



Alles staat op zijn KOPP
KOPP-kinderen
van ouders met een psychotische problematiek

Bachelor Verpleegkunde

Academiejaar 2016-2017

Naam : Chanah Iserman

Campus Lier, Antwerpsestraat 99, BE-2500 Lier

Voorwoord

In het kader van het behalen van het diploma „bachelor in de verpleegkunde“ wordt het schrijven van een bachelorproef vereist. In deze bachelorproef wil ik graag de meerwaarde van een verpleegkundige in de KOPP-problematiek naar voren brengen. De aanleiding voor het kiezen van dit thema heeft onder andere te maken met ervaringen op stage. Wanneer ik aan patiënten vroeg hoe het met de kinderen was kreeg ik antwoorden als „ik zie mijn kinderen niet meer“, „mijn kind heeft gedragsproblemen“ of „mijn zoon wordt opgenomen in Addic“. Bij het doornemen van patiëntendossiers werd mij al snel duidelijk dat veel opgenomen patiënten zelf zijn opgegroeid met een ouder die te maken kreeg met een psychische problematiek. Ondanks deze gegevens werden kinderen zelden tot nooit gezien door het team van hulpverleners op de afdeling. Eveneens wanneer ik ging bevragen of men kinderen van patiënten mee betrok bij de opname was het antwoord negatief. Er waren geen duidelijke interventies specifiek gericht naar de kinderen van patiënten.

Nochtans heb ik op deze afdelingen affiches, brochures en/of boekjes voor en over KOPP teruggevonden. Dit maakte voor mij duidelijk dat KOPP geen nieuw gegeven was, alleen werd er nog niet specifiek rond gewerkt.

Een patiënt vertelde mij eens dat zijn kinderen helemaal niet konden vatten waarom papa zo lang van huis was. De patiënt gaf vervolgens ook aan dat hij zelf niet goed wist hoe hij dit moest uitleggen aan zijn kinderen. Over organisaties in verband met KOPP had de patiënt net zoals veel andere patiënten geen weet van. Vervolgens bleven zijn kinderen achter in onwetendheid.

Ook is mij opgevallen dat verschillende collega studenten niet weten wat KOPP betekent, laat staan welke problematiek hier rond speelt. Het was voor mij heel duidelijk dat KOPP maar al te vaak vergeten worden, ondanks dat ze een verhoogd risico lopen tot het zelf ontwikkelen van problemen. Ik hoop dat dit werk dan ook kan bijdragen tot het doorbreken van deze vicieuze cirkel. Langs de andere kant hoop ik met deze bachelorproef het belang van een verpleegkundige in de KOPP-problematiek duidelijk te maken.

Graag wil ik enkele personen bedanken die voor mij een enorme steun zijn geweest in het verwezenlijken van mijn bachelorproef. Eerst wens ik mijn projectbegeleider te bedanken. Zij stond altijd klaar met feedback. Daarnaast heb ik beroep kunnen doen op een medewerker van een KOPP-organisatie, hem wil ik uitdrukkelijk bedanken voor de steun in het ontwikkelen van materiaal.

