



Van kindsbeen af

Overzicht & advies
transgenerationele verslavingszorg

Merel van der Maaten

Van kindsbeen af

Overzicht & advies transgenerationale verslavingszorg

Merel van der Maaten

juli 2017



KENNISCENTRUM VERSLAVING



Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction



Ten geleide

Kinderen van verslaafde ouders lopen een grotere kans later zelf ook verslaafd te worden. We noemen dit transgenerationale verslaving. De verslaving die via de generaties doorgegeven wordt. Vanuit dit gegeven is het van belang dat de juiste interventies worden gepleegd om dit proces te doorbreken. Transgenerationale verslaving is een onderwerp dat niet alleen de verslavingszorg aangaat, de maatschappij in zijn geheel heeft baat bij een zo vroeg mogelijke signalering wanneer een kind dezelfde verslavingsweg als (een van) zijn ouder(s) dreigt in te slaan.

Stichting Resultaten Scoren, het Trimbos-instituut en Verslavingspreventie Nederland schreven een stageopdracht uit met als doel antwoord te krijgen op een aantal vragen: wat is er beschikbaar aan interventies op het gebied van de transgenerationale verslaving? Welke kennis heeft de verslavingszorgsector beschikbaar? En wat moet er concreet gebeuren om de krachten te bundelen van de experts binnen de transgenerationale verslavingszorg?

De opdrachtgevers zijn verheugd met dit onderzoeksrapport van Merel van der Maaten BA., dat heeft geleid tot een compleet overzicht van het huidige aanbod van transgenerationale verslavingszorg en concrete aanbevelingen voor de verslavingszorgsector.

Met dank aan stagebegeleider drs. Rianne Kasander, programmaleider van Stichting Resultaten Scoren, de opdrachtgevers Stichting Resultaten Scoren, het Trimbos-instituut en Verslavingspreventie Nederland en natuurlijk aan Merel van der Maaten BA. die deze opdracht met een goed en toepasbaar resultaat heeft volbracht.

Prof. dr. Gabriël Anthonio
Voorzitter Resultaten Scoren

Amersfoort juni 2017

Voorwoord

In dit onderzoek, in opdracht van Stichting Resultaten Scoren, het Trimbos-instituut en Verslavingspreventie Nederland, staat het thema transgenerationale verslavingszorg centraal. Doel van deze stageopdracht is om te komen tot een advies hoe de verslavingszorg handvatten kan geven aan het thema van transgenerationale verslavingszorg. Het identificeren en samenbrengen van experts binnen dit brede veld, het bundelen van reeds opgedane kennis en kunde en het vervolgens in kaart brengen van de hiaten hierin is een belangrijke eerste stap op weg naar een grotere aanpak van deze thematiek.

Als masterstudent Jeugdstudies van de opleiding Algemene Sociale Wetenschappen aan de Universiteit Utrecht heb ik dit onderzoek uitgevoerd. Uiteindelijk hoop ik als stagiaire van Resultaten Scoren door middel van dit rapport een mooie bijdrage te kunnen leveren aan Resultaten Scoren en de brede verslavingszorg-sector.

Merel van der Maaten

Amersfoort juli 2017

Managementsamenvatting

Transgenerationale verslaving kan worden omschreven als de overdracht van verslaving van een ouder op het kind. Een ouder met verslavingsproblematiek vergroot de kans voor het kind om op latere leeftijd ook verslavingsproblematiek te ontwikkelen. Deze kans is ongeveer 3 tot 13 keer hoger. Er zijn geen consistente cijfers van het aantal kinderen met ouders met verslavingsproblematiek in Nederland: dit loopt uiteen van 23.080 kinderen met een (of beide) ouder(s) met verslavingsproblematiek tot 300.000 kinderen van een ouder met een alcoholverslaving. Al deze kinderen lopen risico op de ontwikkeling van problematiek.

In onderhavig rapport is op basis van literatuuronderzoek, verdiept met gesprekken met professionals, een overzicht gecreëerd van het huidige aanbod aan TGV-interventies die als doel hebben: de ontwikkeling van problematiek bij kinderen van ouders met verslavingsproblematiek tegengaan of verminderen. Een overzicht is in tabelvorm terug te vinden in 3.2. Vervolgens is door middel van interviews met experts de feitelijke informatie verbreed en verrijkt. Uit de inventarisatie blijkt dat er niet veel interventies op effectiviteit zijn gemeten. Er kan alleen bij KOPP/KVO-groepen en interventies voor de gehele familie worden gesproken over effectiviteit. Wel is meer onderzoek nodig om te bevestigen of deze interventies daadwerkelijk effectief zijn. Ook blijkt uit de inventarisatie dat in interventies het informeren, de mogelijkheid tot het stellen van vragen en lotgenotencontact erg belangrijk zijn, evenals het verbeteren van het welbevinden van het kind, de relatie met de ouders en opvoedondersteuning.

Uit het literatuuronderzoek, de verdieping met professionals en de interviews met experts kunnen enkele aanbevelingen worden gedaan:

Aanbeveling 1: *Universele preventie over TGV voor de gehele samenleving om bewustwording te creëren en het stigma te veranderen.*

Een direct aanknopingspunt om meer kennis aan te bieden over TGV biedt het programma 'de Gezonde School en Genotmiddelen'. Deze voorlichting betreft met name informatie over middelen en gebruik, maar kan uitgebreid worden met informatie over TGV. Dit kan bijdragen aan de kennis bij docenten en kinderen, en kinderen die zich herkennen, komen te weten dat ze niet alleen zijn en waar ze terecht kunnen. Een bredere verspreiding van kennis verzorgt de Stichting Samen sterk zonder stigma. Hun doel is het aanpakken van stigma op psychische gezondheid. Ook zij zouden hun aanbod kunnen uitbreiden naar informatie over TGV.

Aanbeveling 2: *Deskundigheidsbevordering voor hulpverleners voor een effectievere toepassing van de kindcheck.*

Een juiste toepassing van de kindcheck bevordert de vroegsignalering van kinderen die een risico lopen op TGV. Deskundigheidsbevordering programma's kunnen bijdragen aan een goede toepassing hiervan, alsmede een functionele signalenkaart.

Aanbeveling 3: *Deskundigheidsbevordering voor hulpverleners in de volwassenzorg en de jeugdzorg om samenwerking te bevorderen.*

Samenwerking tussen hulpverleners in de volwassenzorg en hulpverleners in de jeugdzorg kan bijdragen aan het beter signaleren en helpen van kinderen die een risico lopen op TGV. Deskundigheidsbevordering en bij elkaar in de 'keuken' kijken kan bijdragen aan kennis en een verbeterde samenwerking.

Aanbeveling 4: Een gezamenlijk landelijk basisaanbod creëren om landelijk een effectief en een eenduidig aanbod aan TGV-zorg aan te bieden.

Verslavingszorginstellingen werken reeds veel samen op het gebied van verslavingspreventie, zo hebben ze een

basisaanbod ontwikkelt. Op het gebied van interventies ten behoeve van TGV, is het van belang dat dit wordt uitgebreid, zodat het aanbod aan interventies kleiner, effectiever en beter overdraagbaar wordt.

Aanbeveling 5: *In de huidige interventies, naast het versterken van de beschermende factoren, ook ruimte maken voor de vraag vanuit het kind.*

Preventieve interventies dienen meer aandacht te besteden aan de vraag vanuit het kind. De interventie Talk 'n Joy biedt daarvoor mogelijkheden bij een bredere inzet.

Aanbeveling 6: *Bewustwording en agendasetting bij de overheid en zorgverzekeraars om de ontwikkeling van de TGV-zorg mogelijk te maken.*

Bovenstaande aanbevelingen kunnen makkelijker geïmplementeerd worden als de overheid en zorgverzekeraars het op de agenda zetten. Niet alleen zal dat de zorg voor deze risicogroep verbeteren, maar het zal ook bijdragen aan openheid over dit thema en daarmee de kans op vermindering van het stigma.

Inhoud

Ten geleide	III
Voorwoord	V
Managementsamenvatting	VII
Inhoud	IX
Inleiding	5
1 Theoretisch kader	3
1.1 Verslaving	3
1.2 Transgenerationale overdracht	3
1.3 Genetische- en sociale invloeden	4
1.4 Aantallen: situatie in Nederland	5
2 Werkwijze	6
2.1 Literatuuronderzoek	6
2.2 Interviews	7
3 Resultaten	8
3.1 Preventieve interventies	8
3.2 Overzicht in tabelvorm	9
3.2.1 Online preventieve interventies en informatief aanbod	10
3.2.2 KOPP/KVO groepen	12
3.2.3 Overige preventieve interventies voor kinderen	14
3.2.4 Preventieve interventies voor ouders	14
3.2.5 Preventieve interventies voor de familie	16
3.2.6 Overige preventieve interventies	18
3.2.7 Conclusie preventieve interventies	20
3.3 Experts over transgenerationale verslavingszorg	21
4 Conclusie	25
5 Advies	27
6 Dankwoord	31
7 Referenties	32
8 Bijlage 1 – Tabel 1 en 2	34
9 Bijlage 2 – Andere relevante websites	36

Inleiding

Transgenerationale verslaving kan worden omschreven als de overdracht van verslaving van een ouder op het kind (Van der Meer-Jansma, Jansen, Willems & Anthonio, 2016). Kinderen van ouders met verslavingsproblematiek hebben van kindsbeen af te maken met problematiek in de thuissituatie. Dit vergroot de kans voor het kind om op latere leeftijd ook verslavingsproblematiek te ontwikkelen. Het is daarom van belang om inzicht te krijgen in de preventiemogelijkheden inzake transgenerationale verslaving (Hierna: TGV). Wanneer er duidelijkheid is hoe TGV in preventie het beste kan worden doorbroken, zal het TGV-aanbod verder kunnen ontwikkelen. Dit kan de overdracht van verslaving van ouder op kind, en daarmee de verslavingsproblematiek onder individuen, doen verminderen.

Momenteel zijn er al meerdere preventieve interventies gericht op TGV. Met de opkomende kennis omtrent TGV, mist er nog wel een overzicht van de preventieve interventies en daarbij ook de effectiviteit van deze preventieve interventies. Het doel van dit onderzoek is dan ook om een overzicht te creëren van het huidige preventief aanbod omtrent TGV. Dit is verrijkt en verbreed met interviews omtrent TGV. Op basis van het overzicht en een analyse van de interviews wordt een advies voor de verslavingszorg geformuleerd om de TGV-zorg te verbeteren. Het rapport zal antwoord geven op de volgende vragen:

- Welke (vormen van) preventieve interventies gericht op transgenerationale verslaving zijn er beschikbaar?
- Op welke doelgroepen en doelstellingen richten deze preventieve interventies zich voornamelijk?
- Wat is de kwaliteit van deze preventieve interventies wat betreft effectiviteit?
- Wat zijn hiaten in de transgenerationale verslavingszorg?
- Waar zou de preventieve aanpak van transgenerationale verslaving zich het beste op kunnen richten?
- Welk advies is er op basis van de resultaten van deze inventarisatie te geven aan de verslavingszorg wat betreft interventies gericht op preventie, behandelen en maatschappelijk niveau?

In hoofdstuk 1 leest u meer over verslaving en TGV als oorzaak en probleem. In hoofdstuk 2 wordt verder ingegaan op de methode van het onderzoek. Vervolgens zal in hoofdstuk 3 in tabelvorm worden beschreven wat het bestaande aanbod is aan TGV-zorg en zal omschreven worden wat de resultaten zijn van de interviews met experts die hebben plaatsgevonden. Vervolgens zal in hoofdstuk 4 een conclusie worden gegeven van de inventarisatie en de interviews. In hoofdstuk 5 vindt u uiteindelijk het advies omtrent TGV-zorg voor de sector terug.

Onderhavig rapport behelst een overzicht van het onderzoek en bijbehorend advies, gericht op interventies die als doel hebben om de ontwikkeling van (verslavings)problematiek tegen te gaan bij kinderen met een ouder met verslavingsproblematiek. Voor een uitgebreide omschrijving van het huidige aanbod aan TGV-zorg verwijs ik u door naar de aparte rapportage 'Van kindsbeen af, stand van zaken transgenerationale verslavingszorg', een onderdeel van het huidige onderzoek. De uitgebreide omschrijving is naar verwachting voor specifiek geïnteresseerden. Met de informatie in het huidige rapport heeft u voldoende informatie met betrekking tot het advies.

1 Theoretisch kader

1.1 Verslaving

Verslaving is een ziekte. Een ziekte veroorzaakt door genetische en sociale factoren (Schellekens, 2009, hoofdstuk 11). Verslaving is vaak te herkennen aan onder andere de craving, de hunkering, naar een bepaalde stof, het verliezen van controle en ontwenningssverschijnselen wanneer men nuchter is (Loth & Rutten, 2017). Naast de term 'verslaving' wordt er vaak gesproken over excessief of overmatig gebruik, of over misbruik of afhankelijkheid (Franken & van den Brink, 2009). In instellingen voor verslavingszorg spreekt men over verslaving als: 'Een ernstige ziekte, neigend naar chroniciteit, die raakt aan meerdere levensfacetten, en die substantiële persoonlijke en maatschappelijke schade tot gevolg heeft' (Interne notitie, 2016). In de diagnostiek wordt uitgegaan van de definitie zoals gehanteerd in de DSM 5.

Verslaving wordt vaak ontkend als probleem (Loth & Rutten, 2017). Daarnaast is verslaving nog steeds een taboe in de samenleving (Interne notitie, 2016). Dit lijkt daardoor misschien een minder voorkomende stoornis, echter wanneer men kijkt naar het aantal mensen met een verslaving ten opzichte van andere psychische stoornissen, blijkt het helemaal geen minder voorkomende stoornis. In de periode 2007-2009 bleek namelijk dat 19,1% van de 19-64 jarigen in Nederland ooit in het leven een verslaving heeft gehad. Voor stemmingsstoornissen is dit 20,1 % en voor angststoornissen is dit 19,6% . Geen ver uiteenlopende cijfers dus (Veerbeek, Knispel & Nuijen, 2015). Ook op jongere leeftijd is er sprake van verslavingsproblematiek. In Nederland zouden er bijvoorbeeld al 31.000 jongeren tussen de 15 en 18 jaar probleemgebruikers zijn van cannabis (Over, Gils, Suijkerbuijk, Lokkerbol & de Wit, 2016). In 2014 waren er in Nederland ongeveer 1,8 miljoen mensen met verslavingsproblematiek. Het gaat hier om diverse verslavingen waaronder alcoholverslaving, cannabisverslaving, medicijnverslaving of tabaksverslaving. Van deze 1,8 miljoen is maar een klein deel in behandeling geweest, namelijk zo'n 67.000 individuen waarvan 13% van de behandelde jonger zijn dan 25 jaar (Wisselink, Kuijpers & Mol, 2015). Deze 67.000 individuen staan gelijk aan iets meer dan 3% (Interne notitie, 2016). Er is dus sprake van onderbehandeling in de verslavingszorg. Onder andere doordat mensen niet om hulp vragen, mede veroorzaakt door het hierboven aangegeven taboe dat op verslaving rust. Het taboe ontstaat uit het stigma dat op verslaving rust. Ditzelfde stigma kan leiden tot het niet herkennen van verslaving door hulpverleners (Interne notitie, 2016). Hulpverleners, zoals huisartsen en consultatiebureaus, lijken de symptomen van verslaving minder te herkennen, waardoor de verslavingsproblematiek minder snel zal worden opgemerkt en er niet tijdig hulp kan worden ontvangen.

