overlopen en dat sommige onderdelen gelijktijdig plaatsvinden. Zo kan tijdens de inventarisatiegesprekken al ruimte zijn voor het geven van psycho-educatie of opvoedadviezen en kan een PVO-indicatie ook zonder interventie worden afgesloten.

In de afgelopen jaren zijn uiteenlopende publicaties verschenen op het gebied van vroeg-detectie en opvoedingsondersteuning met betrekking tot kinderen van ouders met een psychiatrische stoornis en/of een verslaving, zoals de Handreiking casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders (Boel, 2003), de literatuurstudie 'Kwetsbare kinderen' van Romijn, De Graaf & De Jonge (2010), de JGZ-richtlijn voor opvoedingsondersteuning in de jeugdgezondheidszorg (Oudhof et al., 2013) en de concept-richtlijn KOPP in de jeugdzorg (Trimbos-instituut/Werkgroep RL KOPP in de jeugdzorg, 2013)². Daarnaast zijn interne documenten beschikbaar, zoals een rapport over de eerste ontwikkeling van het PVO-consult en de minimale opvoedingsinterventie binnen Brijder Verslavingszorg (Merckx, 2006) en een pilotstudie naar de vroegere minimale PVO-interventie (Cool & Müller, 2007). Een handboek over de recent aangepaste methodiek is nog niet voorhanden.

² Naar verwachting wordt de definitieve geautoriseerde versie van deze richtlijn in 2015 gepubliceerd.

Het ontbreken van een methodiekbeschrijving en de gunstige ervaringen die binnen Brijder Verslavingszorg zijn opgedaan met de aangepaste werkvorm voor PVO hebben aanleiding gegeven tot het schrijven van het onderhavige handboek. De meerwaarde van dit handboek wordt daarnaast ingegeven door het feit dat veel van de beschikbare documenten over vroegdetectie en opvoedondersteuning ontwikkeld zijn vanuit de jeugdsector, terwijl PVO is ontwikkeld vanuit de volwassenensector van de verslavingszorg. Dit levert belangrijke verschillen op in de manier van werken en hoe met de ouder(s) in gesprek wordt gegaan.

In tegenstelling tot de jeugdsector waar vanzelfsprekend de focus op het kind en het gezin ligt, is de volwassenenzorg in eerste instantie gericht op de volwassen cliënt. Vandaar dat in dit handboek meer aandacht wordt besteed aan hoe je binnen deze context het welzijn van het kind, de opvoedsituatie, en het gezin ter sprake en in kaart brengt. Daarbij vormen Motiverende Gespreksvoering (MGV) en een systeem- en een herstelgerichte benadering belangrijke uitgangspunten voor de werkzaamheden van een PVO-medewerker. In het handboek zullen deze in de hoofdstukken 3 en 5 aan de orde komen.

In het handboek worden de concrete stappen van PVO, de dilemma's, aandachtspunten en casuïstiek rond de toepassing van de onderdelen uit de interventie uiteengezet. Tevens wordt ingegaan op de onderliggende visie en theoretische onderbouwing van PVO. Bovendien beschrijft dit handboek met welke organisatorische aspecten en privacy aspecten rekening moet worden gehouden bij het komen tot afspraken over de signalering en doorverwijzing bij opvoedingsproblemen van ouders met verslavingsproblematiek.

In eerste instantie is het handboek bedoeld voor professionals in de verslavingszorg die PVO willen toepassen. Te denken valt aan behandelmedewerkers die met verslaafde ouders werken (en bijvoorbeeld KVO/PVO-gesprekken voeren), managers die overwegen deze of een soortgelijke interventie (beter) te implementeren en behandelaars die opvoedvragen en problemen beter zouden willen signaleren, bespreekbaar maken en doorverwijzen. De beschreven inzichten en aanwijzingen kunnen daarnaast relevant zijn voor professionals in de ggz, omdat er bij ggz-cliënten die kinderen hebben vergelijkbare opvoedingsvragen en -problemen kunnen spelen. Binnen de volwassenen-ggz zijn mogelijk soortgelijke interventies als het PVO in ontwikkeling of al beschikbaar maar op basis van onze literatuurstudie hebben we (nog) geen artikelen over de werkwijze van deze programma's kunnen vinden.

1.2 Aanleiding ontwikkeling PVO

Bij ouders die overmatig alcohol en/of drugs gebruiken kan de opvoeding en het welzijn van kinderen onder druk komen te staan (Solis, Shadur, Burns, & Hussong, 2012). De directe effecten van alcohol en drugs op het waarnemend vermogen, de stemming en het gedrag van ouders die deze middelen overmatig gebruiken en de met het middelengebruik gepaard gaande leefwijze kunnen (zeer) nadelig zijn voor het welzijn van kinderen. Daarnaast kunnen erfelijke belasting en schadelijke effecten van alcohol en drugs tijdens de zwangerschap (Testa, Quigley, Das Eiden, 2003) leiden tot een verhoogde kwetsbaarheid bij kinderen voor het ontwikkelen van een verslaving (Chassin, Pitts, DeLucia, & Todd, 1999) of andere psychiatrische stoornis (Connell & Goodman, 2002). Kinderen van ouders die overmatig alcohol en/of drugs gebruiken vormen zodoende een risicogroep bij wie vroegtijdige signalering en interventie kan leiden tot het voorkómen van problemen.

De precieze omvang van de groep kinderen met ouders die overmatig alcohol of drugs gebruiken, is niet bekend, maar volgens berekeningen op basis van gegevens uit het NEMESIS-onderzoek (De Graaf, Ten Have & Van Dorsselaer, 2010) zouden in Nederland naar schatting ruim 23.000 kinderen in de leeftijd tot 18 jaar een ouder met een alcohol- of drugsverslaving hebben. Deze schatting rekent echter alleen de ouders mee die

aan de criteria voor afhankelijkheid voldoen; indien tevens de criteria voor middelenmisbruik of probleemgebruik zouden zijn meegenomen, zou naar verwachting de schatting veel hoger uitvallen (Goossens & Van der Zanden, 2012).

Kinderen van ouders met overmatig middelengebruik kunnen op verschillende momenten gedurende hun levensloop bij instanties in beeld komen en die momenten vormen een mogelijk aangrijpingspunt om informatie te verkrijgen over hoe het met deze kinderen gaat. Eén van die momenten is wanneer de ouders bij een instelling voor verslavingszorg in behandeling komen. Dit biedt tevens de mogelijkheid om ouders extra aandacht en begeleiding te bieden bij de opvoeding en het contact met hun kind(eren).

Al sinds de jaren tachtig is vanuit het preventieveld een breed aanbod aan interventies ontwikkeld ter ondersteuning en bescherming van kinderen met ouder(s) die een psychische stoornis of verslaving hebben (Petilon, Van Doesum, & Windmeijer, 2010). Dit KOPP/KVO-programma heeft er mede voor gezorgd dat steeds meer aanbod en aandacht kwam voor deze doelgroep. Een belangrijk knelpunt voor het programma was het proces van doorverwijzing naar deze KOPP/KVO interventies (Van Doesum & Weikamp, 2003). Met name binnen de volwassenen GGZ en verslavingszorg werd onvoldoende doorverwezen naar het KOPP/KVO aanbod (Petilon et al., 2010). Alhoewel er binnen instellingen voor verslavingszorg wel afspraken bestonden over de begeleiding en opvoedingsondersteuning van moeders met een verslaving tijdens de zwangerschap en de geboorte en eerste levensjaren van het kind (Goossens & Van der Zanden, 2012; Bool, 2003) was er tot een paar jaar geleden nog geen sprake van een beleid gericht op het standaard aanbieden van opvoedondersteuning aan alle cliënten die zorgdragen voor minderjarige kinderen. De diverse interventies die beschikbaar waren voor cliënten met kinderen, zoals minimale interventies gericht op opvoedingsondersteuning, ouder- en KOPP/KVO-groepen, casemanagement en klinische programma's gericht op begeleiding van moeders met jonge kinderen, werden wel aangeboden, maar dit gebeurde veelal op inzicht van de behandelaar of op aanvraag van de cliënt zelf.

Met de invoering van de zogenoemde [Kindcheck](#) (AUGEO, 2013; Dekker, Haagmans, Al, & Mulder, 2014) als onderdeel van de [Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling](#) (Samenwerkend Toezicht Jeugd, 2013), is er binnen Brijder Verslavingszorg en ook binnen andere instellingen de mogelijkheid ontstaan om op een meer gestructureerde manier aandacht te besteden aan ouderschap bij cliënten, hen indien nodig daarin ondersteuning te bieden en eventuele problemen in de opvoedsituatie of bij de ontwikkeling van de kinderen te signaleren en aan te pakken. Daarnaast zijn er vanuit het Programma Vroegdetectie en -interventie van de Parnassia Groep, waarvan Brijder Verslavingszorg onderdeel is, betere afspraken en voorwaarden gekomen voor het signaleren en ondersteunen van kinderen van patiënten (Willems, 2013). Dit heeft mede geleid tot verdere aanpassingen en verbeteringen van het PVO.

1.3 Doelgroep

De doelgroep van PVO bestaat uit alle cliënten die zorgdragen voor minderjarige kinderen³ die in behandeling komen bij een instelling voor verslavingszorg en/of cliënten (ook wanneer zij niet-gezaghebbend ouder zijn) met vragen rondom de opvoeding/verzorging van hun kind(eren) en/of cliënten bij wie zorgelijke signalen worden geconstateerd rondom de ontwikkeling van hun kind(eren) of de veiligheid van kinderen.

³ Sommige instellingen, waaronder Brijder Verslavingszorg, bieden zorg aan kinderen van 0-23 jaar in plaats van 0-18 jaar omdat in Nederland een groot aantal jongeren van 18-23 jaar op die leeftijd nog thuis bij de ouders woont.

1.4 Doelstelling

Het doel van PVO is tweeledig:

Cliënten die zorgdragen voor minderjarige kinderen tijdens de behandeling in hun ouderrol ondersteunen en hun opvoedingsvragen en -problemen zo goed mogelijk beantwoorden en met hen aanpakken.

Het in kaart brengen van zorgelijke signalen die wijzen op een ongunstige of problematische opvoedsituatie en ontwikkeling van kinderen van cliënten, het bespreken van deze signalen met de cliënt en er in samenspraak voor zorgen dat het kind en de ouder adequate hulp krijgen.

1.5 Uitvoering en beleid

Het PVO vergt specifieke expertise voor het bespreekbaar maken van het thema kind(eren) en opvoeding bij cliënten, het zicht krijgen op de omstandigheden rond de opvoedsituatie en het welzijn van de kinderen, het indiceren van en doorverwijzen naar extra begeleiding en/of interventies en het afstemmen met en communiceren van deze adviezen naar de cliënt en diens behandelaar. Daarnaast is van belang dat PVO-professionals goed samenwerken en afstemmen met andere instellingen die betrokken zijn bij de cliënt en zijn/haar gezin, zoals Centrum voor Jeugd & Gezin (CJG), Bureau Jeugdzorg, en Veilig Thuis⁴. Vandaar dat voor de uitvoering van PVO medewerkers nodig zijn die niet alleen over voldoende kennis en ervaring beschikken voor wat betreft de begeleiding en opvoedingsondersteuning aan ouders met overmatig alcohol- en/of drugsgebruik en eventueel andere psychische stoornissen, maar tevens geschoold zijn in motiverende gespreksvoering en systeembenadering en systeemgericht werken.

Naast goede professionals die PVO uitvoeren, is het van belang dat alle intake-, coördinerende- en hoofdbehandelaren van de instelling bereid en in staat zijn om standaard op een zorgvuldige wijze cliënten te vragen naar hun ouderschap en hen in te lichten over het beleid van de instelling waarbij ouders die zorg dragen voor kinderen van 0-23 jaar standaard een PVO-consult krijgen aangeboden. Dit draagvlak voor en de inbedding van het PVO binnen de organisatie vormt een cruciale voorwaarde voor het bereik en de effectiviteit van dit programma. Afstemming tussen PVO-professionals en coördinerende behandelaars dient regelmatig plaats te vinden, zodat coördinerende behandelaars aandacht blijven houden voor kind- en opvoedgerelateerde zaken die tijdens de behandeling naar boven kunnen komen en hun cliënten indien nodig tijdig doorverwijzen naar een PVO-medewerker.

Ten slotte is van belang dat er binnen de instelling heldere afspraken en procedures zijn vastgelegd en geïmplementeerd omtrent taakverdeling, communicatie en afstemming, privacy van gegevens en crisis-/risicosituaties. In hoofdstuk 3 komen bovenstaande punten met betrekking tot scholing en beleid verder aan de orde.

1.6 Eerste ervaringen en resultaten

Zoals werd vermeld in voorgaande paragraaf, bouwt het PVO voort op eerdere projecten ontwikkeld bij Brijder Verslavingszorg (Merkx, Admiraal & Walhout, 2002; Merkx, 2006; Cool & Müller, 2007) en sluit het aan bij andere initiatieven uit de jeugdzorg (Trimbos-instituut/ Werkgroep Richtlijn KOPP in de jeugdzorg, 2013) en volwassenen-ggz (Wansink, Hosman, & Verdoold, 2010). Op een aantal punten onderscheidt het huidige PVO zich van deze andere initiatieven en interventies:

⁴ Vanaf 1 januari 2015 wordt het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) en Steunpunt Huiselijk Geweld (SHG) samengevoegd tot één bovenlokaal advies- en meldpunt, namelijk 'Veilig Thuis' Zie: AMHK - Voor de Jeugd.

- 1) Vergeleken met eerdere initiatieven is de aandacht voor ouderschap bij cliënten in het huidige PVO veel breder en beter ingebed in het zorgprogramma van de instelling door:
 - a. De standaardtoepassing van de Kindcheck als eerste screening, waardoor alle cliënten die zorgdragen voor kind(eren) en ouders die zelf vragen hebben rondom ouderschap standaard een gesprek met een PVO-medewerker aangeboden krijgen.
 - b. Het gegeven dat elke PVO-medewerker onderdeel uitmaakt van een regulier behandelteam en op standaardtijden op de behandelafdeling aanwezig is. Hierdoor kunnen behandelaars en PVO-medewerkers makkelijker afstemmen, doorverwijzen en adviseren.
 - c. Het gegeven dat PVO een volwaardig onderdeel⁵ vormt van de behandeling van ouders die in zorg komen vanwege overmatig middelengebruik en/of een psychische stoornis. Dit houdt in dat wanneer een cliënt wordt doorverwezen naar het PVO er een aparte zorgtoewijzing plaatsvindt en er tevens sprake is van gedeelde dossiervoering waarbij de PVO-medewerker een verslag over de voortgang van het PVO in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) opneemt. Tevens is het van belang dat het PVO door medewerkers vanuit één gespecialiseerd team wordt aangeboden en dat deze medewerkers daarnaast onderdeel zijn van de reguliere ambulante teams.
Hierdoor is specialistische kennis beschikbaar en is binnen de reguliere behandeling de aandacht voor ouderschap, opvoedvragen en veiligheid in gezinssituaties gewaarborgd.
Door deze manier van werken wordt de aandacht voor en ondersteuning van het ouderschap van cliënten veel meer als integraal onderdeel van de behandeling beschouwd en komt het belang en de meerwaarde van het PVO beter in het vizier van de (coördinerend) behandelaar.
- 2) Binnen het huidige PVO is meer nadruk komen te liggen op de inzet van multidisciplinaire expertise en het eventueel betrekken van externe specialisten. Problemen of vragen van cliënten met kinderen lopen uiteen van relatief eenvoudige opvoedvragen tot moeilijk te duiden problematiek bij het kind of complexe problemen binnen het systeem. Door in het kader van het PVO een multidisciplinair team in te zetten, met expertise op de meest voorkomende problematiek, worden cliënten naar verwachting beter geholpen. De ervaringen van de afgelopen jaren wijzen uit dat naast expertise op het gebied van ouderschap en verslaving (of de psychische stoornis) tevens expertise nodig is op het gebied van systeemtherapie en systeemgericht werken, Motiverende Gespreksvoering (MGV), herstelgericht werken, de sociale kaart en samenwerkingsverbanden, opvoedingsondersteuning, orthopedagogiek, kinder- en jeugdpsychiatrie, en klinische psychologie.
- 3) Een belangrijk verschil tussen het huidige PVO en eerdere en soortgelijke initiatieven is het gebruik van een screeningslijst om psychosociale problematiek bij (het) kind(eren) van cliënten te signaleren en over de informatie uit de screeningslijst, zoals de SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire), met ouder(s) in gesprek te gaan.

Uit interviews en gesprekken met PVO-medewerkers komt naar voren dat de ervaringen met deze vernieuwde werkwijze tot nu toe positief zijn.

In de afgelopen jaren is het aantal doorverwijzingen naar het PVO binnen Brijder Verslavingszorg toegenomen en worden PVO-medewerkers veel vaker door behandelaren en externe collega's geconsulteerd. Van cliënten horen PVO-medewerkers aan het eind van het eerste PVO-gesprek vaak terug dat ze opgelucht zijn met iemand te kunnen praten over hun kind(eren). Zij voelen zich begrepen en niet gelijk beoordeeld. Ook

⁵ Binnen het systeem van Brijder Verslavingszorg wordt dit een 'bouwsteen' genoemd.

zijn er cliënten die aanvankelijk met wantrouwen en/of weerstand op het PVO-consult komen en in eerste instantie afzien van verdere contacten, maar op een later moment in hun behandeling, zelf om een gesprek met een PVO-medewerker vragen. In crisissituaties van cliënten waarbij hun kind(eren) aanwezig zijn, wordt vaak de hulp en bemiddeling ingeroepen van PVO-medewerkers, om te zorgen dat het kind wordt opgevangen en de juiste hulp krijgt. Ten slotte blijken cliënten die PVO krijgen aangeboden vaak vragen en zorgen te hebben over hoe het met hun kind gaat. Het gebruik van een screeningsinstrument, zoals de SDQ, wordt door PVO-medewerkers als zeer bruikbaar ervaren om ouders aanknopingspunten te geven om hier beter naar te kijken en eventuele zorgen en problemen in kaart te brengen.

Behalve deze anekdotische ervaringen is nog geen systematisch onderzoek verricht naar de effecten en ervaringen van het PVO. Momenteel wordt binnen Brijder Verslavingszorg een studie uitgevoerd waarin de ervaringen van cliënten met het PVO systematisch in kaart worden gebracht.

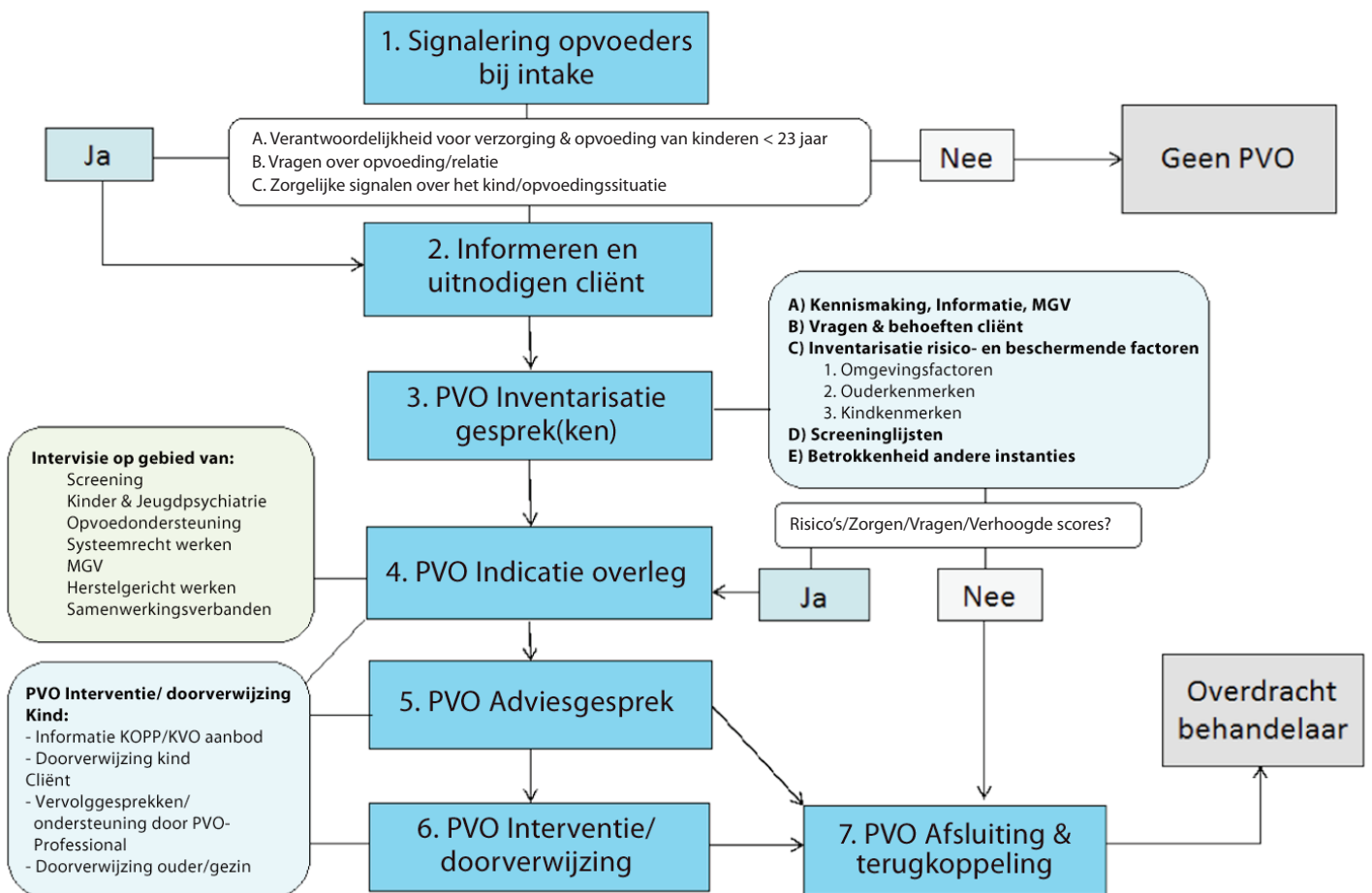


Hoofdstuk 2 - PVO: de aanpak

2.1 PVO in concrete stappen

Het PVO bestaat uit zeven concrete stappen, die in deze paragraaf kort worden toegelicht. In figuur 1 worden de stappen schematisch weergegeven. In de paragrafen 2.2 t/m 2.8 wordt, onder andere aan de hand van casuïstiek, nader ingegaan op elk van deze stappen en op de mogelijke dilemma's hierbij.

Figuur 1. Stappenschema



Stap 1. Signalering opvoeders bij intake

Vanaf het moment dat cliënten in behandeling komen bij een GGZ-instelling, inclusief de verslavingszorg, zijn medewerkers per 1 juli 2013 wettelijk verplicht om, als onderdeel van de Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling, de zogenoemde Kindcheck uit te voeren. Deze check is gericht op het eerder en beter signaleren en voorkómen van schadelijke en onveilige situaties voor kinderen onder risicogroepen zoals ouders met psychische problemen en/of verslaving.

Globaal gaat het bij de Kindcheck om twee vragen:

- 1) Is de cliënt zwanger en/of verantwoordelijk voor de verzorging of opvoeding van (een) minderjarige(n)?⁶
- 2) Zijn er signalen die wijzen op een onveilige of schadelijke situatie(s) voor het kind?

De vragen van de Kindcheck vormen tevens het vertrekpunt voor het PVO, maar de indicatie voor het PVO is breder. Ook vragen van de cliënt over de opvoeding of verzorging van minderjarigen zijn uitdrukkelijk redenen om PVO aan te bieden.

Zonder één of meerdere van deze indicaties is het PVO niet van toepassing.

Behalve de verplichte Kindcheck verdient het aanbeveling om cliënten een paar aanvullende vragen te stellen die hen uitnodigen om wat meer te vertellen over hun ervaringen en behoeften rond de opvoeding en het welzijn van hun kinderen (zie bij voorbeeld de gestandaardiseerde vragenlijst 'Vroegdetectie bij kinderen van patiënten' die bij zorgbedrijven van de Parnassia Groep tijdens de intake wordt toegepast, bijlage 1). Deze aanvullende vragen leveren niet alleen relevante informatie op maar zorgen er ook voor dat het gesprek met de cliënt vanuit een breder perspectief wordt gevoerd en niet enkel gefocust is op signalering van onveilige opvoedsituaties en kindermishandeling.

Stap 2. Uitnodigen en informeren cliënt

Indien sprake is van een indicatie voor het PVO, wordt de cliënt geïnformeerd over het doel van het PVO en uitgenodigd voor een gesprek met een PVO-medewerker. PVO wordt aangeboden als een behandelonderdeel dat de cliënt vrijwillig maar niet vrijblijvend kan volgen. De indicatie en informatie over het PVO worden zowel mondeling door de coördinerend behandelaar met de cliënt besproken als schriftelijk uitgelegd in een brief die aan de cliënt wordt meegegeven. In de brief wordt de cliënt uitgenodigd om eventueel diens partner mee te nemen naar het gesprek.

Stap 3. PVO Inventarisatiegesprek(ken)

Om inzicht te verkrijgen in de opvoedingssituatie, het welzijn van het kind of de kinderen en de daaraan gerelateerde vragen en behoeften van de cliënt heeft de PVO-professional één of meerdere inventarisatiegesprekken met de cliënt. Voorafgaand aan deze gesprekken wordt dossieronderzoek verricht. Het eerste inventarisatiegesprek omvat tevens de kennismaking met de cliënt en eventuele partner of co-ouder. Bij aanvang geeft de PVO-professional informatie over het doel en de opzet van de PVO-gesprekken, wat mogelijke uitkomsten kunnen zijn en hoe er met vertrouwelijke informatie van de cliënt en zijn omgeving wordt omgegaan. De aandacht voor ouderschap binnen het behandelproces dient op een prettige, opbouwende manier bespreekbaar te worden gemaakt en de toegevoegde waarde van het PVO dient helder uitgelegd te worden.

⁶ Sommige instellingen, waaronder Brijder Verslavingszorg, houden voor de Kindcheck niet 0-18 jaar maar 0-23 jaar aan als leeftijdsgrens omdat in Nederland een groot aantal jongeren van 18-23 jaar op die leeftijd nog thuis bij de ouders woont (zie Figuur 1, stroomdiagram PVO).

Voor de opbouw van een goede samenwerking en vertrouwensrelatie met de cliënt is het van belang dat de PVO-medewerker bekwaam is in Motiverende Gespreksvoering (MGV) (zie voor verdere toelichting Hoofdstuk 3).

Allereerst komen de vragen en behoeften van de cliënt en eventuele partner of co-ouder rondom het ouderschap aan bod.

Daarnaast dient de PVO-professional zicht te krijgen op de algehele opvoedingssituatie en het welzijn van het kind of de kinderen. Daarbij staat de vraag of het kind veilig is en voldoende basale zorg ontvangt, voorop. Deze punten worden zoveel mogelijk als eerste gecheckt. De PVO-medewerker controleert of er mogelijk sprake is van acute bedreigingen voor de ontwikkeling van het kind van de cliënt, of er uit de omgeving signalen zijn dat het kind momenteel in gevaar is, en of andere instanties zoals Veilig Thuis⁷ of Bureau Jeugdzorg bij de gezinssituatie betrokken zijn. Indien sprake is van acute zorgelijke signalen, dan bespreekt de PVO-medewerker dit direct met de cliënt en onderneemt actie, zoveel mogelijk in samenspraak met de cliënt, en de coördinerend en/of hoofdbehandelaar.

Vervolgens wordt de aanwezigheid van (andere) risico- en beschermende factoren in kaart gebracht. Deze kunnen betrekking hebben op kenmerken, problemen en het (opvoedings)gedrag van de ouder(s), maar ook op kenmerken, problemen en het gedrag van het kind of de kinderen. Voor het inventariseren van de risico- en beschermende factoren kunnen gestandaardiseerde checklists en screeningslijsten behulpzaam zijn. Het gebruik van deze lijsten ten behoeve van het PVO wordt nader toegelicht in paragraaf 2.4.

Ten slotte is van belang in kaart te brengen of en welke andere instellingen betrokken zijn bij de opvoedingssituatie van de cliënt.