Samenvatting

In Vlaanderen zijn er naar schatting 225.000 mensen met psychische problemen. Specifiek gaat het in deze bachelorproef gaan over een psychotische problematiek waarvan gemiddeld 2 tot 3,5 procent van de bevolking ooit in zijn leven één meemaakt. Het is een complex gegeven dat verklaard kan worden aan de hand van het bio-psycho-sociaal model. Psychische problemen kunnen vanzelf over gaan maar ze kunnen eveneens een langere periode aanslepen. Ambulant of residentieel krijgen de meeste personen een behandeling op maat. Maar geestelijke problemen hebben niet alleen een invloed op de persoon in kwestie, ze hebben doorgaans ook invloed op de omgeving van de patiënt. Onder deze omgeving vallen eveneens kinderen. Ongeveer 577.000 jongeren onder de 18 jaar hadden in 2012 een ouder met een psychische en/of verslavingsproblematiek. Daarvan waren 423.000 kinderen 12 jaar of jonger. Psychische problemen bij de ouder(s) blijven niet onopgemerkt bij de kinderen. Sommige kinderen kunnen ernstig lijden onder het ziek zijn van vader of moeder. Zo ontwikkelt 30 tot 70% van KOPP (kinderen van ouders met psychische problemen) zelf een psychische stoornis. Deze gegevens tonen aan dat het besteden van extra aandacht aan deze kwetsbare doelgroep niet overbodig is. Een verpleegkundige zou in de ideale positie staan om op de noden van KOPP te reageren en tegelijkertijd steun te bieden aan de ouders. Maar theorie is niet altijd gelijk aan praktijk en zo blijkt dat KOPP vaak onzichtbaar blijven. Wanneer men KOPP toch identificeert bestaat de uitdaging eruit te zoeken naar hulpbronnen die de impact van de psychische problematiek op de ontwikkeling van het kind zoveel mogelijk gaan beperken en de problemen die reeds veroorzaakt zijn (deels) te gaan herstellen. Een belangrijk gegeven in de KOPP-problematiek blijkt het wegwerken van kennistekort bij deze kinderen. Daarom is er in deze bachelorproef op zoek gegaan naar kennis die nodig is om het kennistekort omtrent een psychotische stoornis bij 6 tot 12-jarige kinderen weg te nemen. De hoofdzaak van deze bachelorproef is enerzijds KOPP in het daglicht zetten en anderzijds aan de hand van het ontworpen materiaal, het kennistekort bij KOPP weg te nemen zodat de vicieuze cirkel doorbroken kan worden.

Er is gezocht naar zowel Nederlandstalige als Engelstalige artikels. De Nederlandstalige artikels zijn voornamelijk gevonden op Limo en Google Scholar. De Engelstalige artikels zijn gevonden aan de hand van Pubmed en Springerlink. Vervolgens is er afgebakend op ouderdom. Er is een ouderdomsgrens van 7 jaar gehanteerd. Hier is een uitzondering op gemaakt wanneer bronnen een belangrijke bijdrage konden leveren. Naast zoekmachines zijn er eveneens wetenschappelijke door de overheid gesteunde websites gehanteerd en zijn er experts met kennis vanuit het werkveld gecontacteerd.

Naast het vroegtijdig identificeren van KOPP, is het belangrijk om in te spelen op het wankel gezinssysteem zoals de ouder ondersteunen in het opnemen van zijn ouderrol en een goede interactie tussen kind en ouder stimuleren. Afhankelijk van de noden van het gezin, is het soms zinvol om door te verwijzen naar andere diensten en organisaties. Vervolgens is het geven van psycho-educatie van groot belang in de preventie van psychische problemen bij KOPP. Zo blijkt psycho-educatie een universeel relevant interventiemiddel. Het leeftijdsadequaate informeren van het kind over de stoornis, de behandeling en mogelijke gevolgen van de ziekte op het gezin is belangrijk om gevoelens van angst en onzekerheid bij het kind tegen te gaan. Het kind zal informatie krijgen over de echte oorzaak van de problemen. Dit zal ervoor zorgen dat gevoelens van schuld bij het kind gaan afnemen.

Psycho-educatie is essentieel. Het type materiaal dat gebruikt wordt niet zo zeer. Er werd gekozen om psycho-educatie te geven aan de hand van een stripverhaal. Stripverhalen zijn nuttig en kinderen blijken er bovendien plezier uit te halen. Stripverhalen zijn uiterst geschikt voor het geven van educatie.

Er kan besloten worden dat verpleegkundigen een belangrijke rol spelen in de KOPP-problematiek. Een knelpunt hier is dat verpleegkundigen zelf verschillende belemmerende factoren ervaren in het werken met KOPP.

