

# Pilot 'Innovatieve Psychiatrie'

Samenwerking tussen  
GGD Amsterdam, Jeugdbescherming Regio Amsterdam  
GGZinGeest; Arkin en Lucertis

Auteurs:  
F. Hazeleger; T. Fassaert; M. Dinkgreve; P. Bijkerk

## Aanleiding

Ongeveer 577.000 Nederlandse kinderen onder de 18 jaar hebben een ouder of verzorger met een psychische aandoening of verslaving. Deze kinderen lopen groot risico om vroeg of laat zelf ook vergelijkbare problemen te krijgen.<sup>1</sup> Psychische problematiek bij ouders wordt vaak niet of te laat onderkend. Er is dan sprake van risicovol ouderschap. Het is bovendien van invloed op de begeleiding van gezinnen. Wanneer een volwassene in het gezin kampt met psychiatrische problemen ervaren gezinsmanagers<sup>2</sup> de begeleiding van het gezin als moeizaam. Hulpverleners en behandelaars van kinderen en volwassenen hebben een gezamenlijk gezinsgerichte visie nodig waarbij de focus van behandeling door de Volwassen GGZ (V-GGZ) zich meer kan richten op de volwassene in zijn of haar rol als opvoeder dan nu het geval is. Daarbij is de veiligheid van kinderen leidend.

## Doelstelling van de pilot

Het bevorderen dat kinderen onder begeleiding van Jeugdbescherming veilig opgroeien, door inzicht te krijgen in de mate van psychiatrische problematiek bij ouders en hen zo nodig te verwijzen naar professionele zorg. Vervolgens om samen met de V-GGZ te bepalen hoe deze volwassenen hun opvoedrol adequaat kunnen uitvoeren.

<sup>1</sup> Goossens, F.X & Zanden, R van der (2012) Factsheet KOPP/KVO. Kinderen van ouders met psychische problemen. Kinderen van verslaafde ouders. Utrecht, Trimbos-instituut

<sup>2</sup> Medewerkers Jeugdbescherming

## Opzet pilot

Gezinsmanagers zetten tijdens het eerste gezinsgesprek een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) in die alle volwassen ouders/opvoeders (in deze factsheet: 'ouders') screent. Door deze screening ontstaat inzicht in de mate waarin sprake is van psychiatrische en bijkomende sociale/maatschappelijke problematiek, de mogelijke gevolgen hiervan voor de kinderen en welke vervolgacties er nodig zijn. Twee sociaal psychiatrisch verpleegkundigen ondersteunen in totaal vier basisteams van Jeugdbescherming:

- 1 spv van de GGD: 2 teams Amsterdam, 1 team Aalsmeer
- 1 spv van Lucertis: 1 team in Zaanstad (vanaf juni 2017).

De SPV gaat op verzoek mee op huisbezoek bij nieuw gemelde gezinnen om te screenen en is tevens beschikbaar voor consultatie van gezinnen die al in begeleiding zijn. De looptijd van de pilot is van december 2016 tot december 2017. De resultaten in deze factsheet hebben betrekking op de verrichtingen van de SPV van de GGD Amsterdam.

## Resultaten

### Demografie

In de periode december 2016 – december 2017 werden 86 ouders in 71 gezinnen gescreend. De gemiddelde leeftijd van de ouders is 41 jaar ten tijde van screening. Zes op de tien ouders is vrouw. Bij een vijfde van de gezinnen is er sprake van één opvoeder in het gezin. De meerderheid van de ouders komt uit de gemeente Amsterdam (65%), 22% van de ouders afkomstig is van uit de regio Zaanstad en 12% uit Aalsmeer.

### Verwijzers

Meer dan de helft van de gezinnen werd door Veilig Thuis naar de jeugdbescherming doorverwezen (56%). Een kwart van de gezinnen is doorverwezen door een lokaal wijk- of jeugdteam. De resterende 19% van de gezinnen is verwezen door overige instanties zoals de Raad voor de kindbescherming.