Stap 4. PVO Indicatieoverleg

Tijdens het indicatieoverleg, waaraan alle PVO-medewerkers en een hoofdbehandelaar deelnemen, wordt een advies geformuleerd dat globaal uit één van de volgende drie opties bestaat: 1) geen verdere ondersteuning, 2) ondersteuning door een PVO-medewerker, 3) doorverwijzing naar ondersteuning elders. Bij verdere ondersteuning vanuit het PVO of bij een doorverwijzing bevat het advies daarnaast een specifiekere beschrijving over de ondersteuning die wordt aangeboden of naar welke instelling en type hulpverlening wordt doorverwezen.

Om tot een zorgvuldig advies te komen, worden de verkregen gegevens en daaruit voortvloeiende aanbevelingen omtrent opvoedingsondersteuning, begeleiding en interventies met de deelnemers aan het indicatieoverleg uitgewisseld. Daarnaast bestaat de mogelijkheid om eventuele kanttekeningen, twijfels en dilemma's te bespreken. Professionals met aanvullende expertise, zoals een kinder- en jeugdpsychiater, worden, indien nodig, geconsulteerd. Na intercollegiale toetsing wordt een advies geformuleerd aan de cliënt waarin, indien er screeningslijsten zijn afgenomen, ook de uitslag en interpretatie van de screeningslijsten worden meegenomen.

Stap 5. PVO Adviesgesprek

In de regel wordt het advies dat is voortgekomen uit de inventarisatiegesprekken pas na intercollegiale

⁷ Sinds 1 januari 2015 zijn het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) en het Steunpunt Huiselijk geweld (SHG) samengevoegd tot het Advies- en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling onder de naam 'Veilig thuis'.

toetsing aan de cliënt teruggekoppeld. Bij sommige cliënten wordt tijdens de inventarisatiegesprekken echter al duidelijk dat er voldoende ondersteuning rond de opvoedingssituatie en het welzijn van het kind aanwezig is. In dat geval kan in samenspraak met de cliënt het PVO al na afloop van de inventarisatie worden afgesloten. Mocht later in de behandeling van de cliënt nog aanleiding zijn voor één of meerdere gesprekken met een PVO-professional, dan is dit vanzelfsprekend mogelijk.

In het PVO adviesgesprek koppelt de PVO-medewerker de bevindingen vanuit het indicatieoverleg terug aan de cliënt en aan de eventueel aanwezige partner, co-ouder en/of het kind. Het is hierbij van belang dat de PVO-medewerker met de betrokkene(n) nagaat of zij zich herkennen in de teruggekoppelde informatie. Eventuele verschillen in perspectief (bijvoorbeeld tussen ouder en kind of cliënt en co-ouder) dienen besproken te worden. Op basis van de verdere bevindingen tijdens dit gesprek, geeft de PVO-medewerker het advies omtrent eventuele opvoedingsondersteuning, begeleiding of interventies.

Stap 6. PVO Interventie en doorverwijzing

De PVO-interventie kan op twee manieren worden gedefinieerd. De complete PVO- interventie verwijst naar het hele PVO-programma met alle daartoe behorende stappen, zoals signalering, inventarisatie, advies, interventie en/of doorverwijzing en afsluiting. De kortdurende interventie verwijst naar de opvoedingsondersteuning die de PVO –medewerker zelf op basis van het verkregen advies uit het indicatieoverleg verricht bij de cliënt waarbij de focus op het omgaan met verslaving en ouderschap ligt. Deze bestaat uit vervolgesprek(ken), eventueel met een huisbezoek, waarin psycho-educatie en opvoedingsondersteuning wordt gegeven.

Naast de ondersteuning die PVO-medewerkers zelf verrichten, is er de mogelijkheid om cliënten en/of hun kind(eren) door te verwijzen. Het interventie-aanbod waarnaar kan worden doorverwezen is divers en richt zich op hulp aan de ouder(s), het gezin of het kind. De hulp aan de ouder(s) of het gezin kan bestaan uit: een oudercursus, systeem- of partnerrelatietherapie binnen de verslavingszorginstelling, het (online) KOPP/KVO-aanbod voor ouders, integrale klinische gezinsbehandeling voor verslaafde ouder(s) met jonge kinderen, of het hulpaanbod van een andere afdeling/instelling. Voor het kind bestaat het hulpaanbod uit doorverwijzing naar het KOPP/ KVO- aanbod voor kinderen of naar het hulpaanbod van een instelling voor jeugdzorg/jeugd-ggz. Wanneer een cliënt (en eventuele gezinsleden) instemt met het volgen van de interventie, kan deze worden gestart.

Stap 7. Afsluiting en terugkoppeling

Indien de ondersteuning of doorverwijzing vanuit het PVO succesvol is geweest, de zorgen rondom de ontwikkeling en/of opvoeding van het kind voldoende zijn afgenomen en de cliënt geen verdere hulpvraag op het gebied van PVO heeft, kan het PVO worden afgesloten. De afsluiting vindt plaats door een overdracht naar de coördinerend behandelaar van de cliënt. Omdat het PVO gebaseerd is op vrijwillige hulpverlening, bepalen de cliënt en zijn/haar gezin zelf of zij de adviezen opvolgen die vanuit het PVO worden gegeven. Het gaat dus in alle gevallen om vrijblijvend advies. Wel is de coördinerend behandelaar op de hoogte van het advies en zal hij/zij de opvoedingssituatie blijven volgen.

Wanneer de PVO-professional en/of coördinerend behandelaar aanwijzingen hebben dat het welzijn van het kind van de cliënt wordt bedreigd, is geen sprake meer van een advies, maar treedt de Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling in werking. De PVO-professional is verplicht om de vijf stappen van die meldcode te volgen. Wanneer de PVO-medewerker uiteindelijk overgaat tot een melding bij Veilig Thuis wordt

dit van tevoren met de cliënt besproken. In de meeste gevallen stellen PVO-medewerkers de melding in het bijzijn van de cliënt op, zodat hij of zij hiervan volledig op de hoogte is en de PVO-medewerker de mening en toelichting van de cliënt al kan meenemen in de melding. Indien de cliënt afziet van inbreng/betrokkenheid bij de melding, worden de stappen uit de meldcode gevolgd.

2.2 Uitwerking stap 1: Signalering opvoeders bij intake

2.2.1 Implementatie & uitvoering

Het signaleren en doorverwijzen van cliënten met kinderen naar het PVO wordt gedaan met behulp van de Kindcheck in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) door de coördinerend behandelaar tijdens de intakefase. Het aan de orde stellen van ouderschap gedurende het intakegesprek kan lastig zijn voor behandelaars binnen de volwassenen-ggz en -verslavingszorg. Het primaire probleem van de volwassen cliënt staat bij de intake immers op de voorgrond. Bovendien kunnen gevoeligheden bestaan rondom ouderschap en kind(eren), met name in relatie tot de aanmeldklacht. Vandaar dat (coördinerend) behandelaars goede instructies en uitleg moeten krijgen over waarom en hoe naar ouderschap te vragen en wat zij kunnen doen en/of welke toelichting zij kunnen geven om eventuele weerstand bij de cliënt weg te nemen. Naast schriftelijke achtergrondinformatie (zie bijvoorbeeld de Handleiding Kindcheck voor GGZ en Verslavingszorg (AUGEO, 2013)), kunnen behandelaars hierin worden ondersteund via korte trainingen, begeleiding of advies van PVO-medewerkers. Zoals gezegd, is ook bekwaamheid in MGv van belang bij het bespreekbaar maken van ouderschap tijdens de intakefase.

De bevindingen van de Kindcheck dienen te worden vastgelegd in het cliëntdossier (Handleiding Kindcheck voor GGZ en Verslavingszorg, AUGEO, 2013). Hiervoor kunnen standaardvragen worden opgenomen in het EPD. Het verdient aanbeveling om in ieder geval de twee belangrijkste vragen in het EPD op te nemen: of de cliënt verantwoordelijk is voor de verzorging en opvoeding van minderjarigen en/of de cliënt zich wel eens zorgen maakt of vragen heeft over de opvoeding⁸. Het standaard registreren van gegevens rond ouderschap vergroot niet alleen de kans dat cliënt(en) worden doorverwezen naar het PVO, maar biedt ook aanknopingspunten voor de coördinerend behandelaar om met cliënt(en) in gesprek te gaan over hun ouderschap en hen te informeren over het PVO-aanbod. Ook levert standaard registratie van ouderschap bruikbare gegevens op voor het beleid van de instelling omtrent opvoedingsondersteuning aan cliënten en de mogelijkheden voor vroegdetectie en -interventie van psychische problemen bij het kind of de kinderen.

De informatie over het ouderschap van de cliënt wordt in het behandelindicatie-overleg besproken. Indien de cliënt zorg draagt voor een minderjarige(n) en/of vragen heeft over de opvoeding, wordt PVO als zorgtoewijzing in het behandelplan opgenomen. Voordat gestart kan worden met de behandeling, dient de cliënt te worden geïnformeerd over het behandelplan en daarmee schriftelijk in te stemmen. Indien praktisch haalbaar, verdient het aanbeveling om een PVO-medewerker te laten aansluiten bij het behandelindicatie-overleg, zodat direct kan worden afgestemd en overlegd over eventuele PVO-toewijzingen.

2.2.2 Aandachtspunten, dilemma's

Eventuele zorgelijke signalen omtrent de veiligheid en het welzijn van het kind kunnen al tijdens de intake, maar ook later in de behandeling of tijdens PVO-gesprekken, aan het licht komen.

⁸ Bij Brijder en andere instellingen van de Parnassia Groep wordt het invullen van vragen over ouderschap in het EPD als voorwaarde gesteld voor het bewerkstelligen van de zorgtoewijzing. De vragen in het EPD moeten dan beantwoord zijn voordat het intake-traject en de zorgtoewijzing in het EPD kunnen worden afgerond en vastgelegd.

Indien de zorgen over het kind na gesprek(ken) met de cliënt niet worden weggenomen, volgt de professional de vervolgstappen van de meldcode, waarbij aan de hand van een vastgelegd protocol hulp wordt ingeschakeld of een melding wordt gedaan bij Veilig Thuis (AUGEO, 2013). De PVO-medewerker en de coördinerend behandelaar kunnen, in afstemming met elkaar en met de hoofdbehandelaar, de melding in gang zetten, afhankelijk van waar in het behandelproces deze aan de orde is en wat het meest wenselijk wordt geacht.

In het geval dat de cliënt wel in aanmerking komt maar geen gebruik wenst te maken van het PVO-aanbod, dient de coördinerend behandelaar tijdens de behandelsessies extra aandacht te behouden voor de thuis-situatie en alert te zijn op mogelijke signalen die wijzen op een onveilige opvoedingssituatie. Wanneer de coördinerend behandelaar tijdens het behandelgesprek inderdaad aanwijzingen heeft dat de opvoedingssituatie voor het kind of de kinderen van de cliënt mogelijk onveilig is, dient de coördinerend behandelaar deze met de cliënt te bespreken en de verdere stappen uit de meldcode te volgen. De PVO-medewerker kan de coördinerend behandelaar bij deze procedure ondersteunen.

Het komt ook voor dat cliënten niet op de geplande gesprekken met de PVO-medewerker verschijnen. In dat geval probeert de PVO-medewerker eerst zelf met cliënten contact te leggen; indien dit niet lukt, wordt contact opgenomen met hun coördinerend behandelaar.

2.2.3 Casuïstiek

CHANTAL

Chantal, een 35-jarige getrouwde vrouw, wordt door de huisarts doorverwezen naar de verslavingszorg vanwege overmatig alcoholgebruik. De directe aanleidingen voor Chantal om hulp te zoeken zijn haar schulden en de negatieve invloed van haar drankgebruik op haar gezinsleven. Bij toepassing van de Kindcheck wordt duidelijk dat Chantal de zorg heeft over twee kinderen: een zoon van 14 uit een eerdere relatie en een dochter van 5 samen met haar huidige partner. Wanneer de behandelaar verder vraagt naar de opvoedingssituatie komt naar voren dat de relatie met de biologische vader van haar zoon slecht is. Zij hebben conflicten over de omgangsregeling en de alimentatie. Omdat Chantal voor twee minderjarige kinderen zorgt, is een PVO-indicatie van toepassing. De behandelaar informeert haar dat binnen het behandelbeleid van de instelling er naast aandacht voor de verslaving ook aandacht is voor de effecten die (herstel van) een verslaving kan hebben op de directe omgeving, zoals het gezin en de kinderen.

BAS

Bas (49 jaar) heeft zich aangemeld vanwege zijn coke- en alcoholgebruik. Jarenlang ging het om recreatief gebruik in de weekenden, maar sinds hij geen baan meer heeft, is zijn gebruik sterk toegenomen. Hij heeft het gevoel de controle kwijt te zijn en de problemen stapelen zich op. Naast schulden zijn er ruzies met zijn familie en een goeie vriend. Ook heeft hij een huurachterstand en problemen met de huisbaas. Bas heeft momenteel geen vaste partner en woont sinds 5 jaar alleen. Op de vraag van de behandelaar of Bas kinderen heeft, bij voorbeeld uit vorige relaties, antwoordt hij een zoon te hebben uit een vorig huwelijk. Bas heeft zijn zoon al 8 jaar niet gezien vanwege problemen met zijn ex-partner en heeft geen ouderlijk gezag meer over zijn zoon. Op de vraag of hij, misschien op den duur, nog iets zou willen doen aan het contact met zijn zoon, geeft Bas aan eerst zijn leven weer op orde te willen krijgen. De behandelaar besluit dat Bas niet in aanmerking komt voor een PVO-indicatie maar informeert hem wel over de mogelijkheid voor cliënten om, eventueel ook later in de behandeling, vragen over ouderschap met een PVO-medewerker te bespreken. Ze spreken af om tijdens de tussenevaluatie van de behandeling hier op terug te komen.

2.3 Uitwerking stap 2: Uitnodigen en informeren

2.3.1 Implementatie & uitvoering

Het uitnodigen en informeren van de cliënt over het PVO vormt een integraal onderdeel van het intakeproces. Dit betekent dat de eerste twee stappen van het PVO-traject vaak vloeiend in elkaar overlopen of tegelijkertijd worden verricht.

Wanneer uit het indicatieoverleg blijkt dat de cliënt in aanmerking komt voor het PVO, wordt hij hierover geïnformeerd tijdens het bespreken van het behandelplan. De coördinerend behandelaar legt uit dat aandacht voor gezinsrelaties en de opvoedingssituatie positief kan bijdragen aan het herstelproces van cliënten. Daarnaast kan herstel van een verslaving weer van invloed zijn op de relaties met partner, kind(eren) en de opvoedingssituatie. Vandaar dat het beleid van de instelling is om alle cliënten die zorgdragen voor kinderen standaard een PVO-consult aan te bieden. Het PVO kan ook bestaan uit een eenmalig gesprek dat puur dient om vinger aan de pols te houden wat betreft eventuele vragen en behoeften rond ouderschap en/of waarin psycho-educatie wordt gegeven rondom verslaving en ouderschap.

Naast de mondelinge toelichting geeft de coördinerend behandelaar schriftelijke informatie mee aan de cliënt over de aanmelding voor het PVO-gesprek (zie voorbeeldbrief, bijlage 2). Nadat er in het EPD een zorgtoewijzing naar het PVO is geregistreerd, maakt het secretariaat een afspraak voor de cliënt met een PVO-medewerker.

2.3.2 Aandachtspunten, dilemma's

De vrijwillige basis voor het PVO draagt er soms toe bij dat cliënten die mogelijk baat kunnen hebben bij ondersteuning vanuit het PVO, deze hulp niet krijgen omdat zij uiteindelijk niet op het aanbod ingaan. De toelichting van coördinerend behandelaars over de insteek van het PVO en met name ook de manier waarop zij zelf ouderschap bij cliënten bespreekbaar maken, kunnen hierin een belangrijke rol spelen. Toch kan het voorkomen dat, ondanks kwalitatief goede informatie en gespreksvoering over het PVO en ouderschap, cliënten niet naar het PVO komen. In dat geval zoekt de PVO-medewerker in principe eerst zelf contact met de cliënt, maar indien deze hier geen gehoor aan geeft, wordt dit teruggekoppeld aan de coördinerend behandelaar. Van belang is dat de coördinerend behandelaar met de cliënt in gesprek gaat over het PVO-aanbod en de beweegredenen van de cliënt om niet op het aanbod in te gaan. Vooral wanneer er signalen zijn dat de opvoedingssituatie zorgelijk is, dienen coördinerend behandelaar en PVO-medewerker goed met elkaar af te stemmen hoe deze signalen met de cliënt te bespreken en wat eventuele vervolgstappen zijn. Wanneer de zorgen omtrent de opvoedingssituatie niet worden weggenomen, dient, zoals gezegd, te worden gehandeld volgens de Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling.

2.3.3 Casuïstiek

Peter (33) die in behandeling is vanwege een alcoholprobleem is via zijn behandelaar doorverwezen naar het PVO omdat in een gesprek aan de orde is gekomen dat hij regelmatig zijn dochter van 9 over de vloer heeft. Met enige moeite heeft de behandelaar hem kunnen overtuigen toch naar het gesprek met de PVO-medewerker te gaan.

PETER

Ter voorbereiding heeft de PVO-medewerker in het EPD gelezen dat Peter erg veel drinkt, zowel thuis als buiten de deur. Aanleiding om in behandeling te gaan is dat zijn rijbewijs is ingetrokken vanwege rijden onder invloed. Onlangs zijn, als gevolg van zijn overmatig drankgebruik, nog een aantal incidenten voorgevallen zoals een

valpartij, bekeuringen voor openbaar dronkenschap, een uit de hand gelopen caféruzie en problemen met een deurwaarder. De behandelaar krijgt moeilijk hoogte van hoe het er bij Peter thuis aan toe gaat als zijn dochter Denise daar is.

Tijdens het kennismakingsgesprek stelt de PVO-medewerker zich aan Peter voor en legt uit wat het doel van PVO is. De vraag of Peter iets meer kan vertellen over zijn dochter, schiet Peter gelijk in het verkeerde keelgat. Peter weet al waar dit gesprek op uit gaat draaien en heeft hier helemaal geen zin in. Het gaat prima met zijn dochter en ze hoeven niet te denken dat, omdat hij toevallig in behandeling gaat, ze zich gelijk ook kunnen gaan bemoeien met de rest van zijn leven. De PVO-medewerker zegt dat zij zich kan voorstellen dat Peter dit zo opvat en vraagt hem of hij zelf dan niet denkt of soms merkt dat veel drinken iets kan doen met de omgeving, of met zijn dochter? Het is even stil; dan zegt hij: "Ik heb hier helemaal geen zin in. Ik hoef dit gesprek niet met jou te voeren. Ik kom hier niet voor". De PVO-medewerker vindt het jammer maar beaamt dat dit gesprek op vrijwillige basis is. Een probleem met alcohol of drugs hoeft inderdaad niet gelijk te betekenen dat iemand geen goede ouder kan zijn, maar het maakt het soms wel extra lastig. Ook is het niet makkelijk om te praten over hoe je het doet als ouder en hoe het met de kinderen gaat etc. Vandaar dat ze hier binnen de instelling extra aandacht aan besteden. De PVO-medewerker vraagt of het misschien een idee is om dit gesprek te laten bezinken en over twee weken nogmaals samen te komen. Peter gaat akkoord en verlaat de ruimte.

De PVO-medewerker heeft geen gerust gevoel over deze situatie. De signalen die zij leest in het EPD baren haar zorgen. Het is onduidelijk of, en zo ja in hoeverre, moeder nog in beeld is voor Denise. Omdat de opvoedingssituatie van Denise onzeker is, besluit de PVO-medewerker te overleggen met de behandelaar van Peter. Ook hij geeft aan moeilijk contact te kunnen maken met hem; Peter reageert snel afwerend en is gesloten over de thuissituatie. Ze spreken af dat de behandelaar tijdens het volgende behandelgesprek de ervaring van Peter met het PVO aankaart en hopen op die manier een ingang te krijgen op een gesprek over de opvoedingssituatie van Denise.

De volgende behandelsessie komt Peter niet opdagen. Na een telefoontje van de behandelaar wordt een nieuwe afspraak gepland. Op die afspraak is Peter wel aanwezig. Nadat ze hebben gesproken over hoe het de afgelopen weken is gegaan, komen ze op het gesprek met de PVO-medewerker. Het blijkt dat hij niet van idee is veranderd en niet wil dat iemand zich met de opvoeding van zijn dochter bemoeit. Hij is bereid om aan zijn verslaving te werken, maar verder moeten ze "met hun poten van z'n dochter af blijven." Hij is ook niet van plan nog naar dat vervolgesprek met die PVO-medewerker te gaan. De behandelaar en PVO-medewerker staan nu met hun rug tegen de muur: ze krijgen geen hoogte van hoe het met de opvoedingssituatie van Denise gaat, terwijl er wel signalen zijn dat er mogelijk meer aan de hand is. De behandelaar en de PVO-medewerker besluiten de stappen van de meldcode te volgen.

2.4 Uitwerking stap 3: PVO Inventarisatiegesprek(ken)

2.4.1 Implementatie & uitvoering

Zoals gezegd vormt een goede vertrouwens- en samenwerkingsrelatie tussen cliënt en PVO-professional de basis voor de verdere inventarisatie en vervolgstappen van het PVO. Van belang is daarom dat de PVO-professional zich bewust is van mogelijke gevoeligheden rond verslaving en ouderschap en deze op een respectvolle, invoelbare manier bespreekbaar maakt. Een niet-oordelende houding, open communicatie en focus op samenwerking met de cliënt zijn belangrijke aandachtspunten voor de gespreksvoering met de cliënt (zie voor toelichting hoofdstuk 3).

Tijdens het gesprek dient in ieder geval aan de orde te komen wat de behoeften en vragen zijn van de cliënt op het gebied van opvoeding en ouderschap. Er kan behoefte zijn aan extra informatie, begeleiding of ondersteuning bij de gezinssituatie of de opvoeding, of inzicht in en advies over de ontwikkeling van de kinderen. Daarnaast kunnen cliënten vragen hebben over het (weer) in contact treden met hun kind(eren) en eventuele begeleiding daarbij.

Wat betreft de inventarisatie van de opvoedingssituatie van de cliënt wordt een eerste indruk verkregen via het vooraf verrichte dossieronderzoek. Belangrijke gegevens zijn bijvoorbeeld: beschikbare informatie over de gezinssituatie, eerdere meldingen bij Veilig thuis (voorheen het AMK of het Steunpunt Huiselijk Geweld), ernst van het middelengebruik, het actuele gebruikspatroon en het effect ervan op het dag-nachtritme van cliënt, aanwijzingen voor eventuele agressie-incidenten bij voorbeeld als gevolg van gebruik, psychische klachten/comorbiditeit, een geschiedenis van no shows/ geringe therapietrouw, financiële situatie, en tijdsbesteding/werk.

Een verdere inventarisatie wordt verricht aan de hand van de gesprekken met de cliënt en eventueel diens kind(eren), partner of co-ouder. De juistheid en actualiteit van de verkregen gegevens uit het dossier dienen tijdens deze gesprekken te worden geverifieerd.

De PVO-professional inventariseert tijdens het gesprek de aanwezigheid van risico- en beschermende factoren op het vlak van:

- 1) de kenmerken, problemen en het (opvoedings)gedrag van de ouder(s), waaronder: aanwezigheid van verslaving en gerelateerd gedrag, andere psychische stoornissen, problemen op andere leefgebieden, probleemherkenning door de ouder(s), gezinsinteracties, opvoedingsvaardigheden en de ouderrol, en het steunsysteem van de ouder(s),
- 2) de kenmerken, problemen en het gedrag van het kind, waaronder: aanwezigheid van psychische en gedragsproblemen, risicovol gebruik van alcohol of drugs, problemen op andere leefgebieden, (andere) reacties van het kind op de problemen van de ouder(s), de copingvaardigheden van het kind, en het steunsysteem van het kind.

Risicofactoren kunnen een negatieve invloed hebben op de opvoedingssituatie en de ontwikkeling van het kind. Beschermende factoren kunnen de negatieve invloed van risicofactoren verminderen. Voor cliënten in de verslavingszorg is één risicofactor, het overmatig gebruik van alcohol of drugs bij de ouder, uiteraard al bekend. Bij cliënten in de ggz geldt dit voor de psychische stoornis(sen) waarvoor zij in behandeling zijn gekomen. De aanwezigheid van één of zelfs meerdere risicofactoren is niet noodzakelijk reden tot zorg. Het gaat in alle gevallen om de impact van de risicofactor of combinatie van risicofactoren op de opvoeding, ontwikkeling en het welzijn van het kind. Hierbij is van belang dat risico- en beschermende factoren onderling in verband kunnen staan: sommige factoren kunnen elkaar versterken of juist afzwakken. In het inventarisatiegesprek dienen de risico- en beschermende factoren en de impact hiervan op de opvoeding en het kind dus uitgebreid in beeld gebracht te worden.

Alhoewel PVO-medewerkers ervaren en bedreven zijn in het verkrijgen van een goed beeld van de opvoedingssituatie van cliënten, bestaat er altijd een risico op 'blinde vlekken' of beoordelingsfouten. Een manier om dit risico te verkleinen is het gebruik van gestandaardiseerde check- en screeningslijsten als aanvulling op de klinische blik. Het voordeel van gestandaardiseerde lijsten is dat informatie op een onderbouwde en systematische manier kan worden verkregen en gewogen en dat er geen aspecten worden vergeten. Een

nadeel kan zijn dat het gebruik van standaardlijsten de vaart uit het gesprek kan halen of de opbouw van het contact met de cliënt in de weg staat. Daarnaast bepalen de kwaliteit (betrouwbaarheid en validiteit) en gebruiksvriendelijkheid van check- of screeningslijsten in hoeverre deze functioneel zijn. Vandaar dat zorgvuldig moet worden gekeken welke lijsten, op welke manier en waar in het gesprek kunnen worden toegepast. In sommige gevallen is training nodig om de lijsten op een adequate wijze af te nemen en te interpreteren.

Er zijn diverse check- en screeningslijsten voorhanden die bruikbaar kunnen zijn voor toepassing in het PVO.

De SIK-lijst

Voor het inventariseren van problemen bij kinderen als gevolg van de psychische of verslavingsproblemen van hun ouder(s) is de Lijst voor Screening en Interventiekeuze (SIK-lijst). Deze lijst werd in 1994 ontwikkeld door Boon, Dekkers, & Rikken en in 2010 herzien door Beijers, Bellemakers, Senders, & Veldhoen. Momenteel is dit de enige beschikbare lijst die specifiek is opgesteld voor het in kaart brengen van KOPP/KVO-problematiek. De SIK-lijst is gebaseerd op wetenschappelijke inzichten en kennis uit de klinische praktijk, maar er zijn geen gegevens bekend over de betrouwbaarheid en validiteit van deze lijst. De SIK-lijst bevat een gedeelte met vragen over de ouder(s) en een deel over het kind. De thema's die in de lijst aan de orde komen, zijn: probleembesef bij de ouder(s) en aanwezige ondersteuning daarbij, gezinsinteracties, ouder-kindrelatie, ondersteuning van de (gezonde) ouder in de ouderrol, coping vaardigheden, KOPP/KVO-specifieke en non-specifieke reacties van het kind en de aanwezigheid van sociale steun voor het kind.

Aanvulling op de SIK-lijst

Wat betreft het uitvragen van mogelijke effecten van de stoornis of verslaving van cliënten op hun kind(eren) vraagt de SIK-lijst enkel naar een globale inschatting van de effecten door ouders. Specifieke vragen naar het patroon en de omstandigheden van de stoornis of het middelengebruik ontbreken in deze lijst terwijl dit waardevolle informatie kan opleveren om de gevolgen van de stoornis of verslaving voor kinderen in te schatten. Een voorbeeld van aanvullende vragen op het gebied van verslaving wordt weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1 Concrete risicosituaties en invloed van het middelengebruik op welzijn kind(eren)

In welke mate is het middelengebruik van de cliënt /ouder(s) risicovol voor en/of van invloed op het welzijn van het kind?	Ja	Nee
1. Is er bij de ouder(s) sprake van actueel gebruik van alcohol in grote hoeveelheden, of van regelmatig gebruik van drugs, of van gokverslaving?		
2. Gebruikt de ouder wel eens alcohol in grote hoeveelheden of drugs in het bijzijn van hun kind(eren)?		
3. Is de ouder wel eens onder invloed van alcohol of drugs in het bijzijn van de kind(eren)?		
4. Als de ouder onder invloed is of ontweningsverschijnselen heeft, heeft hij/zij dan wel eens 'een kort lontje' naar de kinderen toe (irritatie, ongeduld, agressie)?		
5. Heeft de ouder zelf het gevoel dat zijn/haar alcohol- of drugsgebruik (of gokverslaving) weleens tot onverantwoorde of gevaarlijke situaties voor de kind(eren) leidt?		
6. Laat ouder weleens glazen of flessen alcohol, pillen of drugs slingeren in huis, terwijl de kind(eren) in huis zijn?		
7. Worden kind(eren) wel eens geconfronteerd met de 'gebruikersomgeving' van de ouder (cafés, dealers in huis, dealadressen/drugspannen)?		
8. Merkt de ouder weleens dat de kind(eren) last hebben van zijn/haar alcohol- of drugsgebruik (of gokverslaving)?		
9. Praat de ouder wel eens met kind(eren) over zijn/haar gebruik (of gokverslaving)?*		
10. Praat de ouder wel eens met kind(eren) over de gevolgen/impact van zijn/haar gebruik (of gokverslaving) voor hen?		