Inhoudstafel

Voorwoord

<i>Samenvatting</i>	3
<i>Lijst van gebruikte afkortingen en symbolen</i>	5
1 Probleemstelling	6
1.1 Definitie	6
1.1.1 Kennistekort	6
1.1.2 KOPP	6
1.1.3 Psychotische stoornissen	6
1.1.4 Symptomen	7
1.2 Incidentie en prevalentie	9
1.3 Beïnvloedende factoren	9
1.3.1 Biologische factoren	9
1.3.2 Psychologische factoren	10
1.3.3 Omgevingsfactoren	10
1.4 Gevolgen	11
1.4.1 Impact op de ontwikkeling van het kind	12
1.5 Interventies en verpleegkundige relevantie	13
1.6 Vraagstelling	14
2 Zoekstrategie	15
3 Antwoord	16
3.1 Over welke kennis moet een verpleegkundige beschikken	16
3.1.1 Risicofactoren en beschermende factoren	16
3.1.2 Gevolgen.....	18
3.1.3 Plan van aanpak	20
3.2 gezondheidspromotie	21
3.2.1 Vroegdetectie.....	21
3.2.2 Inspelen op het wankle gezinssysteem	21
3.2.3 Psycho-educatie	23
3.2.4 Een informatief stripverhaal	24
3.2.4 Hoe implementeren in de praktijk	26
<i>Discussie</i>	27
<i>Besluit</i>	28
<i>Literatuurlijst</i>	29
<i>Bijlage</i>	31

Lijst van gebruikte afkortingen en symbolen

NANDA = North American Nursing Diagnosis Association

KOPP = Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen.

PAAZ = psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis.

CAW = Centrum algemeen welzijnswerk

CLB = Centrum voor leerlingenbegeleiding

KOAP = Kinderen van ouders met afhankelijkheidsproblemen (alcohol, drugs)

1 Probleemstelling

Het probleem dat in deze bachelorproef centraal staat is het kennistekort bij kinderen van 6 tot 12 jaar met betrekking tot de psychotische problematiek van de ouder.

1.1 Definitie

1.1.1 Kennistekort

NANDA omschrijft de verpleegkundige diagnose „kennistekort“ als volgt: “Onvoldoende kennis of psychomotorische vaardigheden in verband met gezondheidstoestand of behandelingsplan.” (Carpenito, et al., 2012).

Kennistekort kan uiteenlopende gevolgen hebben. Een aantal verschijnselen om kennistekort te herkennen zijn:

- “Hij/zij verwoordt onvoldoende kennis of vaardigheden te hebben en/of vraagt om informatie.
- Hij/zij laat blijken een onjuiste voorstelling van gezondheidstoestand te hebben.
- Hij/zij geeft verbaal of non-verbaal blijk van een veranderde psychische toestand (angst) als gevolg van onjuiste informatie of gebrek aan informatie.” (Carpenito, et al., 2012).

1.1.2 KOPP

“KOPP zijn kinderen van wie bij minimum één van de ouders tenminste één keer is opgenomen geweest in een psychiatrisch ziekenhuis, een PAAZ of bij wie door een deskundige een psychiatrisch ziektebeeld is geconstateerd.” (Wenselaar, 2015) Het opgroeien in een gezin waarvan een ouder kampt met psychische problemen verloopt niet zonder gevolgen. Dit wordt uitgebreid besproken in het antwoord. Specifiek wordt er in deze bachelorproef ingezoomd op kinderen van ouders met een psychotische problematiek. Daarom wordt eerst stil gestaan bij de term psychotische problematiek om vervolgens meer inzicht te krijgen in de gevolgen voor KOPP.

1.1.3 Psychotische stoornissen

Iemand die een psychose doormaakt, kan niet meer helder denken. Hij of zij verliest het contact met de werkelijkheid. Zijn gedachten komen niet overeen met wat er in werkelijkheid gebeurt. Die gedachten zijn heel onvoorspelbaar en verschillen van wat andere personen denken (Wenselaar, 2015). De symptomen van een psychose kunnen kort aanwezig zijn, maar ze kunnen ook gedurende een langere tijdsperiode aanwezig blijven (De Ambrassade, 2012).

“Een kortdurende psychotische stoornis moet volgens de DSM-classificatie aan drie criteria voldoen:

- Het eerste criterium bestaat eruit dat er ten minste een of meer van de volgende symptomen aanwezig moeten zijn namelijk wanen, hallucinaties en gedesorganiseerd spreken. Er kan ook sprake zijn van catatoon gedrag maar dit mag niet het enige symptoom zijn, eveneens mag er bij een kortdurende psychotische stoornis geen sprake zijn van negatieve symptomen wat bij schizofrenie wel voorkomt.
- Criterium twee is dat de stoornis ten minste één dag moet beslagen en niet langer als een maand mag aanhouden. Met uiteindelijk een terugkeer naar het niveau van functioneren van voor de stoornis, met andere woorden er mogen geen restverschijnselen zijn.
- Criterium drie tenslotte draait erom dat de stoornis niet kan worden verklaard door een andere stoornis zoals een bipolaire stemmingsstoornis.” (Franken, Muris, & Denys, 2015).