1.2 Transgenerationale overdracht

Mensen met verslavingsproblematiek ondervinden vaak zelf last van hun verslaving. Echter, ook de naastbetrokkenen, waaronder familie en vrienden, ondervinden last van de verslaving van een persoon met verslavingsproblematiek (Van de Mheen, Van der Poel, Van Vliet & Stoele, 2010). Met name kinderen van mensen met verslavingsproblematiek zijn een kwetsbare groep. Wanneer mensen met verslavingsproblematiek kinderen hebben, kan dit namelijk leiden tot transgenerationale verslaving (TGV). TGV omschrijft de overdracht van verslavingsproblematiek van de ouder op het kind. De kans om verslavings- of andere psychische problemen te ontwikkelen is hoger voor kinderen van ouders met verslavingsproblematiek vergeleken met kinderen zonder ouders met verslavingsproblematiek (Dekker, Haagmans, Al & Mulder, 2014; NRC, 2010; Van der Meer-Jansma, Jansen, Willems & Anthonio, 2016). Deze kans is ongeveer 3 tot 13 keer hoger blijkt uit onderzoek (Van der Meer-Jansma, et al., 2016). De kans is nog hoger wanneer bij beide ouders sprake is van een psychische stoornis (Literatuuronderzoek psychisch functioneren gezin, 2010). Deze overdracht van verslaving of andere psychische problemen op kinderen komt door zowel genetische invloeden als door sociale invloeden.

1.3 Genetische- en sociale invloeden

In de maatschappij wordt te makkelijk gedacht over de genetische invloed op de ontwikkeling van verslaving en ander problematisch gedrag. Toch blijken genen daadwerkelijk een rol te spelen in het gedrag van individuen. Zo heeft verslaving voor ongeveer 40% tot 60% een erfelijke basis (Schellekens, 2009, hoofdstuk 11; Snoek, Wits, van der Stel & Van de Mheen, 2010).

Drie vormen van invloed

Er zijn drie vormen van genetische invloed: de unieke genetische bijdrage, de gen-omgeving correlatie en de gen-omgeving interactie. Vrijwel elk kind erft een *unieke combinatie van genen* van de ouders die bijvoorbeeld het gedrag van de kinderen kan beïnvloeden. Uit onderzoek blijkt dat bepaalde genen samen het risico op bepaalde aandoeningen vergroot (Bartels & Boomsma, 2014), waaronder het risico op verslaving. Een bepaald gen maakt individuen meer kwetsbaar voor het ontwikkelen van verslaving (Langeland, 2009, hoofdstuk 8). Zo geven ouders met verslavingsgevoeligheid deze verslavingsgevoelige genen over aan hun kinderen (Vink, 2016). Er is dan sprake van een unieke bijdrage van de genen op het individu.

Er kan ook sprake zijn van *gen-omgeving correlatie*. Bij gen-omgeving correlatie sluiten genen en omgeving op elkaar aan. Er is dus sprake van een samenhang tussen genetische eigenschappen en specifieke omgevingsfactoren (Schellekens, 2009, hoofdstuk 11). Ouders geven de genen door en daarnaast komen kinderen ook in dezelfde omgeving terecht als de ouders. Verder kan het ook zijn dat kinderen met bepaalde genen juist heel erg een bepaalde omgeving opzoeken (Bartels & Boomsma, 2014).

Als laatste is er de *gen-omgeving interactie*. Bij gen-omgeving interactie werken de genen en de omgeving samen, er is sprake van een wisselwerking. Individuen met bepaalde genen worden anders beïnvloed door een specifieke situatie dan individuen zonder deze genen (Bartels & Boomsma, 2014). Niet iedereen in die specifieke situatie zal dan ook een verslaving ontwikkelen (Schellekens, 2009, hoofdstuk 11). Bij de specifieke situatie kan gedacht worden aan ernstige levensgebeurtenissen zoals het verliezen van een dierbare, een scheiding of het verliezen van een baan (Vink, 2016). Wanneer er sprake is van een levensgebeurtenis die van impact is op het kind, is de kans groter dat dit in combinatie met de verslavingsgevoelige genen van het kind, leidt tot verslavingsproblematiek op latere leeftijd.

Invloed van verslaving op de sociale omgeving. In de *sociale omgeving*, bijvoorbeeld binnen het gezin, kan het misbruik van de ouder ertoe leiden dat de ouder minder goed functioneert in de zorg voor het kind. Dit kan komen door de gevolgen van het gebruik van het middel zelf: het gebruik kan de hersenen beïnvloeden, waardoor het functioneren van het lichaam vermindert, zoals coördinatie. Ook beïnvloedt het middel de stemming van ouders waardoor er veel wisselingen in emoties plaatsvinden. Ouders reageren onvoorspelbaar, schreeuwen vaak en zijn vaak erg op zichzelf (Dekker, et al., 2014). Ook blijkt de verslaving van invloed op de mate van ouderlijke steun aan het kind (Berkers, 2013). Dit kan leiden tot weinig of geen aandacht voor het kind met als gevolg parentificatie¹ (Dekker, et al., 2014). Kinderen die de ouderrol overnemen kunnen vaak niet voldoende kind zijn. Parentificatie kan dan ook de kans op psychische problemen vergroten (Van Walsem, 2011). Daarnaast krijgen kinderen van ouders met verslavingsproblematiek minder kansen om efficiënte coping vaardigheden aan te leren (Coolen-Perednia, Koninckx & Ansoms, 2004). Zij weten niet hoe zij om moeten gaan met emoties. Dit nemen zij over van de ouders. Wanneer ouders niet openlijk praten over de problematiek en bijvoorbeeld de verslavingsproblematiek ontkennen gaat het kind dit overnemen. Het kind zal het ook ontkennen en zo de coping strategie van ontkenning overnemen. Tot slot kan verslaving ook een negatieve invloed hebben op bijvoorbeeld het verzorgen van eten en schone kleren voor het kind en bijvoorbeeld het troosten van het kind. Deze opvoedvaardigheden schieten dan te kort. Dit kan komen door de andere prioriteiten. De prioriteit van mensen met verslavingsproblematiek ligt vaak niet bij het kind maar ligt namelijk bij de verslaving zelf

1 Parentificatie is de situatie waar het kind de ouderrol overneemt van de daadwerkelijke ouders (Romijn, Graaf & De Jonge, 2010; Van Walsem, 2011).

(Niccols, et al., 2012). Het handelen van de ouder om te kunnen blijven gebruiken kan ook leiden tot financiële problemen. De ouder met verslavingsproblematiek wil allereerst de verslaving financieren, waardoor eventuele primaire behoeften zoals het hebben van eten en kleding in het nauw komen (Dekker, et al., 2014).

De verslaving kan zo op diverse manieren de ontwikkeling van het kind beïnvloeden. Namelijk door de genetische invloed, de gen-omgevingscorrelatie en de gen-omgevingsinteractie, en door de omgevingsinvloed. Deze invloeden kunnen leiden tot problemen op school (Iriszorg, z.j.), tot problemen in de eigen ontwikkeling van het kind, zoals minder sociale vaardigheden (Iriszorg, z.j.; Literatuuronderzoek psychisch functioneren gezin, 2010; Romijn et al., 2010) en kan het stress en een negatief gevoel van eigenwaarde verhogen (Romijn, et al., 2010). Het disfunctioneren van het gezin verhoogt hierdoor uiteindelijk de kans op de ontwikkeling van psychische problemen bij het kind zelf (Literatuuronderzoek psychisch functioneren gezin, 2010).

Beschermende factoren

De bovenstaand omschreven risicofactoren vergroten dus de kans op de ontwikkeling van problematiek bij het kind. Maar wanneer een ouder verslavingsproblematiek heeft, betekent dit niet dat elk kind ook direct een verslaving ontwikkelt. Beschermende factoren zijn hierbij erg van belang. Zo is een goede relatie met de ouder van belang, evenals een gezonde partner voor de ouder met problematiek. Daarnaast is steun vanuit de omgeving en vanuit hulpverleners en professionals van belang in het tegengaan van problematiek. Als laatste zijn ontspannende activiteiten voor het kind, waarbij het kind uit de thuissituatie is, van belang om ontwikkeling van problemen bij het kind tegen te gaan (Dekker, et al., 2014).

1.4 Aantallen: situatie in Nederland

In Nederland zijn ongeveer 23.080 kinderen met ouders met verslavingsproblematiek (Dekker, et al., 2014; Wenselaar, 2015, hoofdstuk 1). Dit lijkt een ondergrens te zijn. Andere cijfers lijken namelijk veel hoger te liggen. Zo zouden er volgens andere bronnen alleen al ongeveer 300.000 kinderen een vader of moeder met een alcoholprobleem hebben² (Wenselaar, 2015, hoofdstuk 1). De overige verslavingen, waaronder tabaksverslaving, dus nog niet meegerekend. Mogelijk komt dit door het gebruik van verschillende definities en afbakening in het onderzoek. Het kan nogal een verschil zijn welke 'verslavingen' worden meegerekend, of het probleemgebruik of misbruik enerzijds is, of verslaving anderzijds betreft en of beide of één ouder verslaafd is. Daarnaast kan een andere oorzaak voor deze lage ondergrens veroorzaakt worden door het eerder omschreven taboe rondom verslaving (Interne notitie, 2016). Verslaving leidt vaak tot schaamte en schuldgevoelens (Cuijpers, 1998). Ouders zullen een verslaving dan ook vaak ontkennen (Cuijpers, 1998; Loth & Rutten, 2017). Ook kinderen ontkennen de verslaving van hun ouders vaak (Cuijpers, 1998). Dit kan komen doordat zij weinig kennis en informatie hebben over wat er eigenlijk aan de hand is met de ouder (Romijn, et al., 2010). Doordat er sprake is van onderbehandeling komen de betrokken kinderen ook niet in beeld bij hulpinstanties (Wenselaar, 2015, hoofdstuk 1). Er is onvoldoende duidelijkheid over het aantal kinderen van ouders met verslavingsproblematiek en daarmee onduidelijkheid over de grootte van deze belangrijke risicogroep.

2 Een oorzaak voor de uiteenlopende cijfers kan ook zijn dat er voor de metingen diverse definities van verslaving zijn gebruikt. .

2 Werkwijze

Om transgenerationale verslaving (TGV) te verminderen, is het van belang om te weten waar men zich in preventieve interventies op kan richten. Van het huidige aanbod aan preventieve interventies voor TGV is er geen overzicht in wat er is, wat er effectief is en wat eventuele hiaten zijn. In dit onderzoek is om die reden allereerst een overzicht gemaakt. Dit is verrijkt met interviews omtrent TGV. Op basis van het overzicht en een analyse van de interviews wordt een advies voor de verslavingszorg geformuleerd.

2.1 Literatuuronderzoek

Door middel van een verkennend literatuuronderzoek is er gekeken naar het thema TGV. Hierbij is gekeken naar brede informatie omtrent TGV en daarnaast is onderzocht wat er momenteel aan aanbod omtrent TGV is in de zorg. Er is voornamelijk gebruik gemaakt van 'google scholar'. Ook is er gebruik gemaakt van 'google' en speelt de 'sneeuwbal' methode een belangrijke rol in het literatuuronderzoek. Met de 'sneeuwbal' methode wordt bedoeld: het zoeken naar nieuwe relevante literatuur in de literatuur die je al in handen hebt. Als laatste zijn bestaande documenten van Resultaten Scoren gebruikt.

Tijdens het literatuuronderzoek is gebruik gemaakt van diverse zoektermen. Enkele voorbeelden hiervan zijn: KOPP/KVO, Kinderen van verslaafde ouders, Verslaafde ouders, Transgenerationale verslaving, Verslaving overdracht en parents and addiction.

Allereerst is er informatie gezocht over TGV: wat het inhoudt, hoe het ontstaat en wat de situatie in Nederland is. Om vervolgens een overzicht te maken van het huidige aanbod, zijn allereerst voorwaarden opgesteld voor het selecteren van interventies. De voorwaarden zijn:

- 1 Alleen preventieve interventies die zich focussen op de ouder en/of het kind. Interventies die zich niet richten op de ouder of het kind, zoals 'train de trainer' interventies, zijn daardoor uit de selectie gehaald.
- 2 Ook interventies die zich niet focussen op de overdracht van problematiek zijn niet geselecteerd. Dit houdt in dat onder andere zelfhulpprogramma's en interventies die zich richten op het stoppen van verslaving niet in het aanbod zijn meegenomen.
- 3 Er zijn meerdere online interventies die zich richten op verslaving, maar niet specifiek op TGV. Deze websites zijn niet meegenomen in het aanbod. Wel is er in Bijlage 2 een overzicht te vinden van andere relevante websites.

Na het opstellen van de voorwaarden, is er door middel van literatuuronderzoek een overzicht gemaakt van het huidige aanbod en feitelijke informatie. Er is onderzocht waar het aanbod zich op richt, welke doelen er zijn gesteld en in hoeverre dit aanbod effectief blijkt. Ook is er gebruik gemaakt van de databank van het Nederlands Jeugd instituut³ [NJI databank]. Interventies in de NJI databank worden door een erkenningscommissie beoordeeld. Deze beoordeling zal worden benoemd bij de omschrijving van de interventies. De criteria voor de beoordeling zijn terug te vinden in de NJI databank⁴. Daarnaast is er gebruik gemaakt van de databank van het Loket Gezond Leven⁵ als verdere aanvulling op de informatie omtrent de interventies. Voor verdere relevante en aanvullende informatie over het huidige aanbod zijn professionals op het gebied van preventieve interventies geraadpleegd. Zij hebben informatie omtrent specifieke interventies aangevuld, zoals effectiviteit, onderbouwing en werkvormen. Geraadpleegde professionals zijn terug te vinden in Tabel 1 (Bijlage 1).