* N.B.: Vraag 9 is ook beschikbaar in de SIK-lijst

Op basis van de SIK-lijst en de vragen uit Tabel 1 kunnen PVO-medewerkers een inschatting maken van mogelijke problematiek in een gezin en vervolgens bepalen welke interventie geschikt zou zijn om eventuele problematiek aan te pakken. De SIK-lijst biedt bovendien specifieke vragen, aandachtspunten en adviezen voor de gespreksvoering met kinderen en hun ouder(s). De SIK-lijst kan zowel voor, tijdens of na het inventarisatiegesprek worden gebruikt. Ook kunnen onderdelen van de lijst worden ingevuld aan de hand van informatie uit het dossier. De lijst is ook bruikbaar om na te gaan of voldoende informatie is verkregen voor een inschatting van de problematiek.

Alternatieve en/of aanvullende instrumenten

Voor het beoordelen van mogelijke risico's omtrent de veiligheid van en basale zorg voor kind(eren) van cliënten, biedt de SIK-lijst mogelijk onvoldoende houvast. Het verdient aanbeveling om daarvoor een aanvul-

lend risicotaxatie-instrument te gebruiken, zoals de California Family Risk Assessment (CFRA, Hermanns, 2006; zie Ten Berge, 2008), Child Abuse Risk Evaluation – Nederlandse versie (CARE-NL; De Ruiter & De Jong, 2006), Delta Veiligheidslijst (PI Research/ Van Montfoort, 2009), of Licht Instrument Risicotaxatie Kindermishandeling (LIRIK; Ten Berge, Eigenraam & Bartelink, 2014). In deze instrumenten worden de risico's nagegaan op basis van zowel een smalle als brede definitie van veiligheid. De smalle definitie verwijst naar basale verzorging en veiligheid, waaronder de aanwezigheid van adequate huisvesting, voeding, kleding, veilige thuisomgeving, medische zorg en de afwezigheid van seksueel misbruik en fysieke en psychische mishandeling. Veiligheid volgens de brede definitie verwijst naar de aanwezigheid van een affectieve relatie met en aandacht van ouder(s), of er voldoende regelmaat, structuur en continuïteit en voldoende toezicht van een volwassene is en het gevoel van veiligheid van het kind (Dekker et al., 2014). Een aantal aspecten van de SIK-lijst verwijst wel naar veiligheid volgens de brede definitie, maar aspecten van veiligheid volgens de smalle definitie worden niet gericht uitgevraagd.

De opzet van deze risicotaxatie-instrumenten is gebaseerd op wetenschappelijke inzichten, maar de betrouwbaarheid en validiteit van de instrumenten is nog onvoldoende onderzocht (Ten Berge, 2008). Alleen over de CARE-NL zijn (beperkte) gegevens beschikbaar over de betrouwbaarheid en validiteit (De Ruiter, Hildebrand, & Van der Hoorn, 2012). Afname van de CARE-NL vraagt echter meer tijd dan de andere instrumenten. Aspecten rond de actuele veiligheidssituatie zijn alleen in de Delta-veiligheidslijst en de LIRIK opgenomen.

Bovengenoemde instrumenten dienen vooral als hulpmiddel bij – en niet als vervanging van – de professionele beoordeling van het risico voor kinderen te worden ingezet. Om de zorgvuldigheid van het besluitproces te waarborgen, is het van belang dat de instrumenten worden toegepast binnen een heldere beslisstructuur, waar intercollegiale toetsing deel van uitmaakt. De Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling en de daarbij behorende documenten, maar ook de JGZ-richtlijn secundaire preventie kindermishandeling (Wagenaar-Fischer, Heerdink-Obenhuijsen, Kamphuis, De Wilde, 2010) kunnen hierbij behulpzaam zijn.

Gezien het verhoogde risico op de ontwikkeling van psychosociale problemen bij kinderen van ouders met een verslaving, wordt daarnaast gericht nagegaan of er bij het kind mogelijk sprake is van psychosociale problemen. Het gaat daarbij om een eerste screening op basis waarvan nader (diagnostisch) onderzoek kan worden geadviseerd. Hiervoor zijn de veelgebruikte Achenbach-vragenlijsten zoals de Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991) en de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997; 1999) geschikte instrumenten. Van beiden bestaan versies voor de ouder, het kind en/of de leerkracht. Voor gebruik in het kader van het PVO lijkt de SDQ het meest geschikt, vanwege de korte afnameduur, de goede testkwaliteiten en vergelijkbaarheid met metingen in de jeugdzorg en jeugd-ggz.

Uit eerdere inventarisatiegesprekken blijkt dat cliënten zich vaak zorgen maken over het welzijn van hun kind(eren) en veelal positief staan tegenover het gebruik van een screeningsinstrument om daar meer zicht op te krijgen. Wel dient de uitslag van een dergelijke screening met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd en besproken. De uitkomst van de SDQ of CBCL levert slechts een voorlopige aanwijzing dat er mogelijk sprake zou kunnen zijn van psychosociale problemen bij een kind. Na zorgvuldige weging van zowel de testuitslag als andere verkregen gegevens, wordt in samenspraak met een gespecialiseerde professional zoals een kinder- en jeugdpsychiater, wel of geen nader diagnostisch

onderzoek geadviseerd. De ervaring leert dat het instrument daarnaast een manier is om met de cliënt en, indien mogelijk, zijn/haar kind(eren), partner en/of co-ouder in gesprek te gaan over het welzijn van de kind(eren).

Ten slotte kunnen aanvullende screeningslijsten, zoals de Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL; Vermulst, Kroes, De Meyer, Nguyen & Veerman, 2012) of de Ouder Kind Interactie Vragenlijst Revised (OKIV-R; Lange, 2009; Lange, Evers, & Jansen, 2000) bruikbaar zijn wanneer er gerichte vragen bestaan over de te geven opvoedingsondersteuning aan de cliënt.

2.4.2 Aandachtspunten, dilemma's

Om een goed beeld te krijgen van de opvoedingssituatie is het wenselijk dat PVO-medewerkers ook informatie verkrijgen van de kind(ren) en partner of co-ouder. Sommige cliënten geven zelf al aan het prettig te vinden om samen met de partner naar de PVO-gesprekken te komen of willen graag dat de PVO-medewerker de kind(eren) een keer ziet. Bij andere cliënten moeten PVO-medewerkers met het initiatief komen om de kind(eren) en/of partner te betrekken. In sommige situaties is het hiervoor echter te lastig of te vroeg, bij voorbeeld wanneer cliënten ernstige relatieconflicten hebben of de kinderen bij de ex-partner wonen met wie geen of moeizaam contact is. Daarnaast bestaat de mogelijkheid om voor de inventarisatie van de opvoedingssituatie een huisbezoek te verrichten. Dit gebeurt op basis van een vast protocol en uiteraard alleen met toestemming van de cliënt.

Voor de inschatting van de mogelijke aanwezigheid van psychosociale problematiek bij het kind, kunnen zowel de cliënt, partner, co-ouder, als eventueel de kind(eren) een versie van de SDQ invullen. Het voordeel daarvan is dat er informatie wordt verkregen vanuit verschillende perspectieven. Dit biedt vaak nuttige aanknopingspunten om met zowel ouder(s) als kind(eren) in gesprek te gaan over ervaringen van eventuele problemen in het gezin. Van belang is wel dat zowel kinderen als de ouder(s) die gezag bevoegd is (zijn), schriftelijk toestemming hebben gegeven voor de afname van het screeningsinstrument en het gebruik van de daaruit voortvloeiende gegevens voor het PVO.

In sommige gevallen is het niet mogelijk om in contact te komen met de gezaghebbende ouder(s), waardoor het vragen van toestemming en het verkrijgen van informatie vanuit het perspectief van deze ouders en/of kinderen niet mogelijk is. De PVO-medewerker zal zich in dat geval uitsluitend moeten baseren op de visie van de cliënt op de ontwikkeling van zijn of haar kind(eren).

Bij het interpreteren van de gegevens dient de PVO-medewerker rekening te houden met de subjectieve indruk en belangen van informatiebronnen die mogelijk hun beeld over de opvoedingssituatie kunnen kleuren.

Bij een deel van de cliënten die zorgdragen voor een kind of kinderen is al sprake van begeleiding of betrokkenheid vanuit andere instanties, zoals het Centrum voor Jeugd & Gezin, Bureau Jeugdzorg, de jeugd-ggz. Ook kan er voor één of meerdere kinderen van de cliënt al sprake zijn geweest van een Veilig Thuis (voorheen AMK)-melding, betrokkenheid van de Raad voor de Kinderbescherming of een ondertoezichtstelling. Voor de PVO-medewerker is het zeer relevant om dit voorafgaand aan of tijdens het inventarisatiegesprek goed in kaart te brengen en met de cliënt te bespreken hoe het contact met deze instellingen is verlopen en wat er vervolgens met deze instellingen zal worden gecommuniceerd en afgestemd.

2.4.3 Casuïstiek

CHANTAL

Ter voorbereiding op het gesprek neemt de PVO-medewerker het cliëntendossier door en gebruikt de SIK-lijst om een aantal thema's alvast na te gaan. In het dossier staat dat Chantal op alle behandelafspraken is gekomen en zich de afgelopen tijd heeft geconcentreerd op het omgaan met haar sombere gevoelens die zij door te drinken probeert niet te voelen. De verslaving is nog wel duidelijk aanwezig en de gevolgen hiervan zijn merkbaar in het dagelijkse leven. In het dossier wordt niets vermeld over eventuele meldingen bij Veilig Thuis of contacten met de Kinderbescherming of Bureau Jeugdzorg.

Het eerste gesprek

Het eerste gesprek in het kader van PVO vindt plaats op een locatie van de verslavingszorginstelling. Chantal komt zonder haar partner binnen en maakt een gespannen indruk. De PVO-medewerker leidt het gesprek in door zichzelf voor te stellen en het doel van het gesprek en het PVO uit te leggen. Ze ziet dat Chantal gespannen is en zegt ter geruststelling dat het PVO er is ter ondersteuning, niet om haar tegen te werken. Chantal zegt dat zij erg heeft opgezien tegen dit gesprek. Ze is bang dat zij iets verkeerd zegt en dat dan opeens Bureau Jeugdzorg op de stoep staat. De PVO-medewerker begrijpt dat het spannend is voor Chantal en complimenteert haar dat ze toch is gekomen. Ze stelt dat geen enkele ouder perfect is en dat dat ook niet van haar wordt verwacht. Samen zullen ze kijken of en wat voor ondersteuning Chantal tijdens haar behandeling eventueel zou kunnen gebruiken en wensen.

De PVO-medewerker vraagt of Chantal iets kan vertellen over haar kinderen. Chantal vertelt dat zij twee kinderen heeft: zoon Kevin van 14 jaar oud uit een eerdere relatie en dochter Anouk van 5 jaar oud met haar huidige partner. Ze omschrijft Kevin als een stille jongen, hij praat weinig, deelt weinig over wat hem bezighoudt en zit veel op zijn kamer. De PVO-medewerker vraagt of zij een idee heeft waarom hij zich veel terugtrekt. Chantal weet het niet zo goed. Het zou met haar drinken te maken kunnen hebben, maar vroeger dronk ze ook en toen was hun contact wel goed.

De PVO-medewerker vraagt Chantal of ze denkt dat haar alcoholgebruik invloed heeft op de kinderen. Chantal zegt meestal 's avonds te drinken als de kinderen naar bed zijn zodat ze het niet merken. Maar ze heeft ook dagen dat ze zich zo down voelt en overdag een glaasje neemt om de dag door te komen. De PVO-medewerker vraagt hoe het dan gaat. Wat aarzelend vertelt ze dat een beetje drinken overdag haar helpt de dingen te doen die ze moet doen: het huishouden, de kinderen, maar dat het ook weleens uit de hand loopt. Ze is soms dronken als de kind(eren) thuis komen van een vriendje of vriendinnetje en kan niet goed op hen reageren. Ze kan niets hebben. Vaak komt er ruzie van, soms met haar zoon Kevin, maar meestal met haar vriend.

Ze merkt wel dat de sfeer in huis na zo'n voorval anders is. Vooral met Kevin krijgt ze de laatste tijd moeilijk contact. Hij zit veel op zijn kamer en doet steeds minder mee met gezamenlijke activiteiten in het gezin. Ze weet niet goed hoe hiermee om te gaan. Laatst had Kevin verteld liever bij zijn vader te gaan wonen. Dit heeft hij nog niet gedaan. Chantal wordt emotioneel wanneer ze dit vertelt. De afgelopen periode kon ze zich steeds moeilijker in de hand houden en werd het erger. Laatst was het zo erg dat Kevin met zijn zusje naar buiten is gevluht en daar gewacht heeft tot de vriend van Chantal thuis kwam. Chantal wordt hier down van; ze voelt zich afgewezen door haar vriend en zoon, maar ze voelt zich vooral ook in alle opzichten te kort schieten. Uiteindelijk kan ze er niet meer tegen en gaat dan toch weer drinken. Maar zodra ze niet meer dronken is, komen de schuldgevoelens. Ze is niet de moeder die ze graag had willen zijn. Vaak probeert ze dingen goed te maken maar dit zorgt weer voor problemen met haar vriend omdat ze de afspraken die zij samen met de kinderen hadden gemaakt laat

zitten en de kinderen in alles hun zin geeft.

De PVO-medewerker zegt te begrijpen dat het moeilijk is voor Chantal om met die somberheid en verslaving om te gaan en daarnaast een goede moeder te zijn.

De PVO-medewerker vraagt verdere informatie over de ex-partner. Chantal heeft met hem momenteel veel strijd. Haar ex wil co-ouderschap over Kevin, terwijl zij van mening is dat hij

geen goede vader is omdat hij zijn afspraken rondom alimentatie niet nakomt. Wanneer Kevin eens per twee weken een weekend bij haar ex logeert, leidt dit elke keer tot problemen. Volgens Chantal zijn de ruzies ontstaan sinds zij samen is met haar huidige vriend. Ze vermoedt dat haar ex jaloers is omdat haar vriend de vaderrol op zich neemt. Haar ex heeft gezegd dat wanneer hij co-ouderschap krijgt, hij zijn rol als vader weer op kan pakken en het ook beter zal gaan met de alimentatie. Chantal weet niet goed wat ze van deze situatie kan verwachten en hoe hierin te handelen. Zeker nu het zo moeizaam gaat tussen haar en Kevin. Ze is bang hem kwijt te raken. De PVO-medewerker geeft aan dat het mogelijk is om hier een keer uitgebreider over te praten en samen te kijken hoe hiermee om te gaan. Ze vraagt of het goed is om deze situatie voor nu even te parkeren en door te gaan met een volgend onderwerp.

Ze praten verder over de thuissituatie. Chantal vertelt dat zij veel stress had door schulden die waren ontstaan toen ze haar baan was kwijt geraakt. Sinds een paar maanden zit zij in een schuldhulpverleningstraject dat met haar bank is overeen gekomen. Dat iets aan de schulden wordt gedaan, geeft Chantal wat rust; alleen is ze momenteel niet in staat haar kinderen te voorzien van veel extraatjes. Wel kan ze via-via soms toch iets leuks regelen voor de kinderen en onderneemt ze dingen met hen die geen geld kosten. De PVO-medewerker complimenteert haar voor deze positieve houding en vraagt of er anderen in haar omgeving zijn die haar steunen. Chantal heeft veel aan haar ouders. Ze kan bij hen terecht. Ook nemen haar ouders de kinderen regelmatig ergens mee naartoe, zoals de film of het zwembad, en kopen nieuwe spullen of kleren voor de kinderen. En haar vriend; ondanks de ruzies als ze gedronken heeft; staat hij wel veel voor haar klaar. Momenteel heeft hij ook gelukkig weer werk.

Hierop inhakend, vraagt de PVO-medewerker of Chantal wat meer kan vertellen over hoe haar huidige vriend tegen haar drankgebruik aan kijkt en of hij zelf ook drinkt. Volgens Chantal heeft haar vriend vroeger veel gedronken maar drinkt hij sinds 6 jaar geen druppel meer. Hij heeft een tijdlang het drankgebruik van Chantal met lede ogen aangezien omdat hij vond dat hij er niks over kon zeggen. Maar de laatste tijd is dit veranderd en zit hij er bovenop. De PVO-medewerker vraagt hoe ze het zou vinden om nog een keer op gesprek te komen met haar vriend zodat ze gezamenlijk kunnen kijken hoe te zorgen dat het beter gaat thuis. Na wat aarzelingen, ziet Chantal dit uiteindelijk toch wel zitten. De PVO-medewerker vraagt of zij, haar vriend en Kevin de SDQ willen invullen. Ze plannen een vervolggesprek over twee weken waarbij ook haar vriend aanwezig zal zijn.

Ter afsluiting vraagt de PVO-medewerker hoe Chantal terugkijkt op het gesprek. Chantal is opgelucht en merkt dat ze het eigenlijk best prettig vond om met iemand van buitenaf te praten over hoe het thuis gaat.

Het tweede gesprek

Twee weken na het eerste gesprek komt Chantal samen met haar vriend Rik naar het PVO-gesprek. Ter voorbereiding heeft de PVO-medewerker een kort verslag gemaakt van het voorgaande gesprek en mede aan de hand

van de SIK-lijst een aantal punten genoteerd die ze graag aan bod wil laten komen.

De PVO-medewerker heet Chantal en Rik welkom en legt het doel van het PVO en het huidige gesprek uit. Ze vraagt hoe Rik het vindt om hier te zijn. Hij denkt dat het wel goed is. Rik is blij dat Chantal hulp heeft gezocht want het is de afgelopen tijd moeilijk geweest. De dronken en onvoorspelbare buien van Chantal zijn voor hem en de kinderen vervelend en lastig om mee om te gaan en hebben een sterk effect op de sfeer in huis. De afgelopen jaren is het erger geworden en daarover hebben hij en Chantal vaak ruzie. Ook zijn er problemen met haar ex. Rik is de ruzie en problemen eigenlijk wel zat en maakt zich zorgen over de gevolgen die deze situatie heeft voor de kinderen. Aan Kevin merkt hij hetzelfde als wat Chantal al in het eerdere gesprek noemde: de jongen heeft zich steeds meer teruggetrokken. Rik geeft aan dat hij de wens van Kevin om bij zijn vader te gaan wonen ergens wel begrijpt. Wanneer de PVO-medewerker daar op doorvraagt, wordt duidelijk dat Kevin, volgens Rik, thuis altijd erg op zijn hoede is en eigenlijk niet de puber kan zijn die hij hoort te zijn.

De PVO-medewerker vraagt naar zijn indruk van hoe het met Anouk gaat. Ook aan Anouk merkt Rik wel dat ze last heeft van de situatie. Een tijdje terug vroeg Anouk hem waarom mama zich zo raar gedroeg; of mama boos op haar was. Hij wist niet goed wat te zeggen; hoe dit aan haar uit te leggen, ze is tenslotte pas 5 jaar.

Daarom wordt hij soms ook zo boos op Chantal. Zij ziet toch ook dat de kinderen hier last van hebben. Ja, hij snapt dat het niet makkelijk is. Zelf lustte hij vroeger ook wel een glaasje, en toen hij had besloten te minderen ging dat ook niet 1-2-3. Dat besluit om minder te drinken kwam toen hij zag dat het de verkeerde kant op ging. Daarom zei hij in het begin ook niks van het drankgebruik van Chantal. Ieder moet dat voor zichzelf bepalen. Maar als ze toch zo duidelijk ziet dat het niet goed is voor de kinderen, de sfeer in huis, waarom gaat ze dan toch maar door; er zit geen rem op.

De PVO-medewerker erkent dat het voor de omgeving vaak moeilijk te begrijpen is dat iemand met een verslaving maar blijft doorgaan ook al stapelen de nadelen zich op. Soms lijkt het alsof iemand die verslaafd is twee kanten heeft: een deel dat alleen maar wil drinken of gebruiken en een deel dat de nadelen ziet en dit eigenlijk niet wil doen. Chantal beaamt dit: ze is in haar hoofd de hele tijd bezig met wel of niet drinken en wordt er moedeloos van. Als ze zich zo down voelt en zich nergens toe kan zetten dan helpt alcohol om zich erover heen te zetten. Aan een moeder die alleen maar op de bank hangt, hebben de kinderen namelijk ook niks. Maar ja, ze heeft het de laatste tijd niet meer in de hand, dat ziet ze ook wel. Na een tijdje vraagt Rik wat ze hieraan kunnen doen, wat hij kan doen, maar Chantal weet daar niet direct een antwoord op. Ze voelt zich vooral schuldig en een slechte moeder. De PVO-medewerker denkt dat dit een belangrijk thema is dat mogelijk wat meer tijd nodig heeft om met elkaar te bespreken en vooral ook te kijken wat Rik en Chantal samen kunnen doen. Het is mogelijk om hier, vanuit het PVO tijdens een aparte afspraak, verder op in te gaan. Ze zal er aan het eind van het gesprek op terugkomen.

De PVO-medewerker wil het graag nog even hebben over hoe het verder met de kinderen gaat, los van de verslavingsproblematiek. Volgens Rik en Chantal doen zowel Kevin als Anouk het goed op school. Ze kunnen goed meekomen en hebben vrienden en vriendinnen. Kevin speelt gitaar en is samen met vrienden een bandje begonnen. Anouk gaat sinds kort naar zwembles en vindt dit spannend maar leuk. Volgens de PVO-medewerker is het positief dat het met de kinderen op school en sociaal gezien goed gaat en dat ze ontspanning en plezier beleven in hun vrije tijd.

Zij sluit het gesprek af door te vertellen dat ze alles wat in de afgelopen twee gesprekken besproken is en de door hen ingevulde SDQ's mee zal nemen naar het teamoverleg van het PVO. Daarin zal met collega's uit verschillende disciplines worden besproken wat er mogelijk aan ondersteuning nodig is en kan worden geboden. Het advies dat uit dit overleg volgt, zal samen met de uitslag van de SDQ's met Chantal en Rik worden besproken. Chantal en Rik zouden bij voorbeeld een paar vervolggesprek(ken) vanuit het PVO kunnen krijgen over hoe samen om te gaan met het herstelproces van Chantal, de opvoeding van de kind(eren) en het

contact met Chantals' ex-partner. Mogelijk hebben Kevin en Anouk baat bij het volgen van een KOPP/KVO-groep. De PVO-medewerker legt uit wat zo'n groep inhoudt en vraagt of de kinderen al eerder hulp hebben gehad. De ouders geven aan dat dit niet het geval is. De PVO-medewerker spreekt met hen af dat ze telefonisch contact met hen opneemt om een nieuwe afspraak te plannen voor de bespreking van het advies.

2.5 Uitwerking stap 4: PVO Indicatieoverleg

2.5.1 Implementatie & uitvoering

In het indicatie-overleg bespreekt de PVO-medewerker de uitkomsten van de inventarisatie met zijn of haar PVO-collega's, de hoofdbehandelaar (verantwoordelijk voor het PVO) en eventueel externe experts. Het verdient aanbeveling om het overleg zo veel mogelijk te verbinden aan afdelingen waar jeugdwerkers en/of systeemtherapeuten werkzaam zijn⁹. De expertise en focus van de deelnemers aan het overleg dient in elk geval te liggen op het gebied van opvoeding en verslaving en/of psychische problematiek, ontwikkeling van kind(eren), opvoedingsondersteuning en gezinshulpverlening.

Aan de hand van intercollegiale toetsing en adviezen vanuit dit overleg kan een zorgvuldige beoordeling van de opvoedingssituatie worden gemaakt en een weloverwogen advies worden geformuleerd. Met name als het gaat om de inschatting van psychosociale problematiek bij het kind en de interpretatie van de SDQ-resultaten of wanneer sprake is van complexe systemische processen binnen het gezin kan het expertise-oordeel van een kinder- en jeugdpsychiater of een systeemtherapeut meerwaarde hebben.

2.5.2 Aandachtspunten, dilemma's

De interpretatie en beoordeling van alle gegevens kunnen lastig zijn, zeker wanneer er bijvoorbeeld belangrijke informatie ontbreekt. Daarnaast is de afweging van risico- en beschermende factoren complex, niet alleen vanwege meerdere elkaar beïnvloedende factoren maar ook vanwege het feit dat deze kunnen variëren in stabiliteit en chroniciteit.¹⁰ Ten slotte kunnen eventuele inconsistenties in de verkregen informatie een eenduidig oordeel bemoeilijken. Indien er na zorgvuldige beoordeling binnen het indicatieoverleg onduidelijkheden blijven, wordt aangeraden deze in het adviesgesprek te bespreken. In aanvulling daarop kan, met toestemming van de cliënt, een huisbezoek worden afgelegd en/of eventueel verdere informatie worden ingewonnen bij andere betrokken instellingen.

⁹ Bij Brijder is het PVO onderdeel van het Programma Ouder & Kind, een klinische afdeling die zich specifiek richt op behandeling van verslaafde ouders met jonge kinderen. PVO-medewerkers bij Brijder zijn daarnaast onderdeel van een regulier behandelteam op een afdeling voor volwassenen verslavingszorg. Deze constructie zorgt ervoor dat PVO-professionals enerzijds voldoende uitwisseling en ondersteuning krijgen op het gebied van (herstel van) verslaving en ouderschap, en anderzijds voldoende aansluiten bij de behandelprocessen in de volwassenenzorg (zie voor verdere informatie Hoofdstuk 4).

¹⁰ Bijvoorbeeld: de baan van een cliënt zou aangemerkt kunnen worden als een beschermende factor omdat deze financiële zekerheid biedt. Wanneer uit de inventarisatie echter blijkt dat het om een kortdurend contract gaat en cliënt veel conflicten ervaart met zijn of haar leidinggevende, dan is het beschermende effect van deze factor mogelijk van korte duur en dient deze anders te worden meegewogen in de beoordeling van de opvoedingssituatie.

Na voldoende inzicht te hebben verkregen wordt vervolgens alsnog het PVO-advies geformuleerd. Bij signalen of twijfel over de veiligheid van de kind(eren) en opvoedingssituatie dienen de stappen uit de meldcode te worden toegepast.

Alhoewel de intercollegiale uitwisseling bijdraagt aan een zorgvuldige beoordeling, is het mogelijk dat de inbreng van verschillende perspectieven en expertise-oordelen in sommige (complexe) situaties niet tot eensgezinde conclusies leidt. Met name wanneer er sprake is van tegengestelde wensen, behoeften en belangen tussen cliënt en zijn of haar gezin, kunnen deze verschillen ontstaan. Indien het gaat om een afweging om wel of niet een mogelijk onveilige opvoedingssituatie te melden, is het raadzaam Veilig Thuis hierover anoniem te consulteren. Bij onopgeloste verschillen van inzicht rond het uitbrengen PVO-advies, neemt de hoofdbehandelaar die verantwoordelijk is voor het PVO uiteindelijk de beslissing.

Naast mogelijke verschillen in visie binnen het indicatieoverleg, kunnen ook visieverschillen bestaan tussen het PVO en die van de coördinerend behandelaar van de cliënt. Van belang is daarover met elkaar in gesprek te blijven en, in samenspraak met elkaar en de cliënt, te kijken welke vorm van ondersteuning bij de opvoedingssituatie het meest zal bijdragen aan het bevorderen van het welzijn van de kind(eren) en het herstel van de cliënt. Indien de PVO-professional en de coördinerend behandelaar er niet uitkomen dient het dilemma te worden voorgelegd aan de hoofdbehandelaar die eindverantwoordelijk is voor de behandeling van de cliënt.

2.5.3 Casuïstiek

Een week na het tweede gesprek vindt het indicatieoverleg plaats. Daarbij zijn de andere PVO-medewerkers, de hoofdbehandelaar die verantwoordelijk is voor het PVO en een kinder- en jeugdpsychiater aanwezig.