Wanneer men in artikels over psychoses praat dan legt men vaak de link met schizofrenie. Het voornaamste verschil met schizofrenie en een kortdurende psychose is dat deze laatste maximum één maand mag aanhouden (Franken, Muris, & Denys, 2015).

“Er wordt vervolgens pas van schizofrenie gesproken als er volgens DSM-5 aan volgende criteria wordt voldaan:

- Er moeten tenminste twee van de volgende symptomen aanwezig zijn gedurende een tijdsperiode van een maand (minder lang als de behandeling effectief is) namelijk: wanen, hallucinaties, gedesorganiseerde spraak, ernstig gedesorganiseerd of catatoon gedrag, negatieve symptomen. Één symptoom moet bestaan uit wanen, hallucinaties en gedesorganiseerde spraak.
- Het tweede criterium bestaat uit de disfunctie. Er moet sinds het begin van de stoornis tijdens een significant deel van de tijd sprake zijn van een duidelijk lager niveau van functioneren (cognitief als lichamelijk) dan voor het begin van de stoornis. De disfunctie kan op een of meerdere terreinen voorkomen bijvoorbeeld zelfzorgtekort.
- Tenslotte wijst criterium drie erop dat er gedurende minimaal zes maanden (minder bij een succesvolle behandeling) doorlopend tekenen van de stoornis moeten zijn. Verder zijn er nog enkele exclusiecriteria: het uitsluiten van middelengebruik of een andere somatische aandoening en het uitsluiten van een schizoaffectieve stoornis of een stemmingsstoornis.” (Franken, Muris, & Denys, 2015).

1.1.4 Symptomen

1.1.4.1 Positieve symptomen

Positieve symptomen zijn symptomen die bij mensen zonder een psychotische problematiek niet voorkomen. Hieronder vallen de hallucinaties, wanen en verward denken (van der Gaag, Staring, & Valmaggia, 2012).

1.1.4.1.1 Hallucinaties en wanen

Hallucinaties en wanen komen bij meerdere stoornissen voor en worden in het kader van schizofrenie ook positieve symptomen genoemd. Hallucinaties zijn zintuiglijke ervaringen met een werkelijkheidskarakter zonder externe bron (van der Gaag, Staring, & Valmaggia, 2012). Hallucineren betekent eigenlijk dat iemand wakker loopt te dromen en zich zo in die droom laat meeslepen dat het voor deze persoon voelt alsof het allemaal echt is. Die droom is dan helemaal geen droom maar wel de echte wereld waarin de persoon leeft. De persoon zal op alles wat er in de droom gebeurd gaan reageren. Bij hallucinaties zijn de waarnemingen van de zintuigen gestoord met name het zien, horen, proeven, ruiken en tasten. Men kan dus dingen zien die anderen helemaal niet zien zoals monsters, maar ook iets ruiken of proeven dat er niet is. Men kan aanrakingen voelen of stemmen horen. Vaak zal men ook dingen zeggen wat anderen niet begrijpen (koppvlaanderen).

Waanideeën zijn gedachten van de persoon die niet overeenkomen met de realiteit. Het zijn hoogst individuele denkbeelden die niet kunnen gecorrigeerd worden door anderen ondanks bewijzen van onjuistheid. De denkbeelden hebben meestal een bizar karakter. Er zijn verschillende soorten waangedachten zoals achtervolgingswanen. Hierbij denkt men bijvoorbeeld dat men achtervolgd wordt door de maffia of gezocht wordt door de politie. Een ander soort waangedachten zijn de paranoïde wanen waarbij men kan denken dat er een complot tegen hem/haar is. Men kan ook denken dat hijzelf een belangrijke persoon is zoals de koning of Jezus (De Rycke & Sabbe, 2014).