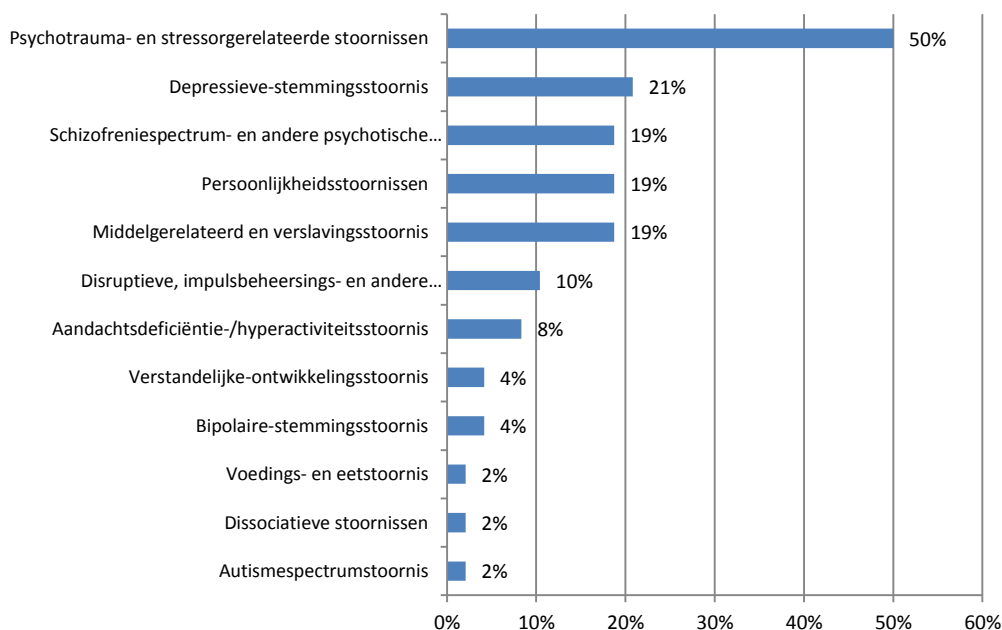
### Bij hoeveel gezinnen binnen de pilot is er bij de volwassen opvoeders sprake van GGZ problematiek en/of symptomen?

Uit de screening is gebleken dat binnen 50 gezinnen (70% van het totale aantal gezinnen) één of meer volwassenen in beeld zijn bij wie sterke vermoedens bestaan van psychiatrische problematiek. Van deze 50 gezinnen heeft 70% tenminste één opvoeder met een voorgeschiedenis in de V-GGZ. Bij 34% van de 50 gezinnen is tenminste één opvoeder actueel in zorg is bij V-GGZ en 66% heeft geen actueel V-GGZ contact, zie figuur 1. Waarschijnlijk geven deze aantallen een ondergrens aan, omdat bijvoorbeeld in meer dan de helft (58%) van de gezinnen het niet lukte om alle ouders te screenen, zij waren om verschillende redenen niet aanwezig tijdens het eerste huisbezoek.

### Indien 'vermoedens': om welke vormen van psychopathologie gaat het?

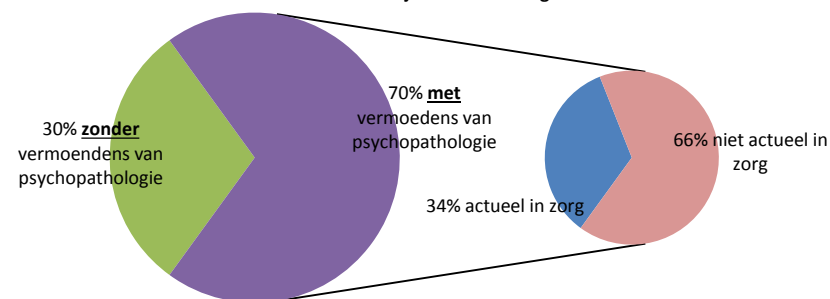
In figuur 2 is te zien dat bij de helft van deze 50 gezinnen een volwassene klachten had, die passen in de categorie 'Psychotrauma en stressor gerelateerde stoornissen'. Binnen 21% van de gezinnen is er sprake van een 'depressieve stemmingsstoornis' bij één van de opvoeders. Omdat per gezin meerdere klachten aanwezig kunnen zijn tellen de percentages niet op tot 100%.