3 <http://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies>

4 <http://www.nji.nl/nl/Databank/Erkenningsprocedure-databank-effectieve-jeugdinterventies>

5 <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken>

2.2 Interviews

Om een breder beeld te krijgen rondom TGV en de ideeën van experts hierover, zijn er interviews afgenomen met experts. Deze experts zijn afkomstig uit verslavingsinstellingen, kennisinstituten en onderwijsinstellingen. Zij hebben diverse functies, zoals: onderzoekers, preventiewerkers, artsen, lectoren, behandelaren, ervaringsdeskundigen etc. (Zie Tabel 2, Bijlage 1). Door middel van deze interviews is de eerder gevonden feitelijke informatie vanuit de literatuur verrijkt en verbreed. Ook is er besproken wat volgens de expert eventuele hiaten zijn in preventieve interventies en hoe dit kan verbeteren. Als uitgangspunt zijn diverse namen van experts aangedragen vanuit de opdrachtgevende partijen (Resultaten Scoren, Trimbos-instituut en VerslavingsPreventie Nederland). Daarnaast is er aan elke expert gevraagd of zij nog een expert in gedachten hadden waar eventueel contact mee kon worden opgenomen voor relevante aanvullende informatie.

Tijdens de interviews is gebruik gemaakt van een standaard opzet aan vragen. Echter, zijn deze vragen wel afgestemd per expert. De standaard opzet is als volgt:

Welke drie gedachten komen het eerste bij u op bij 'transgenerationele verslavingszorg'?

- Zijn dit ook de drie factoren die u het belangrijkste vindt in de transgenerationele verslavingszorg?

In literatuur komt een combinatiebehandeling waar ouder en kind samen in behandeling gaan vaak terug. Dit lijkt erg effectief.

- Hoe denkt u over de ouder-kind behandeling?
- Heeft dit volgens u meerwaarde?
- Heeft u een idee hoe het kan dat, ook al is dit effectief, deze behandeling beperkt voorkomt in Nederland?

In literatuur komt het thema dubbeldiagnose vaak terug. Verslaving lijkt vaak samen te gaan met andere psychische problemen.

- Is dit iets wat u herkent?
- Hoe denkt u over dubbeldiagnose?
- Heeft u een idee hoe interventies kunnen inspelen op dubbeldiagnose?

Uit literatuur blijkt vroegsignalering effectief. Momenteel wordt de kindcheck geïmplementeerd voor vroegsignalering.

- Wat is uw gedachte over deze kindcheck?
- Heeft u een idee hoe wij op een andere manier vroegsignalering aan kunnen pakken?

Zijn er volgens u opvallende of kenmerkende hiaten in transgenerationele verslavingszorg die kunnen worden aangepakt?

- Heeft u een idee hoe deze hiaten kunnen worden verbeterd?

Een groot aantal interviews is opgenomen en er is een beknopte weergave van de interviews gemaakt, deze zijn echter niet verbatim uitgewerkt. Door middel van deze interviews en het literatuuronderzoek wordt er antwoord gegeven op de eerder geformuleerde onderzoeksvragen.

De geraadpleegde professionals en geïnterviewde experts zijn terug te vinden in Tabel 1 en 2 (Bijlage 1). Zij hebben allen toestemming gegeven om in het rapport te worden opgenomen. Er wordt geen gebruik gemaakt van citaten. Ook is er een consultatieronde geweest waarbij de weergave is getoetst door de geraadpleegde professionals en de geïnterviewde experts.

De 13 professionals in Tabel 1 (Bijlage 1) zijn geraadpleegd. Dit houdt in dat zij telefonisch of via e-mail zijn benaderd voor aanvullende informatie omtrent preventieve interventies. De 15 experts in Tabel 2 (Bijlage 1) zijn geïnterviewd. Dit houdt in dat zij zijn geïnterviewd met als doel een bredere kijk te krijgen op TGV.

3 Resultaten

3.1 Preventieve interventies

Er zijn vele preventieve interventies gericht op het voorkomen van transgenerationale verslaving (TGV). Deze preventieve interventies bieden steun en hulp aan de kinderen van ouders met verslavingsproblematiek en bijvoorbeeld ook aan de ouders zelf. Het gaat hierbij om diverse vormen van preventieve interventies zoals online interventies, groepsbijeenkomsten, individuele bijeenkomsten, gezinsbijeenkomsten en bijvoorbeeld ook het gebruik van brochures. Onderstaand zal het huidige aanbod aan preventieve interventies zoals dit uit de inventarisatie naar voren is gekomen schematisch worden weergegeven.

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van diverse preventieve interventies gericht op TGV die op dit moment in Nederland worden aangeboden. Dit is in tabelvorm weergegeven. Een uitgebreidere omschrijving van de interventies is terug te vinden in het separate rapport 'Van kindsbeen af, stand van zaken transgenerationale verslavingszorg'.

Leeswijzer tabel

Om de tabel te kunnen lezen, zullen allereerst alle categorieën onderstaand worden omschreven.

- 1 In de titel van de tabellen staat omschreven om welke vorm van interventies het gaat. De interventies zijn opgedeeld in online preventieve interventies en informatief aanbod, KOPP/KVO⁶ groepen, overige preventieve interventies voor het kind, preventieve interventies voor ouders, preventieve interventies voor de familie en overige preventieve interventies.
- 2 **Interventies:** Bij interventies wordt de naam van de interventies benoemd. De voorwaarden voor het selecteren van interventies zijn terug te vinden in hoofdstuk 2.1.
- 3 **Type interventie:** Hier wordt weergegeven wat voor type interventie het is: universeel, selectief of geïndiceerd. Universele interventies zijn op het algemene publiek gericht. Hierbij maakt het dus niet uit of men risico loopt of niet (Meijer, Smit, Schoemaker & Cuijpers, 2006; Bool, van der Zanden & Smit, 2007). De selectieve interventies richten zich op mensen die meer risico lopen. In dit geval zou het dus gaan om kinderen van ouders met verslavingsproblematiek (Meijer, et al., 2006; Bool, et al., 2007). Bij geïndiceerde interventies gaat het echt om individuen bij wie de klachten of symptomen al spelen. Dit kunnen lichte klachten zijn of al wat heviger. Echter, er is nog geen sprake van het daadwerkelijke probleem (Meijer, et al., 2006; Bool, et al., 2007).
- 4 **Doelgroep:** Bij de doelgroep wordt besproken op welke doelgroep de interventies zich richt.
- 5 **Doel:** Bij het doel wordt de doelstelling besproken.
- 6 **Werkvorm:** Bij de werkvorm wordt besproken welke opzet, werkvormen, de interventie gebruikt. Dit kan een lotgenotengroep zijn, of een cursus met meerdere bijeenkomsten, of bijvoorbeeld een forum of testen, etc.
- 7 **Onderbouwing:** Met uitzondering van de tabel voor online preventieve interventies en informatief aanbod, is in alle tabellen ook de onderbouwing besproken. Hierin wordt benoemd wat het achterliggende idee van de interventie is. Het is niet gelukt om van alle interventies het achterliggende idee te vinden. Wanneer ik hier geen informatie over heb kunnen verkrijgen staat de onderbouwing omschreven als 'Het is niet gelukt om informatie over de onderbouwing van de interventie te vinden'. Dit houdt dus niet per direct in dat er geen onderbouwing is voor de specifieke interventies.

6 kinderen van ouders met psychische problemen en kinderen van verslaafde ouders

8 **Effectiviteit:** Bij effectiviteit wordt besproken in hoeverre de interventie uit wetenschappelijk onderzoek effectief blijkt. Eventueel lopende onderzoeken naar de effectiviteit vallen hier buiten. Daarnaast wordt er besproken of de interventie erkend is door de erkenningscommissie van de NJi databank. Wanneer er bij 'effectiviteit' wordt gesproken over 'Komt niet voor in de NJi databank' houdt dit in dat de interventie door mij niet is gevonden in de NJi databank. Echter, in een databank beschikbaar blijven kost erg veel werk. Het is daarom mogelijk dat de interventie wel in de NJi databank staat omschreven, maar bijvoorbeeld niet (meer) erkend is. Daardoor is de interventie niet via de normale zoekfunctie te vinden.

3.2 Overzicht in tabelvorm

Pagina 10 t/m 19.

3.2.1 Online preventieve interventies en informatief aanbod

Interventie/Type	Doelgroep	Doelstelling
Kopstoring.nl Selectieve interventie	Adolescenten en jongvolwassenen van 16 tot en met 25 jaar waarvan één of beide ouders psychische en/of verslavingsproblemen hebben.	Voorkomen dat kinderen van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen zelf psychische problemen ontwikkelen door het doorbreken van het sociale isolement en het aanleren van vaardigheden om beter voor jezelf te zorgen.
Survivalkid.nl Selectieve interventie	Alle jongeren met of zonder problemen in de leeftijd van 12 tot en met 24 jaar waarvan een gezinslid leidt aan psychische problemen en/of verslavingsproblemen.	Het zo vroeg mogelijk bereiken van deze jongeren, het geven van steun, het beantwoorden van vragen en het bieden van passende hulp om de ontwikkeling van problematiek te voorkomen.
Drankjewel.nl Selectieve interventie	Kinderen die een alcoholverslaafde ouder hebben of hebben gehad. Opgedeeld in twee groepen: (1) kinderen in de leeftijd van 12 tot en met 18 jaar en (2) voor volwassenen.	Informeren en advies bieden.
Kopopouders.nl Selectieve en geïndiceerde interventie	Ouders met psychische- of verslavingsproblemen met één of meerdere kinderen in de leeftijd van 1 tot en met 18 jaar.	Het welbevinden van de ouder evenals die van het kind verbeteren, om zo het risico op het ontwikkelen van problematiek bij het kind te verminderen.
Koppkvo.nl Universele en selectieve interventie	Naasten van mensen met psychische problemen en/of verslavingsproblemen, professionals of gemeenten en zorgverzekeraars.	Voor naasten: informatie, tips en adviezen.
Mindmasters.nl Universele, selectieve en geïndiceerde interventie	Jongeren die al problemen ervaren en jongeren die risico lopen op de ontwikkeling van problemen doordat zij bijvoorbeeld verslaafde ouders hebben.	Dat jongeren na een bezoek aan de website en/of na contact met een preventiemedewerker meer inzicht hebben in de eigen situatie en eventueel meer kennis hebben over waar zij passende hulp kunnen vinden.
Infolijnen Universele, selectieve en geïndiceerde interventie	Iedereen met vragen over middelen of verslavingsgedrag. Dit kunnen verslaafden zelf zijn, en ook kinderen van ouders met verslavingsproblematiek of mensen die over het algemeen vragen hebben over gebruik.	Informatie vinden en vragen stellen.
Verslaafdaanjou.nl Selectieve informatieve website	Iedereen van 18 jaar en ouder met familie of een naaste die verslaafd is.	Bieden van toegankelijke hulp, passende steun en juiste hulpverlening aan naasten van verslaafden.
Samennuchter.nl Selectieve interventie	Iedereen die zich zorgen maakt over het gebruik van de partner, zijn of haar kind boven de 18 jaar of een familielid.	Zelf beter te leren omgaan met het middelengebruik van de verslaafde, de verslaafde motiveren om in behandeling te gaan en de kwaliteit van leven te verbeteren.

Werkvorm	Effectiviteit
Informatie, een forum voor lotgenotencontact, e-mailservice en een onlinecursus.	Wordt positief ervaren en lijkt te leiden tot verbeteringen. Deze preventieve interventie is volgens het NJi goed onderbouwd. Dit houdt in dat de interventie goed is beschreven en aannemelijk is.
Informatie, zelftesten en oefeningen, professionele support door middel van groeps- of individuele chatgesprekken en een e-mailservice.	Geen effectmeting. Gebruikers blijken wel erg tevreden. Staat in de NJi databank omschreven als goed onderbouwd.
Informatie, ervaringsverhalen, forum, e-mailservice en chatservice.	Geen effectmeting. Wel tevredenheidsonderzoek. 41% van de gebruikers van de e-mailservice waren kinderen van probleemdrinkers. Gebruikers zijn erg tevreden. Komt niet voor in de NJi databank.
Informatie, e-mailservice, forum voor lotgenotencontact en een online groepscursus.	Blijkt effectief te werken. Staat in de NJi databank als goed onderbouwd.
Informatie, tips en adviezen.	-
Informatie, adviezen, e-mailservice en whatsappservice, mogelijkheid tot ervaringen delen.	Geen effectmeting. Wel tevredenheidmeting. Echter, de resultaten zijn nog onbekend. Komt niet voor in de NJi databank.
Website met informatie, e-mailservice, chatservice en telefoonlijn.	Geen effectmeting. Wel een meting naar het gebruik ervan. Het wordt erg veel gebruikt, en dit lijkt te groeien. Vragen over de omgang met een verslaafde komen vaak terug in de top 3. Komt niet voor in de NJi databank.
Tips, adviezen, forum, interactieve film.	Onbekend. Komt niet voor in de NJi databank.
Video's, een forum, leesopdrachten en een persoonlijke dagboek.	Zelf nooit getest. Gebaseerd op effectief bewezen CRAFT. Komt niet voor in de NJi databank.