1.1.4.2 Katatonie

Katatonie is een zeldzaam symptoom dat valt onder lichamelijke disfunctie en is eigenlijk een overkoepelende vorm voor verschillende stoornissen zoals: mutisme (patiënt spreekt niet meer), akinesie (bijna niet meer bewegen), wasachtige flexibiliteit (er is een verhoogde spiertonus en de bewegingen die de patiënt maakt voelen stroef en stijf aan), katalepsie (ledematen die in een onnatuurlijke stand blijven staan) enzovoort (Franken, Muris, & Denys, 2015).

1.1.4.3 Negatieve symptomen

De negatieve symptomen zijn onder andere: vervlakking van het gevoelsleven, lusteloosheid, spraakarmoede, verlies van initiatiefname, een laag energieniveau en sociaal terugtrekgedrag. Deze negatieve symptomen ontstaan in het begin van schizofrenie en blijven de hele duur aanwezig (Wenselaar, 2015; De Rycke & Sabbe, 2014).

1.1.4.4 Cognitieve disfuncties

De cognitieve disfuncties hebben te maken met een achteruitgang in de informatieverwerking in het brein. Ze uiten zich voornamelijk door een vermindering van het concentratievermogen, stoornis in het geheugen, problemen met planning enzovoort. Cognitieve disfuncties zijn zeer invaliderend. Ze zorgen voor een afzakken in het niveau van functioneren (Franken, Muris, & Denys, 2015).

Men moet er wel rekening mee houden dat niet iedereen met een psychose last heeft van hetzelfde. Dit kan voor iedereen heel verschillend zijn (De Rycke & Sabbe, 2014).

1.1.4.5 Behandeling

Mensen die een psychose doormaken worden behandeld met passende antipsychotica waardoor de positieve symptomen meestal verdwijnen. Lukt het niet om een psychose terug te dringen dan kan men na ongeveer een half jaar van schizofrenie spreken. Dit enkel en alleen als er geen andere oorzaak voor de psychose wordt gevonden. En bij schizofrenie heeft men ook nog zoals hierboven reeds vermeld de negatieve symptomen (De Rycke & Sabbe, 2014).

Om deze negatieve symptomen te beperken is het aangewezen om psychosociale begeleiding te volgen en onder andere hulp bij het wonen, werken of dagactiviteit te krijgen (Wenselaar, 2015; De Rycke & Sabbe, 2014).

1.2 Incidentie en prevalentie

In Vlaanderen zijn er naar schatting 225 000 mensen met psychische problemen. (Schouten, Hindrikx, & Geebels, 2010). Gemiddeld 2 tot 3,5 procent van de bevolking maakt ooit in zijn leven een psychotische stoornis mee. Deze hoeveelheden kunnen sterk variëren tussen verschillende populaties, locaties en leeftijdsgroepen. Schizofrenie als een van de vele vormen van psychotische stoornissen heeft een gemiddelde prevalentie van 1 procent. Vaak blijf het niet bij één psychose. Slechts 15% van de patiënten met schizofrenie krijgt na de eerste psychose geen volgende meer (Wat is een psychose? 2016; Magiels, Thys, De Hert, & Germeys, 2016; Franken, Muris, & Denys, 2015). Cijfers van negen studies tonen aan dat er meer mannen dan vrouwen door deze psychische aandoening getroffen worden (van der Gaag, Staring, & Valmaggia, 2012). Het treft voornamelijk jongvolwassenen. Bij mannen zal een eerste psychotische opstoot zich meestal voor het 25^{ste} levensjaar voordoen en bij vrouwen is dit gemiddeld 5 jaar later (De Rycke & Sabbe, 2014).

1.3 Beïnvloedende factoren

Hoe krijg je een psychotische problematiek? Dit komt door een ingewikkeld samenspel van verschillende factoren die onderverdeeld kunnen worden in 3 groepen namelijk: biologische factoren, psychologische factoren en omgevingsfactoren (Franken, Muris, & Denys, 2015).