CHANTAL

De PVO-medewerker legt de casus van Chantal voor aan de andere leden van het overleg. Met name de conflicten in de thuissituatie, de reacties van haar zoon, dochter en partner, maar ook de problemen met haar ex-partner wijzen erop dat Chantal en haar gezin extra ondersteuning rond de opvoedingssituatie zouden kunnen gebruiken. Het is duidelijk dat zowel haar kinderen als partner last ervaren van het drankgebruik van Chantal. Zijzelf is ook ongelukkig over hoe het gaat en voelt zich tekort schieten.

Alhoewel dit een wissel trekt op het gezin, zijn er geen signalen uit het dossier of de gesprek(ken) dat er sprake is van fysieke agressie en/of geweld; ook zijn er geen huidige of eerdere meldingen bekend en zijn er, behalve de schuldsanering van Chantal, geen contacten met andere hulpverleningsinstellingen.

De situatie van Chantal kent daarnaast een aantal beschermende omstandigheden en positieve ontwikkelingen. Chantal is tot nu toe therapietrouw en krijgt steun van haar ouders en partner. Er is inmiddels een redelijk stabiele financiële situatie en Chantal toont een positieve, proactieve houding bij het omgaan met de beperkingen rond haar schuldsaneringstraject. Verder doen de kinderen het goed op school en sociaal gebied; ook krijgen ze voldoende ontspanning in hun vrije tijd.

Een collega vraagt de PVO-medewerker in welke mate de kinderen te maken hebben met fysieke en verbale agressie tijdens de momenten dat Chantal dronken is of tijdens de ruzies tussen Chantal en haar partner. Ook zou het goed zijn om nog iets meer te weten over de dagelijkse opvoedingssituatie. Hoe gaan de dagelijkse dingen binnen het gezin en de opvoeding van de kinderen en wat doet Chantal daarin?

De PVO-medewerker beaamt dat er geen concrete dingen zijn gezegd over fysieke agressie, ook is niet helemaal duidelijk hoe die ruzies en dronken buien van Chantal precies verlopen. De kinderen en haar vriend hebben er duidelijk last van, maar dat is in algemene termen besproken. Ze hoopt hier in vervolgesprek(ken) concreter over te praten en zicht op te krijgen.

Wat betreft de dagelijkse opvoedingspraktijken heeft de PVO-medewerker de indruk dat Chantal over het algemeen veel aandacht en zorg besteedt aan haar kinderen. Dit maakt ze op uit de verhalen van Chantal over wat ze zoal doet in huis en met de kind(eren). Het lijkt erop dat dit meestal wel goed gaat.

Naast de informatie uit gesprekken, laten de ingevulde SDQ's zien dat Kevin op zowel de ouderversies als de kindversie een verhoogde score heeft op de schaal emotionele problemen. De SDQ's die beide ouders hebben ingevuld over Anouk vertonen geen afwijkingen.

De hulpvraag wordt vanuit een systemische focus besproken: wat heeft Chantal nodig, wat behoeven de kinderen, welke rol kunnen haar partner, ex-partner en eventueel Chantals ouders spelen in deze situatie? De PVO-medewerker denkt dat de kinderen baat hebben bij psycho-educatie en het bespreekbaar maken van de thuissituatie. Deelname aan een KOPP/KVO-groep zou daarvoor geschikt zijn. Daarnaast zou extra ondersteuning in de vorm van vervolgesprekken de ouders kunnen helpen om elkaar meer te steunen en gezamenlijk op te treden in de opvoeding en te kijken hoe om te gaan met de ex-partner en de wens van Kevin om daar te willen wonen.

Een belangrijke vraag is nog hoe de score op de SDQ van Kevin te interpreteren. De kinder- en jeugdpsychiater ziet ondanks de verhoging op de schaal emotionele problemen ook veel punten die continuïteit en structuur geven aan het leven van Kevin. Ze benoemt zijn schoolse- en buitenschoolse activiteiten en schat in dat hij daar zijn emoties kwijt kan. Zij ziet nog geen noodzaak om verder onderzoek te doen naar de aanwezigheid van eventuele psychosociale problematiek. Wel stelt ze voor om de ouders aan te raden alert te blijven op hoe het met hun kinderen gaat. Wanneer Kevin en/of Anouk toch problemen vertonen, is een verwijzing naar de jeugd GGZ mogelijk wenselijk. Ook wanneer de thuissituatie niet verbetert en zich op een negatieve manier verder ontwikkelt, zal een ander plan bedacht moeten worden getrokken. Het is zaak om hier goed in contact te blijven met de coördinerend behandelaar van Chantal. De rest van de teamleden kunnen zich vinden in het voorgestelde advies.

De PVO-medewerker spreekt af dat zij KOPP/KVO-groepen zal aanbevelen voor Kevin en Anouk en dat zij samen met de ouders in gesprek zal gaan over de opvoedingssituatie en het contact met de ex-partner.

2.6 Uitwerking stap 5: PVO Adviesgesprek

2.6.1 Implementatie & uitvoering

Tijdens het adviesgesprek bespreekt de PVO-medewerker met de cliënt en eventueel aanwezige betrokkene(n) het advies dat uit het indicatie-overleg is gekomen wat betreft eventuele ondersteuning in de opvoedingssituatie. Dat gesprek vindt afhankelijk van de wens van de cliënt telefonisch of persoonlijk plaats. Het advies kan zijn: geen verdere ondersteuning, wel verdere ondersteuning die geleverd wordt door de PVO-professional of een doorverwijzing voor verdere ondersteuning bij een andere instelling.

De PVO-medewerker communiceert het advies niet alleen met de cliënt maar ook met diens coördinerend behandelaar en noteert dit in het EPD. Wanneer het PVO-advies luidt dat de cliënt en diens omgeving (vooral nog) geen verdere ondersteuning in de opvoedingssituatie behoeven, wordt het PVO afgesloten, maar zullen zowel cliënt als coördinerend behandelaar worden geïnformeerd dat PVO eventueel later weer in de behandeling kan worden betrokken of ter consultatie kan worden ingezet. De manier waarop de PVO-medewerker het advies aan de cliënt en eventueel direct betrokkene(n) communiceert en onderbouwt, kan sterk van invloed zijn op de bereidwilligheid van de cliënt om het advies op te volgen. De houding van de PVO-medewerker en diens kennis en vaardigheden van MGv en herstelgericht werken zijn daarin van essentieel belang.

2.6.2 Aandachtspunten, dilemma's

Ongeacht het type advies, wordt de cliënt in het adviesgesprek altijd standaard geïnformeerd over de mogelijkheid voor kind(eren) om een KOPP/KVO-groep en/of -website te bezoeken. Wanneer het gaat om korte aanvullende ondersteuning aan de cliënt en eventueel diens partner of co-ouder waarbij de focus ligt op het omgaan met verslaving en ouderschap, zal de PVO-medewerker deze begeleiding doorgaans zelf geven. Gaat het echter om diagnostiek en hulpverlening aan de kind(eren) van de cliënt, dan zal de PVO-medewerker doorverwijzen naar de daartoe bevoegde instellingen. Ook wanneer het gaat om verdergaande begeleiding en interventies aan ouders of het gezin, zal de PVO-medewerker doorverwijzen naar bij voorbeeld een systeemtherapeut of gezinsbegeleiding.

Alhoewel het PVO dus wel gericht is op het welzijn van de kind(eren) van cliënten, bieden PVO-medewerkers zelf geen directe begeleiding aan deze kinderen. Wel zorgen voor adequate doorverwijzing naar bij voorbeeld KOPP/KVO-groepen of jeugd-ggz.

2.6.3 Casuïstiek

CHANTAL

Chantal en Rik zijn naar de vestiging van de verslavingszorginstelling gekomen voor het adviesgesprek met de PVO-medewerker. Na een korte samenvatting van waar ze nu staan, vertelt de PVO-medewerker dat er twee adviezen uit het overleg zijn gekomen, namelijk één voor de kinderen en één voor Chantal en Rik. Het advies voor de kinderen is gebaseerd op wat er uit de gesprekken en de uitslagen van de SDQ naar voren is gekomen. Zowel Kevin als Chantal zijn benieuwd naar de uitkomsten van de SDQ. De PVO-medewerker benadrukt dat de uitslag van een SDQ-lijst geen zekerheid oplevert maar meer een voorlopig signaal afgeeft of er mogelijk iets aan de hand is.

De ingevulde SDQ-lijsten laten voor Anouk geen verhoogde scores zien, voor Kevin is er echter wel een verhoogde score, namelijk op emotionele problemen. Chantal zegt hier toch wel van te schrikken. De PVO-medewerker toont begrip maar benadrukt dat zo'n uitslag nog niet alles zegt en dat de uitslag ook moet worden bekeken naast informatie over hoe het verder op allerlei gebieden met Kevin gaat. Uit wat Chantal en Rik hebben verteld kan bijvoorbeeld worden opgemaakt dat het met Kevin goed gaat op school en sociaal gezien en dat hij in z'n vrije tijd ontspanning vindt in muziek en de band. Maar zijn teruggetrokken gedrag thuis en de score op de SDQ zouden er op kunnen wijzen dat hij de thuissituatie net als Chantal en Rik moeilijk vindt. Vandaar dat er vanuit het overleg is voorgesteld om Kevin deel te laten nemen aan KOPP/KVO-groep. Ook voor jongere kinderen zijn er groepen beschikbaar en het advies is om Anouk aan zo'n kindergroep te laten deelnemen. De KOPP/KVO-

groepen bieden de mogelijkheid om ervaringen uit te wisselen met kinderen die in een vergelijkbare situatie zitten; ook wordt informatie gegeven over hoe een verslaving werkt. Rik is enthousiast en denkt dat dit wel goed zou kunnen zijn voor de kind(eren). Chantal is terughoudend en vraagt zich af of dit het niet alleen maar erger maakt. Op die manier komt er namelijk nog meer nadruk op de problemen te liggen en gaan de kinderen zich misschien meer zorgen maken. Bovendien voelt ze zich schuldig dat haar kind(eren) in hun vrije tijd daarheen moeten terwijl niet zij een probleem hebben, maar hun moeder.

De PVO-medewerker beaamt dat de kind(eren) uiteraard zelf moeten ervaren of ze hier wat aan hebben. Het is goed dat Chantal haar kind(eren) niet verder wil belasten, maar dat is ook niet de bedoeling van zo'n groep; er worden juist ook veel leuke dingen gedaan met elkaar en het kan fijn zijn voor hen om te merken dat ze niet de enige zijn. De PVO-medewerker stelt voor dat ze er anders nog even over nadenken. Het PVO raadt hen deze groepen aan, maar Chantal en Rik kunnen natuurlijk zelf bepalen of ze van dit aanbod gebruik maken.

De PVO-medewerker gaat verder over het tweede advies, namelijk de ondersteuning aan Chantal en Rik. Het voorstel is om in enkele gesprek(ken) met de PVO-medewerker verder te kijken of Chantal en Rik een oplossing kunnen bedenken rondom de situatie met de ex-partner van Chantal en hoe ze samen kunnen omgaan met het herstel van Chantal en elkaar beter kunnen vinden in de opvoeding van hun kinderen. Over dit voorstel zijn zowel Rik als Chantal positief.

De PVO-medewerker maakt een vervolgspraak met Chantal en Rik om te starten met de vervolgesprekken en ze krijgen informatie mee over de KOPP/KVO-groepen. Ze spreken af deze informatie met Kevin en Anouk te bespreken.

2.7 Uitwerking stap 6: PVO Interventie en doorverwijzing

2.7.1 Implementatie & uitvoering

Zoals beschreven in paragraaf 2.6.2 biedt het PVO cliënten en/of hun omgeving vervolgesprekken ofwel een doorverwijzing naar passende hulpverlening elders aan. In de gesprekken die door de PVO-medewerker worden verricht, komen aspecten van verslaving en ouderschap met eventueel aanvullende psycho-educatie, praktische opvoedadviezen en ondersteuning bij herstel van verslaving in relatie tot de opvoedersrol en opvoedingssituatie aan bod. Voorbeelden waarbij de PVO-professional praktische ondersteuning kan bieden zijn het bespreekbaar maken van de verslaving van de cliënt binnen het gezin, de communicatie met instanties die bij de opvoedingssituatie betrokken zijn, het geven van praktische adviezen met betrekking tot de afstemming van opvoedtaken, het omgaan met de eigen kwetsbaarheid als gevolg van de verslaving en het (weer) oppakken van de ouderrol door de cliënt.

Een belangrijke bijdrage van PVO-medewerker is het bieden van begeleiding en advies in het contact met de partner, co-ouder en/of kind(eren). Door een systeemgerichte focus wordt rekening gehouden met ervaringen van het hele gezin bij de veranderde opvoed-/gezinssituatie wanneer de cliënt gestopt is met gebruik. De PVO-professional kan dit tijdens PVO-gesprek(ken) bespreekbaar maken en de coördinerend behandelaar hierover informeren waardoor, indien nodig, sneller wordt doorverwezen naar gezins- of systeeminterventies.

Binnen de instelling worden PVO-professionals vaak gevraagd bij acute crisissituaties van cliënten die direct ingrijpen op de veiligheid van de kind(eren), bijvoorbeeld wanneer een cliënt onverwachts door de politie

wordt aangehouden en kinderen alleen thuis achter zijn gebleven. In dat soort situaties gaat een PVO-medewerker met de coördinerend behandelaar van de cliënt mee om zich te ontfemen over de kinderen en te zorgen dat adequate hulp wordt ingeschakeld.

2.7.2 Aandachtspunten, dilemma's

De in 2015 gestarte overheveling van de jeugdzorg naar gemeenten zal, voor wat betreft de doorverwijzing naar en samenwerking met andere instellingen, in de komende jaren voor belangrijke veranderingen kunnen zorgen. Naar verwachting zullen PVO-medewerkers met andere samenwerkingsverbanden en taakverdelingen te maken krijgen en vereist de overheveling van de jeugdzorg een (nog) nauwere samenwerking met jeugdwijkteams en lokale CJG's.

Soms is er bij instellingen die betrokken zijn bij de opvoedingssituatie van een cliënt slechts beperkte kennis aanwezig over verslaving, ouderschap en het persoonlijk herstelproces van cliënten. Daarnaast kan er, zij het onbedoeld of onbewust, sprake zijn van gevoeligheden of reacties die voortkomen uit het stigma dat bestaat rond ouderschap en verslaving. Hierdoor kunnen contacten tussen cliënten en betrokken instellingen moeizaam verlopen. Daar het PVO zich sterk richt op samenwerken met de cliënt en ondersteuning van zijn/haar ouderrol tijdens het herstelproces, kan de PVO-professional voor de cliënt als een betrouwbare gesprekspartner fungeren. Daarnaast kan de visie en expertise van PVO-professionals waardevol zijn voor andere instellingen, bijvoorbeeld wanneer een weloverwogen besluit moet worden genomen over het ouderschap van cliënten en het contact met hun kind(eren).

2.7.3 Casuïstiek

CHANTAL

De kinderen gaan naar de geadviseerde KOPP/KVO-groepen en zijn hier positief over volgens Chantal. Ze merkt bij Kevin dat hij wat vaker dingen aan haar vraagt of vertelt. Laatst vroeg Kevin uit zichzelf hoe het met Chantal ging en er ontstond een gesprek over hoe het de afgelopen periode is gegaan. Ze praatten ook over hoe Kevin dit had ervaren. Ook al vond ze het moeilijk om sommige dingen te horen, het was toch een prettig gesprek dat voor beide goed is geweest, denkt ze.

Chantal en Rik hebben enkele gesprekken met de PVO-medewerker over de gezinssituatie. Het eerste gesprek gaat over de afspraken met de ex-partner van Chantal. Zowel Chantal als Rik vinden het een lastige situatie dat Kevin bij zijn vader wil gaan wonen. De PVO-medewerker vraagt hoe het contact met de ex-partner normaliter is, los van de conflicten die zich momenteel afspelen rondom de alimentatie en omgangsregeling. Volgens Chantal is het contact verder goed geweest: ze zijn dan wel uit elkaar, maar konden over het algemeen goed met elkaar overleggen als het ging om Kevin. Ze bespreken de mogelijkheid om de ex-partner van Chantal uit te nodigen bij hen thuis om met Kevin erbij over de situatie te praten. Chantal vindt dit spannend: het zal confronterend zijn om open te zijn over haar verslaving en de gevolgen die dit heeft voor het gezinsleven. De PVO-medewerker stelt voor om samen wat op papier te zetten, zodat Chantal een houvast heeft in het gesprek met haar ex-partner en haar zoon. Samen met de PVO-medewerker bespreken Chantal en Rik wat zij wel en niet willen zeggen en wat zij zullen doen als het gesprek de verkeerde kant op dreigt te lopen. Na afloop hebben zowel Chantal als Rik meer vertrouwen en voelen zich voorbereid op het gesprek dat ze zullen gaan voeren met de ex-partner en Kevin. Ondanks de lastige situatie hopen ze via het gesprek met de partner een juiste keuze te kunnen maken voor Kevin.

Een aantal weken later hebben Chantal en Rik het tweede vervolgesprek met de PVO-medewerker. Ze zijn opgelucht en positief. De avond met de ex-partner van Chantal verliep in het begin wat stroef, maar ze hebben goed kunnen praten. Tijdens het gesprek heeft Chantal vertelt over haar behandeling en hebben ze daarna vooral Kevin zijn verhaal laten doen. Samen met de ex-partner hebben ze afgesproken dat Kevin wat vaker naar zijn vader zal gaan, maar dat hij voorlopig wel voor het grootste deel bij zijn moeder en haar huidige partner blijft wonen.

In het derde gesprek met de PVO-medewerker wordt ingegaan op de opvoedingssituatie zoals deze momenteel is. Daarin komt ook aan de orde wanneer en op welke manier het drankgebruik en de neerslachtigheid van Chantal haar kunnen belemmeren in haar opvoedersrol. Een belangrijk punt waar ze het met elkaar over hebben zijn de verslavingsmechanismen waar Chantal en haar omgeving last van hebben. Terwijl zij hier verder over doorpraten, geeft de PVO-medewerker extra toelichting zodat met name Rik beter begrijpt waar Chantal tegenaan loopt. De PVO-medewerker legt het op een dusdanige manier uit dat voor Rik duidelijker wordt waarom Chantal bepaalde dingen doet en wat daaraan ten grondslag ligt. Zowel Rik en Chantal zijn hier blij mee want binnen de thuissituatie leidde het praten over het drankgebruik van Chantal vooral tot conflicten. Samen met Rik, probeert Chantal afspraken te maken over hoe zij bepaalde problemen waar ze nu bij de opvoeding tegenaan lopen voortaan gaan oplossen. Ook bespreken ze een plan over het omgaan met een eventuele terugval van Chantal. Tijdens het gesprek zijn er regelmatig momenten waarop zowel Rik als Chantal moeilijk tot elkaar komen en geïrriteerd of boos reageren. Ook wordt gerefereerd aan eerdere ruzies die ze hebben gehad. De PVO-medewerker vermoedt dat er mogelijk wat extra aandacht dient te komen voor de onderlinge partnerrelatie en bespreekt dit met Chantal en Rik. Ze adviseert hen om eventueel na te denken over een aantal gesprekken met een systeemtherapeut zodat ze wat kunnen doen aan de onderliggende spanning die door alle conflicten mogelijk is opgebouwd. Deze gesprek(ken) kunnen bij een systeemtherapeut binnen de instelling worden gevolgd nadat de hoofdbehandelaar in samenspraak met de coördinerend behandelaar van Chantal deze heeft geïndiceerd. De PVO-medewerker zal de coördinerend behandelaar alvast informeren over dit advies. Ter afsluiting zet de PVO-medewerker de gemaakte afspraken nog even op een rij en vraagt of Chantal en Rik er nog andere punten in de thuissituatie zijn waarbij ze ondersteuning en/of begeleiding zouden kunnen gebruiken. Volgens Chantal is het voor nu even goed. Ook Rik heeft geen verdere vragen. De PVO-medewerker complimenteert Rik en Chantal voor hun actieve rol in het proces en sluit het gesprek af

2.8 Uitwerking stap 7: Afsluiting en terugkoppeling

2.8.1 Implementatie & uitvoering

De kracht van het PVO is dat er ruimte en aandacht is om met cliënten, gedurende hun behandelperiode, in gesprek te gaan en te blijven over de opvoedingssituatie. Uit ervaringen van PVO-medewerkers komt naar voren dat een deel van de cliënten die aanvankelijk aangeeft het PVO-advies niet te willen opvolgen, hier later op terugkomt en/of weer contact zoekt met de PVO-medewerker voor extra advies en ondersteuning. De coördinerend behandelaar heeft de verantwoordelijkheid om signalen, vragen en behoeften rond de opvoedingssituatie van de cliënt te blijven volgen en eventueel alsnog of opnieuw door te verwijzen naar het PVO. Ook dient bij evaluaties van de behandelvoortgang de gezins- en opvoedingssituatie standaard aan bod te komen. Indien wenselijk kan de PVO-medewerker samen met de cliënt en zijn coördinerend behandelaar verdere afspraken maken over het volgen van de opvoedingssituatie door bij voorbeeld standaardevaluatiemomenten te plannen of de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) te informeren zodat ook zij de kind(eren) volgen.

2.8.2 Casuïstiek

CHANTAL

Chantal en Rik hebben gesprekken gehad met een systeemtherapeut binnen de instelling. Deze hebben geholpen om bepaalde nadelige patronen die zij met elkaar hadden opgebouwd te doorbreken. Daarnaast hebben ze met ondersteuning van de systeemtherapeut een aantal veranderingen en afspraken in de thuissituatie toegepast. In een vervolgesprek met de PVO-medewerker bespreken ze met elkaar hoe het nu gaat. Chantal en Rik zijn zich bewuster geworden van hun valkuilen en merken meer manieren te hebben gevonden om hiermee om te gaan en te voorkomen dat deze tot escalaties leiden. Al met al zijn er de afgelopen periode minder ruzies geweest en merken ze dat de sfeer binnen het gezin beter is geworden. Samen met de PVO-medewerker besluiten zij het PVO af te ronden. Wanneer er op een later moment nog vragen of problemen zijn, kunnen Chantal en Rik bij het PVO terugkomen. Zes maanden na het laatste gesprek neemt de PVO-medewerker weer contact op met Chantal om te vragen hoe het gaat. Volgens het dossier dat de PVO-medewerker van tevoren heeft doorgenomen, blijft ze naar de behandelafspraken komen en maakt ze vorderingen. Ook wordt ergens beschreven dat het contact tussen Chantal en haar zoon aan het verbeteren is. In het gesprek met de PVO-medewerker vertelt Chantal dat de meeste afspraken die zij en Rik met elkaar hadden gemaakt nog steeds worden opgevolgd en dat ze daar veel aan heeft. De PVO-medewerker sluit hiermee het PVO af en draagt de aandacht voor de opvoedingssituatie van Chantal over aan haar coördinerend behandelaar.

Hoofdstuk 3 - PVO kennis, houding en vaardigheden in de praktijk

3.1 Intro MGV, systemisch en herstelgericht werken

Drie werkwijzen bieden de PVO-medewerker in de stappen 4 tot en met 7 handvatten als het gaat om kennis, houding en vaardigheden in de PVO-praktijk: Motiverende gespreksvoering, de systemische benadering en de herstelbenadering.

3.1.1 Motiverende Gespreksvoering

Motivational Interviewing (MI) is in 1991 door Miller & Rollnick geïntroduceerd. In 2005 verscheen de eerste Nederlandse vertaling van hun boek met als titel 'Motiverende Gespreksvoering (MGV), een methode om mensen voor te bereiden op verandering'. In Nederland worden zowel de Engelse term MI als Nederlandse vertaling MGV afwisselend gebruikt.

Voor MGV zijn verschillende definities in omloop. De meest recente definitie (Miller & Rollnick, 2014) is als volgt:

'Motiverende Gespreksvoering is een op samenwerking gerichte, doelgerichte gesprekstijl met bijzondere aandacht voor verandertaal. Het is ontworpen om de persoonlijke motivatie en de commitment voor een bepaald doel te versterken door het ontlocken en verkennen van iemands eigen redenen om te veranderen in een sfeer van acceptatie en compassie.'

Motiverende Gespreksvoering richt zich op verandering. Vaak gaat het daarbij om specifieke gedragsverandering, maar het kan ook gaan om verandering in meer algemene zin. MGV is gebaseerd op de 'Client Centered therapy' van Carl Rogers. Daarin ligt de focus op het willen begrijpen van de cliënt en het aansluiten op zijn referentiekader in relatie tot een bepaald probleem en het bijbehorende gedrag. Ook in MGV is cliëntgerichtheid één van de uitgangspunten. De meeste mensen staan tot op zekere hoogte ambivalent tegenover verandering, met name als er sprake is van lichte drang of dwang. Liever willen mensen niet veranderen, maar tegelijkertijd zien zij ook wel de voordelen van een mogelijke verandering. Mensen die praten over hun houding ten aanzien van verandering laten vaak twee soorten taal horen, namelijk: verandertaal, dit zijn de uitspraken ten gunste van verandering, en behoudtaal, dit zijn de uitspraken die tegen verandering pleiten.

Kernelementen

De vier kernelementen van de onderliggende spirit van Motiverende Gespreksvoering zijn partnerschap, acceptatie, compassie en ontlocken. Bij **partnerschap** gaat het om het samenwerkingsproces tussen experts. De cliënt is de absolute expert van zichzelf, de hulpverlener is de expert in zijn vakgebied. Bij samenwerking en partnerschap hoort **acceptatie** van hetgeen de cliënt inbrengt. Deze acceptatie bevat vier aspecten; absolute waarde, accurate empathie, ondersteunen van autonomie en bevestigen. **Compassie hebben** houdt in dat de hulpverlener zich actief inzet voor het welzijn van de ander; de behoeften van de ander staan voorop. Het laatste aspect van de spirit is het **ontlocken** van datgene dat mensen al in huis hebben. Het is aan de hulpverlener om de persoonlijke krachten, doelen en waarden naar boven te halen bij de ander.

Vier overlappende processen

Het beloop het contact met een cliënt wordt beschreven aan de hand van vier opeenvolgende en elkaar overlappende processen.

Engageren is het proces waar twee partijen een werkrelatie aangaan. Betrokkenheid, vertrouwen en respect zijn daarbij van groot belang. Het proces van **focussen** is nodig om de agenda te bepalen. Zowel de cliënt als de hulpverlener kan een agenda hebben. Het is de taak van de hulpverlener om de focus steeds te verduidelijken en waar nodig in de loop van de tijd bij te stellen. Het zoeken van de focus helpt om het veranderdoel te kiezen. Het proces van **ontlokken** begint als het veranderdoel duidelijk is. De hulpverlener helpt de cliënt om de gedachten, gevoelens en motieven van zijn cliënt over wel of niet veranderen, te begrijpen en te verhelderen. Met andere woorden; ontlokken betekent de cliënt zelf de argumenten voor verandering te laten verwoorden. Positieve uitspraken over veranderen worden ook wel verandertaal genoemd. **Plannen** is de koppeling maken tussen verandertaal en verandergedrag. Cliënten spreken niet alleen hun argumenten voor verandering uit, ze gaan ook plannen maken en mogelijkheden voor verandering verkennen. Het uiteindelijke doel is het opstellen van een plan van aanpak en de ondersteuning bij de uitvoering daarvan.

Kernvaardigheden

Miller en Rollnick (2014) beschrijven vier kernvaardigheden die nodig zijn voor Motiverende Gespreksvoering:

- Reflectief luisteren
- Open vragen stellen
- Bevestigen
- Samenvatten

Reflectief luisteren is in wezen een gissing naar wat de spreker bedoelt te zeggen. In die zin helpt het zowel de hulpverlener als de cliënt om verdieping te vinden. Open vragen nodigen uit om na te denken en geven ook speelruimte in het geven van een antwoord. Bevestigen is het herkennen, ondersteunen en stimuleren van de sterke kanten en de inzet van een cliënt. Een samenvatting tot slot brengt alle informatie die de cliënt gegeven heeft bijeen; het kan thema's samenvoegen, verbinden of afronden.

De kernvaardigheden reflectief luisteren, open vragen stellen, bevestigen en samenvatten komen in alle fasen van MGV terug. In de eerste fase van engageren zijn het de basisinstrumenten om elkaar te begrijpen, in de latere fasen van focussen, ontlokken en plannen zijn het instrumenten om richting te geven aan het gesprek en om verandertaal te ontlokken en versterken.