3.2.2 KOPP/KVO groepen

Interventie/Type	Doelgroep	Doelstelling
Piep zei de muis Selectieve interventie	Kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 8 jaar in buurten met een hoog aantal gezinnen met een lage sociaal economische status waarvan één of beide ouders psychosociale, psychische en/of verslavingsproblemen heeft.	Het bevorderen van het psychosociale welbevinden van de kinderen om zo de kans op het ontwikkelen van psychische problemen bij het kind te verminderen.
Speel-Doe groep Selectieve interventie	Kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 7 jaar, met één of meerdere ouders met psychische problemen en/of verslavingsproblemen.	Het bevorderen van het psychosociale welbevinden van de kinderen om zo de kans op het ontwikkelen van psychische problemen bij het kind te verminderen.
Doe-Praat groep 4-8 jaar Selectieve interventie	Kinderen in de leeftijd van 4 tot en met 8 jaar, met één of meerdere ouders met psychische problemen en/of verslavingsproblemen.	Het bevorderen van het psychosociale welbevinden van de kinderen om zo de kans op het ontwikkelen van psychische problemen bij het kind te verminderen.
Doe-Praat groep 8-12 jaar Selectieve interventie	Kinderen in de leeftijd van 8 tot en met 12 jaar, met één of meerdere ouders met psychische problemen en/of verslavingsproblemen.	Het bevorderen van het psychosociale welbevinden van de kinderen om zo de kans op het ontwikkelen van psychische problemen bij het kind te verminderen.
Tienergroep Selectieve interventie	Jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 15 jaar, met één of meerdere ouders met psychische problemen en/of verslavingsproblemen.	Het bevorderen van het psychosociale welbevinden van de kinderen om zo de kans op het ontwikkelen van psychische problemen bij het kind te verminderen.
Jongerencursus/Opgroeien bij ouders met psychische- of verslavingsproblemen Selectieve interventie	Jongeren in de leeftijd van 16 tot en met 25 jaar, met één of meerdere ouders met psychische problemen en/of verslavingsproblemen.	Het bevorderen van het psychosociale welbevinden van de kinderen om zo de kans op het ontwikkelen van psychische problemen bij het kind te verminderen.
Groeps cursus KOPP Selectieve interventie	Jongeren in de leeftijd van 13 tot en met 15 jaar, met één of meerdere ouders met psychische problemen en/of verslavingsproblemen.	Het bevorderen van het psychosociale welbevinden van de kinderen om zo de kans op het ontwikkelen van psychische problemen bij het kind te verminderen.
Time 4U Selectieve interventie	Jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 15 jaar, met één of meerdere ouders met psychische problemen en/of verslavingsproblemen.	Het doorbreken van het isolement, het uiten van gevoelens, vragen om steun en de kennis over de ziekte vergroten.
Groeps cursus KOPP 16+ Selectieve interventie	Jongeren in de leeftijd van 16 jaar en ouder, met één of meerdere ouders met psychische problemen en/of verslavingsproblemen.	Het doorbreken van het isolement, het uiten van gevoelens, vragen om steun en de kennis over de ziekte vergroten.
Groeps cursus KOPP voor volwassenen Selectieve interventie	Volwassenen in de leeftijd van 23 jaar en ouder, met één of meerdere ouders met psychische problemen en/of verslavingsproblemen.	Het bevorderen van het psychosociale welbevinden van de kinderen om zo de kans op het ontwikkelen van psychische problemen bij het kind te verminderen.

Werkvorm	Onderbouwing	Effectiviteit
Kinderclub en ouder-bijeenkomsten	Door het bevorderen van psychosociaal welbevinden van kinderen wordt het risico op de ontwikkeling van psychopathologie verkleind.	Effectief, wel verschillend voor leeftijdsgroepen en afkomst. Is niet erkend door de erkenningscommissie van het NJI.
Kinder-bijeenkomsten en ouder-bijeenkomsten	Door het bevorderen van psychosociaal welbevinden van kinderen wordt het risico op de ontwikkeling van psychopathologie verkleind.	Onbekend. Is niet ingediend bij de erkenningscommissie van het NJI.
Kinder-bijeenkomsten en ouder-bijeenkomsten	Door het bevorderen van psychosociaal welbevinden van kinderen wordt het risico op de ontwikkeling van psychopathologie verkleind.	Onbekend. Komt niet voor in de NJI databank.
Kinder-bijeenkomsten en ouder-bijeenkomsten	Door het bevorderen van psychosociaal welbevinden van kinderen wordt het risico op de ontwikkeling van psychopathologie verkleind.	Effectief. Is niet erkend door de erkenningscommissie van het NJI.
Bijeenkomsten	Door het bevorderen van psychosociaal welbevinden van kinderen wordt het risico op de ontwikkeling van psychopathologie verkleind.	Onbekend. Is niet erkend door de erkenningscommissie van het NJI.
Bijeenkomsten	Door het bevorderen van psychosociaal welbevinden van kinderen wordt het risico op de ontwikkeling van psychopathologie verkleind.	Onbekend. Is niet ingediend bij de erkenningscommissie van het NJI.
Bijeenkomsten	Door het bevorderen van psychosociaal welbevinden van kinderen wordt het risico op de ontwikkeling van psychopathologie verkleind.	Onbekend. Komt niet voor in de NJI databank.
Bijeenkomsten	Door het bevorderen van psychosociaal welbevinden van kinderen wordt het risico op de ontwikkeling van psychopathologie verkleind.	Onbekend. Komt niet voor in de NJI databank.
Bijeenkomsten	Door het bevorderen van psychosociaal welbevinden van kinderen wordt het risico op de ontwikkeling van psychopathologie verkleind.	Onbekend. Komt niet voor in de NJI databank.
Bijeenkomsten	Door het bevorderen van psychosociaal welbevinden van kinderen wordt het risico op de ontwikkeling van psychopathologie verkleind.	Onbekend. Komt niet voor in de NJI databank.

3.2.3 Overige preventieve interventies voor kinderen

Interventie/Type	Doelgroep	Doelstelling
Talk 'n Joy Selectieve interventie	Kinderen die een verslaafde ouder hebben (gehad) in de leeftijd van 6 tot en met 18 jaar.	Veerkracht van jongeren vergroten en daarmee een bijdrage leveren aan het voorkomen van verslavings-problematiek en verslaving gerelateerde problemen op latere leeftijd.
Omgaan met verslaving Selectieve interventie	Kinderen van verslaafde ouders.	Informatie verwerven over verslaving, leren hoe men om kan gaan met verslaving in de omgeving en ervaringen delen met lotgenoten.
CRAFT (Community Reinforcement approach and family training) Selectieve interventie	Iedereen die zich zorgen maakt over het alcohol- of drugsgebruik van een ander.	Leren omgaan met het middelengebruik van de naaste en de eigen kwaliteit van leven verbeteren.
KOPP & schOULDERS Geïndiceerde interventie	Volwassen kinderen van ouders met psychische problemen en/of verslavingsproblemen die zelf ook emotionele, psychische en/of verslavingsproblemen ervaren. Deze volwassen KOPP/ KVO kinderen kunnen zelf ook al kinderen hebben.	Geven van informatie, het bieden van steun en het geven van erkenning.
Een psychisch zieke ouder en hoe gaat het met u? Selectieve interventie	Volwassenen boven de 18 jaar met een ouder met psychische en/of verslavingsproblemen.	Volwassenen in contact brengen met lotgenoten zodat zij merken dat zij niet de enige zijn die op deze manier zijn opgegroeid.
En ik dan?! Selectieve interventie	Volwassenen boven de 18 jaar met iemand met verslavingsproblematiek in de nabije omgeving.	Informereren en lotgenotencontact. Steun bieden.

3.2.4 Preventieve interventies voor ouders

Interventie/Type	Doelgroep	Doelstelling
Steuntje in de rug Kop op Ouders Selectieve en geïndiceerde interventie	Ouders met psychische problemen en/of verslavingsproblemen.	Het risico op de ontwikkeling van problematiek bij kinderen verminderen of voorkomen. Door middel van het leren van opvoedvaardigheden en leren hoe men het kind kan stimuleren kind te zijn.

Werkvorm	Onderbouwing	Effectiviteit
Het behandelen van bepaalde thema's afgewisseld met ontspannende activiteiten samen met lotgenoten. Het aanbod kan in groepsverband en individueel worden uitgevoerd. Ook wordt er een vakantie week aangeboden en worden er superdagen georganiseerd.	Een verhoogde veerkracht kan de ontwikkeling van problematiek voorkomen.	De vakantie week is getoetst op effectiviteit. Deze interventie is niet geheel effectief, maar lijkt zeker bij te dragen. De interventie voldoet nu nog niet aan de basiseisen van de erkenningscommissie. Op dit moment wordt er verder gewerkt aan de ontwikkeling van de Talk 'n Joy.
4 bijeenkomsten met 4 verschillende thema's. Men kan kiezen welke bijeenkomsten men komt.	Het is niet gelukt om informatie over de onderbouwing van de interventie te vinden.	Onbekend. Komt niet voor in de NJi databank.
Individuele- en groeps gesprekken en oefenopdrachten.	Familieleden zijn belangrijk in het motiveren van mensen met verslavings-problematiek om in behandeling te gaan. Daarnaast leren de naastbetrokkenen zelf omgaan met de verslavings-problematiek.	Effectief. Komt niet voor in de NJi databank.
Inloopsprekuren, eventueel ondersteunings-gesprekken.	Het is belangrijk om naar het welzijn van de kinderen van ouders met verslavings-problematiek te kijken en hier hulp voor aan te bieden.	Onbekend. Komt niet voor in de NJi databank.
Een kennismakings-gesprek en meerdere bijeenkomsten met diverse thema's.	Gebaseerd op het idee dat lotgenoten van elkaar kunnen leren en op het idee dat jij als individu belangrijk bent.	Onbekend. Komt niet voor in de NJi databank.
Overkoepelende interventie die bestaat uit groeps-bijeenkomsten, informatie avonden, open dagen, trainingen en workshops.	Het is niet gelukt om informatie over de onderbouwing van de interventie te vinden.	Over En ik dan? is nog geen effectmeting uitgevoerd. Wel wordt deze doelgroep erg positief ervaren. Komt niet voor in de NJi databank.

Werkvorm	Onderbouwing	Effectiviteit
Ouder ondersteunings bijeenkomsten.	Het is niet gelukt om informatie over de onderbouwing van de interventie te vinden.	Onbekend. Komt niet voor in de NJi databank.

3.2.5 Preventieve interventies voor de familie

Interventie/Type	Doelgroep	Doelstelling
Baby-Extra Selectieve en geïndiceerde interventie	Ouders met psychische problemen met een baby van maximaal 1 jaar.	Contact tussen ouder en kind verbeteren en hechtingsproblematiek bij het kind voorkomen.
Als je pas een baby hebt Selectieve en geïndiceerde interventie	Ouders met psychische en/of verslavingsproblemen met een baby tussen de 1 en 1,5 jaar oud.	Vaardigheden ontwikkelen en meer inzicht krijgen in het eigen ouderschap en het contact tussen de ouder en de baby.
Moeder-kind interventie *Ouder-baby interventie *Oog voor je baby *Moeder-baby interventie KOPP Geïndiceerde interventie	Moeders met een psychische stoornis en een baby tot 12 maanden.	Het verbeteren van het contact tussen moeders en kinderen. Dit moet de ontwikkeling van psychische problemen bij het kind voorkomen.
Psycho-educatieve gezinsinterventie Selectieve interventie	Gezinnen waar één of beide ouders een psychische stoornis heeft.	De effecten van de problematiek zowel op het individu evenals op het gehele gezin te begrijpen en het bespreekbaar te maken. De communicatie in het gezin wordt op deze manier gestimuleerd. Uiteindelijk moet de interventie voorkomen dat de kinderen zelf psychische problemen ontwikkelen.
Gezin aan Bod (Strengthening Families program) Selectieve interventie	Gezinnen waarin één ouder of beide ouders een alcohol- of drugsverslaving hebben. Kinderen mogen niet jonger zijn dan 11 jaar, en er mag geen sprake zijn van problematiek bij het kind.	De ouder helpen hun opvoedvaardigheden te versterken, de communicatie-vaardigheden van de ouder en het kind te verbeteren en de gezinsrelaties te versterken. Uiteindelijk moet deze interventie het middelengebruik van jongeren verminderen dan wel voorkomen. Ook moet het de ontwikkeling van andere problematiek voorkomen.
Basiszorgcoördinatie kwetsbare kinderen Selectieve interventie	Kinderen van ouders met psychiatrische problemen en/of verslavingsproblemen, waar in het gezin sprake is van zorgwekkende opvoedsituaties.	Het bevorderen van de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind, het bevorderen van opvoedingsgedrag, het bevorderen van toegang tot hulp, de sterke kanten van ouders en kinderen nog meer verbeteren en het verminderen van risicofactoren.
Eigen kracht conferentie Geïndiceerde interventie	Gezinnen die moeilijkheden ervaren in de opvoeding en/of de ontwikkeling van hun kind. Daarnaast moet de familie de wil hebben om de problematiek ook daadwerkelijk aan te pakken.	Dat het gezin zelf de verantwoordelijkheid neemt om een oplossing te bedenken voor de bestaande problematiek. Dit doen zij door gebruik te maken van hun sociale netwerk. Samen met hun netwerk kijken ze hoe ze de problemen kunnen aanpakken.
Ouder-kind behandeling *De Borch VNN *Afdeling BW De Hoop *Ouder en kind Brijder Verslavingszorg Selectieve en geïndiceerde interventie	gezinnen met één of meer verslaafde ouders.	Een betere band creëren tussen ouder en kind.

Werkvorm	Onderbouwing	Effectiviteit
Gesprekken met een hulpverlener waarin filmopnamen van de ouder en de baby worden besproken die voorafgaand aan de gesprekken zijn gemaakt.	Gebaseerd op het idee dat de hechtingsrelatie erg belangrijk is in de ontwikkeling van het kind.	Onbekend. Niet erkend door NJi.
Groeps-bijeenkomsten met lotgenoten over diverse thema's ingevuld met gesprekken en oefeningen.	Gebaseerd op het idee dat de hechtingsrelatie erg belangrijk is in de ontwikkeling van het kind.	Onbekend. Komt niet voor in de NJi databank.
Huisbezoeken waarbij het gehele gezin wordt begeleid in de thuissituaties. Belangrijkste onderdeel zijn video-opnamen.	Gebaseerd op het idee dat de hechtingsrelatie erg belangrijk is in de ontwikkeling van het kind.	Voor het probleem van depressie blijkt de interventie effectief. Is volgens NJi volgens eerste aanwijzingen effectief.
Meerdere gezinsbijeenkomsten waar onder andere informatie over de problematiek wordt verschaft.	Afkomstig van de in de Verenigde Staten ontwikkelde Psycho-educational family intervention.	Effectief. Niet erkend door het NJi.
Meerdere gezins-bijeenkomsten, waarbij een gedeelte is opgedeeld in een aparte ouder- en een aparte kinder-bijeenkomst.	Combinatie van ouderlijk gedrag, gedrag van het kind en functioneren van de gehele familie.	Effectief. Maar niet op alle factoren: middelengebruik zou niet afnemen. Niet erkend door het NJi.
Er wordt per gezinssituatie een passend hulpprogramma opgesteld.	Het is niet gelukt om informatie over de onderbouwing van de interventie te vinden.	Niet op effectiviteit gemeten. Wordt wel positief ervaren en ervaren als een effectieve interventie. Komt niet voor in de NJi databank.
Conferentie met naasten van het gezin die hen zouden kunnen helpen het welzijn te verbeteren. Meerdere fasen met informatie-verschaffing over mogelijkheden van de professional en hulpverlener naar het gezin, het opstellen van een plan met familie, naasten en zonder professionals/hulpverleners, en presentatie van plan aan de Eigen kracht coördinator.	Is gebaseerd op het idee dat gezinnen met een sterk sociaal netwerk zelf een oplossing kunnen opstellen.	Blijkt effectief, maar wel alleen voor een korte periode. Wordt wel erg positief ervaren. Komt niet voor in de NJi databank.
Klinische opname met het gezin waarbij zowel ouder als kind in behandeling gaan.	Het is niet gelukt om informatie over de onderbouwing van de interventie te vinden.	Effectief. Komt niet voor in de NJi databank.