1.3.1 Biologische factoren

De biologische factor kan verklaard worden aan de hand van volgende zaken:

Een onmisbare schakel in het kunnen begrijpen van het ontstaan van psychoses en bij vele andere psychische aandoeningen heeft te maken met het genoom of genen. Met andere woorden een genetische kwetsbaarheid hebben. KOPP lopen via de erfelijke weg een groot risico tot het zelf ontwikkelen van een stoornis. Het is aangetoond dat het risico op schizofrenie toeneemt naarmate iemand nauwer verwant is met een familielid die de ziekte heeft. Bij twee mensen die 100% over dezelfde genen beschikken, is de kans dat ze beide schizofrenie krijgen 50% (Franken, Muris, & Denys, 2015). Dit bewijst dat andere risicofactoren met name omgevingsfactoren eveneens een grote rol spelen (De Rycke & Sabbe, 2014; Christiansen, Schrott, Anding, & Röhrle, 2015).

Een andere biologische oorzaak wordt gezocht bij de theorie rond verhoogde dopamineniveaus. Dopamine zorgt in de hersenen ervoor dat relevante prikkels worden geselecteerd en bewust worden waargenomen. Wanneer er te veel dopamine aanwezig is zoals het geval is bij een psychose verloopt deze selectie minder efficiënt en zullen irrelevante prikkels eveneens een label van „belangrijk“ krijgen. De persoon in kwestie snapt in eerste instantie zelf de relevantie van de prikkels niet maar zijn brein probeert hier zodanig een samenhangend verhaal van te maken. Het zoekt als het ware naar een verklaring voor deze irrelevante zaken, wat leidt tot vorming van wanen (Franken, Muris, & Denys, 2015).

1.3.2 Psychologische factoren

Het ontstaan van een psychose hangt deels af van de kwetsbaarheid die iemand heeft. Wanneer er een kwetsbaarheid aanwezig is, zal bij stress sneller een psychose ontstaan.

Bij schizofrenie kan de kwetsbaarheid begrepen worden als een overgevoeligheid en verminderde capaciteit om ingewikkelde informatie te verwerken. Mensen die aan schizofrenie lijden, hebben vaak moeite om aan de ene prikkel aandacht te besteden en het andere te negeren. Het verwerken van zintuiglijke prikkels (horen, proeven, voelen, zien of ruiken) verloopt bij deze personen moeizaam. Er lijkt geen bescherming tegen de verschillende indrukken die op iemand afkomen (Oorzaken van psychose en hoe ermee om te gaan, 2017).

1.3.3 Omgevingsfactoren

Iedereen gaat op een andere manier om met situaties. Om het menselijk gedrag en de psychische klachten te begrijpen moeten we kijken naar de context waarin dit gedrag zich voordoet of waarin de klacht is ontstaan. De omgeving kan bepaalde risicofactoren bevatten. Zo is migratie een van de sterkste voorspellers van schizofrenie, het leven in een drukke stad en het doormaken van trauma's zoals seksueel misbruik maar evengoed langdurig gepest worden op school vergroot de kans op schizofrenie. Wanneer dit trauma voorkomt op kinderleeftijd, heeft men driemaal zo veel kans om op volwassen leeftijd een psychose te ontwikkelen. Ook het gebruik van drugs of een bepaald medicatiegebruik is een risicofactor tot het ontwikkelen van schizofrenie. Bijvoorbeeld het gebruik van paddenstoelen, cannabis, bepaalde anxiolytica en overdosering met intoxicatie tot gevolg kunnen psychotische verschijnselen veroorzaken. In België heeft 15,6% van de jongeren tussen 12 en 18 jaar reeds cannabis gebruikt. Boven de leeftijd van 18 jaar stijgt het aantal regelmatige gebruikers zelfs tot 33,4%. Personen die cannabis gebruiken hebben wel 40% meer kans tot het ontwikkelen van een psychose. De regel geldt hoe meer cannabis, hoe groter de kans tot een psychose. Buiten cannabis vergroten amfetamines eveneens sterk de kans tot psychotisch worden (Magiels, Thys, De Hert, & Germeys, 2016; Franken, Muris, & Denys, 2015; De Rycke & Sabbe, 2014).