**Figuur 2: categorieën vermoeden psychopathologie\***



\*meerdere GGZ-hypothesen per gezin mogelijk

**Figuur 1 : Aandeel gezinnen met vermoedens psychiatrie al in GGZ zorg ten tijde van screening**



### Verwijzingen

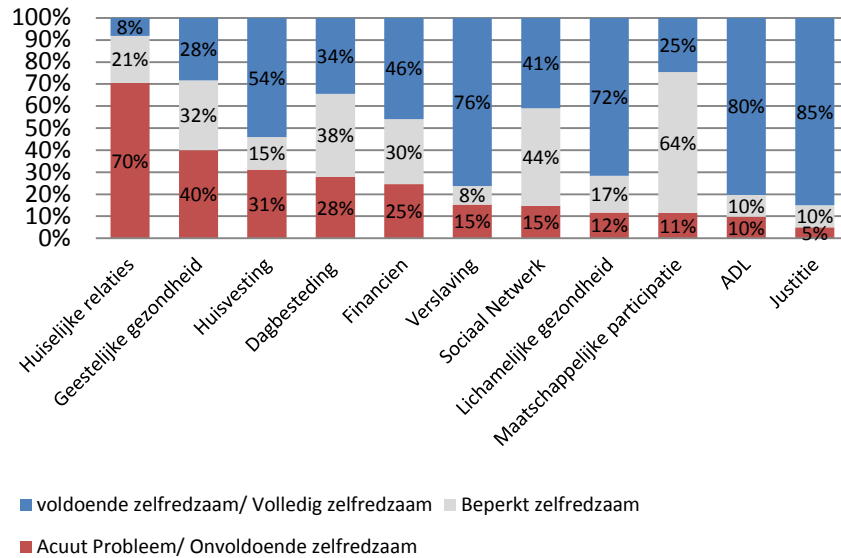
Het is gelukt om binnen zeven op de tien gezinnen (waar sprake is van sterke vermoedens van psychiatrie) één of meerdere opvoeders door te verwijzen naar de V-GGZ. De overige 12% was inmiddels al passend in zorg en 22% werd niet doorverwezen, bijvoorbeeld doordat de volwassene niet inging op het zorgaanbod. Van de verwezen gezinnen kwam 70% van de opvoeders ook aan en vond minimaal een intakegesprek plaats.

### Op welke andere leefdoelgebieden ondervinden de gezinnen problemen?

Van alle gescreende gezinnen heeft 58% een ouder in het midden die ooit (over periode 2003 – 2017) eerder in beeld was bij de GGD Amsterdam. Maar niet alleen voor psychiatrie. Denk aan dakloosheid, vervuilde woningen en/of huiselijk geweld.

Gedurende de screening is ook de Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM) ingevuld. Met dit instrument wordt de mate van zelfredzaamheid per individu beoordeeld op verschillende leefgebieden. Binnen elk gezin is per domein de laagste score per volwassene geselecteerd. Figuur 3 laat zien dat gezinnen ook problemen hebben op de domeinen huiselijke relaties, huisvesting, dagbesteding (werkloosheid) en financiën (onvoldoende inkomen, schulden). Verminderde zelfredzaamheid op deze domeinen kan een extra beperking zijn in de opvoeding of de emotionele beschikbaarheid van de opvoeder hinderen. Opvallend is dat er vier keer vaker sprake is van meervoudige problematiek (tenminste onvoldoende zelfredzaam op 3 of meer domeinen van de ZRM) binnen gezinnen met mogelijke psychische problematiek dan gezinnen zonder een ouder met psychische problemen ( $P < 0,01$ ).

**Figuur 3: Resultaten ZRM-scores**



### Hoe evalueren gezinsmanagers en de SPV de pilot?

Het gezamenlijk optreden van de SPV en de gezinsmanagers leverde een breder beeld op van de problematiek binnen het gezin. Uit gesprekken met de gezinsmanagers kwam naar voren dat de inzet van een SPV hen hielp de psychische problematiek van de ouders beter te duiden. De nadruk werd daarbij gelegd op het gedrag en (on)mogelijkheden van de ouders en niet enkel op de diagnose. Deze kennis hielp o.a. om realistische veiligheidsafspraken te maken met ouders. Ook ervoeren gezinsmanagers de begeleiding van deze gezinnen als minder moeizaam. Het gezamenlijk optreden hielp om sneller passende hulp en ondersteuning te bepalen en aan te bieden aan ouder en kind doordat de SPV kennis inbracht van de sociale kaart voor volwassenen en de gezinsmanagers van de specialistische jeugdhulp. Tot slot ondersteunde het gezamenlijke optreden dat ouders meer open stonden voor zorg en hulpverlening voor zowel ouder als kind. Ouders voelden zich gehoord en serieus genomen omdat ook aandacht aan hun eigen problemen werd gegeven. Deze pilot stelde de SPV in staat om kennis te ontwikkelen van het specialistische jeugdveld. Hierdoor ontwikkelden de SPV en de gezinsmanagers een (nog) bredere blik, waarin de veiligheid van het kind en de effecten van ouderproblematiek op het functioneren van het kind bij elkaar kwamen.