3.2.6 Overige preventieve interventies

Interventie/Type	Doelgroep	Doelstelling
Kipizivero-brochurereeks Selectieve en geïndiceerde interventie	Voor en over kinderen van ouders met psychische problemen en/of verslavingsproblemen.	Het informeren van kinderen en ouders over deze problematiek.
Kindcheck -	Mensen die werkzaam zijn in de volwassenzorg. Voorbeelden hiervan zijn psychiaters en psychologen, (huis)artsen en verpleegkundigen.	Zo vroeg mogelijk in contact te komen met kinderen van ouders met problematiek.
Literatuurlijst Universele en selectieve interventie	Vrijwel alle boeken op de lijst zijn in principe geschreven voor iedereen. De samengestelde literatuurlijst kan wel een hulpmiddel zijn voor kinderen van ouders met psychische problemen. Doelgroepen zijn ingedeeld op leeftijd.	Informeren en herkenning bieden.
Voorlichting Universele interventie	Scholieren en ouders uit heel Nederland.	Ontwikkeling van verslaving voorkomen en signalering vergroten.

Werkvorm	Onderbouwing	Effectiviteit
Afhankelijk van de brochure vindt men er tips, herkenning, andere adressen waar men informatie kan vinden en literatuurlijsten met relevante boeken.	Het is niet gelukt om informatie over de onderbouwing van de interventie te vinden.	Onbekend. Komt niet voor in de NJi databank.
Tijdens gesprekken vragen naar kinderen en de situatie van de kinderen.	Gebaseerd op het idee dat vroegtijdig signaleren problemen kan voorkomen.	In 2016 is er bij Brijder/Parnassia groep bij 4.292 (83%) cliënten een kindcheck is uitgevoerd. Daarvan zou er bij 1.424 (33%) cliënten sprake zijn van kinderen onder de 23 jaar die thuiswonend zijn. 209 cliënten met kinderen (15%) geven aan ook echt enige zorgen te hebben over de kinderen die niet in zorg zijn. Dit betekent niet dat deze kinderen zich echt in risicovolle situaties bevinden, maar dat de ouder zich wel zorgen maakt over het kind. Komt niet voor in de NJi databank.
Diverse boeken, inclusief omschrijving.	-	Onbekend. Komt niet voor in de NJi databank.
Voorlichting in klassen, op ouderavonden, etc.	-	Onbekend.

3.2.7 Conclusie preventieve interventies

Uit de inventarisatie van de preventieve interventies voor TGV kunnen we concluderen dat er een groot aanbod is voor kinderen van ouders met verslavingsproblematiek. Het doel van deze interventies is over het algemeen het voorkomen van (of verminderen van de kans op) de ontwikkeling van psychische en/of verslavingsproblemen bij het kind. Ondanks de overeenkomsten in doelstellingen is er toch nog een aantal verschillen tussen de soorten interventies.

Online interventies zijn veelal universeel en/of selectief en richten zich voornamelijk op het informeren en het contact leggen met lotgenoten. Vaak is er ook de mogelijkheid om vragen te stellen via de chat, de e-mail of telefonisch. Uit de inventarisatie blijkt dat deze interventies over het algemeen positief worden ervaren. Er zijn verder geen effectmetingen uitgevoerd. We kunnen dan ook geen uitspraken doen over de effectiviteit van de online interventies.

De *KOPP/KVO groepen* zijn selectieve interventies. Zij richten zich voornamelijk op het psychosociale welbevinden van het kind. Dit doen zij door groepsbijeenkomsten te organiseren. Tijdens deze groepsbijeenkomsten is er de mogelijkheid tot het voeren van gesprekken en worden er bijvoorbeeld spelletjes gedaan. Er zijn effectmetingen uitgevoerd voor twee KOPP/KVO groepen. Deze metingen blijken beide effectief. Twee metingen is wel erg weinig wanneer er wordt gekeken naar het totale aanbod van KOPP/KVO groepen, meer effectmetingen zijn dan ook van belang.

Interventies *voor het kind* zijn veelal selectief en/of geïndiceerd. Zij focussen zich voornamelijk op informeren, het hebben van contact met lotgenoten en het verbeteren van de kwaliteit van leven. De interventies zijn verschillend in opzet. Zo kunnen de interventies voor het kind bestaan uit individuele bijeenkomsten, uit groepsbijeenkomsten of uit een combinatie van individuele- en groepsbijeenkomsten. Vanwege een gebrek aan effectmetingen kan er niets worden gezegd over de effectiviteit van de interventies voor het kind.

Naast interventies die specifiek zijn ontwikkeld voor kinderen, zijn er ook interventies *voor de ouders*. In het huidige overzicht betreft het één interventie. Deze interventie voor ouders heeft als doel de ontwikkeling van problematiek bij het kind tegen te gaan. De interventie is selectief en geïndiceerd. Het gaat hier voornamelijk om het verbeteren van de opvoedvaardigheden en om het kind weer echt kind te laten zijn. De interventie voor ouders is op groepsniveau uitgevoerd. Vanwege een gebrek aan effectmetingen kan er helaas niets worden gezegd over de effectiviteit van de interventie.

Interventies die zijn gericht op de *gehele familie* zijn veelal selectief of geïndiceerd. Bij de inzet van deze interventies is er vaak al sprake van heftigere problematiek binnen een gezin. Ze zijn veelal gericht op het verbeteren van het contact tussen de ouder en het kind, het verbeteren van de communicatie, het verbeteren van de opvoedvaardigheden en het verbeteren van de kwaliteit van leven. Daarnaast is informeren vaak een belangrijke doelstelling. De interventies voor families zijn gezinsbijeenkomsten of bijeenkomsten voor de ouder waarbij het kind wordt betrokken. Eén interventie is hierop een uitzondering. De ouder-kind behandeling is namelijk een klinische behandeling. De interventies voor families lijken effectief. Daarnaast worden ze ook positief ervaren door de gebruikers.

Als laatste zijn er enkele interventies die niet te plaatsen zijn in voornoemde categorieën. Om die reden zijn zij geschaard onder *overige interventies*. Dit zijn uiteenlopende interventies die niet met elkaar te vergelijken zijn. Ze verschillen dan ook van universeel tot selectief of geïndiceerd. Ook kan er niets worden gezegd over de effectiviteit van deze interventies.

Concluderend kunnen we zeggen dat alleen de KOPP/KVO groepen en de interventies voor families effectief zijn. Echter, dit is gebaseerd op weinig wetenschappelijke effectiviteitsmetingen. Er zal dan ook meer onderzoek moeten worden gedaan naar de effectiviteit van interventies. De online interventies worden daarnaast als positief ervaren,

maar zijn niet middels wetenschappelijk onderzoek op effectiviteit bekeken. Dit is wel van groot belang voor de bruikbaarheid van de betreffende interventies.

Uit de inventarisatie kan worden afgeleid dat deze interventies zich met name richten op het informeren, de mogelijkheid tot het stellen van vragen en lotgenotencontact. Ook het verbeteren van het welbevinden van het kind door interventies, de relatie met de ouders verbeteren en het ondersteunen in de opvoeding lijken erg belangrijk in interventies.

3.3 Experts over transgenerationale verslavingszorg

Tijdens het literatuuronderzoek kwamen enkele onderwerpen geregeld terug, namelijk: de vroegtijdige signalering, de combinatiebehandeling ouder-kind, het taboe en de dubbeldiagnose. Deze onderwerpen zijn daarom ook in de interviews met experts besproken. Ook zijn er enkele onderwerpen die opvallend vaak terugkwamen in de interviews. Onderstaand zullen de bevindingen per onderwerp worden besproken.

- I Vroegtijdige signalering
- II Het taboe
- III De vraag vanuit het kind
- IV De combinatiebehandeling ouder-kind
- V De dubbeldiagnose
- VI Het belangrijkste in transgenerationale verslavingszorg volgens experts

I *Vroegtijdige signalering*

Uit de interviews met experts komt, net als uit het literatuuronderzoek, naar voren dat vroegtijdige signalering een belangrijke factor is in preventie om TGV te verminderen of te voorkomen. Momenteel komen kinderen vaak pas in beeld wanneer er al symptomen en/of problemen zijn. Door eerder signalen op te vangen die indiceren dat er mogelijk sprake is van problematiek, zou er eerder hulp kunnen worden aangeboden. Dit zou vervolgens de ontwikkeling van problematiek bij de kinderen kunnen verminderen of voorkomen. Uit de interviews blijkt dat een aantal factoren samenhangt met vroegsignalering. Dit zijn de bewustwording omtrent TGV en de signalering zelf. De kindcheck wordt genoemd als mogelijke methodiek.

Bewustwording: kindcheck als hulpmiddel

Allereerst zou het voor het verbeteren van de *vroegsignalering* erg belangrijk zijn om meer bewustwording te creëren onder hulpverleners. Momenteel lijkt de *bewustwording* omtrent TGV wel meer te ontstaan. De *kindcheck* is een hulpmiddel om bewustwording onder hulpverleners te vergroten. Hulpverleners in de volwassenzorg moeten tijdens de kindcheck aan cliënten vragen of er kinderen aanwezig zijn en wat de situatie is waarin de kinderen leven. Op deze manier weten hulpverleners wanneer er actie moet worden ondernomen, waardoor ouders handvatten kunnen krijgen. Door de hulpverleners in de volwassenzorg de kindcheck te laten uitvoeren, wordt er direct bewustwording omtrent TGV onder hulpverleners gecreëerd.

De uitvoering van de *kindcheck* lijkt niet altijd even goed te verlopen. Dit zou komen door de handelingsverlegenheid van hulpverleners: hulpverleners durven niet altijd te beginnen over de kinderen, uit angst voor het stoppen met de behandeling door ouders. Er moet duidelijk gecommuniceerd worden dat de ouder niet wordt beschuldigd, maar dat er juist eventuele ondersteuning kan zijn voor de ouder om de opvoeding zo goed mogelijk te laten lopen. Daarnaast lijkt er een gebrek aan kennis onder hulpverleners in de volwassenzorg. Zij zijn gespecialiseerd in zorg voor volwassenen cliënten en weten daardoor niet altijd wat te doen in risicovolle situaties voor het kind. Op dit gebied is er nu nog een te grote scheiding tussen hulpverleners in de volwassenzorg en hulpverleners in zorg voor jeugd. Wanneer hulpverleners uit de volwassenzorg en hulpverleners in zorg voor jeugd elkaar ondersteunen en samenwerken, kan dit van groot belang zijn voor de snelheid en juiste manier van handelen.

Bewustwording in de samenleving

Volgens de experts is de kindcheck een goede eerste stap in de richting van bewustwording en vroegsignalering. Met alleen de kindcheck zijn we er nog niet, want alleen kinderen van ouders in zorg zouden hierbij gesignaleerd worden. Om vervolgens kinderen van ouders die niet in zorg zijn te bereiken, komen twee verschillende suggesties vanuit de experts: allereerst is het actief aanbieden van positief advies via mensen met een zorgplicht, zoals huisartsen en consultatiebureaus belangrijk. Huisartsen, consultatiebureaus en anderen met een zorgplicht worden namelijk als neutraal gezien en hebben daardoor een grotere invloed. Als tweede visie is het van belang om de bewustwording omtrent TGV in de maatschappij te vergroten. Dit kan leiden tot het bewust dan wel onbewust signaleren van symptomen op de sportclub of op school. Ook zou er duidelijkheid moeten zijn in waar bijvoorbeeld docenten die signalen opvangen, terecht kunnen met hun zorgen.

Wanneer vroegsignaleren?

Een laatste belangrijke factor omtrent vroegsignalering is *wanneer men precies vroeg wil signaleren*. Momenteel lijkt men vaak pas in te grijpen wanneer er daadwerkelijk sprake is van problematiek bij het kind. Echter, problemen ontwikkelen zich vaak pas op latere leeftijd. Het is dus belangrijk om al in te grijpen wanneer er nog geen verdere problematiek is ontwikkeld. Eén voorgestelde aanpak vanuit de experts is het opstellen van een risicoprofiel voor hulpverleners en voor de samenleving. Symptomen voor de ontwikkeling van problematiek zijn al goed in beeld, en kunnen in een profiel worden weergegeven om zo signalering te vergemakkelijken. Een tweede voorgestelde aanpak is het geven van voorlichting. Door voorlichting kunnen ouders en kinderen die niet in behandeling zijn worden bereikt. Hierbij zou het aanbod van zorg actief moeten worden aangeboden zodat ouders en kinderen weten waar zij met vragen terecht kunnen.

II *Het taboe*

Wat veel terugkwam tijdens de interviews is dat er sprake is van een *taboe* om te spreken over verslaving. Dit geldt zowel voor mensen met verslavingsproblematiek zelf, als voor de naastbetrokkenen en voor hulpverleners. Individuen met verslavingsproblematiek en naastbetrokkenen schamen zich. Daardoor durven hulpverleners, individuen met verslavingsproblematiek en naastbetrokkenen er niet over te praten of hebben het gevoel er niet over te kunnen praten. Dit is van invloed op het aantal mensen in behandeling. Verslaving moet volgens experts dan ook een neutraler gespreksonderwerp worden. Hulpverleners moeten verslaving zonder schroom kunnen aankaarten bij ouders én kinderen. Daarnaast moet het thuis als normaal onderwerp bespreekbaar zijn zonder afschrikkend effect. Meer openheid over de ziekte, over de behandeling, en over de onnodige schaamte voor verslaving is informerend voor het kind en is dan ook belangrijk om de ontwikkeling van problematiek bij een kind te doorbreken. Het is volgens de experts dan ook van belang dit taboe te doorbreken.