"Expressed emotion" is een belangrijk psychosociale stressfactor die bij verschillende psychische stoornissen leidt tot terugkeer van symptomen. Het verwijst naar de houding van familieleden en andere naasten ten opzichte van een persoon met een psychische stoornis. Met de houding bedoelt men volgende factoren of gedragspatronen: kritiek, vijandigheid en emotionele over-bezorgdheid (Amaresha & Venkatasubramanian, 2012).

Zoals reeds vermeld hebben patiënten met schizofrenie vaak last van negatieve symptomen. Patiënten die niet in staat zijn om in het huishouden te helpen worden snel als lui en egoïstisch aanzien. Zo blijkt dat 70% van de kritiek gegeven aan een persoon met een psychotische problematiek te maken heeft met de negatieve symptomen van de stoornis en in mindere mate over wanen en hallucinaties. Vijandig gedrag vervolgens komt vaak verder uit woede en irritatie wat leidt tot het geven van algemene kritiek en het aannemen van een afwijzende attitude. Het emotioneel overbezorgd zijn manifesteert zich door volgende kenmerken: over-emotionaliteit, overmatige zelfopoffering, het te veel identificeren met de patiënt en een overdreven beschermende houding aannemen (Amaresha & Venkatasubramanian, 2012).

Mensen die lijden aan schizofrenie en samenwonen met familieleden die bovengenoemde gedragingen vertonen hebben significant meer kans op terugkeer van symptomen (Amaresha & Venkatasubramanian, 2012).

1.4 Gevolgen

Schizofrenie brengt aanzienlijk psychisch lijden met zich mee. Niet alleen voor de patiënt zelf maar ook voor zijn omgeving. In deze bachelorproef wordt de focus gelegd op de gevolgen voor de kinderen van deze personen.

Schizofrenie heeft een grote impact op het functioneren op verschillende levensdomeinen maar ook op maatschappelijk vlak ziet men een weerslag met financiële en economische kosten. Minstens driekwart van de mensen met schizofrenie is niet in staat om aan normale arbeid te doen en ondervinden moeilijkheden in zelfstandig wonen, normaal sociaal functioneren en zelfzorg (De Rycke & Sabbe, 2014). Het blijkt dat mensen met psychosen sterk sociaal benadeeld zijn. Dit sociaal disfunctioneren is reeds aanwezig in de vroege fase van de ziekte. Heel wat mensen met een psychotische stoornis hebben een kleiner sociaal netwerk. Weinigen zullen dan ook een partner of kinderen krijgen. Een klein deel zal dus wel kinderen hebben, vaak omdat de psychose pas optreedt wanneer men al kinderen heeft (van der Gaag, Staring, & Valmaggia, 2012).

In deze bachelorproef wordt er ingezoomd op het kennistekort van 6 tot 12-jarige kinderen van ouders met een psychotische problematiek en wat de gevolgen daarvan kunnen zijn. Omdat er geen duidelijk verband is tussen het optreden van bepaalde problemen bij kinderen en een specifieke diagnose van de ouder (met andere woorden het gaat er niet zozeer om de diagnose van de ouder, maar eerder om de mate waarin de psychopathologie het vervullen van de ouderrol gaat belemmeren) zal het in deze bachelorproef merendeel van de tijd gaan over een psychische aandoening van de ouder in de plaats van specifiek te richten op een psychotische problematiek (Prins & Braet, 2014).

Resultaten van het Nederlandse NEMESIS-2 onderzoek tonen aan dat ongeveer 577.000 jongeren onder de 18 jaar in 2012 een ouder hadden met een psychische aandoening (96%) of verslavingsprobleem (4%). Daarvan zijn 423.000 kinderen 12 jaar of jonger (Trimbos-instituut, 2012). Deze groep wordt samengebracht onder KOPP wat staat voor „kinderen van ouders met een psychische stoornis“. Helaas ontwikkelt 30 tot 70% van deze kinderen van ouders met een psychische stoornis zelf een psychische stoornis (Feiten & cijfers, 2013; Vlaamse overheid).

1.4.1 Impact op de ontwikkeling van het kind

Tijdens het kind zijn wordt de basis gelegd van je verdere leven. De ouders spelen hierin een cruciale rol want kinderen nemen over het algemeen eerst het referentiesysteem van de ouders over, voor ze hun eigen normen vormen. De ouders zijn op deze leeftijd nog de primaire bron die de emotionele behoeften bevredigen. Een stabiel opvoedingsmilieu is daarom van groot belang (Adriaenssens, 2009; Schouten, Hindriks, & Geebels, 2010).