3.1.2 De systeembenadering

De systeembenadering

In de systeembenadering wordt niet alleen naar de individuele cliënt en zijn klachten gekeken maar wordt het gedrag of het probleem van het individu gezien in onderliggende samenhang en in wisselwerking met zijn omgeving. Deze benadering ligt ten grondslag aan verschillende vormen of scholen van systeemtherapie zoals onder andere de Contextuele Therapie van Nagy (Boszormenyi-Nagy, 1987) en de Structurele Systeemtherapie van Minuchin (Minuchin, 1974).

Circulair denken

De systeembenadering wordt gekenmerkt door circulair in plaats van lineair denken. Lineair denken is probleemgericht waarbij de verklaring voor een psychische stoornis van een individu wordt gezocht in een oorzaak die daaraan vooraf is gegaan. De diagnose staat vast. Bij circulair denken is alles wat er rondom een probleem gebeurt zowel oorzaak als gevolg. De betrokkenen houden met elkaar bepaalde patronen in stand; het gedrag van een individu binnen een systeem wordt beïnvloed door anderen maar zal zelf ook het gedrag van anderen beïnvloeden. Bij circulair denken wordt uitgegaan van meerdere perspectieven en wordt de

onderliggende verklaring van een probleem niet teruggevoerd op een enkele oorzaak maar gerelateerd aan een breder verklarend model waarbij het probleem en daarmee samenhangende factoren en oorzaken uit de omgeving elkaar wederzijds beïnvloeden. Circulair denken is gericht op de interactie tussen mensen. Het vraagt niet naar de oorzaken maar gaat op zoek naar de gevolgen. Het is niet een oordelende manier van denken en men sluit aan bij het systeem van de cliënt. Daarom is het zo belangrijk om steeds de naasten te betrekken bij het behandelproces.

Meervoudige partijdigheid

In de systeembenadering gaat de hulpverlener uit van het principe van meervoudige partijdigheid. Dat wil zeggen dat verschillende meningen naast elkaar bestaan en ook zo mogen blijven bestaan. Binnen gezinnen kan er sprake zijn van conflicten of problematische relaties tussen verschillende gezinsleden. Wanneer één van de gezinsleden een verslaving of psychische stoornis heeft, kan dit een sterke wissel trekken op het gezin. Gezinsleden kunnen de gevolgen van de verslaving of psychische stoornis verschillend ervaren en daar verschillend mee omgaan; tegelijkertijd staan de ervaringen en reacties van gezinsleden met elkaar in verband en beïnvloeden zij elkaar. Sommige gezinsleden hebben veel meer of sterkere nadelige gevolgen ondervonden dan andere. In de systeembenadering gaat het niet om welk gezinslid gelijk heeft, maar geeft de hulpverlener erkenning voor het onrecht wat iemand is aan gedaan. Er wordt op zoek gegaan naar hoe een interactiepatroon binnen een gezin verloopt en in stand wordt gehouden. Daarbij wordt gezocht naar ieders aandeel zonder daarbij over schuld te spreken. Zo kan het verhaal van verschillende kanten worden verteld.

Co-afhankelijkheid

In een systeem is sprake van co-afhankelijkheid; niet alleen beïnvloedt het gedrag van een cliënt zijn omgeving, ook de omgeving beïnvloedt de cliënt. En wanneer iemand werkt aan gedragsverandering zal dat ook, zowel in positieve als ook soms in negatieve zin, invloed hebben op het gedrag en de gevoelens van de mensen in zijn omgeving. De hulpverlener gaat in het gesprek op zoek naar beschermende en risicofactoren in het systeem. Hoe ziet het systeem er nu uit en wie heeft wat nodig om verandering aan te gaan?

Genogram

Met een genogram wordt de familiegeschiedenis in kaart gebracht. Zo kunnen mogelijke verbanden worden gelegd tussen de aangemelde problematiek en de bredere familiecontext. Ook kan door het neerzetten van die familiegeschiedenis en van het onrecht wat sommigen is aangedaan een proces beginnen van het ontschuldigen van ouders en grootouders; er kan begrip ontstaan voor ouders omdat duidelijk wordt wat zij zelf hebben meegemaakt. De schuld van ouders of grootouders blijft hierbij wel staan, alleen de veroordeling ervan wordt vervangen door een volwassen beoordeling van de keuzes die iemand heeft gemaakt en zijn grenzen en inspanningen. Ontschuldigen kan nooit beginnen zonder eerst erkenning te geven. Het gaat verder dan begrip hebben voor.

Kinderen

Kinderen zijn loyaal aan hun ouders. Wanneer kinderen betrokken worden bij de gesprekken zal deze loyaliteit een rol spelen. Kinderen willen en kunnen vaak niet vrijuit spreken uit angst hun ouder te kwetsen of in de problemen te brengen. De hulpverlener dient hier rekening mee te houden en voorzichtig te zijn in het betrekken van kinderen.

3.1.3 De herstelbenadering

In 2010 tekenden cliëntenraden en alle grote verslavingszorginstellingen het Handvest van Maastricht, een overeenkomst met daarin afspraken over herstelondersteunende zorg en de inzet van ervaringsdeskundigen. Het Handvest van Maastricht dat door alle partijen is ondertekend, moet een stok achter de deur zijn voor de verbetering van het maatschappelijk herstel en de kwaliteit van het leven van (ex)verslaafden.

In dit Handvest zijn de volgende afspraken gemaakt:

- Herstel wordt leidend in de verslavingszorg;
- Ervaringsdeskundigheid wordt erkend als derde kennisbron, naast wetenschappelijke en professionele kennis.

Herstelondersteunende zorg is erop gericht om (ex-) cliënten zoveel mogelijk deel te laten nemen aan het maatschappelijk leven, ongeacht de beperkingen die verslavingsproblemen met zich meebrengen.

Er zijn verschillende definities van herstel:

'Herstel is een intens persoonlijk, uniek proces van verandering in iemands houding, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en/of rollen. Het is een manier van leven, van het leiden van een bevredigend, hoopvol en zinvol leven met de beperkingen die de psychische klachten met zich meebrengen. Herstellen betreft het ontgroeien van de catastrofale gevolgen van een psychiatrische aandoening en de ontwikkeling van een nieuwe betekenis en een nieuw doel in iemands leven.' (De Haan, 2013, p.6)

'Herstel is een krachtig concept. Onze aandacht verschuift van de psychische stoornis, symptomen en passiviteit naar herstelmogelijkheden en het regisseren van ons eigen leven (...) Onze ervaringen en de kennis die we er aan onttelen, stellen ons in staat verhalen te maken waarin we onszelf herkennen. Verhalen waardoor we kunnen zeggen: dit is hoe het is, dit is wie ik ben en op deze manier kun je me helpen' (Boevink, 2002, p. 4-9)

Vier aspecten van herstel

Dröes & Witsenburg (2013) omschrijven vier aspecten die helpen om een beter begrip te krijgen van het brede concept herstel. Het helpt om in de juiste periode de juiste vragen te stellen aan mensen om zo aan te kunnen sluiten bij hun beleving van herstel.

- Herstel van gezondheid gaat om de worsteling met psychische en lichamelijke klachten maar ook om het hervinden van de krachten.
- Herstel van identiteit is het proces van ontdekking wie iemand is. Op welke manier vormen waarden en normen iemand zijn persoonlijkheid en hoe vinden mensen de kracht om daaraan vast te houden.
- Herstel van maatschappelijke rollen is de zoektocht naar bij hun identiteit passende rollen in de samenleving. Dat kan op het gebied van werk zijn maar ook vrijwilligerswerk of hobby's. Inventariseren van krachten, talenten en mogelijkheden spelen dan een belangrijke rol.
- Herstel van dagelijks functioneren gaat om het zorgen voor jezelf en voor anderen en zorgen voor de leefomgeving. Het zijn niet alleen de vaardigheden maar het draait ook om de vraag wat bij iemand past en welke prioriteiten hij stelt.

Herstel staat niet gelijk aan genezing, maar betekent dat mensen leren zien waar hun eigen kwetsbaarheden en talenten liggen. Met deze kennis kunnen zij weer baas over hun eigen leven worden.

Kenmerken herstelondersteunende zorg

Om goede herstelondersteunende zorg te kunnen bieden heeft de hulpverlener oog voor de dromen, geschiedenis, talenten en de sterke en zwakke punten van de cliënt. Van groot belang is het bieden van hoop en het geven van toekomstperspectief. De cliënt maakt zelf zijn keuzes en neemt zijn eigen beslissingen. Er wordt actief gezocht naar steun van familie en vrienden. De cliënt weet zelf als geen ander welke zorg het beste aansluit bij zijn persoonlijke proces. Deze ervaringsdeskundigheid wordt op verschillende manieren ingezet; niet alleen ten behoeve van de cliënt zelf maar waar mogelijk ook in de zorg aan andere cliënten.

De inzet van ervaringskennis

De inzet van ervaringsdeskundigheid kan niet ontbreken binnen de herstelondersteunende zorg. Ervaringsdeskundigen hebben zelf ondervonden wat het betekent om psychische problemen te hebben, zij weten welke handvatten, oplossingen en strategieën wel en niet werken, welke steun belangrijk is, welke begeleiding en behandeling aansluit of herstelbevorderend is. Zij beseffen wat de gevolgen van psychische problemen voor hun sociale leven kunnen zijn en hebben zelf vaak hindernissen ervaren in hun eerste pogingen om te participeren in leven, leren en werken. Ook zijn veel van hen bekend met het gevoel dat anderen vooroordelen en beelden van hen hebben die niet overeen komen met de werkelijkheid en zij hebben ervaren wat dat kan betekenen voor hun zelfbeeld. Zij hebben adequate en minder adequate strategieën ontwikkeld om daar mee om te gaan. Deze ervaringskennis is waardevol voor cliënten en collega's in de verslavingszorg en in de ggz.

Er zijn verschillende manieren waarop van ervaringsdeskundigheid gebruik gemaakt kan worden. De instelling stelt voorwaarden aan de ervaringsdeskundigen en aan het team voor zij aan de slag mogen.

Cliëntenparticipatie

Cliënten betrekken bij het beleid en de organisatie van het team wordt cliëntenparticipatie genoemd. Hierbij wordt een beroep gedaan op de ervaring van cliënten als klanten van Brijder. De wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen stelt waaraan instellingen zich minimaal moeten houden. Per team moet hier invulling aan worden gegeven binnen de eigen mogelijkheden. Voorbeelden zijn cliëntenraad op vestigingsniveau, cliënten uitnodigen bij beleidsbesprekingen en bepaalde agendapunten van teamvergaderingen.

Zelfhulpgroepen

Zelfhulpgroepen staan los van de organisatie waar mensen in behandeling zijn en worden georganiseerd door (ex-)verslaafden zelf. Instellingen voor verslavingszorg kunnen deze groepen wel faciliteren met ruimte en dergelijke. Ook kan er voor gekozen worden cliënten te helpen om een zelfhulpgroep op te richten.

Empowerment van cliënten

Cliënten meer betrekken bij de eigen behandeling bijvoorbeeld door ze bij de cliëntbespreking en/of de behandelbespreking uit te nodigen, helpt cliënten zelf de regie over hun behandeling te houden. Een ander voorbeeld betreft de verslaglegging en de behandelovereenkomst: het taalgebruik hierin moet voor de cliënt begrijpelijk zijn.

Ervaringsdeskundigheid in de behandeling

Zowel medewerkers als (ex-)cliënten kunnen hun eigen ervaringskennis en eventueel ervaringsdeskundigheid inzetten in de behandeling van (andere) cliënten.

3.2 Casus Jackie

Hoe bieden deze drie benaderingen handvatten in het PVO-traject? In de casus van Jackie worden in drie fases de belangrijkste thema's uit iedere benadering beschreven. Regie & autonomie, erkenning en vertrouwen zijn thema's die in deze benaderingen terugkomen.

JACKIE

Fase 1: Contact maken en vertrouwen winnen

Jackie is een alleenstaande moeder van 30 jaar. Ze meldt zich bij een instelling voor verslavingszorg in haar regio. Ze zoekt hulp, mede onder druk van haar ouders. Ze blowt dagelijks, één tot drie joints per dag. De eerste rookt ze begin van de middag. In het verleden heeft ze een periode ook andere middelen gebruikt; Jackie dronk toen ook veel en gebruikte vaak coke en XTC in het weekend. Ze vindt zelf dat ze in vergelijking met vroeger nauwelijks meer gebruikt. In de periode dat ze zwanger wilde worden, is ze met de meeste middelen gestopt. Sinds de geboorte van haar eerste kind heeft ze niet meer gewerkt. De financiële problemen stapelen zich op. Ze heeft schulden en het lukt haar niet de schuldenlast te verminderen, het bedrag lijkt zelfs maandelijks te groeien. De zorgen zijn groot en drukken zwaar op haar. Ze heeft zelf het gevoel dat het blowen haar rust geeft; als ze niet gebruikt piekert ze veel en slaapt slecht. Ze stemt in met gesprekken om haar ouders gerust te stellen.

Er zijn twee zoons van 5 en 8 jaar oud. Vader, zelf ook bekend met problematisch gebruik van middelen, is grotendeels uit beeld sinds de geboorte van de jongste. Over beide kinderen maakt moeder zich zorgen; de oudste zoon is druk en luistert heel slecht. Op school is er vaak ruzie met leeftijdsgenoten. De jongste is juist stil en teruggetrokken en heeft moeite om aansluiting te vinden in de klas.

Jackie schrikt van de afspraak die haar intaker met een PVO-medewerker wil maken. Ze is bereid om over zichzelf te praten maar beschouwt deze doorverwijzing als een motie van wantrouwen; het PVO-traject maakt Jackie achterdochtig. Ze ziet de problemen van de kinderen maar ze vindt het moeilijk hierin naar zichzelf te kijken, zeker nu ze zich bij een instelling voor verslavingszorg heeft gemeld. Ze is bang voor de mogelijke gevolgen als ze open en eerlijk is.

MGV

Hoe win je het vertrouwen van iemand die het gevoel heeft veel te kunnen verliezen? Voor Jackie is praten over haar kinderen in deze context enorm confronterend. Ze heeft de stap naar de verslavingszorg al gezet en het voelt alsof ze daar nu voor gestraft wordt. In het eerste gesprek zal alle aandacht gericht zijn op het zoeken van de verbinding of het engageren. Engageren is het proces van het bewerkstelligen van een helpende relatie tussen een hulpverlener en zijn cliënt die zich kenmerkt door vertrouwen en respect. Om dit te kunnen bereiken, gaat de PVO-medewerker in gesprek over de wensen en doelen van Jackie en haar verwachtingen. De PVO-medewerker is steeds positief en hoopvol. De weerstand die Jackie in eerste instantie laat zien; Ik heb dit niet nodig, ik ben al in gesprek en thuis is niks aan de hand!, kan plaatsmaken voor een opener houding als de PVO-medewerker adequaat reageert.

Vanaf het eerste moment in het contact met de PVO-medewerker speelt autonomie een grote rol. Alleen Jackie kan beslissen of zij ervoor kiest om mee te werken en bereid is om te kijken naar hoe het gaat met haar kinderen en de opvoeding. En ook verder in het PVO-traject is het aan Jackie om te beslissen of ze openstaat voor eventuele veranderingen in haar leven. Als Jackie instemt met het PVO-traject, moet ze een duidelijk besef hebben van de stappen in en de mogelijke voor- en nadelen van het traject en eventuele alternatieven die ze heeft. Vaak al in het eerste gesprek start het proces van focussen; in Motiverende Gespreksvoering is

focussen een doorgaand proces van richting zoeken en behouden . Wat wil Jackie bereiken met het gesprek met de PVO-medewerker? Misschien staat voor haar in eerste instantie de goede relatie met haar ouders voorop. Ze wil hen niet teleurstellen. Verderop in het traject kunnen de zorgen om haar kinderen misschien meer in beeld komen. En heeft de PVO-medewerker hetzelfde doel voor ogen? Per gesprek wordt de agenda bepaald. Focussen is een proces van samenwerken om een koers uit te zetten die voor beiden acceptabel is. Als Jackie instemt met het PVO-traject is de vraag welke thema's of vragen voor haar het meest urgent zijn; wat zijn haar veranderdoelen ? Deze zal zij in de loop van het proces steeds bij kunnen stellen.

Haar kinderen betekenen alles voor Jackie; ze heeft altijd gedroomd van een gezin. Tijdens het in gang zetten van het PVO-traject realiseert ze zich dat verslaving en moederschap heel moeilijk zijn te combineren. Enerzijds een goede moeder willen zijn en anderzijds inzien dat het gedrag van haar kinderen soms mede het gevolg is van haar gebruik , leidt tot cognitieve dissonantie. Zowel haar behandelaar als de PVO-medewerker ontlokken in deze gesprekken over Jackies wensen, doelen en waarden veel verandertaal; "Zo kan het niet langer"; "Ik wil dat mijn kinderen zich veilig voelen thuis". Jackie heeft tenslotte redenen om zich zorgen te maken over haar kinderen. De jongste is stil en teruggetrokken terwijl haar oudste juist druk is en gedragsproblemen vertoont.

JACKIE

Fase 2: Inventariseren

Jackie werkt al enkele jaren niet meer. Ze is veel thuis en ligt dan op de bank tv te kijken.

Uit gesprekken met de kinderen en met school blijken zij beiden op hun eigen manier te reageren op de situatie thuis. De oudste heeft veel moeite met het verschil in opvoedings-stijl tussen moeder en grootouders. Moeder vindt veel goed; er zijn weinig regels thuis. Bij opa en oma zijn veel regels en mag hij juist weinig. De jongste heeft het gevoel dat hij voor zijn moeder moet zorgen; ze is vaak moe en ligt dan eindeloos op de bank. Hij vindt het lastig om vriendjes mee te nemen; mogelijk is dat te druk voor zijn moeder en hij schaamt zich ook een beetje voor de troep thuis.

Moeder heeft de SDQ ingevuld. De PVO-medewerker heeft beide kinderen ook een keer gezien toen Jackie ze naar een PVO-afpraak had meegenomen. De uitkomsten van de SDQ-vragenlijst en de indruk over het oudste kind geven aanleiding tot zorg en nader onderzoek; er zijn zowel emotionele als gedragsproblemen.

De ouders van Jackie nemen al jaren veel zorg op zich. Ze wonen vlakbij en de kinderen zijn daar drie dagen per week. De andere dagen komt oma thuis bij moeder om te helpen met koken en het huishouden. De ouders van Jackie maken zich veel zorgen en willen de zorg voor de kinderen het liefst volledig op zich nemen.

De vader van de kinderen is uit beeld. Een enkele keer zoekt hij contact. Hij komt een middag langs en laat vervolgens weer maanden niets van zich horen. De kinderen zijn iedere keer nieuwsgierig naar vader maar ook teleurgesteld als hij voor langere tijd weer verdwijnt. Moeder houdt het contact liefst zoveel mogelijk af. Vader heeft officieel nog steeds gezag, hij heeft de kinderen erkend maar er is nooit iets geregeld. Jackie wil vader niet betrekken bij de gesprekken, maar wil wel graag dat de PVO-medewerker ook met haar ouders in gesprek gaat. Uiteindelijk wordt afgesproken om thuis bij Jackie met alle partijen aan tafel te zitten. Met de kinderen wordt een aparte afspraak gemaakt.

Systeembenadering

Kernvraag vanuit de systeembenadering is hoe de problematiek van Jackie doorwerkt op haar kinderen en

de relatie die zij met hen heeft. Taak van de PVO-medewerker is het in kaart brengen van de beschermende factoren en risicofactoren in het systeem. Wat zijn de sterke kanten van moeder? Hoe ziet het steunsysteem er uit?

Wanneer de kinderen in gesprek gaan met de PVO-medewerker, al dan niet in bijzijn van moeder, zullen zij vrij moeten kunnen spreken. Kinderen zijn eindeloos loyaal aan hun ouders, pas als Jackie hardop uitspreekt dat ze mogen zeggen wat ze willen en dat ze niet boos is maar juist blij als ze durven te praten, durven ze misschien iets te zeggen. Beide kinderen hebben hun eigen manier om te reageren op de instabiele en soms zelfs onveilige situatie thuis. Jackie leert in de gesprekken onder ogen zien wat haar gebruik betekent voor de sfeer in het gezin en de kinderen.

Haar jongste zoon lijkt geparentificeerd. Een kind dat is geparentificeerd voelt zich over het algemeen verantwoordelijk voor het welzijn van zijn ouder en geeft zichzelf er de schuld van als de ouder ongelukkig is, geen succes heeft of op andere manieren problemen heeft. Deze kinderen geloven dat hun ouder kwetsbaar is en bescherming nodig heeft. Zij wenden zich dus niet tot die ouder als zij hun behoeften vervuld willen zien maar gedragen zich als hun eigen ouder. Ze zullen zich vaak opofferen om de ouder gevoelens van pijn te besparen, omdat ze geloven dat hun ouder dit mogelijk niet aan kan waardoor ze uiteindelijk alleen achter zullen blijven.

De oudste zoon van Jackie lijkt zich juist tegen moeder te keren; hij is boos, gefrustreerd en kwetsbaar. Hij doet erg stoer en heeft een grote mond, maar heeft zijn moeder juist erg hard nodig.

In het gesprek met Jackie en haar ouders gaat de PVO-medewerker op zoek naar de vraag wat ieders aandeel is in de problematiek zonder daarbij daders of slachtoffers aan te wijzen. Een belangrijk onderdeel van de ondersteuning aan gezinnen waarvan een of meerdere gezinsleden een verslaving of psychische stoornis hebben, is 'het ontschuldigen'.

Ontschuldigen betekent niet dat de schuld bij de ander ligt maar dat verschillende partijen de problemen en de reacties van de anderen erkennen. De ouders van Jackie hebben de laatste jaren veel tijd en aandacht besteed aan hun dochter en haar kinderen. Ook hebben zij zich zorgen gemaakt om hen. Uit respect voor hun dochter hebben ze zich vaak terughoudend opgesteld in hun kritiek en aanmerkingen terwijl ze niet goed wisten of ze daar wel goed aan deden. Ook is er sprake van teleurstelling over het verloop van het leven van hun dochter; ooit hadden ze grote verwachtingen. Jackie op haar beurt, voelt zich vaak klein gehouden door haar ouders en niet serieus genomen. Ze doet voor haar gevoel enorm haar best om het gezin draaiende te houden. De hulp die ze krijgt is welkom maar voelt ook als bemoeienis. In de gesprekken zullen al deze gevoelens een rol spelen. Om beider standpunten en visie goed te kunnen begrijpen, moet de PVO-medewerker zich inleven in de denkwereld, de achtergrond, de gevoelens en het verhaal van elke partij afzonderlijk. Hij is meerzijdig partijdig, dat wil zeggen dat hij volledig betrokken is bij zowel Jackie als haar ouders en dat hij aan beide partijen erkenning en waardering geeft. Hij kiest geen partij en is niet neutraal.

In het gesprek betekent dit dat hij beurtelings en evenwichtig aan beiden vragen stelt en nagaat of hij alles juist begrijpt. Dat kan als Jackie en haar ouders met respect naar elkaar luisteren en zich inzetten om elkaars kijk op de zaak te begrijpen.

Fase 3: Ondersteunen en doorverwijzen

Jackie is al enige tijd in behandeling en met de PVO-medewerker zijn afspraken gemaakt. Beide kinderen hebben deelgenomen aan een KOPP/KVO-groep. Voor de jongste was dit voorlopig voldoende, de oudste zoon is verwezen naar een ggz-instelling in de buurt voor verdere diagnostiek en gesprekken. Op advies van de PVO-

JACKIE

medewerker zijn moeder en zoon op school gaan praten met de juf om afspraken te maken over huiswerk en gedrag in de klas.

Het gaat in vergelijking met de periode van aanmelding goed met het gezin. Jackie heeft het besluit genomen om alleen nog in het weekend als de kinderen bij haar ouders zijn, te blowen en ze heeft het gevoel langzaam maar zeker weer de controle over haar leven terug te krijgen.

Het kost Jackie vaak nog moeite om te wennen aan haar nieuwe rol en aan alles wat er aan haar gevraagd wordt; haar zorgende rol als moeder van haar kinderen, als dochter die haar ouders soms nog nodig heeft maar ook als moeder op het schoolplein. Het voelt goed als mensen op school haar om hulp vragen maar het is ook eng om verantwoordelijkheid te nemen. Ook worstelt ze met de vraag wat haar identiteit bepaalt; is dat de oude stoere Jackie die heel goed haar eigen gang kan gaan, is dat de Jackie die hele dagen op de bank lag of is dat de Jackie die de kracht had om te veranderen.


De PVO-medewerker wil de PVO-gesprekken afsluiten maar maakt zich toch nog wat zorgen. Jackie houdt niet echt van koken en zeker drie dagen per week staat er pizza of friet op het menu. Er is een afbetaalregeling voor de schulden en dat betekent dat er weinig geld per week is voor de boodschappen. Toch doet Jackie soms nog roekeloze aankopen. De PVO-medewerker vraagt zich af wat een goed moment is om af te sluiten. Eigenlijk is er nog een hoop te doen maar hij wil ook voorzichtig omgaan met het hernieuwde zelfvertrouwen van Jackie. En een belangrijke vraag is: Wat is goed genoeg? Wat is de gouden standaard als het om opvoeden gaat?

Herstelbenadering

Herstel betekent dat mensen leren zien waar hun eigen krachten en kwetsbaarheden liggen, en hoe zij deze krachten en kwetsbaarheden kunnen gebruiken om opnieuw inhoud en richting aan hun leven te geven. Herstelen is een ontwikkeling die mensen zelf in gang zetten en voortzetten. Een hulpverlener adviseert en ondersteunt hierbij.

Maar wanneer laat je als hulpverlener de verantwoordelijkheid bij je cliënt en wanneer grijp je in? Dit is een veelvoorkomend dilemma in de hulpverlening. Dat geldt vooral als het om kwesties gaat waar de norm nogal kan verschillen. Hoe vaak moet een kind groenten eten of buiten spelen? Wanneer je de regie bij de cliënt laat, betekent dit dat hij of zij zijn eigen keuzes maakt en daar ook de verantwoordelijkheid voor krijgt en/of neemt. Dit betekent echter niet dat je je als hulpverlener terugtrekt. Met name op het moment dat je constateert dat het gedrag van je cliënt mogelijk schadelijke gevolgen heeft, blijf je in gesprek. In een open en gelijkwaardige relatie ga je het gesprek aan en geef je feedback over wat je ziet gebeuren. De PVO-medewerker sluit in dit geval niet af maar blijft in gesprek en bespreekt zijn zorgen. Jackie heeft de regie.

Er zijn verschillende vormen van herstel omschreven: herstel van identiteit, van gezondheid, van maatschappelijke rollen en van dagelijks functioneren. Met name de verwarring van Jackie over haar persoonlijke en maatschappelijke rollen verdient aandacht. Ze gaat (her)ontdekken wie ze is, wat haar waarden en normen zijn en wat haar persoonlijkheid vormt. Dit is nauw gerelateerd aan het herstel van haar maatschappelijke rollen; haar plek in de maatschappij. Daar hoort bijvoorbeeld het inventariseren van talenten en krachten bij en het vinden van werk of dagbesteding. Bij al deze aspecten gaat het vooral om een persoonlijke zoektocht. Jackie kan zich ontwikkelen door zelf de antwoorden te vinden op de vragen waar zij mee worstelt. Steun



bij herstel komt daarom vooral neer op het helpen vragen stellen in plaats van het helpen antwoorden te vinden. De persoonlijk behandelaar en de PVO-medewerker hebben oog voor de samenhang tussen de verschillende aspecten. Ze hebben veel met elkaar te maken. Net als herstel van identiteit en maatschappelijke rollen elkaar beïnvloeden geldt dit ook voor herstel van gezondheid, bij Jackie is dat gerelateerd aan haar gebruik, en de invloed daarvan op haar dagelijks functioneren.