Belangrijk om bewust van te zijn is dat er tevens sprake is van stigmatisering: stigmatisering is een negatief label dat hangt aan verslaving. Door het negatieve label rondom verslaving hebben hulpverleners, individuen met verslavingsproblematiek en naastbetrokkenen het gevoel niet over de problematiek te kunnen praten. Het taboe is dus afkomstig vanuit het stigma rondom verslaving en dit heeft directe gevolgen voor het taboe op het bespreekbaar maken van TGV. Wanneer dit stigma positief verandert, zal het taboe dus ook verminderen.

Daarnaast is het van belang om het ethische gevolg van stigmatisering in ons achterhoofd te houden. Stigmatisering kan ertoe leiden dat problemen worden toegewezen aan kinderen. De kinderen worden gelijk gezien als kind met risico op problematiek, terwijl het kind helemaal geen problematiek hoeft te ontwikkelen. Niet elk kind ervaart namelijk ook echt problemen, en het benadrukken van de problemen kan problematiek juist doen opkomen. Dit is ethisch niet verantwoord.

III De vraag van de kinderen

Een factor die opkwam tijdens de interviews is hetgeen dat wordt aangeboden in preventie. Het huidige preventieve aanbod van TGV is volgens experts veelal gericht op beschermende factoren rondom het probleem van de ouder: wat is het probleem, hoe moeten de kinderen hier mee omgaan en hoe kan je als kind in deze situatie beter voor jezelf zorgen. Deze beschermende factoren zijn belangrijk en moeten ook zeker worden behouden. Echter, uit de interviews komt naar voren dat dit wellicht niet helemaal voldoende is. Ook de vraag van het kind moet centraal staan. Er moet worden gekeken naar wat het kind nu eigenlijk zelf nodig heeft en vooral ook wat het kind zelf aan hulp zou willen. Zo kan het zijn dat een kind de verslaving van de ouder op dat moment niet als grootste probleem ervaart en ergens anders over wil praten, wat op dat moment een groot probleem is voor het kind. Nog een voorbeeld is dat een kind gewoon even uit de thuissituatie weg wil, voor leuke, ontspannende activiteiten.

Het lijkt dan ook van belang dat interventies zich meer inrichten naar de vraag van de kinderen. Hierbij moeten de werkvormen voor beschermende factoren worden behouden, en kan er wellicht meer ruimte komen voor de vraag van de kinderen.

IV Combinatiebehandeling ouder-kind

De ouder-kind behandeling is de klinische behandeling zoals eerder omschreven in hoofdstuk 4.1. Hierbij gaan ouder(s) en kind(eren) samen in behandeling en wordt onder andere gewerkt aan het verbeteren van de relatie tussen ouder(s) en kind(eren).

Niet alle experts zijn even enthousiast over deze interventie. In eerste instantie omdat er eigenlijk al te laat wordt ingegrepen: er is namelijk al sprake van hevige problematiek. Deze behandeling moet volgens enkele experts vooral gebruikt worden wanneer er echt sprake is van zware verslavingsproblematiek en er niets anders is wat de ouder(s) en kind(eren) nog zou kunnen helpen. Daarnaast zou de behandeling alleen voor jongere kinderen, rond de leeftijd van 0 tot 4 jaar, moeten worden uitgevoerd. Een kind moet op latere leeftijd namelijk niet uit zijn omgeving worden gehaald. Tussen de bestaande, soortgelijke ouder-kind interventies lijken de doelgroepen op dit moment van elkaar te verschillen. Als laatste zou de interventie, volgens enkele experts, zich op dit moment vooral richten op de problematiek van de ouder en nog te weinig op het kind zelf. Dit zou de ouder kunnen helpen, maar zou de kans op de ontwikkeling van problematiek bij het kind niet direct verminderen. De experts zien de behandeling onder bepaalde voorwaarden als een positieve interventie. De interventie is effectief, en daarom verdient de interventie het om wel te worden uitgevoerd bij deze specifieke zwaardere doelgroep.

V De dubbeldiagnose

Tijdens de interviews is ook de dubbeldiagnose, het samengaan van meerdere psychische stoornissen en verslavingsproblematiek, besproken. Er kan sprake zijn van dubbeldiagnose bij de ouder en van dubbeldiagnose bij het kind. Uit literatuuronderzoek kwam naar voren dat er vaak sprake is van dubbeldiagnose bij cliënten. Veel zorg zou hier alleen niet naar zijn ingericht. Uit de interviews bleek ook dat verslaving vrijwel nooit een losstaande stoornis is en vaak samen gaat met andere stoornissen.

Dubbeldiagnose bij de ouder wordt volgens experts niet altijd aangepakt omdat de zorg hier niet voldoende naar zou zijn ingericht. Dubbeldiagnose bij de ouder maakt het ook voor het kind nog lastiger om met de ziekte van de ouder om te gaan. Het lijkt dan ook van belang hier meer aandacht aan te besteden in de zorg.

Dubbeldiagnose bij het kind hoeft niet per se te ontstaan omdat er bij de ouders sprake is van dubbeldiagnose. Wel hebben de ziekten van de ouders invloed op het kind, namelijk op de ontwikkeling van problematiek. Wanneer jongeren vroeger beginnen met drinken is er een grotere kans dat er sprake is van psychiatrische- en gezinsproblemen. In de praktijk gaat men er vanuit dat er bij de start van gebruik rond de leeftijd van 10 – 13 jaar sprake is van dubbeldiagnose.

VI *Het belangrijkste volgens experts*

Tijdens de interviews is aan de experts gevraagd wat zij de drie belangrijkste factoren vinden van preventieve interventies omtrent TGV. Hierbij gaat het om factoren waarvan zij denken dat het de preventieve interventies zou verbeteren. De drie factoren die door de experts als belangrijkste factoren van preventieve interventies omtrent TGV worden gezien, zijn vroegsignalering, het universele aspect van preventie en het informeren van het kind.

Het meest benoemd is vroegsignalering. Met meer aandacht voor vroegsignalering kan namelijk de ontwikkeling van verdere problematiek bij kinderen worden voorkomen en kunnen er meer kinderen worden bereikt.

Het universele aspect van preventie met daarbij het creëren van bewustwording omtrent TGV lijkt ook van belang: preventie moet niet alleen op risicogroepen gericht zijn, maar in eerste instantie op iedereen in onze samenleving. Op deze manier zou er meer bewustwording omtrent TGV worden gecreëerd in de gehele samenleving, zouden symptomen en risico's sneller kunnen worden gesignaleerd en zou het dus ook makkelijker worden om kinderen van ouders met verslavingsproblematiek die nog niet in beeld zijn te bereiken. Het universele aspect hangt dus samen met de vroegsignalering.

Het informeren van het kind, het ontschuldigen, het geven van adviezen en het aanbieden van lotgenotencontact lijkt ook belangrijk. Belangrijk hierbij is dat de kinderen bekend worden met de risico's die zij zelf lopen op genetisch en sociaal gebied. Dit kan beschermende factoren versterken. Het is daarom van belang dit als eerste stap in interventies aan te bieden.

Conclusie interviews met experts

De interviews met experts hebben geleid tot een aantal opvallende inzichten. Zo lijken veel factoren samen te hangen. Bijvoorbeeld *vroegsignalering, het stigma, het taboe en de handelingsverlegenheid* zijn allemaal met elkaar verbonden. Er is namelijk sprake van een stigma op verslaving. Daardoor ontstaat er een taboe op het bespreken van verslaving en daarmee TGV. Men durft niet te praten over verslaving, al helemaal niet wanneer er kinderen bij betrokken zijn. Dit geldt voor cliënten, naastbetrokkenen en hulpverleners. Onder hulpverleners is er dan ook sprake van handelingsverlegenheid waardoor het signaleren van kinderen nog niet altijd goed verloopt.

Het *universele aspect* van preventie, met als doel meer openheid creëren en het stigma veranderen, zou hier volgens enkele experts in kunnen bijdragen. Universele preventie kan bewust dan wel onbewust leiden tot eerdere signalering van symptomen.

De *vraag vanuit de kinderen* komt ook als belangrijk punt naar voren uit de interviews. Het huidige preventieve aanbod richt zich vaak alleen op het versterken van de beschermende factoren rondom de problematiek van de ouder. Maar vanuit de experts blijkt dat preventie zich niet alleen moet richten op het versterken van de beschermende factoren, maar ook op de vraag vanuit het kind en daarbij ook focust op hetgeen het kind zelf echt nodig heeft. Voor de vraag van het kind moet ruimte worden vrijgemaakt tijdens interventies.

Wat betreft de *ouder-kind behandeling* komen gemengde resultaten naar voren. Niet alle experts zijn het eens met de insteek van de interventie. Concluderend is het belangrijkste dat men de interventie alleen gebruikt in het geval van ernstige verslavingsproblematiek, en wanneer er geen andere oplossing is. Daarnaast zou de interventie zich voornamelijk moeten richten op jongere kinderen.

4 Conclusie

Transgenerationale verslaving (TGV) kan worden omschreven als de overdracht van verslaving van een ouder op het kind (Van der Meer-Jansma, et al., 2016). Kinderen van ouders met verslavingsproblematiek hebben van kindsbeen af te maken met problematiek in de thuissituatie. Dit zou de kans dan ook vergroten voor het kind om op latere leeftijd ook verslavingsproblematiek te ontwikkelen. In het huidige onderzoek is door middel van literatuuronderzoek een overzicht gecreëerd van het huidige preventieve aanbod omtrent TGV. Dit is aangevuld door het raadplegen van professionals op het gebied van preventieve interventies. Ook is de eerder gevonden feitelijke informatie vanuit de literatuur verrijkt en verbreed door het afnemen van interviews met experts. Door middel van het literatuuronderzoek, de verdieping van professionals en de verbreding en verrijking van experts zal tot een advies worden gekomen om het huidige aanbod aan TGV-zorg te verbeteren. Uit het literatuuronderzoek en de interviews vallen enkele factoren op. Onderstaand worden deze toegelicht.

Uit het literatuuronderzoek bleek dat er erg veel informatie te vinden is rondom het theoretische kader van TGV. Wanneer het gaat over *aantallen* van kinderen van ouders met verslavingsproblematiek is er echter maar weinig bekend, en de informatie die er wel is over het aantal kinderen van ouders met verslavingsproblematiek is niet consistent. Wanneer er überhaupt al cijfers worden benoemd loopt de schatting van het aantal kinderen met een (of beide) ouder(s) met verslavingsproblematiek uiteen van ongeveer 23.080 (Dekker, et al., 2014; Wenselaar, 2015, hoofdstuk 1) kinderen van een ouder met een verslaving tot ongeveer 300.000 (Wenselaar, 2015, hoofdstuk 1) kinderen van een ouder met alleen al een alcohol probleem. Hier zitten enorme verschillen tussen. Daarnaast ontbreken soms ook nog de bronnen. Daardoor is het lastig de betrouwbaarheid te achterhalen en daarmee dus ook een realistisch beeld van het probleem te schetsen.

Opvallend aan literatuur omtrent TGV is dat er geen eenduidig gebruik wordt gemaakt van termen omtrent *KOPP*⁷ en *KVO*⁸. Het is duidelijk, met de kennis van nu, dat verslaving een psychische ziekte is die gedeeltelijk genetisch overdraagbaar is. In de literatuur en praktijk valt verslaving echter niet altijd onder psychische ziektes. Daardoor wordt er bij het gebruik van KOPP de ene keer wel gesproken over verslaving de andere keer niet. Verslaving valt dan onder de noemer KVO. De achterliggende oorzaak hiervan is dat door hulpverleners en wetenschappers verslaving de ene keer onder GGZ wordt geschaard, en de andere keer niet. Dit leidt tot verwarring onder cliënten, hulpverleners en onderzoekers over het onderscheid tussen KOPP en KVO.

Een inventarisatie van het huidige aanbod voor KVO bleek nogal verwarrend. Zo worden er *gelijksoortige interventies met diverse titels* aangeboden. Ook bleek het vaak niet mogelijk om informatie te verzamelen over het aanbod. Binnen de instellingen was niet altijd duidelijk welke interventies er werden aangeboden en wat de interventie inhoudt. Op verschillende lagen in de organisaties is andere informatie beschikbaar en binnen verslavingszorg kan het soms lastig zijn de juiste persoon te vinden. Dit leidt logischerwijs tot enige verwarring, zowel voor wetenschappers, als voor de hulpverleners zelf.

Wat betreft het huidige aanbod is het opvallend dat er niet in alle gevallen een *wetenschappelijke onderbouwing is en dat er erg weinig effectiviteitsbevindingen zijn* van de interventies. Interventies lijken in veel gevallen vooral gebaseerd op praktijkervaring. Daardoor is de evidentie van de interventie onduidelijk. Dit gebrek aan evidentie komt daarnaast ook door de vele bezuinigingen, waardoor effectmetingen niet zijn uitgevoerd. Daarbij mist ook vaak documentatie van de interventie. Het gebrek aan een eenduidig uitgeschreven draaiboek en andere documentatie maakt de interventie lastig overdraagbaar naar andere instellingen.

7 Kinderen van ouders met psychische problemen

8 Kinderen van verslaafde ouders

Uit de interviews met experts blijkt dat een aantal factoren in de verslavingszorg belemmerend zijn voor het zorgaanbod voor kinderen van ouders met verslavingsproblematiek:

- Zo komt uit literatuuronderzoek en interviews naar voren dat er sprake is van een taboe rondom verslaving en TGV. Dit taboe komt voort uit het stigma op verslaving. Het stigma is een negatief label dat hangt aan de term verslaving en TGV. Verslaving zou de eigen verantwoordelijkheid zijn en wordt bijvoorbeeld gekoppeld aan agressie (Van Boekel, Brouwers, Van Weeghel & Garretsen, 2013). Dit stigma is groter op verslaving dan op andere psychische problemen (Van Boekel, et al., 2013). Door het negatieve label worden verslaving en TGV lastige onderwerpen om te bespreken, hier ontstaat dus een taboe. Een aantal experts geeft dan ook aan dat er sprake zou zijn van handelingsverlegenheid door hulpverleners in de volwassenzorg: vanwege het stigma durven hulpverleners niet te vragen naar de kinderen van cliënten, uit angst dat het cliënten afschrikt. Ook de individuen met verslavingsproblematiek en de naastbetrokkenen zoeken geen hulp vanwege schaamte. Dit staat goede hulpverlening in de weg waardoor vroegsignalering wordt gehinderd. Het stigma maakt het dan ook lastig om problematiek rondom verslaving en TGV te verbeteren.
- Er wordt te weinig samengewerkt tussen hulpverleners in de volwassenzorg en hulpverleners in de jeugdzorg. Daardoor weten hulpverleners in de volwassenzorg niet goed hoe zij het thema 'kinderen' moeten bespreken en wat er voor aanbod is voor kinderen van ouders met verslavingsproblematiek. De handelingsverlegenheid en het gebrek aan samenwerking belemmeren vroegsignalering en het aanbieden van preventieve interventies.