### Veiligheid van kinderen die opgroeien met ouders met psychiatrische problemen.

Niet alle ouders met psychische of verslavingsproblematiek laten risicovol opvoedgedrag zien. Zij zijn in staat om ondanks hun problematiek hun ouderrol adequaat te vervullen. Toch kunnen de gevolgen voor kinderen die opgroeien in een gezin waarin één of beide ouders psychische of verslavingsproblematiek hebben, de zogeheten KOPP-kinderen, ingrijpend zijn en zelfs tot in de volwassenheid doorspelen. KOPP-kinderen hebben dan ook een verhoogd risico om vroeg of laat een psychische stoornis of verslaving te ontwikkelen. Het **opvoedgedrag** van ouders lijkt een belangrijke verklaring hiervoor te zijn. Hierbij moet gedacht worden aan problemen in de ouder-kind interactie en een verminderde emotionele beschikbaarheid van een of beide ouders. Het kan voorkomen dat ouders niet adequaat op de behoefte van het kind reageren of dat ouders onvoorspelbaar gedrag laten zien. Doordat ouders in sommige gevallen verminderd beschikbaar zijn, kan het voorkomen dat zij een groter beroep doen op het kind in plaats van omgekeerd. Dit kan leiden tot parentificatie, ofwel de situatie dat een kind langdurige de rol van de ouder op zich neemt. Parentificatie kan nadelige gevolgen hebben voor de ontwikkeling van het kind omdat het zich verantwoordelijk voelt voor het welzijn van de ouder en geen kind kan zijn. Het opgroeien in een gezin waarin één of beide ouders psychische of verslavingsproblematiek hebben kan een veilige hechting in de weg staan. Afhankelijk van het kind en leeftijdsfase kunnen de gevolgen verschillen. *Bron: richtlijn kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP, jeugdhulp en jeugdbescherming).*

### **Intervisiebijeenkomsten gericht op veiligheid**

Om een gezamenlijke gezinsgerichte visie te ontwikkelen zijn vanaf eind juni 2017 elke 3 weken intervisiebijeenkomsten georganiseerd met vaste deelnemers vanuit de V-GGZ, de J-GGZ, de GGD en de Jeugdbescherming. Gezamenlijk wordt er casuïstiek besproken die door één van de SPV wordt ingebracht.

De intervisiebijeenkomsten hebben alle betrokkenen inzicht gegeven in het belang van een gezamenlijk beeld van veiligheid voor alle leden van het gezin. Voor alle disciplines werd duidelijk dat de ouderproblematiek altijd van invloed is op de veiligheid van kinderen. De invloed van de problematiek op de veiligheid in het gezin wordt onderverdeeld in de actuele veiligheid en blijvende veiligheid. Besproken wordt welke problematiek prioriteit heeft om de actuele veiligheid in het gezin te waarborgen. Deze afspraken zijn onderdeel van het veiligheidsplan van het besproken gezin. Vervolgens wordt bepaald welke aanvullende behandeling en begeleiding nodig is om de blijvende veiligheid te bereiken. Er vindt dus onderling afstemming plaats met de focus op de veiligheid in het gezin. Het tijdens de intervisie opgebouwde inzicht in elkaars werkwijze helpt om een gezamenlijke gezinsgerichte visie te ontwikkelen. Ook mogelijke knelpunten worden besproken. Denk aan informatie-uitwisseling.

De intervisiebijeenkomsten worden voortgezet om de gezinsgerichte visie te concretiseren. In de volgende fase is het de afspraak dat met name de V-GGZ zelf gezinnen inbrengt. Van belang is dat de GGZ behandelaar ook aan tafel komt om te bespreken hoe het opvoederschap opgenomen kan worden binnen de GGZ behandeling. Wat heb je als GGZ-behandelaar aan kennis en kunde nodig om de cliënt te behandelen in zijn of haar opvoedersrol?

### **Samenvatting**

Bij minimaal 70% van de nieuw gemelde gezinnen bij Jeugdbescherming is sprake van sterke vermoedens van psychiatrie bij één van de opvoeders. Binnen deze gezinnen is vier keer vaker sprake van meervoudige problematiek (problemen op andere leefdoelgebieden zoals financiën, dagbesteding, huisvesting en huiselijke relaties) dan gezinnen zonder. Deze problematiek kan een extra belasting zijn in de opvoeding, doordat het bijvoorbeeld de emotionele beschikbaarheid van de opvoeder hindert. De ouderproblematiek kan gevolgen hebben voor de gehechtheid en ontwikkeling van het kind. Afhankelijk van de leeftijd kunnen kinderen bijvoorbeeld overgaan tot parentificatie. Parentificatie heeft nadelige consequenties voor de ontwikkeling van het kind naar volwassenheid omdat het zich verantwoordelijk voelt en geen kind kan zijn. De toevoeging van een sociaal psychisch verpleegkundige aan de basisteams van Jeugdbescherming levert meer inzicht op in de onderliggende problematiek van de gezinnen. Gezinsmanagers zijn in staat om ouderproblematiek beter te duiden en realistischere veiligheidsinschattingen te maken. Deze pilot stelde ook de SPV in staat om kennis te ontwikkelen van het specialistische jeugdveld. Door het gezamenlijk optreden ontwikkelden de SPV en de gezinsmanagers een (nog) bredere blik, waarin de veiligheid van het kind en de effecten van ouderproblematiek op het functioneren van het kind bij elkaar kwamen.