Hoofdstuk 4 - Benodigde competenties & randvoorwaarden

4.1 Beroepsopleiding, training, bij-/nascholing

De functie van PVO-professional behoeft minimaal een afgeronde opleiding HBO- SPH/ Maatschappelijk werk. Daarnaast behoren affiniteit, kennis en ervaring op het gebied van verslaving en ouderschap, kind- en jeugdzorg en/of opvoedingsondersteuning tot de functie-eisen. Bij de samenstelling van een team van PVO-professionals is het raadzaam te zorgen voor voldoende variatie in opleidingsachtergrond tussen de professionals (maatschappelijk werk, gz-psycholoog, basispsycholoog). Van belang is dat PVO-professionals werkzaam zijn binnen een multidisciplinair team zodat zij toegang hebben tot de benodigde expertise. In het team dient daarom minimaal een orthopedagoog, gz- psycholoog, psychiater, klinisch psycholoog en systeemtherapeut aanwezig te zijn¹¹. Het verdient daarnaast aanbeveling om ervaringsdeskundige hulpverleners, ervaringswerkers of ervaringsdeskundige adviseurs aan het PVO-team toe te voegen. Op die manier komt er meer kennis beschikbaar over cliëntervaringen rond ouderschap en herstel van verslaving en kan (nog) meer aandacht worden besteed aan herstelondersteunend werken en de aansluiting bij cliënten.

Zoals al naar voren kwam in hoofdstuk 2 zijn de taken en werkzaamheden van een PVO-medewerker divers en vereisen zij specialistische kennis en vaardigheden. Het volgen van een training en eventueel daarop volgend een intervisie-/ coachingtraject zorgt ervoor dat PVO-medewerkers voldoende zijn toegerust op de te verrichte werkzaamheden. De training wordt bij voorkeur gegeven door (een) ervaren PVO-professional(s) in samenwerking met deskundigen op het gebied van MGV, systemisch en herstelgericht werken en een ervaringsdeskundige.

De volgende onderwerpen komen in de training aan bod:

- 1) Kennis en uitvoering van de stappen in het PVO-protocol en de Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling
- 2) Kennis over, voor het PVO relevante, thema's uit de ontwikkelingspsychologie, kinder- en jeugdpsychiatrie en orthopedagogiek
- 3) Systeendenken en -werken
- 4) Kennis van en training in MGV
- 5) Herstelgericht werken
- 6) Samenwerking met andere instanties en afdelingen, waaronder het doorverwijzen, afstemmen van interventies en het omgaan met privacygegevens van cliënten

Naast kennisoverdracht wordt tijdens de training aandacht besteed aan het oefenen van vaardigheden via rollenspelen gebaseerd op veel voorkomende scenario's uit de praktijk van het PVO. Afhankelijk van de aanwezige achtergrondkennis- en ervaring van en met MGV, kan een aanvullende basistraining in deze werkwijze wenselijk zijn. Daarin worden de theoretische uitgangspunten van motiverende gespreksvoering behandeld en worden cursisten getraind in:

- het aannemen van een - niet-moraliserende en niet-confronterende - houding
- basisgespreksvaardigheden, met name gericht op het bespreekbaar maken van de opvoeding en ontwikkeling van het kind

¹¹ De wijze waarop een multidisciplinair PVO-team wordt georganiseerd is afhankelijk van de mogelijkheden die er binnen een instelling voor handen zijn. Een functionele constructie die momenteel binnen Brijder Verslavingszorg wordt gevolgd is dat het PVO-team onderdeel uit maakt van de klinische afdeling Ouder en Kind. Deze afdeling biedt klinische zorg aan gezinnen waarvan de ouders verslaafd zijn. De professionals in het behandelteam van Ouder en Kind werken samen met de PVO-professionals en kunnen op deze manier aanvullende expertise bieden aan het PVO. Naast de afdeling Ouder en Kind maakt elke PVO-medewerker onderdeel uit van een regulier behandelteam van de volwassenenafdelingen van Brijder Verslavingszorg.

- het herkennen en bevorderen van bereidheid tot verandering
- het omgaan met weerstand
- het ontlocken van verandertaal

Als vervolg op de training kunnen coachinggesprekken en intervisiebijeenkomsten functioneel zijn waarin cursisten verdere ervaringen met de werkwijze en belangrijke vragen, twijfels en dilemma's uitwisselen. De aard van het werk brengt met zich mee dat er over-bezorgdheid kan ontstaan om individuele problematiek of twijfel over de juistheid van een melding of beslissing rond doorverwijzing. Het advies is om medewerkers zeker in de eerste periode te coachen en hen in gelegenheid te stellen om deel te nemen aan intervisiebijeenkomsten. Voor het op peil houden van expertise van PVO-professionals, verdient het aanbeveling de kennis en (gespreks)vaardigheden van professionals jaarlijks te monitoren en indien wenselijk nascholing aan te bieden.

Van de hulpverlener die aan de slag gaat met MGV wordt een intensief scholingstraject gevraagd. Er is in Nederland een goede e-learning module beschikbaar bij de ggz academie. Daarnaast zijn er trainingen die zich richten op houding en vaardigheden. Jaarlijkse bijscholing en regelmatige aandacht voor MGV in patiëntbesprekingen en supervisie zijn noodzakelijk om kennis, houding en vaardigheden up to date te houden.

4.2 Implementatie en draagvlak

Voor de implementatie van het PVO is het van cruciaal belang dat binnen de instelling een goed onderbouwde visie en helder beleid worden uitgedragen over het hoe en waarom er gevraagd wordt naar ouderschap van cliënten en wat de vervolgstappen zijn. Uiteraard dient aandacht te worden besteed aan het informeren en instrueren van professionals over de meldcode, Kindcheck en de daarbij behorende vervolgstappen, waaronder het doorverwijzen naar PVO¹². Beleidsmakers kunnen de aandacht voor ouderschap binnen hun instelling bevorderen door het PVO als volwaardig onderdeel op te nemen in het behandelaanbod van de instelling. Daarnaast is van belang dat het PVO voldoende aansluiting heeft met afdelingen of experts op het gebied van jeugdzorg en kinder- en jeugdpsychiatrie. Ten slotte zijn voor een goede implementatie de volgende voeding en praktische, werkbare en zorgvuldige procedures die goed zijn ingebed in de dagelijkse praktijk van professionals.

Uit eerdere ervaringen met de implementatie van KOPP/KVO-interventies is gebleken dat het vragen naar ouder- en opvoederschap van cliënten niet vanzelfsprekend is en als lastig wordt ervaren. Mogelijk mede daardoor werd vaak onvoldoende doorverwezen naar het KOPP/KVO-aanbod (Boel & Onrust, 2009; Pétillon et al, 2010; Scott, 2009). De invoering van de Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling met bijbehorende Kindcheck biedt een helder formeel kader om ouderschap in de volwassenenzorg aan te kaarten en het PVO-standaard aan cliënten voor te leggen.

De Kindcheck is in eerste instantie bedoeld om hulpverleners bewust(er) te maken van het gegeven dat cliënten ook opvoeder kunnen zijn en ervoor te zorgen dat zij eerder en vaker met hun cliënten in gesprek gaan over hoe het met de opvoeding en kind(eren) gaat. Behandelaars dragen zelf verantwoordelijkheid om de meldcode en daarbij behorende Kindcheck te verrichten, maar kunnen wel PVO-professionals consulteren

¹² In de Handleiding Kindcheck voor ggz en verslavingszorg (AUGEO, 2013) wordt nadere toelichting gegeven over hoe ouderschap kan worden uitgevraagd en waar professionals op dienen te letten.

bij specifieke vragen rond ouderschap en het welzijn van kind(eren) van cliënt, zoals twijfel over zorgelijke signalen in opvoedingssituaties, crisissituaties waarbij kind(eren) in het geding zijn en vragen van cliënten rond ouder- of voogdijschap.

Voor de organisatie en implementatie van het PVO binnen de instelling vormen zowel de inschatting en monitoring van de benodigde capaciteit als het draagvlak voor de uitvoering van de Kindcheck twee belangrijke aandachtspunten.

Wanneer een instelling zich tot doel heeft gesteld om alle cliënten die zorg dragen voor (minderjarige) kinderen standaard een gesprek aan te bieden met een PVO-medewerker, is van belang dat behandelaars inderdaad de Kindcheck verrichten en cliënten volgens de afgesproken procedures naar het PVO doorverwijzen. Zoals eerder vermeld is dit binnen veel instellingen voor volwassenenverslavingszorg en -ggz nog geen standaard werkwijze en zal dit in veel gevallen een cultuuromslag vereisen. De inbedding van het PVO als volwaardig onderdeel van het behandelaanbod en van PVO-professionals als volwaardig teamlid van een behandelteam voor volwassen cliënten binnen de verslavingszorg of ggz, zal de gewenste cultuuromslag naar verwachting bevorderen.

Het draagvlak voor en de kwaliteit van de implementatie van de Kindcheck zal van invloed zijn op de benodigde inzet vanuit het PVO. Bij de inschatting van de benodigde capaciteit dienen beleidsmakers ook rekening te houden met het gegeven dat de taakstelling van een PVO-medewerker veel minder afgebakend is dan bij voorbeeld van een hulpverlener die geprotocolleerde behandelingen geeft. De PVO-medewerker heeft uiteenlopende taken en vervult verschillende functies waaronder de schakelfunctie tussen cliënten, hun gezinnen en eventueel andere, bij de opvoedingssituatie betrokken partijen. Alhoewel sommige taken van de PVO-medewerker helder omschreven zijn, bieden diverse onderdelen van het PVO ruimte om deze naar eigen inzicht in te vullen. Volgens Dawe en collega's (2008) is deze ruimte noodzakelijk om aansluiting te krijgen en behouden met cliënten bij wie ouderschap en verslaving en daaraan gerelateerde problemen moeilijk bespreekbaar zijn. Aan de andere kant betekent intensievere inzet van een PVO-professional uiteraard minder beschikbare capaciteit om de gehele doelgroep van cliënten met kinderen standaard ondersteuning te bieden. De wisselwerking tussen een succesvolle implementatie van de Kindcheck en de daaruit voortvloeiende caseload voor PVO-professionals enerzijds en de taakafbakening en capaciteitsplanning van het PVO-team anderzijds zal een belangrijk aandachtspunt vormen voor een zorgvuldig beleid rond het thema ouderschap van cliënten binnen een instelling.

4.3 Samenwerking

De werkzaamheden voor het PVO vereisen goede samenwerking met verschillende partijen en op verschillende niveaus. Allereerst dient de PVO-medewerker een goede samenwerkingsrelatie op te bouwen met de cliënt en diens gezin. Dit vormt de basis voor de verdere ondersteuning. Daarnaast onderhoudt de PVO-professional goede contacten met collega's binnen en buiten de organisatie. Binnen de organisatie dient er samenwerking en afstemming plaats te vinden tussen PVO-professionals en de teams van volwassenen-(verslavings)zorg waarvan zij onderdeel zijn. In het team is geregeld contact tussen coördinerend behandelaren en de PVO-professional over ouderschap van cliënten en coördinerend behandelaren verwijzen cliënten die daarvoor in aanmerking komen volgens de standaardprocedure door naar het PVO. Tijdens het PVO-traject van een cliënt houden diens coördinerend behandelaar en de PVO-professional contact over de uitkomsten en adviezen van het PVO. Naast de contacten met het volwassenenteam, heeft de PVO-professional geregeld overleg en intervisie met zijn of haar collega's van het PVO-team. Ten slotte is het van belang

dat de PVO-professionals goede contacten onderhouden met collega's van andere instellingen die betrokken zijn bij het gezin van de cliënt of waarnaar wordt doorverwezen. Zoals al vermeld in paragraaf 2.7.2 zal met de overheveling van de jeugdzorg naar gemeenten, de doorverwijzing en samenwerking met andere instellingen voor PVO-professionals veranderen. Dit zal bijvoorbeeld inhouden dat nauw(er) wordt samengewerkt met en vaker wordt doorverwezen naar een lokale CJG of lokaal jeugdteam.

4.4 Monitoring en kwaliteitsbewaking

Voor een goede implementatie van zowel de Kindcheck als het PVO is het van belang dat de registratie van ouderschap van cliënten en de doorverwijzingen naar het PVO gemonitord worden. Cijfers over de praktische uitvoering van de Kindcheck en daarop volgende doorverwijzingen zijn ook relevant voor toekomstig beleid en capaciteitsplanning. De taken rond monitoring en kwaliteitsbewaking kunnen bijvoorbeeld worden belegd bij een aandachtsfunctionaris van de instelling die verantwoordelijk is voor de implementatie van projecten op het gebied van systeemgericht werken, ouderschap van cliënten of vroegdetectie- en interventie. Indien er weinig Kindchecks en/of doorverwijzingen hebben plaatsgevonden, geeft dit aanleiding om mogelijke problemen in de procedure te onderzoeken en de implementatie verder te verbeteren.

4.5 Privacy

Op grond van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) heeft de zorgverlener de plicht om de gegevens over de cliënt die nodig zijn voor een goede behandeling, vast te leggen. Ten aanzien van deze gegevens bestaat een geheimhoudingsplicht. Dit houdt in dat elke medewerker die bij de behandeling van de cliënt betrokken is, tot geheimhouding verplicht is van alle gegevens waarvan hij beroepshalve kennis neemt. Alleen bij de behandeling betrokken medewerkers en hun vervangers die werkzaam zijn bij de instelling waar cliënt in behandeling is mogen zijn of haar dossier inzien.

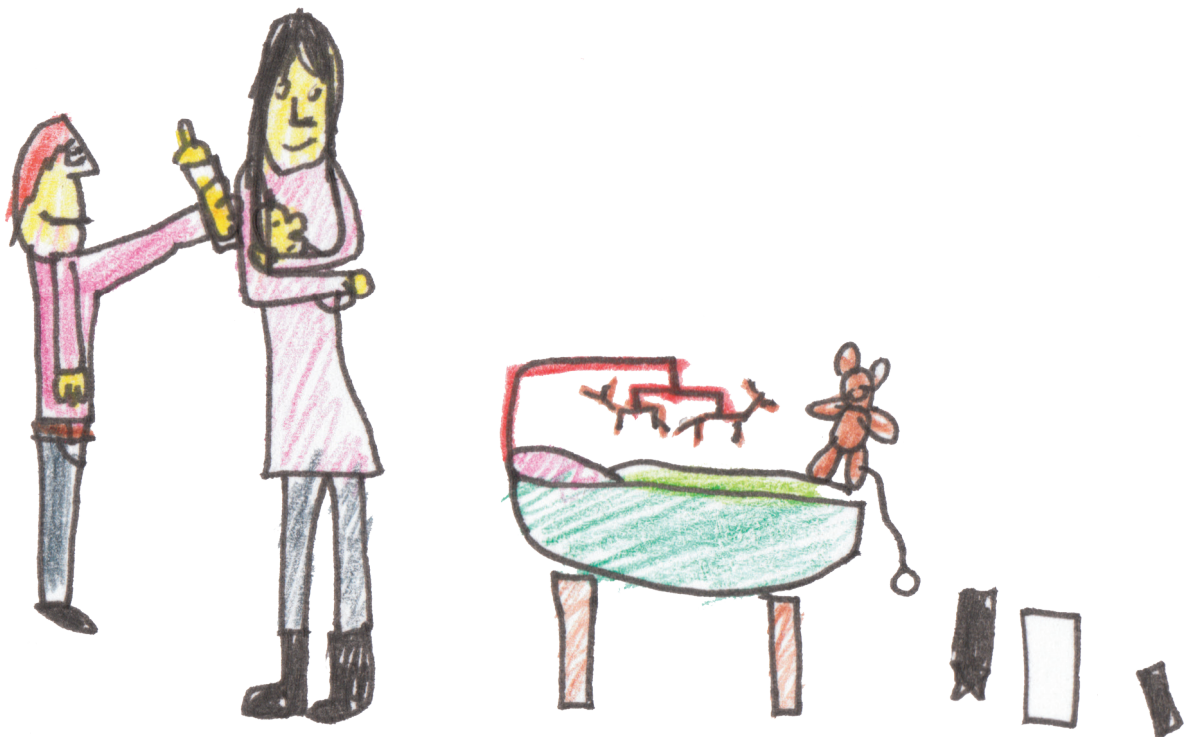
Net zoals bij de andere behandelingen binnen de ggz en verslavingszorg, is de WGBO ook van toepassing op het PVO. Ook wat betreft omgaan met privacy gelden dezelfde richtlijnen en regels als voor reguliere behandelingen. Wel zijn er drie belangrijke punten die extra aandacht en zorgvuldigheid vergen van een PVO-professional, namelijk de wijze van dossiervoering als het gaat om informatie over gezinsleden van de cliënt, de te volgen toestemmingsprocedures bij screening van problematiek bij kind(eren) van de cliënt, en de procedures rond verstrekking van informatie over de behandeling van cliënt aan derden.

Het PVO is een onderdeel van de behandeling van volwassen cliënten (met kinderen) en alle handelingen die daaruit voortvloeien zijn primair gericht op bevordering en verbetering van het herstel van de volwassen cliënt. Alhoewel PVO-medewerkers oog hebben voor het welzijn van de kind(eren) van cliënten en indien nodig zorg aan kinderen faciliteren, zijn zij niet bevoegd tot en zullen zij zelf geen behandelingen aan kind(eren) geven.

Aangezien het PVO behandeling biedt aan de volwassen cliënt (ouder) en niet aan de kinderen van deze cliënt, zal in de dossiervoering zorgvuldig moeten worden omgegaan met informatie over kind(eren) en met informatie over andere gezinsleden/ partner/ co-ouder van de cliënt. Informatie over gezondheid, welzijn of hulp voor het kind dienen niet in het dossier van de volwassen cliënt te worden vastgelegd. Percepties van de ouder over de opvoedsituatie en het welzijn van zijn/haar kind(eren) mogen, indien functioneel voor de behandeling, wel worden beschreven in het dossier.

Ten slotte komt het relatief vaak voor dat PVO-medewerkers benaderd worden door andere instanties, zoals

Veilig Thuis, (voormalig) Bureau Jeugdzorg of de Raad voor de Kinderbescherming, met de vraag of informatie kan worden verschaft over hun cliënten. Hiervoor gelden de gangbare reglementen volgens de WGBO. Dit betekent dat PVO-medewerkers alleen en volgens de vastgestelde privacy-procedures van de instelling, informatie over de cliënt met andere professionals mogen delen, wanneer de cliënt daar schriftelijk toestemming voor heeft gegeven.



Hoofdstuk 5 - Achtergrond en theoretische onderbouwing

5.1 Achtergrond

Overmatig gebruik van alcohol en drugs door ouders kan op verschillende manieren problemen opleveren voor de opvoeding en ontwikkeling van kinderen. Het verklarende model van Hosman, Van Doesum, & Van Santvoort (2009) (zie Figuur 2, pagina 52) geeft inzicht in de manier waarop verschillende kenmerken van de ouder(s), kind(eren) en gezinsomstandigheden samenhangen en kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van kinderen van wie één of beide ouders een verslaving of psychische stoornis heeft.

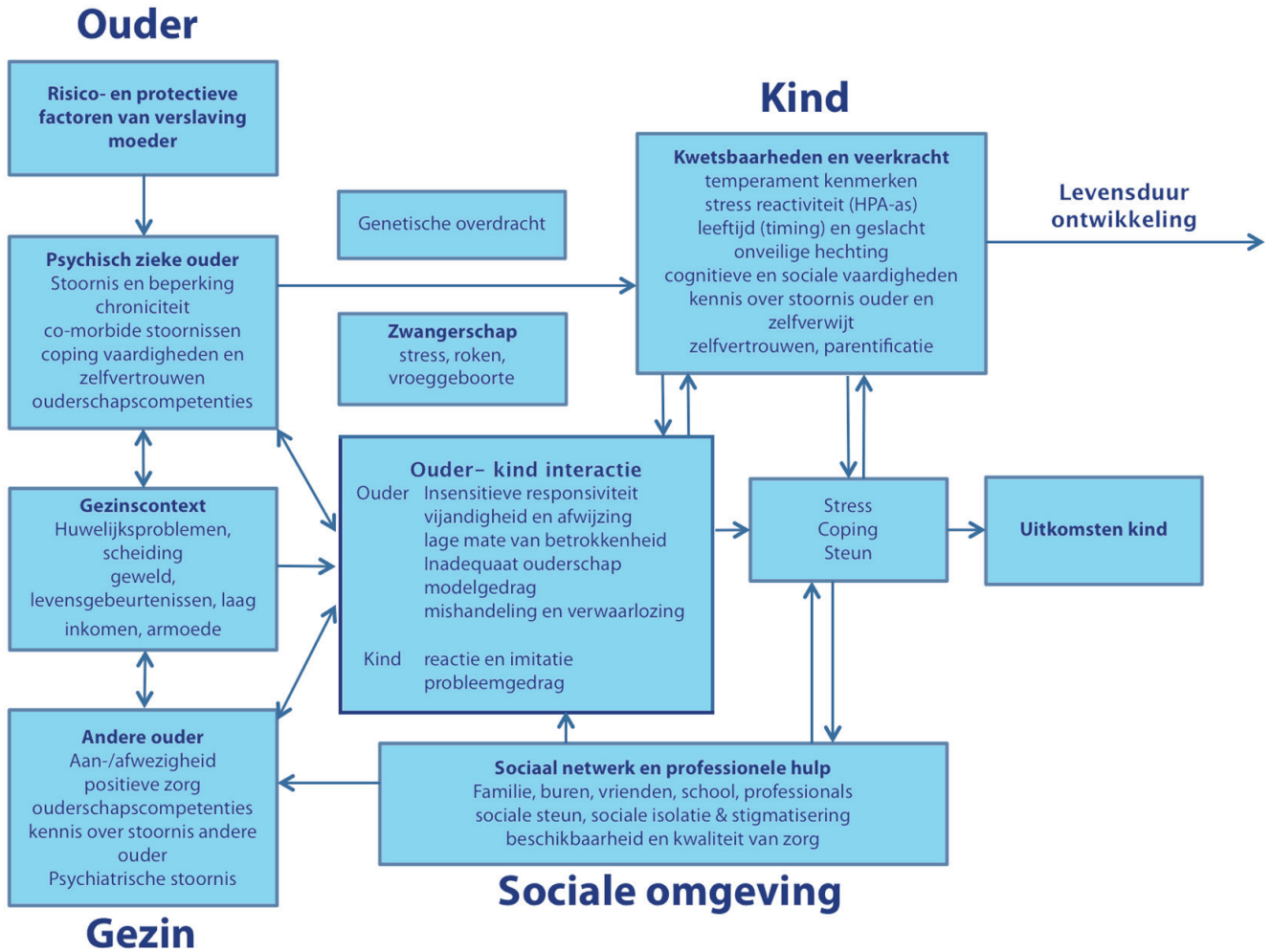
Allereerst kunnen kinderen erfelijk belast zijn, waardoor zij een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van een psychische stoornis of verslaving (Biederman, Faraone, Monuteaux, & Feighner, 2000; Sher, Waltzer, & Wood, 1991; Agrawal & Lynskey, 2008; Johnson & Leff, 1999). Daarnaast kan het gebruik van alcohol en/of drugs tijdens de zwangerschap leiden tot beperkingen in de ontwikkeling van het kind (Behnke, et al., 2013). Ten slotte kan de ontwikkeling van kinderen worden belemmerd door inadequaat opvoedgedrag en risicovolle opvoedingssituaties die gepaard kunnen gaan met het middelengebruik van de ouder(s) (Solis et al., 2012).

Bij het beschouwen van de literatuur is het belangrijk te beseffen dat het beschikbare wetenschappelijk onderzoek naar het opvoedgedrag van ouders met een verslaving beperkt is, nogal eens methodologische tekortkomingen vertoont en veelal gebaseerd is op kleine en selectieve steekproeven. De meeste studies zijn verricht onder gezinnen en ouders – vaker moeders dan vaders – die in contact zijn met de kindbescherming of al in zorg zijn vanwege verslavings- en/of gezinsproblematiek, en er is nog weinig bekend over het opvoedgedrag en de opvoedingssituatie van ouders met een verslaving die niet in contact zijn met deze instituties (Barnard & McKeganey, 2004).

Uit verschillende studies komt naar voren dat er een relatie bestaat tussen verslavingsproblematiek bij ouders en inadequaat opvoedgedrag, waaronder hard straffen, verwaarlozing, verminderd ouderlijk toezicht, gebrek aan responsiviteit, verstoorde ouder-kindrelaties, meer echtelijke ruzies en geweld binnen het gezin en risico op mishandeling en/of misbruik (Barnard & McKeganey, 2004; Conners, et al., 2004; Johnson, & Leff, 1999; Kelleher, Chaffin, Hollenberg, & Fischer, 1994; Suchman & Luthar, 2000). De maatschappelijke context waarin de opvoeding plaatsvindt, kan hierbij een belangrijke rol spelen. Zo komen een gebrekkige huisvesting, financiële problemen en werkloosheid vaker voor bij ouders met verslavingsproblematiek, waardoor de opvoedsituatie verder onder druk komt te staan (Conners, et al., 2004).

Een belangrijk thema dat bij veel kinderen met een verslaafde ouder speelt, is de geheimhouding en/of ontkenning van het verslavingsprobleem door de ouder(s) (O'Connor, Forrester, Holland, & Williams, 2014; Barnard & Barlow, 2003). Hierdoor kunnen lastige dilemma's en loyaliteitsconflicten ontstaan, waarbij het kind op zijn hoede moet zijn met wie hij waarover praat, de situatie thuis of het gedrag van de ouders verkeerd uitlegt en de schuld bij zichzelf zoekt.

Figuur 2. Ontwikkelingsmodel Intergenerationale Overdracht van Psychopathologie (Hosman, Van Doesum & Van Santvoort, 2009)



Ook kunnen kinderen, vanwege het verslavingsprobleem van hun ouder(s), het effect daarvan op de gezinssituatie en het stigma rond verslaving, terughoudend worden in het aangaan van vriendschapsrelaties, waardoor zij een verhoogde kans lopen op sociale isolatie (Repetti, Taylor, & Seeman, 2002). Daarnaast gaan sommige kinderen zich bovenmatig verantwoordelijk voelen voor het gedrag van hun ouder(s), de situatie thuis en/of het welzijn van eventuele broer(s) of zussen. Dit kan uiteindelijk uitmonden in parentificatie of rolomkering, waarbij kinderen de ouderrol met de daarbij behorende verantwoordelijkheden overnemen (Earley, & Cushway, 2002; Hedges, 2012; Godsall, Jurkovic, Emshoff, Anderson, & Stanwyck, 2004). Er zijn enige aanwijzingen dat parentificatie ongunstig is voor de ontwikkeling van kinderen en de kans op psychische problematiek op latere leeftijd vergroot (Hooper, DeCoster, White, & Voltz, 2011), maar verder onderzoek is nodig.

Het ongunstige effect van verslavingsproblematiek bij ouders op de opvoedingssituatie en de ontwikkeling van het kind kan versterkt worden door specifieke kenmerken van de ouder, het kind en de omgeving. De aanwezigheid van psychiatrische comorbiditeit bij de ouder, dus wanneer bij de ouder sprake is van zowel verslaving als een andere psychische stoornis, verhoogt bijvoorbeeld het risico op een ongunstige opvoedingssituatie (Van Santvoort, Hosman, Van Doesum, & Janssens, 2014a). Daarnaast worden de negatieve effecten van ouderlijke verslavingsproblematiek op de ontwikkeling van het kind medebepaald door diens leeftijd: hoe jonger het kind, hoe schadelijker de effecten kunnen zijn (Hosman, Van Doesum, & Van Santvoort, 2009). Wat betreft de omgevingsfactoren werd eerder al gewezen op de ongunstige invloed die maatschappelijke achterstand op de opvoedingssituatie kan hebben.

Tot slot is het aannemelijk dat overmatig gebruik van alcohol of drugs van ouders het risico vergroot dat kinderen blootgesteld worden aan deze middelen in huis en aan onveilige alcohol- of drugsgerelateerde omgevingen.

Niet alle kinderen met een verslaafde ouder vertonen problemen tijdens hun jeugd of op latere leeftijd en de aard en ernst van de ervaren problematiek kan sterk variëren. Beschermende factoren die te maken hebben met de sociale omgeving en specifieke kenmerken van de ouders en het kind kunnen ervoor zorgen dat kinderen zich, ondanks de verslavingsproblematiek van hun ouders, goed ontwikkelen. De aanwezigheid van een ondersteunend sociaal netwerk, stabilisatie in het middelengebruik van de ouder(s), goede huisvesting, een stabiele partnerrelatie, gunstige financiële omstandigheden en inkomen uit arbeid, hebben een positieve invloed op de opvoedsituatie. Ook de persoonlijke en psychische kenmerken van kinderen en hun ouders, zoals hun psychische gezondheid, coping-vaardigheden, en cognitieve en sociale vaardigheden kunnen een positieve uitwerking hebben op de opvoeding en de ouder-kind relatie.

Bovengenoemde problemen en factoren worden tijdens de PVO-gesprekken in kaart gebracht en vormen het aangrijpingspunt voor verdere ondersteuning.