Daarnaast blijkt een aantal factoren in het huidige aanbod niet optimaal te werken:

- Veel preventief aanbod is selectief of geïndiceerd. Het is uiteraard niet vreemd dat preventie zich richt op de kinderen die risico lopen op de ontwikkeling van problematiek of die al problematiek ervaren. Toch geven een aantal experts aan dat meer universele preventie gewenst is. Universele preventie kan namelijk de kennis omtrent verslaving en TGV in de samenleving vergroten.
- Veel preventieve interventies lijken ingericht met de problematiek van de ouder als uitgangspunt. Er wordt bijvoorbeeld geïnformeerd over verslaving, de risico's en hoe ermee om te gaan, er is lotgenotencontact en het verbeteren van de relatie tussen ouder en kind staat vaak centraal. Zo worden beschermende factoren versterkt en dit moet dan ook onderdeel blijven van het preventieaanbod. Ook wordt er vaak aandacht besteed aan de beschermende factoren die zich richten op de ontwikkeling van het kind zelf. Zo wordt er vaak aandacht besteed aan het vergroten van het zelfvertrouwen van het kind en bijvoorbeeld het vergroten van steun uit het netwerk. Wel is het van belang meer te kijken naar de vraag vanuit het kind zelf: wat heeft het kind nodig? Problemen van het kind kunnen namelijk elke keer veranderen. Afwisseling tussen de beschermende factoren en de vraag vanuit het kind is dan ook van belang.

Wanneer bovenstaande omschreven factoren worden aangepakt, kan dit ervoor zorgen dat kinderen die van kindsbeen af met verslavingsproblematiek in aanraking komen zo adequaat mogelijk hulp ontvangen waardoor de overdracht van verslaving kan worden doorbroken.

5 Advies

Er worden al veel goede initiatieven en interventies aangeboden op het gebied van transgenerationale verslaving (TGV). Zo is er een groot aanbod aan preventieve interventies om de gevolgen van TGV te voorkomen of te verminderen en dus de ontwikkeling van problematiek bij het kind te voorkomen. Daar mogen we dan ook erg trots op zijn in Nederland. Wel zijn er tijdens de inventarisatie van het huidige aanbod een aantal factoren naar voren gekomen die kunnen worden verbeterd, om zo het preventief aanbod omtrent TGV nog beter te ontwikkelen. Deze factoren zijn hieronder omschreven tot aanbevelingen, waarmee de verslavingszorg op het gebied van TGV zich beter kan profileren en kinderen kan helpen.

Aanbeveling 1

Universele preventie over TGV voor de gehele samenleving om bewustwording te creëren en het stigma te veranderen.

Er leunt een stigma op verslaving, waardoor ook TGV een lastig te bespreken onderwerp wordt. Dit stigma is een groot knelpunt in de hulpverlening. Preventie komt dan ook vaak niet op tijd om de overdracht van verslaving van ouder op het kind te doorbreken. Er is niet alleen sprake van een stigma op TGV in de zorg, er is ook sprake van stigma op- en onbekendheid met TGV in de samenleving. Daardoor durven mensen met verslavingsproblematiek minder snel om hulp te vragen én zoekt ook het kind van de ouder met verslavingsproblematiek geen hulp. Om de gevolgen van TGV te verminderen of te voorkomen, is het van belang dat het stigma op verslaving en meer specifiek TGV, wordt doorbroken.

Er zijn drie vormen van stigma: (1) het zelfstigma, wat staat voor het toekennen van oordelen van anderen naar zichzelf, (2) het publieke stigma, wat de stigmatisering vanuit de samenleving betreft en als laatste (3) het structurele stigma, dat het stigma betreft dat vast is geketend in de cultuur en de wet- en regelgeving (www.samensterkzonderstigma.nl). Volgens Corrigan (2006, geciteerd van www.samensterkzonderstigma.nl) wordt het zelfstigma gevormd door het bestaande publieke stigma. Wanneer het publieke stigma rondom TGV wordt aangepakt, kan daarbij dus ook het zelfstigma veranderen voor ouders en kinderen. Om dit publieke stigma vervolgens aan te pakken zal er meer kennis moeten worden verspreid (www.samensterkzonderstigma.nl).

Het is bekend dat kennis kan bijdragen aan vermindering van het stigma. Mogelijk kan daarmee ook het zelfstigma verminderen. Een aanbeveling is dan ook om universele preventie aan te bieden met als voornaamste doel informeren over TGV en zo bij te dragen aan het creëren van kennis over en bewustwording omtrent TGV en het veranderen van het stigma onder hulpverleners en in de maatschappij. Het verspreiden van kennis kan bijvoorbeeld via voorlichting of het gebruik van flyers, posters en informatie avonden bij en voor huisartsen, consultatiebureaus, sportverenigingen, scholen en ouderavonden. Een direct aanknopingspunt kan het goed geïmplementeerde voorlichtingsprogramma zijn 'de Gezonde School en Genotmiddelen' (van Diest, 2005). Tijdens deze voorlichting, die op zowel basis-als middelbare scholen wordt gegeven, kan naast de gebruikelijke informatie over middelen ingaan op TGV en mogelijkheden om hulp te krijgen. Kinderen die zich herkennen, weten dan waar ze terecht kunnen. Ook docenten krijgen hierdoor meer kennis over TGV en de gevolgen. Dit kan tevens van belang zijn voor kinderen die risico lopen op de ontwikkeling van problematiek, en die al problematiek ervaren. Meer informatie over TGV zou voor ouders en voor de kinderen van ouders met verslavingsproblematiek tot herkenning kunnen leiden en zou voor hen een drempel kunnen verlagen om te zoeken naar extra informatie, lotgenoten of verdere hulp. Dit kan dus ook de ouders met verslavingsproblematiek en hun kinderen zelf helpen, het betreft hier dan dus ook een selectieve en geïndiceerde doelgroep.

‘Samen sterk zonder stigma’ is een organisatie die zich inzet om stigma op psychische aandoeningen aan te pakken. Zij zetten zich door middel van het verspreiden van boeken en organiseren van activiteiten in om stigmatisering in de zorg én in de samenleving te verminderen. Ook zijn er op dit moment al diverse voorbeelden van instanties die voorlichting geven, omschreven in hoofdstuk 4.1. Echter, deze voorlichting betreft veelal informatie over gebruik van middelen en hulpverlening. Informatie over TGV ontbreekt vaak. Een aanbeveling is daarom om in voorlichting, bijvoorbeeld bij het eerder genoemde programma ‘de Gezonde School en Genotmiddelen’, meer aandacht te geven aan TGV. Het bespreken van TGV in deze al bestaande universele preventie kan bewustwording creëren, het stigma doen veranderen en de drempel naar hulp verlagen.

Aanbeveling 2

Deskundigheidsbevordering voor hulpverleners voor een effectievere toepassing van de kindcheck.

Om kinderen van ouders met verslavingsproblematiek zo goed mogelijk te kunnen helpen is vroegsignalering van belang. Daardoor kan men op jonge leeftijd de overdracht van verslaving van ouder op kind doorbreken. Voor hulpverleners is er de kindcheck die ervoor moet zorgen dat kinderen van ouders met verslavingsproblematiek zo vroeg mogelijk moeten worden opgemerkt. Tijdens gesprekken met volwassen cliënten is de hulpverlener wettelijk verplicht om te controleren of er kinderen aanwezig zijn in het gezin en of deze kinderen in een veilige situatie leven. Wanneer er twijfels zijn over de veiligheid van de kinderen door de ouders of alleen door de hulpverlener, moet dit gemeld worden via de stappen van de meldcode (www.kindcheck.nl). Echter, handelingsverlegenheid lijkt ertoe te leiden dat hulpverleners niet altijd durven te vragen naar de kinderen van ouders met verslavingsproblematiek. Door hulpverleners te helpen de kindcheck goed in te zetten, zal dit gebruikelijker worden en wordt het onderwerp niet meer vermeden. Tevens wordt in de scholing aandacht besteed aan hoe er omgegaan moet worden met weerstand. Wanneer een hulpverlener begint over de kinderen, kan dit de ouder namelijk angstig maken over bijvoorbeeld uithuisplaatsing. Deskundigheidsbevordering kan bijdragen aan een betere vroegsignalering door hulpverleners. Tijdens deze deskundigheidsbevordering kan gebruik worden gemaakt van programma’s die stap voor stap de werkwijzen van de kindcheck omschrijven. Een voorbeeld is PVO (Programma Verslaving & Ouderschap) van Brijder Verslavingszorg⁹. Dit programma omschrijft de werkwijzen voor signalering, het bespreekbaar maken van het probleem en hoe overige hulpvragen kunnen worden aangepakt. Op deze manier wordt het voor de hulpverlener duidelijker hoe hij/zij het onderwerp ‘kinderen’ in eerste instantie bespreekbaar maakt en om vervolgens de juiste stappen te kunnen zetten om het kind in kwestie verder te helpen. Ook kan er bij de deskundigheidsbevordering gebruik worden gemaakt van een signalenkaart. Een signalenkaart is een kaart waarop wordt omschreven hoe kinderen van ouders met verslavingsproblematiek kunnen worden opgemerkt: wat zijn eventuele signalen en wat moet men doen wanneer men signalen opvangt? Iriszorg heeft een dergelijke signalenkaart voor kinderen van ouders met verslavingsproblematiek¹⁰. Deze kaart is bedoeld voor hulp- en dienstverleners die in aanraking komen met de kinderen van ouders met verslavingsproblematiek (Iriszorg, z.j.). Nadat de bruikbaarheid van de signalenkaart is aangetoond kan het breder worden geïmplementeerd, waaronder ook in deskundigheidsbevordering. Op deze manier kunnen hulpverleners eventuele risico’s en signalen beter opmerken. Daardoor kan vroegsignalering verbeteren.

Deskundigheidsbevordering aanbieden aan hulpverleners, huisartsen, leerkrachten, jeugdverpleegkundigen, etc. over hoe zij het beste de kindcheck kunnen aanpakken kan de handelingsverlegenheid doen afnemen en is dus van belang in het verbeteren van vroegsignalering.

⁹ <https://www.brijderjeugd.nl/downloads/Reader%20PVO-Brijder%20DEF.PDF.pdf>

¹⁰ <http://www.irisindebuurt.nl/documenten/signalenkaart-kinderen-verslaafde-ouders>

Aanbeveling 3

Deskundigheidsbevordering voor hulpverleners in de volwassenzorg en de jeugdzorg om samenwerking te bevorderen.

Naast de handelingsverlegenheid blijken hulpverleners in de volwassenzorg ook niet op de hoogte van het aanbod voor kinderen van ouders met verslavingsproblematiek. Samenwerking tussen hulpverleners in de volwassenzorg en hulpverleners in de jeugdzorg kan bijdragen aan het opdoen van deze kennis. Om deze samenwerking tot stand te laten komen kan er deskundigheidsbevordering worden aangeboden over het belang van samenwerken tussen volwassenzorg en jeugdzorg en deskundigheidsbevordering over hoe men met elkaar kan samenwerken. Een andere mogelijkheid is uitwisseling van expertise. Door bij elkaar op bezoek te gaan en mee te kijken in deze verschillende sectoren, worden contacten warmer, ontstaat er meer kennis en wordt de samenwerking bevordert. Dit kan ertoe leiden dat het voor hulpverleners in de volwassenzorg duidelijker wordt hoe zij de kinderen kunnen helpen. Hulpverleners in de jeugdzorg zullen zo meer kinderen bereiken en kunnen op deze manier meer kinderen hulp aanbieden. Deskundigheidsbevordering om de samenwerking tussen hulpverleners in de volwassenzorg en de jeugdzorg te bevorderen is dan ook van belang. Op deze manier kunnen wellicht meer kinderen van ouders met verslavingsproblematiek worden bereikt en geholpen, waardoor ontwikkeling van problematiek bij deze kinderen kan worden beperkt of voorkomen.

Aanbeveling 4

Een gezamenlijk landelijk basisaanbod creëren om landelijk een effectief en een eenduidig aanbod aan TGV-zorg aan te bieden.

Ook zijn er knelpunten in het huidige preventieve aanbod. Allereerst is er, zoals eerder in dit rapport omschreven, een groot aanbod aan preventie omtrent TGV. Veel van deze interventies zijn echter niet *wetenschappelijk onderbouwd*, of zijn wel onderbouwd maar de onderbouwing is niet toegankelijk. Daarnaast is er weinig *documentatie* van interventies. Daardoor zijn vele interventies lastig overdraagbaar naar andere zorginstellingen. Ook zijn veel interventies niet getest op effectiviteit. Waardoor het onduidelijk is in hoeverre de interventies daadwerkelijk effectief zijn.

Aanbevolen wordt om als verslavingszorginstellingen gezamenlijk op te trekken om een landelijk basisaanbod te creëren. Eerder hebben instellingen gezamenlijk een basisaanbod verslavingspreventie ontwikkeld, waarin de beste en meest belangrijke interventies worden omschreven (Oudejans & Spits, 2013; Spits, Dupont & Oudejans, 2014). Dit basisaanbod kan, samen met onderhavig rapport tot een eerste aanzet leiden, waarin de beste interventies worden geselecteerd en doorontwikkeld. Op deze manier ontstaat er een duidelijk landelijk aanbod dat in diverse instellingen kan worden geïmplementeerd.

Voor nieuwe interventies zouden er in de toekomst alleen interventies ontwikkeld moeten worden, die onderbouwd zijn en goed gedocumenteerd worden. Wanneer er door selectie van het brede aanbod aan TGV-zorg een meer landelijk, en dus kleiner, aanbod is aan preventieve TGV-interventies, is het ook realistischer om effectiviteitsmetingen uit te voeren vergeleken met het huidige grote en wat versnipperde aanbod aan preventieve TGV-interventies.

Aanbeveling 5

In de huidige interventies, naast het versterken van de beschermende factoren, ook ruimte maken voor de vraag vanuit het kind.