5.2 Theoretische onderbouwing

Zoals beschreven in paragraaf 2.2 kunnen alle zeven stappen die in het PVO gevolgd worden met betrekking tot signalering, screening en inventarisatie van de problemen en (vroeg)interventie en doorverwijzing, beschouwd worden als integraal onderdeel van het PVO-programma. Bij de onderbouwing van het PVO-aanbod is het daarnaast van belang in te zoomen op de interventie 'in engere zin': de ondersteuning die de PVO-medewerker aan de ouder(s) biedt nadat de inventarisatie van de opvoedsituatie, het welzijn van het kind en de daaraan gerelateerde vragen en behoeften van de ouder(s) heeft plaatsgevonden. In deze paragraaf wordt bij de onderbouwing van het PVO-aanbod aandacht besteed aan beide invalshoeken.

5.2.1 PVO: signalering, probleeminventarisatie en doorverwijzing

Signalering

Het systematisch signaleren en bespreekbaar maken van ouderschap bij cliënten die in behandeling komen bij de verslavingszorg of ggz, is een belangrijke voorwaarde voor het verwezenlijken van de doelstellingen van het PVO. Over de effecten van deze werkwijze zijn voor wat betreft het PVO geen onderzoeksgegevens beschikbaar. Los van de specifieke context van het PVO suggereert het beschikbare onderzoek dat systematische screening van alle cliënten die in zorg komen tot een hogere detectiegraad van de te inventariseren problematiek leidt dan screening die niet-systematisch of slechts bij een deel van de cliënten wordt verricht (Berger-Jenkins, McCord, Gallagher, & Olfson, 2012; Boonstra, Wunderink, Sytma, & Wiersma, 2009; Jee et al., 2011; Jonovich & Alpert-Gillis, 2014; Wasserman et al., 2009).

De wettelijke verplichting voor het toepassen van de Kindcheck (AUGEO, 2013) schept een formeel kader om ouderschap bij cliënten in de verslavingszorg en ggz standaard aan de orde te stellen. Implementatie van deze werkwijze blijkt echter lastig. Bezwaren die in de praktijk veel gehoord worden, zijn: “niet mijn taak”, “niet getraind/ geen expertise”, “te druk” en “te risicovol” (Lauritzen, Reedtz, Van Doesum, & Martinussen, 2014). Zoals beschreven in hoofdstuk 4, verdient het daarom aanbeveling veel aandacht te besteden aan de implementatie van de Kindcheck en daarbij te zorgen voor heldere en overtuigende informatie over het belang en de verwachte effecten van toepassing van de Kindcheck, goede afspraken over de taakverdeling en verantwoordelijkheden, passende training en opleiding, en praktisch werkbaar en zorgvuldige procedures die goed zijn ingebed in de dagelijkse praktijk van professionals.

Ook over het gestandaardiseerd in kaart brengen van zorgelijke signalen omtrent de ontwikkeling en opvoedingssituatie van kinderen is slechts beperkt onderzoek beschikbaar. Volgens een review uit 2010 naar het screenen op kindermishandeling lieten de (vier) beschikbare studies zien dat de implementatie van een gestandaardiseerde procedure weliswaar samenhang met grotere bewustwording, betere dossiervorming en een hoger aantal ‘vermoede cases’, maar niet met een hogere detectiegraad (Louwers, Affourtit, Moll, De Koning, & Korfage, 2010). Mogelijk is dit terug te voeren op onvoldoende training en gebrekkige implementatie van het signaleringsprotocol, of op tekortkomingen in de psychometrische kwaliteit (betrouwbaarheid en validiteit) van het toegepaste detectie-instrument (Diderich et al., 2014). Recente uitkomsten uit Nederlands onderzoek op spoedeisende hulp afdelingen laten zien dat een goed geïmplementeerde en gestandaardiseerde procedure op basis van een betrouwbaar en valide meetinstrument (Louwers, et al., 2014) wel tot een hogere detectiegraad kan leiden (Louwers, et al., 2012; Diderich, et al., 2013). Hierbij zij opgemerkt dat de context op een spoedeisende hulp afdeling – acuut letsel of gezondheidsschade bij de betrokkene – aanzienlijk verschilt van die in de verslavingszorg of ggz.

De inventarisatie van aanwezige risico- en beschermende factoren rond de opvoedingssituatie, de ontwikkeling van het kind, en de opvoedingsvragen van de ouder(s) vormt de basis voor de verdere besluitvorming over of en in welke vorm opvoedingsondersteuning in het kader van het PVO aan de cliënt wordt geadviseerd. Met het gebruik van enkele van de in dit handboek voorgestelde check- en screeningslijsten, waaronder de SIK-lijst, is wel enige ervaring opgedaan, maar deze zijn voor de specifieke doelgroep van het PVO nog onvoldoende onderzocht. Los van de PVO-context komt uit onderzoek naar voren dat het gebruik van gestructureerde vragenlijsten of interviews het systematisch uitvragen van de problematiek stimuleert en de ‘interviewer bias’ beperkt, hetgeen veelal leidt tot een hogere betrouwbaarheid en meer volledige informatie, in vergelijking met een niet-gestructureerde evaluatie (Miller, 2001; Brøndbo et al., 2012).

Met de SDQ is wel enig onderzoek verricht bij kinderen van ouders met psychische en/of

verslavingsproblematiek (Van Santvoort, Hosman, Van Doesum, & Janssens, 2014a), maar er zijn nagenoeg geen gegevens beschikbaar over de bruikbaarheid van dit instrument voor het detecteren van psychosociale problemen bij deze groep kinderen. Voor het screenen van kinderen (4-12 jaar) in de algemene populatie is deze informatie wel bekend (Stone, Otten, Engels, Vermulst, & Janssens, 2010). Daaruit komt naar voren dat de ouder- en docentversies van de SDQ kunnen worden beschouwd als valide en betrouwbaar voor screening op psychosociale problemen bij kinderen in het basisonderwijs. De psychometrische kwaliteit van de SDQ is bij adolescenten slechts in drie studies onderzocht. De SDQ-totaalscore bleek laag tot matig sensitief voor het detecteren van psychische stoornissen in brede zin ('any psychiatric disorder'), in termen van de DSM- of ICD-classificatie. Wel werd een hoge specificiteit gevonden (Becker, Hagenberg, Roessner, Woerner, & Rothenberger, 2004; Goodman, Ford, Simmons, Gatward, & Meltzer, 2000; He, Burstein, Schmitz, & Merikangas, 2013).

Doorverwijzing naar andere interventies

De internationale wetenschappelijke literatuur beschrijft verschillende typen interventies en behandelprogramma's die aan ouders met verslavingsproblematiek en/of hun kinderen kunnen worden aangeboden. Deze interventies zijn niet alleen beschikbaar in de verslavingszorg (Niccols et al., 2012a, 2012b; Banwell, Denton, & Bammer, 2002) maar ook in andere disciplines zoals kinder- en jeugdzorg, de kinderbescherming (Nelson, Selph, Bougatsos, & Blazina, 2013; Osterling & Austin, 2008) en de geestelijke gezondheidszorg (Reupert et al., 2013; Siegenthaler, Munder, & Egger, 2012). Het aanbod kan bestaan uit één of meerdere componenten waaronder psycho-educatie over opvoeding en/of (herstel van) verslaving, opvoedtrainingen voor ouder(s) al dan niet bij de ouder(s) thuis, gezinsgerichte programma's, gezins- en/of systeemtherapie, praktische ondersteuning en bevordering van de opvoedcondities, en ondersteuningsgroepen voor kinderen, ouder(s) en/of het hele gezin. Voor (met name) moeders en/of gezinnen met jonge kinderen bieden sommige instellingen voor verslavingszorg integrale behandelprogramma's met op elkaar afgestemde voorzieningen en behandelonderdelen aan (Niccols et al., 2012a, 2012b).

Tabel 2 (pagina 60-61) geeft een overzicht van interventies rond de aanwezigheid van verslavings- of psychische problemen bij de ouder(s) die in Nederland worden aangeboden. Interventies die zijn ontwikkeld voor ouders in het algemeen of voor ouders van kinderen met psychische- of verslavingsproblemen, zoals Tripple P (De Graaf, Schulten & Verdurmen, 2011) zijn buiten beschouwing gelaten. In de tabel wordt de evidentie van de interventies, blijkend uit Nederlands of internationaal onderzoek, samengevat en wordt de beoordeling (voor zover deze heeft plaatsgevonden) uit de databank Effectieve Jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) vermeld.

Interventies voor gezinnen

De interventies voor gezinnen richten zich op het bevorderen van de opvoedcondities en het opvoedgedrag van de ouders, het bevorderen van de communicatie en relaties binnen het gezin, en het versterken van de veerkracht van de kinderen. In alle gezinsinterventies die in de tabel worden vermeld, vinden de contacten met de hulpverlener plaats op face-to-face basis en, met één uitzondering, in een ambulante setting.

In Nederland zijn gezinsinterventies slechts beperkt onderzocht. Wel is momenteel een Nederlandse studie in uitvoering naar de effectiviteit van Bureau Basiszorg (Wansink, Hosman, Janssens, Hoencamp, & Willems, 2014). De psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP (Beardslee et al., 1997; Van Doesum, Kroeze, Leer-Ternisien, & Bool, 2002) is als enige door het NJI geëvalueerd en ontving de beoordeling 'goed onderbouwd'. De andere gezinsinterventies zijn niet opgenomen in de databank van het NJI.

In 2008-2009 is getracht om 'Gezin aan bod', de Nederlandse variant op het erkende en evidence based gezinsprogramma 'the Strengthening Families Program' (SFP; zie Kumpfer, Whiteside, Greene, & Allen, 2010) te onderzoeken. Deze interventie was aanvankelijk ontwikkeld voor gezinnen waarvan één of beide ouder(s) verslaafd is en is later uitgebreid naar andere doelgroepen (Kumpfer, et al., 2010). Vanwege beperkte instroom van gezinnen, was de steekproef uiteindelijk te klein om uitspraken te doen over de effectiviteit van deze interventie (Boel & Onrust, 2009).

Interventies voor ouders

Slechts twee interventies richten zich specifiek op opvoedingsondersteuning aan ouders met verslaving en/of psychische problematiek. De ouder-baby-interventie (Brok & Van Doesum, 2004) is gericht op het stapsgewijs verbeteren van de kwaliteit van de interactie tussen depressieve moeders en hun baby (tot 12 maanden). De interventie bestaat uit begeleiding aan het gezin door een psychiatrisch verpleegkundige uit de ggz waarbij huisbezoeken worden verricht en partner en/of belangrijke anderen zoveel mogelijk bij de begeleiding worden betrokken. De focus ligt op het bevorderen van de hechting en verbetering van de sensitieve responsiviteit van de moeder op het kind. De interventie is in een Nederlandse studie effectief bevonden (Van Doesum, Riksen-Walraven, Hosman, & Hoefnagels, 2008) en is door het NJI beoordeeld als 'effectief volgens goede aanwijzingen'.

Voor zover bekend zijn er in Nederland geen soortgelijke interventies die zich sterk richten op de ouder-kind relatie, ontwikkeld voor ouders met verslavingsproblematiek. In Australië en de V.S. bestaan er wel enkele interventies voor verslaafde moeders met jonge kind(eren) ter bevordering van de responsiviteit en de ouder-kindrelatie (Dawe & Harnnett, 2007; Suchman et al., 2010; Suchman, Decoste, McMahon, Rounsaville, & Mayes, 2011; Belt, et al., 2012). De eerste studies naar deze behandelingen laten positieve uitkomsten zien.

Een andere in Nederland beschikbare interventie voor ouders met psychische en/of verslavingsproblemen is de online begeleidde oudercursus 'KopOpOuders'. Deze cursus heeft een stepped care karakter, waarin de ouders zelf bepalen in welke mate zij ondersteuning ontvangen. De online interventie is door het NJI beoordeeld als 'goed onderbouwd'. In veel instellingen voor verslavingszorg en ggz worden daarnaast opvoedcursussen gegeven waarin ouders met psychische en/of verslavingsproblematiek psycho-educatie over opvoeding ontvangen en opvoedvaardigheden aanleren. Een veelvuldig aangeboden opvoedcursus die momenteel beoordeeld wordt door het NJI is 'Opvoeden: een hele kunst!'.

Een relatief nieuwe methode die mede ontwikkeld is voor ouder(s) met psychische problematiek is een opvoedcursus gebaseerd op principes van mindfulness. De interventie is nog niet uitgebreid onderzocht, maar een eerste evaluatie met een voor- en nameting bij 86 ouders toonde verbeteringen op psychische klachten bij zowel het kind als de ouder en bij de ouder op opvoedvaardigheden en opvoedstress. Daarnaast was de drop-out laag en werd de cursus positief beoordeeld (Bögels, Lehtonen, & Restifo, 2010).

Interventies voor kinderen

Van de vijf beschikbare interventies voor kinderen van ouders met verslavings- en/of psychische problemen worden er twee face-to-face en drie online aangeboden.

De twee face-to-face KOPP/KVO-groepen zijn elk ontwikkeld voor een andere leeftijdsgroep en richten zich op het versterken van de veerkracht van kinderen en jongeren. Bij de KOPP/KVO-groepen voor kinderen van 4-8 jaar ontvangen de ouders tevens opvoedingsbegeleiding. De KOPP/KVO-groep voor kinderen van 8-25 jaar werd in 2006 door het NJI beoordeeld als 'niet erkend'. In een recente Nederlandse studie onder kinderen

van 8-12 jaar van ouders met een psychische stoornis en/of verslaving werden wel enige positieve effecten gevonden op negatieve cognities, het zoeken naar sociale steun en gevoelens van sociale acceptatie. Op andere uitkomstmaten, waaronder de ouder-kind-interactie en emotionele en gedragsproblemen bij kinderen, werden echter geen verschillen aangetoond tussen de experimentele en controlegroep (Van Santvoort, Hosman, Van Doesum, & Janssens, 2014b). De KOPP/KVO-groepen voor kinderen van 4 – 8 jaar en hun ouder(s) zijn niet onderzocht en niet beoordeeld door het NJI.

Ten slotte zijn in Nederland drie online interventies voor kinderen van ouders of familieleden met een verslaving en/of psychische stoornis beschikbaar. Alle drie interventies bestaan uit online bijeenkomsten, waarin kinderen en/of jongeren psycho-educatie en ondersteuning krijgen bij het omgaan met de problematiek van hun familieleden. Evaluatieonderzoek naar twee van de interventies laat positieve resultaten zien, maar er is nog geen gedegen effectiviteitsstudie verricht. Van de drie interventies is alleen ‘Kopstoring’ opgenomen in de databank van het NJI, met de beoordeling ‘goed onderbouwd’. Momenteel wordt een kosteneffectiviteitsstudie verricht naar deze interventie (Woolderink et al., 2010).

5.2.2 De PVO-interventie ‘in engere zin’

De (vervolg)gesprekken die de PVO-medewerker biedt nadat de inventarisatie van de opvoedsituatie en gerelateerde vragen en behoeften van de ouder(s) heeft plaatsgevonden, hebben een primair praktische invalshoek. Naargelang hun vragen en behoeften, ontvangen de cliënten psycho-educatie, concrete opvoedadviezen en/of praktische, kortdurende ondersteuning, gericht op het bespreekbaar maken van de verslaving van de cliënt binnen het gezin, de communicatie met instanties die bij de opvoedingssituatie betrokken zijn, het omgaan met de eigen kwetsbaarheid als gevolg van de verslaving en het ouderschap in de context van (het herstellen van de) verslaving. Het gaat hierbij uitdrukkelijk niet om een geprotocolleerde behandeling, maar om ondersteuning die aanvullend aan de behandeling van de verslaving van de ouder(s) wordt aangeboden.

De genoemde thema's komen overeen met de in enkele studies gerapporteerde wensen van ouders met een psychische stoornis omtrent opvoedingsondersteuning (Van der Ende, Venderink, & Van Busschbach, 2010; Nicholson, Sweeney, & Geller, 1998; Nicholson, Biebel, Hinden, Henry, & Stier, 2001). Volgens de Nederlandse studie van Van der Ende en collega's (2010) bleek dat ongeveer de helft van de door hen onderzochte ouders met een psychische stoornis behoefte had aan opvoedingsondersteuning die niet werd aangeboden door de reguliere ggz. Daarbij ging het met name om ondersteuning in de omgang met hun kinderen, het praktisch oefenen van gesprekken aangaan met hun kind, juridische bijstand bij voogdijzaken en kinderbijslag en ondersteuning door lotgenoten. Voor alle patiënten gold dat het voor hen belangrijk was om een balans te vinden tussen goed ouderschap en het leven met de beperkingen van de psychische stoornis (Van der Ende et al., 2010).

In de literatuur wordt gewezen op verschillende procesfactoren die bij de ondersteuning van ouders met een verslaving of psychische problemen – en veelal ook problemen op andere leefgebieden – van belang zijn. Essentieel hierbij zijn het opbouwen en onderhouden van een vertrouwensrelatie ('engagement'), het gezamenlijk formuleren en nastreven van concrete, haalbare doelen, het identificeren en versterken van domeinen waar juist geen problemen worden ervaren ('strength-based approach') en een flexibele, op de betreffende ouder(s) en het gezin toegesneden aanpak: "Any combination of problems may be hindering a parent in achieving their goals for change in the family. Consequently, there can be no fixed sequence of intervention strategies that will be relevant to all families" (Dawe et al., 2008, p. 11).

Hoewel er in de literatuur enig bewijs bestaat voor het belang van de genoemde procesfactoren voor een succesvolle ondersteuning van 'multiple problem' gezinnen (Dawe et al, 2008), is de werkzaamheid van het PVO-aanbod als zodanig nog niet onderzocht. Omdat het PVO een aanvullend aanbod betreft, is het bovendien aannemelijk dat de werkzaamheid van het PVO mede afhankelijk is van de effectiviteit van de verslavingsbehandeling van de ouder(s) en dit geldt waarschijnlijk ook vice versa.

Naast de genoemde procesfactoren wordt in het PVO gebruikgemaakt van psycho-educatie, Motiverende Gespreksvoering en een systeem- en herstelgerichte oriëntatie. In het onderstaande wordt ingegaan op elk van deze componenten.

Psycho-educatie in het kader van het PVO omvat zowel het verschaffen van informatie over de verslaving en/of stoornis aan de gezinsleden van de cliënt als het geven van informatie aan de cliënt en eventuele co-ouder over de invloed van verslaving op het ouderschap en de opvoedingssituatie. De eerste vorm van psycho-educatie wordt veel gebruikt bij de ondersteuning van partners en/of gezinsleden van cliënten met een verslaving of psychische stoornis en wordt bijvoorbeeld toegepast in KOPP/KVO-groepen (Reupert, et al., 2013). Er zijn enige aanwijzingen dat psycho-educatie als onderdeel van een breder ondersteuningsaanbod bijdraagt aan meer begrip voor en betere communicatie over de stoornis van de ouder(s) bij kinderen van cliënten met psychische problematiek (Fraser, James, Anderson, Lloyd, & Judd, 2006). Daarnaast zijn er aanwijzingen dat gezinsgerichte psycho-educatie bij familieleden van cliënten met schizofrenie bijdraagt aan de zelfeffectiviteit en het welbevinden van de familieleden (Dixon, et al, 2001; Solomon, Draine, Mannion, & Meisel, 1996).

De mate waarin cliënten ontvankelijk zijn voor de informatie die in het kader van psycho-educatie wordt gegeven en gemotiveerd en in staat zijn om iets met de gegeven informatie te doen, is vanzelfsprekend medebepalend voor het effect van de psycho-educatie. Dit geldt in het bijzonder voor informatie over een voor veel mensen gevoelig onderwerp als de opvoeding van hun kind(eren). Motiverende Gespreksvoering (MGV) is een gespreksmethode die gericht is op het versterken van de motivatie tot gedragsverandering, en biedt handvatten om op een cliëntgerichte, empathische en directieve wijze cliënten te adviseren en voorlichting te geven en het zelfvertrouwen in het bereiken van beoogde doelen te versterken. De gunstige effecten van MGV op gedragsverandering zijn op uiteenlopende domeinen aangetoond (Burke, Arkowitz, & Menchola, 2003; Miller & Rollnick, 2014), maar het onderzoek in de context van opvoedingsondersteuning is zeer beperkt. In een overzichtsstudie naar methoden om ouders – al dan niet met een verslaving of psychische stoornis – te betrekken bij de psychische zorg voor hun kinderen vond Ingoldsby (2010) enige aanwijzingen dat MGV de motivatie en deelname van ouders in oudertrainingen kan verhogen.

Een derde belangrijke component in het PVO is de systemische oriëntatie bij de ondersteuning van de ouder(s) en/of het gezin. Het betreft hier niet formele systeem- of gezinstherapie, maar een oriëntatie waarin rekening gehouden wordt met de gezinsdynamiek rond het ouderschap en het herstelproces van de cliënt en waarin de gezinsdynamiek, waar nodig, aan de orde wordt gesteld. Kazak (1997) beschrijft de volgende aspecten die bij een systemische benadering aan de orde komen: het welzijn van de ouder(s) en hun kinderen zijn aan elkaar gerelateerd, binnen gezinssystemen is het van belang oog te hebben voor subsystemen, en de familiegeschiedenis, tradities, rituelen en gewoonten kunnen een belangrijke rol spelen in de wijze waarop in het gezin met een ziekte of stoornis wordt omgegaan. Hoewel onderzoek naar deze systemische benadering bij opvoedingsondersteuning van verslaafde ouders strikt genomen ontbreekt, is er een veelheid van studies waarin de effectiviteit van systeem- en gezinstherapie bij zowel kinderen als volwassenen met een verslaving is aangetoond (Copello, Velleman, & Templeton, 2005; Curtis, Ronan, & Borduin, 2004; Liddle, 2004; Rowe, 2012).



Met betrekking tot de herstelgerichte oriëntatie in het PVO, ten slotte, is van belang dat de aandacht voor herstelgerichte zorg in de verslavingszorg en ggz pas in de afgelopen jaren is toegenomen (Barendregt, Wits, De Haan, Schippers, & Van Duin, 2013; Van der Stel & Van Gool, 2013). Kenmerkend voor herstelgerichte zorg zijn: het ondersteunen van de cliënt in het ontwikkelen van een positieve identiteit, het plaatsen van de ervaringen met verslaving of een psychische aandoening binnen de persoonlijke levensloop, empowerment van de cliënt en het ontwikkelen van responsief vermogen om de symptomen van de aandoening zelf, tijdig te kunnen signaleren en hanteren, en het ontwikkelen van waardevolle sociale rollen in de directe omgeving en maatschappelijke context. De hulpverlener vervult hierbij de rol van ondersteuner of coach, die de cliënt faciliteert in zijn herstelproces (De Haan, 2011; Van Hoof, Van Erp, Boumans, & Muusse, 2014). Daarnaast kan de inzet van ervaringsdeskundigheid bijdragen aan herstelgerichte zorg (Van Hoof et al., 2014). In de literatuur over opvoedingsondersteuning bij ouders met een verslaving of psychische stoornis wordt nog weinig melding gemaakt van aandacht voor herstel of de inzet van ervaringsdeskundigen. Een onlangs verschenen publicatie beschrijft, voor zover ons bekend, de eerste Nederlandse studie naar een herstelgerichte (zelfhulp) interventie voor ouders, gericht op opvoedingsondersteuning (Van der Ende, Van Busschbach, Nicholson, Korevaar, & Van Weeghel, 2014). In deze kleinschalige studie, bij ouders met ernstige psychiatrische problematiek, resulteerde de herstelgerichte interventie in een significant grotere toename van kwaliteit van leven ten opzichte van een controle-interventie, maar werden geen verschillen gevonden met betrekking tot de ervaren zelfeffectiviteit rond het ouderschap en mate van empowerment.

Tabel 2. Interventieaanbod opvoedingsondersteuning voor ouders die in zorg zijn voor verslavings- en/of psychische problematiek in Nederland.

Naam interventie	FTF/ Online	Doelgroep	Doel interventie	Focus	Werkwijze	Effectiviteit
Interventies voor gezin waarbij één of beide ouders verslavings- of psychische problematiek heeft/hebben						
Gezin aan bod	FTF	Gezinnen met kinderen (0-18 jaar)	Versterken van opvoedings- en communicatieve vaardigheden.	Opvoeding	14 bijeenkomsten	Amerikaans onderzoek: effectiviteit aangetoond. Nederlands onderzoek: beperkt. NJI: niet beoordeeld.
Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP	FTF	Gezinnen met kinderen (0-18 jaar)	Stimuleren communicatie binnen het gezin en versterken van veerkracht om het risico op problematiek bij kind te verminderen.	Communicatie binnen het gezin en versterken veerkracht van kinderen	6- 8 bijeenkomsten	Amerikaans onderzoek: effectiviteit aangetoond. NJI: goed onderbouwd (2009).
Bureau Basiszorg	FTF	Gezinnen met kinderen (0-18 jaar)	Bewerkstelligen van voldoende basiszorg voor de kinderen door verbetering van opvoedingsgedrag en opvoedingscondities in het gezin via opstellen en coördinatie van preventief zorgplan op maat met daarin de benodigde zorg en voorzieningen.	Opvoedingsgedrag en –condities.	Zorg wordt door verschillende instellingen geleverd, coördinatie ligt bij Bureau Basiszorg	Nederlands onderzoek: loopt. NJI: niet beoordeeld.
Casemanagement	FTF	Gezinnen met kinderen (0-18 jaar)	Gezinsbegeleiding.	Sturen van hulpverlening rondom het gezin.	Individuele bijeenkomsten met gezin op maat	Amerikaans onderzoek: effectiviteit aangetoond. Nederlandse onderzoek: beperkt. NJI: niet beoordeeld
Klinische integrale gezinsbehandeling	FTF	Gezinnen met jonge kinderen (0- 12 jaar)	Geïntegreerd behandelplan van gezinsbehandeling en verslavingszorg.	Opvoedingsgedrag en behandeling verslaving ouder(s).	Leefgroep, groeps- en individuele behandelingen	Amerikaans onderzoek: kleine positieve effecten in gezinnen. Nederlands onderzoek: beperkt. NJI: niet beoordeeld.
Systeemtherapie	FTF	Gezinnen met kinderen (0-18 jaar)	Systeemtherapie voor gezinnen met verslaafde ouders.	Gezinsdynamiek, rollen, communicatie, opvoedklimaat en –vaardigheden	Individuele bijeenkomsten met gezin op maat	Amerikaans onderzoek: effectiviteit aangetoond Nederlandse onderzoek: beperkt. NJI: niet beoordeeld.
Interventies voor ouder(s) met verslavings- of psychische problematiek						
De ouder- baby interventie	FTF	Ouders en een baby (0 -12 maanden)	Verbeteren van kwaliteit ouder-kind interactie en voorkomen van psychosociale problemen bij kind op langere termijn.	Hechting, ouder-kind relatie, opvoedvaardigheden	Huisbezoeken, 8- 10 sessies, actief betrekken van partner	Nederlands onderzoek: effectief bij moeders met een depressie en hun kinderen. NJI: effectief volgens goede aanwijzingen (2009).
KopOpOuders.nl	Online	Ouders	Verbeteren van psychosociaal welbevinden bij kinderen door versterken van de opvoedcompetenties van ouders.	Opvoedcompetenties	8 online bijeenkomsten, anonimie en begeleiding door professionals	Nederlands onderzoek: klein effect op opvoedingscompetenties en afname in totale problematiek en hyperactiviteit. NJI: goed onderbouwd (2010).