Een verbeterpunt aan het huidige preventieaanbod is de werkvorm die wordt aangeboden. Het huidige preventieve aanbod lijkt veelal ingericht met de problematiek van de ouder als uitgangspunt. Zo wordt er geïnformeerd over het probleem, kan het steun bieden, herkenning geven, lotgenotencontact brengen en leren om te gaan met de situatie. Ook wordt er gekeken naar de ontwikkeling van het kind zelf: bijvoorbeeld het vergroten van het zelfvertrouwen en het vergroten van de steun uit het netwerk. Dit versterkt de beschermende factoren van een kind en is dus belangrijk in preventieve interventies. Uit de interviews komt echter naar voren dat het van belang is dat er ook meer naar de vraag vanuit het kind wordt gekeken. Kinderen van ouders met verslavingsproblematiek hebben meer problemen dan alleen de problematiek van de ouder. Een voorbeeld hiervan is dat het kind op dat moment zelf wordt gepest en dat voor hen een groter probleem is dan de thuissituatie. Nog een voorbeeld is dat zij vooral behoefte hebben aan een leuke, ontspannende activiteit om de thuissituatie even los te laten en dus juist iets leuks willen doen. Een afwisseling tussen de beschermende factoren, en ruimte voor de vraag vanuit het kind lijkt dan ook van belang. Een voorbeeld van zo een preventieve interventie is Talk 'n Joy, omschreven in hoofdstuk 4.1. Zij wisselen de thema's die aan bod komen af met ontspannende activiteiten.

Een aanbeveling is dan ook om preventieve interventies die naast het versterken van beschermende factoren ook ruimte hebben voor de vraag vanuit het kind, verder te ontwikkelen. De interventie Talk 'n Joy zou dan bijvoorbeeld breder kunnen worden geïmplementeerd voor diverse doelgroepen. Op deze manier kunnen de beschermende factoren worden versterkt en tegelijkertijd heeft het kind een moment om te ontspannen en om de problemen thuis even los te laten.

Aanbeveling 6

Bewustwording en agendasetting bij de overheid en zorgverzekeraars om de ontwikkeling van de TGV-zorg mogelijk te maken.

Een laatste aanbeveling, om extra kracht bij te zetten bij alle bovenstaand omschreven aanbevelingen, is agendasetting en bewustwording bij de overheid en zorgverzekeraars. Om de zorg rond TGV te verbeteren, is het noodzakelijk dat dit gestimuleerd wordt door de overheid. Bij prioritering is er wellicht een grotere kans op subsidies, wat het verbeteren van het huidige TVG-aanbod en vroegsignalering vergemakkelijkt. Dubbele winst is dat meer aandacht vanuit de overheid voor dit thema, kennis hierover verhoogt en mogelijk het stigma op dit onderwerp weer verkleint. Openheid op dit gebied is namelijk van belang.

6 Dankwoord

Na vijf maanden intensief bezig te zijn geweest met het thema transgenerationale verslaving is het nu dan echt klaar. Na urenlang literatuuronderzoek, vele interviews met experts, vele telefoongesprekken met professionals en heel veel schrijven, ligt hier het adviesrapport 'Van kindsbeen af'. Met veel interesse en plezier maar ook zeker met enige zweetdruppels is het resultaat daar. Ik hoop dat dit rapport voor jullie, de verslavingszorg-sector, net zoveel betekent als voor mij. Ik wil dan ook graag mijn dank uitspreken.

Allereerst heel veel dank aan Stichting Resultaten Scoren, het Trimbos-instituut en Verslavingspreventie Nederland voor de mogelijkheid tot het uitvoeren van deze opdracht. Daarbij ook heel veel dank aan mijn stagebegeleidster Rianne Kasander voor de fijne begeleiding tijdens het gehele proces. En uiteraard ook dank aan de andere collega's van Stichting Resultaten Scoren, die er voor mij een hele leuke en leerzame periode van hebben gemaakt. Niet alleen heb ik veel geleerd over werken in een mooie organisatie, maar dankzij jullie heb ik ook veel geleerd over de verslavingszorg-sector zelf.

Rob Bovens, bedankt voor de hulp bij de start van het onderzoek. Dit heeft niet alleen geresulteerd in dit adviesrapport, maar daarmee heb ik ook veel geleerd over het starten en uitvoeren van een zelfstandig onderzoek.

Alle experts en professionals bedankt voor jullie bijdrage aan dit adviesrapport. Zonder jullie bijdrage was dit rapport niet zo uitgebreid geworden. En uiteraard ook dank aan mijn familie en vrienden voor jullie steun en betrokkenheid.

Als laatste, en zeker niet de minste, wil ik de gehele verslavingszorg-sector bedanken. Bedankt voor het enthousiasme en het met open armen ontvangen van mij als stagiaire. De verslavingszorg, inclusief de werknemers, is een mooi werkveld!

7 Referenties

- Bartels, M., & Boomsma, D. (2014). Genetica en de ontwikkeling van kinderen. In P. Prins, C. Braet (Red.), *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie* (pp. 77-97). DOI 10.1007/978-90-368-0495-0_3
- Berkers, M. B. L. R. (2013). *Het effect van problematisch alcoholgebruik van ouders op de zelfcontrole van jongeren* (Master's thesis, Universiteit van Utrecht). Geraadpleegd op 22 mei van <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/278926>
- Boekel, L. C. van, Brouwers, E. P., Weeghel, J. van, & Garretsen, H. F. (2013). Public opinion on imposing restrictions to people with an alcohol- or drug addiction: a cross-sectional survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 2007–2016.
- Bool, M., Van der Zanden, R., & Smit, F. (2007). *Factsheet preventie. Kinderen van ouders met psychische problemen*. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut.
- Coolen-Perednia, C., Koninckx, M., & Ansoms, S. (2004). Hulpverlening aan kinderen van ouders met alcohol-problemen. *Psychopraxis*, 6(5), 175-179.
- Cuijpers, P. (1998). Alcoholverslaafde ouder. In Bohn Stafleu van Loghum (Red.), *Handboek Kinderen & Adolescenten* (pp. 617-623). DOI 10.1007/978-90-313-8644-4
- Dekker, M., Haagmans, M., Al, C., Mulder, T. (2014). *Impact van psychische en verslavingsproblemen van ouders op de veiligheid van kinderen. Achtergronden bij de kindcheck*. Geraadpleegd op 1 maart 2017 van Augeo: <https://www.augeo.nl/~media/Files/Kindcheck/Augeo-achtergronden-bij-de-Kindcheck.ashx>
- Franken, I., & Van den Brink, W. (2009). *Handboek verslaving*. Utrecht, Nederland: De Tijdstroom.
- Iriszorg (z.j.) *Signalenkaart Kinderen van verslaafde ouders*. Geraadpleegd op 22 mei 2017 van http://www.irisindebuurt.nl/sites/irisindebuurt.nl/files/field/document_attachment/signalenkaart_iris_in_de_buurt_juni_014.pdf
- Jellinek (2014). *Iemand motiveren voor behandeling van verslaving. CRAFT: Behandeling voor naastbetrokkenen*. Geraadpleegd op 8 maart 2017 van Jellinek: <https://www.jellinek.nl/wp-content/uploads/2013/05/Brochure-CRAFT.pdf>
- Langeland, W. (2009). Trauma. In I. Franken & W. van den Brink (Red.), *Handboek verslaving*, (pp.135-150). Utrecht, Nederland: De Tijdstroom.
- Loth, C., & Rutten, R. (2017). De zorg voor een verslaafde. *Bijzijn XL*, 10(2), 12-15.
- 'Mam, doe mij ook een glaasje'. VNN doorbreekt taboe op transgeneratiele verslaving (2012, 16 januari). *NRC*. Geraadpleegd op 15 februari 2017 van VNN: <https://www.vnn.nl/nieuws/bericht/mam-doe-mij-ook-een-glaasje/>
- Meijer, S. A., Smit, F., Schoemaker, C. G., & Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen*. Geraadpleegd op 29 maart 2017 van Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu: <https://rivm.openrepository.com/rivm/bitstream/10029/7290/1/270672001.pdf>
- Niccols, A., Milligan, K., Sword, W., Thabane, L., Henderson, J., & Smith, A. (2012). Integrated programs for mothers with substance abuse issues: A systematic review of studies reporting on parenting outcomes. *Harm reduction journal*, 9(1), 14.
- Over, E. A. B., van Gils, P. F., Suijkerbuijk, A. W. M., Lokkerbol, J., & de Wit, G. A. (2016). Maatschappelijke kosten-baten analyse van cognitieve gedragstherapie voor alcohol-en cannabisverslaving. *RIVM briefrapport 2016-0193*.

- Oudejans, S., & Spits, M. (2013). *Investeren in verslavingspreventie: beschrijving van Nederlandse programma's voor jeugd en jongeren*. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren.
- Romijn, G., Graaf, I. M., & de Jonge, M. (2010). *Kwetsbare kinderen: literatuurstudie over verhoogde risicogroepen onder kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen*. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut.
- Schellekens, A. (2009). Genetica. In I. Franken & W. van den Brink (Red.), *Handboek verslaving*, (pp.179-195). Utrecht, Nederland: De Tijdstroom.
- Snoek, A., Wits, E., van der Stel, J., & van de Mheen, D. (2010). *Kwetsbare groepen jeugdigen en (problematisch) middelengebruik: visie en interventiematrix*. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren
- Spits, M., Dupont, H., & Oudejans, S. (2014). Jeugdverslavingspreventie Nederland: de basis is gelegd. *Verslaving*, 4(10), 3-18.
- Van de Mheen, D., Van der Poel, A., Van Vliet, E., & Stoele, M. (2010) Mantelzorg en verslavingszorg: 'Samen staan we sterk'. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 88(6), 297-300.
- Van der Meer-Jansma, M., Jansen, D., Willems, I., Anthonio, G. (2016, 22 september). Verslaafde ouder is risico voor kind. Zorgverleners moeten meer oog hebben voor de kinderen van verslaafde ouders. *Medisch contact*, 38, 34-36.
- Van Diest, H. (2005). *Factsheet De Gezonde School en Genotmiddelen*. Utrecht: Trimbos Institute.
- Van Walsem, J. (2011). Parentificatie: als het kind te snel ouder wordt. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 37(5), 376.
- Veerbeek, M., Knispel, A., Nuijen, J.(2015). *GGZ in tabellen 2013-2014*. Geraadpleegd op 9 maart 2017 van Trimbos-instituut: <https://www.trimbos.nl/producten-en-diensten/webwinkel/product/?prod=af1363>
- Vink, J.M. (2016). Zit middelengebruik en verslavingsgedrag in de familie? *Verslaving*, 12(4), 243 -255
- Wenselaar, L. (2015) KOPP/KVO-kinderen. In L. Wenselaar (2015), *Integrale hulpverlening aan ouders met psychiatrische en/of verslavingsproblemen en hun kinderen. Een praktisch handboek voor de hulpverlener*, (pp. 1-6). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wetenschappelijke State of the Art – PGZ 0-3 – Literatuuronderzoek Psychisch Functioneren Gezin -14 juli 2010
- Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T., Mol, A. (2015). *Kerncijfers Verslavingszorg 2014. Ladis. Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem*. Houten, Nederland: Stichting Informatie Voorziening Zorg.

8. Bijlage 1 – Tabel 1 en 2

Tabel 1: Geraadpleegde professional

Naam	Instelling	Functie
Annemarie de Bruijn	Jellinek	Preventiewerker
Jaap Jamin	Jellinek	Manager Preventie
Veronica Risch	Verslaafdaanjou.nl	Landelijk projectleider
Yara van der ven	Arkin	Trainer preventie jeugd
Merel Haverman	Trimbos-instituut	Wetenschappelijk medewerker
Judith van de Nobelen	Mondriaan	Verslavingspreventie medewerkster
Désiré Groeneweg	Labyrint in Perspectief	Projectcoördinator KOPP & schOULDERS
Karin van Doesum	Radboud University Nijmegen Mindfit Deventer	Lecturer Prevention Psychologist
Rianne van der Zanden	Trimbos-instituut	Senior wetenschappelijk medewerker
Ellen Rosenberg	Brijder Verslavingszorg	Manager zorg Klinisch psycholoog
Wendy Schaap	Jellinek	Setting functionaris naaste van verslaafden
Kelly Roelofs	Stichting Be Aware	Senior voorlichter
Mariette de Brouwer	Arkin	Psycholoog, senior preventiemedewerker en POH-GGZ

Tabel 2: Geïnterviewde experts

Naam	Instelling	Functie
Nathalie Dekkers	Verslaafd aan jou – Trimbos-instituut	Research associate publieksinformatie
Sonja Basemans	Tactus Verslavingszorg VPN	Beleidsmedewerker preventie Lid
Els Bransen	Trimbos-instituut	Wetenschappelijk medewerker
Willemien Willems	Parnassia	Projectmanager vroegdetectie en vroeginterventie Parnassagroep Implementatie meldcode huiselijk geweld en kindcheck Parnassagroep
Mariëtte Koop	Brijder Verslavingszorg	Manager Bedrijfsvoering Jeugd
Vincent Hendriks	Brijder Verslavingszorg – PARC	Hoogleraar
Leontien Los	Brijder Verslavingszorg	Directeur zorg Brijder-Jeugd
Sjacco van Iwaarden	De Hoop	Jeugdverslavingsarts
Gabriel Anthonio	VNN	Hoogleraar / bestuurder
Eic Blaauw	Hanze hogeschool Groningen VNN	Lector verslavingskunde Senior onderzoeker en forensisch gz-psycholoog
Margreet vd Meer	VNN	Hoofd afdeling kwaliteit Innovatie Centrum/onderzoeker
Marije Vink	Verslaafd aan jou	Ervaringsdeskundige KVO
Floris Bary	Het zwarte gat Leger des Heils	Algemeen bestuurslid Adviseur ervaringsdeskundigheid en trainer
Alie Weerman	Windesheim	Ervaringsdeskundige onderzoeker Associate lector Verslaving
Rob Bovens	Windesheim	Lector

9 Bijlage 2 – Andere relevante websites

Er zijn erg veel websites die gerelateerd zijn aan de verslavingszorg. Deze websites vielen niet allemaal binnen de voorwaarden van het huidige onderzoek. Deze bijlage weergeeft dan ook andere relevante websites, die wel relevant zijn binnen de verslavingszorg, maar die niet binnen de voorwaarden van het huidige onderzoek passen.

www.arkin.nl

www.boumanggz.nl

www.brijder.nl

www.brijderjeugd.nl

www.dehoop.org

www.hetzwartegat.nu

www.ikpas.nl

www.iriszorg.nl

www.jellinek.nl

www.labyrint-in-perspectief.nl

www.legerdesheils.nl

www.mondriaan.eu/nl

www.mondriaankinderjeugd.nl

www.puntp.nl

www.tactus.nl

www.trimbos.nl

www.vnn.nl

www.vvgi.nl