Interventies voor Kinderen die ouder(s) hebben met verslavings- en/of psychische problematiek.						
Piep zei de muis	FTF	Kinderen (4 – 8 jaar) en hun ouder(s)	Bij de kinderen: stimuleren van zoeken naar sociale steun en ontspanning, omgaan met gevoelens, aanleren vaardigheden voor omgaan met thuissituatie, verbeteren zelfbeeld. Bij ouders: verbeteren opvoedingscompetenties.	Wezijn van kinderen en opvoedingsbegeleiding van ouders	Begeleiding door professionals	Nederlands onderzoek: kinderen tussen 6-8 jaar en kinderen met meer risicofactoren bleken meer baat bij interventie te hebben dan kinderen tussen 4-6 jaar en minder risicofactoren. NJI: niet beoordeeld.
KOPP/KVO-groepen	FTF	Kinderen (6- 25 jaar)	Welbevinden vergroten en risico op psychosociale problematiek te verminderen.	Psycho sociaal welbevinden en versterken van draagkracht	Groepsbijeenkomsten	Nederlands onderzoek: in RCT onder kinderen tussen de 8-12 jaar werden enige positieve effecten gevonden. Effectiviteit beperkt onderzocht. NJI: niet erkend (2006).
Kopstoring.nl	Online	Jongeren (16- 25 jaar)	Voorkomen psychische problematiek bij jongeren zelf via doorbreken sociaal isolement, bevorderen reële kijk op zichzelf en de ouder en aanleren vaardigheden om goed voor zichzelf te (blijven) zorgen.	Leren omgaan met problematiek van ouders	8 online bijeenkomsten, anoniem en begeleiding door professionals	Nederlands onderzoek: evaluatieonderzoek (voor-nameting) laat verbeteringen zien in ouder-kind relatie, parentificatie en omgaan met problematiek ouder. Effectonderzoek loopt. NJI: goed onderbouwd (2011).
Survivalkid.nl	Online	Jongeren (12-24 jaar) die familieleden hebben met verslavings- en/of psychische problematiek	Ondersteuning bieden aan jongeren in de thuissituatie.	Psycho-educatie voor kinderen met een gezinslid met verslavings- en/of psychische problematiek	4 online bijeenkomsten, anoniem en begeleiding door professionals	Nederlands onderzoek: effectonderzoek loopt. NJI: niet beoordeeld.
Drankjewel.nl	Online	Jongeren (12- 18 jaar) die ouder(s) hebben met een drankprobleem	Geven van informatie, advies en ondersteuning bij het omgaan met problematiek ouder(s).	Psycho-educatie over alcoholgebruik van ouders en de gevolgen op het kind	Anoniem, geen gestructureerde bijeenkomsten	Effectiviteit onbekend. Nederlands evaluatie onderzoek: tevredenheid bij Nederlandse jongeren is 7.5. NJI: niet beoordeeld.

Noot: FTF= Face-to-Face

Literatuur

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Agrawal, A., & Lynskey, M. T. (2008). Are there genetic influences on addiction: Evidence from family, adoption and twin studies. *Addiction*, *103*, 7, 1069-1081.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *16*, 4, 11-23.
- Augeo (2013). *Handleiding Kindcheck voor GGZ en verslavingszorg*. Zeist: Augeo.
- Banwell, C., Denton, B., & Bammer, G. (2002). Programmes for the children of illicit drug-using parents: Issues and dilemmas. *Drug and Alcohol Review*, *21*, 4, 381-386.
- Barendregt, C., Wits, E., Haan, G., de Schippers, R., & Duin, L., van. (2013). *Liggen we op koers? Herstelondersteunende verslavingszorg en inzet van ervaringskennis in vier praktijkvoorbeelden*. Rotterdam: IVO.
- Barlow, J., Coren, E., & Stewart-Brown, S. (2002). Meta-analysis of the effectiveness of parenting programmes in improving maternal psychosocial health. *British Journal of General Practice*, *5*, 476, 223-233.
- Barnard, M., & Barlow, J. (2003). Discovering parental drug dependence: Silence and disclosure. *Children & Society*, *17*, 1, 45-56.
- Barnard, M., & McKeganey, N. (2004). The impact of parental problem drug use on children: What is the problem and what can be done to help? *Addiction*, *99*, 5, 552-559.
- Beardslee, W., Wright, E. M., Salt, P., Drezner, K., Gladstone, T., Versage, E., et al. (1997). Examination of children's response to two preventive intervention strategies over time. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 196-204.
- Becker, A., Hagenberg, N., Roessner, V., Woerner, W., & Rothenberger, A. (2004). Evaluation of the self-reported SDQ in a clinical setting: Do self-reports tell us more than ratings by adult informants? *European Child and Adolescent Psychiatry*, *13*, 1117-1124.
- Behnke, M., Smith, V. C., Levy, S., Ammerman, S. D., Gonzalez, P. K., Ryan, S. A., et al. (2013). Prenatal substance abuse: Short-and long-term effects on the exposed fetus. *Pediatrics*, *131*, 3, e1009-e1024. gedownload op 23 november 2014 van: <http://pediatrics.aappublications.org/content/131/3/e1009.full.pdf+html>
- Belt, R. H., Flykt, M., Punamäki, R. L., Pajulo, M., Posa, T., & Tamminen, T. (2012). Psychotherapy groups and individual support to enhance mental health and early dyadic interaction among drug-abusing mothers. *Infant Mental Health Journal*, *33*, 5, 520-534.
- Berger-Jenkins, E., McCord, M., Gallagher, T., Olfson, M. (2012). Effect of routine mental health screening in a low-resource pediatric primary care population. *Clinical Pediatrics* *51*, 4, 359-365.
- 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*, 4, 792-797.
- Boevink, W. (2002) Ervaring, ervaringskennis, ervaringsdeskundigheid. *Deviant*, *26*, 4-9.
- Bool, M. (2003). *Handreiking casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders*. Utrecht: GGZ Nederland.
- Bool, M., Doesum, K., van, & Zanden, R., van der. (2005). Ontwikkeling en implementatie van preventieve interventies voor kinderen van ouders met psychische problemen of verslavingen. *Tijdschrift Voor Orthopedagogiek Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie*, *30*, 150-161.
- Bool, M., & Onrust, S. (2009). Gezin aan Bod: Het Strengthening Families Program. Proef met een preventieve interventie voor risicogezinnen. *Verslaving*, *5*, 4, 21-32.
- Boonstra, N., Wunderink, L., Sytma, S., & Wiersma, D. (2009). Improving detection of first-episode psychosis by mental health-care services using a self-report questionnaire. *Early Intervention Psychiatry*, *3*, 4, 289-295.
- Bögels, S. M., Lehtonen, A., & Restifo, K. (2010). Mindful parenting in mental health care. *Mindfulness*, *1*, 2, 107-120.

- Boszormenyi-Nagy, I. (1987). *Foundations of contextual therapy: Collected papers of Ivan Boszormenyi-Nagy, MD*. New York: Brunner/Mazel.
- Brok, C. & Doesum, K., van. (red.) (2009). *Handboek - Een preventieve interventie voor moeders met psychiatrische problemen en hun baby's*. Deventer: Dimence.
- Brøndbo, P. H., Mathiassen, B., Martinussen, M., Heiervang, E., Eriksen, M., & Kvernmo, S. (2012). Agreement on web-based diagnoses and severity of mental health problems in Norwegian child and adolescent mental health services. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 8, 16-21.
- Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 5, 843-861.
- Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Burns, A. R., Solis, J.M., Shadur, J.M., Hussong, A. M. (2013). Comparing psychiatric symptoms among children of substance-abusing parents with different treatment histories *Vulnerable Children and Youth Studies*, 8, 3, 1-14.
- Chassin, L., Rogosch, F., & Barrera, M. (1991). Substance use and symptomatology among adolescent children of alcoholics. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 4, 449-463.
- Chassin, L., Pitts, S.C., DeLucia, C., & Todd, M. (1999). A longitudinal study of children of alcoholics: Predicting young adult substance use disorders, anxiety, and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 106-119.
- Connell, A.M. & Goodman, S.H. (2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128, 746-773.
- Connors, N. A., Bradley, R. H., Whiteside Mansell, L., Liu, J. Y., Roberts, T. J., Burgdorf, K., et al. (2004). Children of mothers with serious substance abuse problems: An accumulation of risks. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30, 1, 85-100.
- Cool, S. & Müller, M. (2007). *Programma Verslaafde Ouders, minimale Interventie & ouderschapstraining: Evaluatie pilotgegevens*. Den Haag: Brijder Verslavingszorg.
- Copello, A. G., Velleman, R. D., & Templeton, L. J. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review*, 24, 4, 369-385.
- Curtis, N. M., Ronan, K. R., & Borduin, C. M. (2004). Multisystemic treatment: A meta-analysis of outcome studies. *Journal of Family Psychology*, 18, 3, 411-419.
- Dawe, S., & Harnett, P. (2007). Reducing potential for child abuse among methadone-maintained parents: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 4, 381-390.
- Dawe, S., Harnett, P. H., & Frye, S. (2008). *Improving outcomes for children living in families with parental substance misuse: What do we know and what should we do*. Child Abuse Prevention Issues, 29, 1-14.
- Dekker, M., Haagmans, M., Al, C., & Mulder, T. (2014). *Impact van psychische en verslavingsproblemen van de ouders op de veiligheid van kinderen. Achtergronden bij de Kindcheck*. Zeist: Augeo.
- Doesum, K., van, Kroeze, A., Leer-Ternisien, K., & Bool, M. (vertaling en redactie) (2002). *Handleiding psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP*. Utrecht/Deventer: Trimbos-instituut, Landelijke steunfunctie preventie geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, Riagg IJsselland.
- Doesum, K., van, Riksen-Walraven, J.M., Hosman, C.M.H., & Hoefnagels, C. (2008). A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. *Child Development*, 79, 547-561.
- Doesum, K., van, & Weikamp, P.A. (2003). Kinderen van ouders met psychiatrische problemen. *Handboek Jeugdzorg*, 13, 1-20.
- Droës, J. & Witsenburg, C. (2013). *Herstelondersteunende zorg. Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdes-*

- kundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen*. Passagecahier. Amsterdam: BV Uitgeverij SWP.
- Diderich, H.D., Fekkes, M., Verkerk, P.H., Pannebakker, F.D., Velderman, M.K., Sorensen, P.J.G., et al. (2013). A new protocol for screening adults presenting with their own medical problems at the Emergency Department to identify children at high risk for maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 37, 12, 1122-1131.
- Diderich, H.D., Dechesne, M., Fekkes, M., Verkerk, P.H., Pannebakker, F.D., Velderman, M. K., et al. (2014). Facilitators and barriers to the successful implementation of a protocol to detect child abuse based on parental characteristics. *Child Abuse & Neglect*, 38, 11, 1822-1831.
- Dixon, L., McFarlane, W. R., Lefley, H., Lucksted, A., Cohen, M., Falloon, I., et al. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 52, 7, 903-910.
- Earley, L., & Cushway, D. (2002). The parentified child. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 163-178.
- Ende, P. C., van der, Busschbach, J. T., van, Nicholson, J., Korevaar, E. L., & Weeghel, J., van. (2014). Parenting and psychiatric rehabilitation: Can parents with severe mental illness benefit from a new approach?. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37, 3, 201-208.
- Ende, P. C., van der, Venderink, M. M., & Busschbach, J. T., van. (2010). Parenting with success and satisfaction among parents with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 61, 4, 416-416.
- Fraser, C., James, E. L., 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, 1, 9-20.
- Godsall, R. E., Jurkovic, G. J., Emshoff, J., Anderson, L., & Stanwyck, D. (2004). Why some kids do well in bad situations: Relation of parental alcohol misuse and parentification to children's self-concept. *Substance Use & Misuse*, 39, 5, 789-809.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 38, 5, 581-586.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 40, 5, 791-799.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 534-539.
- Goossens, F. X., & Zanden, A. P., van der. (2012). *Factsheet KOPP/KVO. Kinderen van ouders met psychische problemen. Kinderen van verslaafde ouders*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Graaf, I., de, Schulten, I., & Verdurmen, J. (2011). *Basiszorg Triple P voor ouders van tieners. Evaluatie van de implementatie en eerste effecten van Triple P*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Graaf, R., de, Have, M., ten, & Dorsselaer, S., van. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Haan, G., de. (2011). *Van helleveeg naar herstel*. Dalfsen: Kennisnetwerk Het Zwarte Gat.
- Haan, E., de. (2013). *'De Herstel Special'. De route naar herstelondersteunende zorg: wat werkt en wat niet. Een speciale uitgave in het kader van 'herstel en gelijkwaardig burgerschap*. Amersfoort: GGZ-nederland
- He, J. P., Burstein, M., Schmitz, A., & Merikangas, K. R. (2013). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): The factor structure and scale validation in U.S. adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 4, 583-595.
- Hedges, K. E. (2012). A family affair: Contextual accounts from addicted youth growing up in substance using families. *Journal of Youth Studies*, 15, 3, 257-272.
- Hoof, F., van, Erp, N., van, Boumans, J., & Muusse, C. (2014) *Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen: Ontwikkelingen in praktijk en beleid. Trendrapportage GGZ. The-marapport*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hooper, L. M., DeCoster, J., White, N., & Voltz, M. L. (2011). Characterizing the magnitude of the relation

- between self-reported childhood parentification and adult psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 10, 1028-1043.
- Hosman, C. M., Doesum, K. T., 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.
- Ingoldsby, E. M. (2010). Review of interventions to improve family engagement and retention in parent and child mental health programs. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 5, 629-645.
- Jee, S. H., Halterman, J. S., Szilagyi, M., Conn, A. M., Alpert-Gillis, L., & Szilagyi, P. G. (2011). Use of a brief standardized screening instrument in a primary care setting to enhance detection of social-emotional problems among youth in foster care. *Academic Pediatrics*, 11, 5, 409-413.
- Johnson, J. L., & Leff, M. (1999). Children of substance abusers: Overview of research findings. *Pediatrics*, 103, 1085-1099.
- Jonovich, S. J., & Alpert-Gillis, L. J. (2014). Impact of pediatric mental health screening on clinical discussion and referral for services. *Clinical Pediatrics*, 53, 4, 364-371.
- Kazak, A. E. (1997). A contextual family/systems approach to pediatric psychology: Introduction to the special issue. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 2, 141-148.
- Kelleher, K., Chaffin, M., Hollenberg, J., & Fischer, E. (1994). Alcohol and drug disorders among physically abusive and neglectful parents in a community-based sample. *American Journal of Public Health*, 84, 10, 1586-1590.
- Kumpfer, K. L., Whiteside, H. O., Greene, J. A., & Allen, K. C. (2010). Effectiveness outcomes of four age versions of the Strengthening Families Program in statewide field sites. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 14, 3, 211-229.
- Lange, A. (2009). *OKIV-R: Ouder Kind Interactie Vragenlijst Revised. Handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lange, A., Evers, A., Jansen, H. (2000). De ouder-kind interactie vragenlijst revised (OKIV-R). *Systeemtherapie*, 12, 4, 213-230.
- Lauritzen, C., Reedtz, C., Doesum, K. T., van, Martinussen, M. (2014). Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents. *BMC Health Services Research*, 14:58, gedownload op 23 november 2014 van: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/58>.
- Liddle, H. A. (2004). Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: Research contributions and future research needs. *Addiction*, 99, 76-92.
- Louwers, E. C., Affourtit, M. J., Moll, H. A., Koning, H. J., de, & Korfage, I. J. (2010). Screening for child abuse at emergency departments: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 95, 3, 214-218.
- Louwers, E. C., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., Ruige, M., Elzen, A. P., van den, Koning, H. J., de, et al. (2014). Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments. *Child Abuse & Neglect*, 38, 7, 1275-1281.
- Louwers, E. C., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., Scheewe, D. J., Merwe, M. H., van de, Vooijs-Moulaert, A. F., et al. (2012). Effects of systematic screening and detection of child abuse in emergency departments. *Pediatrics*, 130, 3, 457-464.
- Merx, M. (2006). *Minimale interventie PVO: Richtlijnen voor assessment protectieve- en risicofactoren in het gezin*. Den Haag: Brijder Verslavingszorg.
- Merx, M., Admiraal, D., & Walhout, P. (2002). *Indicaties voor PVO assessment*. Den Haag: Brijder Verslavingszorg.
- Miller, P. R. (2001). Inpatient diagnostic assessments: 2. Interrater reliability and outcomes of structured vs. unstructured interviews. *Psychiatry Research*, 105, 3, 265-271.

- Miller, W. R., Rollnick, S., Schippers, G. M., & Leer, L., van der. (2005). *Motiverende gespreksvoering: Een methode om mensen voor te bereiden op verandering*, 47. Ekklesia.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2014). *Motiverende gespreksvoering: Mensen helpen veranderen*. Ekklesia.
- Milligan, K., Niccols, A., Sword, W., Thabane, L., Henderson, J., Smith, A., et al. (2010) Maternal substance use and integrated treatment programs for women with substance abuse issues and their children: A meta-analysis. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 5: 21. Gedownload op 23 november 2014 van: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1747-597X-5-21.pdf>.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Nelson, H.D., Selph, S., Bougatsos, C., Blazina, I. (2013). *Behavioral interventions and counseling to prevent child abuse and neglect: Systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. Evidence Synthesis No. 98*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Niccols, A., Milligan, K., Smith, A., Sword, W., Thabane, L., & Henderson, J. (2012a). Integrated programs for mothers with substance abuse issues and their children: A systematic review of studies reporting on child outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 36, 4, 308-322.
- Niccols, A., Milligan, K., Sword, W., Thabane, L., Henderson, J., & Smith, A. (2012b). Integrated programs for mothers with substance abuse issues: A systematic review of studies reporting on parenting outcomes. *Harm Reduction Journal*, 9:12, gedownload op 23 november 2014 van: <http://www.harmreductionjournal.com/content/9/1/14>
- Nicholson, J., Biebel, K., Hinden, B. R., Henry, A. D., & Stier, L. (2001). *Critical issues for parents with mental illness and their families*. Rockville MD: Center for Mental Health Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Gedownload op 23 november 2014 van <http://escholarship.umassmed.edu>
- Nicholson, J., Sweeney, E. M., & Geller, J. L. (1998). Focus on women: Mothers with mental illness I. The competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatric Services*, 49, 5, 635-642.
- O'Connor, L., Forrester, D., Holland, S., Williams, A. (2014). Perspectives on children's experiences in families with parental substance misuse and child protection interventions. *Children and Youth Services Review*, 38, 66-74.
- Osterling, K. L., & Austin, M. J. (2008). Substance abuse interventions for parents involved in the child welfare system: Evidence and implications. *Journal of Evidence-based Social Work*, 5, 157-189.
- Oudhof, M., Wolff, M.S., de, Ruiter, M., de, Kamphuis, M., L'Hoir, M. & Prinsen, B. (2013). *Opvoedingsondersteuning voor hulp bij opvoedingsvragen en lichte opvoedproblemen*. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NJG), Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.
- Petilon, N., Doesum, K., van, & Windmeijer, P. (2010). De vergeten kinderen van ouders met psychiatrische problemen komen in beeld in 20 jaar KOPP praktijk. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 8, 222-223.
- PI Research, Van Montfoort (2009). *Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij: De nieuwe methode voor de uitvoering van de ondertoezichtstelling*. Duivendrecht/Woerden: PI Research/Van Montfoort.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 2, 330.
- Reupert, A. E., Cuff, R., Drost, L., Foster, K., Doesum, K. T., van, & Santvoort, F., van. (2013). Intervention programs for children whose parents have a mental illness: A review. *The Medical journal of Australia*, 199, 18-22.
- 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.

- Rowe, C. L. (2012). Family therapy for drug abuse: Review and updates 2003–2010. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 1, 59-81.
- Ruiter, C., de, Hildebrand, M., & Hoorn, S., van der. (2012). Gestructureerde risicotaxatie bij kindermishandeling: De Child Abuse Risk Evaluation - Nederlandse versie (CARE-NL). *GZ-psychologie*, 3, 10-17.
- Ruiter, C., de, & Jong, E.M., de. (2006). CARE-NL: *Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling*. Utrecht: C. de Ruiter.
- Samenwerkend Toezicht Jeugd. (2013). *Meldcode: Stap 0*. Utrecht: Samenwerkend Toezicht Jeugd, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).
- Santvoort, F., van, Hosman, C. M., Doesum, K. T., van, & Janssens, J. M. (2014a). Children of mentally ill parents participating in preventive support groups: Parental diagnoses and child risk. *Journal of Child and Family Studies*, 23, 1, 67-75.
- Santvoort, F., van, Hosman, C. M., Doesum, K. T., van, & Janssens, J. M. (2014b). Effectiveness of preventive support groups for children of mentally ill or addicted parents: A randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23, 6, 473-484.
- Scott, D. (2009). 'Think Child, Think Family': How adult specialist services can support children at risk of abuse and neglect. *Family Matters*, 81, 37-42.
- Sher, K.J., Waltzer, K., & Wood, P. (1991) Characteristics of children of alcoholics: Putative risk factors, substance use and abuse and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 427–448.
- Siegenthaler, E., Munder, T., & Egger, M. (2012). Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51, 1, 8-17.
- 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 Reviews*, 5, 135-147.
- Solomon, P., Draine, J., Mannion, E., & Meisel, M. (1996). Impact of brief family psychoeducation on self-efficacy. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 1, 41-50.
- Stel, J., van der, & Gool, R., van. (2013). *Resultaten scoren rond herstel: Quickscan*. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Stone, L. L. (2014). *Measuring up: Perspectives on psychometrics and contextual factors of early childhood problems*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Stone, L. L., Otten, R., Engels, R. C., Vermulst, A. A., & Janssens, J. M. (2010). Psychometric properties of the parent and teacher versions of the strengths and difficulties questionnaire for 4-to 12-year-olds: A review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 3, 254-274.
- Suchman, N. E., DeCoste, C., Castiglioni, N., McMahon, T. J., Rounsaville, B., & Mayes, L. (2010). The Mothers and Toddlers Program, an attachment-based parenting intervention for substance using women: Post-treatment results from a randomized clinical pilot. *Attachment & Human Development*, 12, 5, 483-504.
- Suchman, N. E., Decoste, C., McMahon, T. J., Rounsaville, B., & Mayes, L. (2011). The mothers and toddlers program, an attachment-based parenting intervention for substance-using women: Results at 6-week follow-up in a randomized clinical pilot. *Infant Mental Health Journal*, 32, 4, 427-449.
- Suchman, N. E., & Luthar, S. S. (2000). Maternal addiction, child maladjustment and socio-demographic risks: Implications for parenting behaviors. *Addiction*, 95, 9, 1417-1428.
- Suchman, N., Pajulo, M., DeCoste, C., & Mayes, L. (2006). Parenting Interventions for drug-dependent mothers and their young children: The case for an attachment-based approach. *Family Relations*, 55, 2, 211-226.
- Ten Berge, I., Eigenraam, I. & Bartelink, C. (2014). *Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid (LIRIK)*. Toeliching en instructie 2014. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut (NJI).

- Ten Berge, I. (2008). *Instrumenten voor risicotaxatie in situaties van (vermoedelijke) kindermishandeling. Notitie van de MO groep Jeugdzorg*. Nederlands Jeugdinstituut (NJI), geraadpleegd op 16 november 2014 van: <http://www.nji.nl/nl/Risicotaxatie-instrumenten-definitief-1dec08.pdf>
- Testa, M., Quigley, B.M. & Das Eiden, R. (2003). The effects of prenatal alcohol exposure on infant mental development: A meta-analytical review. *Alcohol & Alcoholism*, 38, 295–304.
- Trimbos-instituut/Werkgroep Richtlijn KOPP in de jeugdzorg. (2013). *Concept-richtlijn KOPP in de jeugdzorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Vermulst, A., Kroes, G., Meyer, R., de, Nguyen, L., & Veerman, J. W. (2012). *Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL). Handleiding*. Nijmegen: Praktikon.
- Wagenaar-Fischer, M. M., Heerdink-Obenhuijsen, N., Kamphuis, M., Wilde, J., de. (2010). *JGZ-richtlijn Secundaire preventie kindermishandeling: Handelen bij een vermoeden van kindermishandeling*. TNO, Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.
- Wansink, H. J., Hosman, C. M., Janssens, J. M., Hoencamp, E., & Willems, W. J. (2014). Preventive family service coordination for parents with a mental illness in the Netherlands. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37, 3, 216-221.
- Wansink, H.J., Hosman, C.M.H., & Verdoold, C. (2010). *Handleiding Bureau Basiszorg: Preventief case management programma voor kinderen van ouders met een psychiatrische stoornis*. Den Haag: Parnassia Bavo Groep.
- Wasserman, G. A., McReynolds, L. S., Musabegovic, H., Whited, A. L., Keating, J. M., & Huo, Y. (2009). Evaluating project connect: Improving juvenile probationers' mental health and substance use service access. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 36, 6, 393-405.
- Willems, W. (2013). *Projectplan Vroegdetectie en –interventie: Speerpunt bedrijfsplan Parnassia Groep 2014 - 2016*. Den Haag: Parnassia Bavo Groep.
- Woolderink, M., Smit, F., Zanden, R., van der, Beecham, J., Knapp, M., Paulus, A., et al. (2010). Design of an internet-based health economic evaluation of a preventive group-intervention for children of parents with mental illness or substance use disorders. *BMC Public Health*, 10, 1, 470.

Bijlagen

Bijlage 1.

Standaardvragenlijst 'Vroegdetectie bij kinderen van patiënten' van de Parnassia Groep (Broekman en Willem, 2013)¹³

- Heeft u kinderen onder de 23 jaar?
- Is patiënt verantwoordelijk voor de verzorging of opvoeding voor 1 of meer minderjarigen?
- Is één van uw kinderen onderzocht/ onder behandeling wegens psychische klachten?
- Is één van uw kinderen niet onder behandeling, maar maakt u zich wel zorgen?
- Denkt u dat uw kinderen baat zouden hebben bij KOPP/KVO-ondersteuning?
- Heeft u wel eens vragen of maakt u zich wel eens zorgen over de opvoeding?
- Heeft u als ouder(s) een voorkeur voor een e-health ondersteuning in verband met de opvoeding?
- Heeft uw kind een voorkeur voor een e-health ondersteuning in verband met de opvoeding?

¹³ Deze vragenlijst is opgenomen in het EPD van alle zorgbedrijven van de Parnassia Groep en dient tijdens de intakefase bij elke patiënt die in behandeling komt te worden afgenomen.

Bijlage 2. Voorbeeld Informatie- en uitnodigingsbrief PVO voor cliënten

Logo/ naam organisatie

Plaats, datum

Briefkenmerk

Adresgegevens afdeling

Beste ouders/verzorgers,

U heeft zich aangemeld bij <Naam instelling> en ontvangt (binnenkort) een behandeling. Een onderdeel van uw behandelplan is het in gesprek gaan met een medewerker over uw gezinssituatie. Dit gesprek wordt ook wel een PVO consult genoemd. <Onze organisatie of Naam instelling> vindt het belangrijk dat er aandacht wordt besteed aan de omgeving van de cliënt. Aangezien deze een belangrijke rol kan spelen in uw herstel. Daarnaast is uit onderzoek gebleken dat kinderen van ouders die kampen met verslavingsproblematiek een vergroot risico lopen op het ontwikkelen van psychische problemen. Daarom willen wij vanuit Brijder samen met u kijken naar uw rol als opvoeder/verzorger.

Wat is het doel en de inhoud van zo'n gesprek?

Het consult is een open, oriënterend gesprek met als doel om samen met u een beeld te krijgen van uw gezinssituatie en leefomgeving: wat gaat goed, waar loopt u eventueel tegenaan en waar zou u ondersteuning bij kunnen gebruiken? De volgende onderwerpen zullen ter sprake komen: de ontwikkeling van uw kind(eren), uw band met uw kind(eren), het contact met andere betrokkenen.

Het consult is ter aanvulling op uw bestaande behandeling. Uw behandelaar blijft uw contactpersoon.

Ook al draagt u niet dagelijks zorg voor uw kinderen, dan willen wij u alsnog uitnodigen voor een gesprek.

Wie zijn er bij het gesprek?

U zal een gesprek voeren met een medewerker van <naam instelling>, vanuit de afdeling 'Programma Verslaving & Ouderschap'. Deze afdeling is gespecialiseerd in het werken met ouders met verslavingsproblematiek en het bieden van opvoedondersteuning aan deze doelgroep.

Graag zien wij u, en wanneer u een partner heeft die betrokken is bij de zorg/opvoeding van uw kind(eren) is hij/zij ook uitgenodigd, of een andere direct betrokkene.

Waar?

De PVO consulten vinden plaats op <Naam locatie PVO-gesprekken>.

Eventuele vervolgstappen

De mogelijke vervolgstappen worden samen met u geïnventariseerd naar aanleiding van het gesprek. Deze kunnen bijvoorbeeld bestaan uit een minimale interventie (invloed van middelengebruik op het gezin) en opvoedondersteuning in de thuissituatie.

Met vriendelijke groet,

Namens de afdeling Programma Verslaving & Ouderschap (PVO),

<Namen PVO-professionals>

ISBN-nummer:

978-90-819552-1-8

De uitgave is te downloaden via: www.brijder.nl en www.brijderjeugd.nl
(<http://brijderjeugd.nl/voor-professionals/publicaties.html>)

© Brijder Verslavingszorg, Parnassia Addiction Research Centre (PARC), 2015