Er wordt eerst even stilgestaan bij de ontwikkeling van het kind en welke invloed een psychisch zieke ouder hierop kan hebben.

Op de leeftijd van 6 tot 12 jaar is de ontwikkeling van het kind vooral gericht op meer zelfstandig kunnen functioneren en hiermee gepaard gaande het onafhankelijker worden. Eveneens een positie verwerven buiten het gezin bijvoorbeeld op school of in een vereniging wordt een doel. Het schoolkind gaat ook minder egocentrisch gedrag vertonen, dit ten gunste van de socialisatie. Vriendschappen sluiten en sociale contacten met vriendjes worden steeds belangrijker. Tenslotte wordt er verwacht dat het kind in deze fase zijn eigen normen en waarden stilaan zal gaan vormen (Schouten, Hindriks, & Geebels, 2010; Wenselaar, 2015).

Kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek maken hun eigen ontwikkeling door. Dit heeft te maken met het feit dat ze vanaf het prille begin van hun leven de veiligheid, geborgenheid en stabiliteit van een psychische gezonde vader en/of moeder hebben moeten missen (Schouten, Hindriks, & Geebels, 2010).

De kleuterleeftijd bevat een piek in het magisch denken. Magisch denken houdt in dat alles wat het kind denkt en wenst voor hem/haar werkelijkheid is, bijvoorbeeld denken dat er krokodillen onder het bed zitten. In normale omstandigheden corrigeren ouders deze angstige gedachten van de kleuter. Wanneer men ouder wordt en de basisschoolleeftijd bereikt zal het logisch denken steeds meer het magisch denken gaan overnemen. Het kind gaat zich bewuster imiteren en identificeren, hij/zij gaat erbij stilstaan. Het kind van een ouder met psychische problemen gaat hierdoor steeds beter opmerken dat er grote verschillen zijn tussen hoe het er thuis aan toe gaat en hoe in de buitenwereld. Het kind ziet hoe „anders“ de ouder is (Wenselaar, 2015; Reupert, Mayberry, & Kowalenko, 2012).

Een verstoring van de normale ontwikkeling van het kind door een psychische aandoening van de ouder brengt op zijn beurt eveneens ernstige gevolgen met zich mee. Er kunnen tekorten ontstaan op verschillende belangrijke gebieden in het kind zijn leven. Deze gevolgen komen in het antwoord uitgebreid aan bod (Schouten, Hindriks, & Geebels, 2010).

1.5 Interventies en verpleegkundige relevantie

KOPP-kinderen hebben er nood aan dat er naar hen omgekeken wordt door familie, een hulpverlener, leraren of andere betrokkenen (Gameren, 2006).

Uit onderzoek blijkt dat preventiemaatregelen effectief zijn voor kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblematiek. Het vermindert de kans aanzienlijk dat deze kinderen zelf ook problemen ontwikkelen. Met preventiemaatregelen of interventies kunnen beschermende of risicofactoren in het leven van KOPP-kinderen beïnvloed worden. Er kunnen preventiemaatregelen geboden worden op vlak van: het kind, de ouder(s)/familie en de omgeving. Instellingen die aan deze preventie doen bereiken jaarlijks tussen de 2.500 en 5.000 kinderen (Trimbos-instituut, 2012).

Waarom is dit relevant voor een verpleegkundige? Vaak is een opname in een ziekenhuis of zorgcentrum van de ouder aangewezen. Wanneer dit het geval is zal de persoon dagelijks contact hebben met de (psychiatrische) verpleegkundige. De verpleegkundige coördineert alle vragen van de patiënt en de samenwerking met de andere zorgverleners (ViVio, 2009). Psychiatrisch verpleegkundigen zijn hierdoor in een ideale positie om te reageren op de behoeften van deze kinderen en ondersteuning te bieden aan de ouders op een proactieve en gevoelige manier (Houlihan, Sharek, & Higgins, 2012).

1.6 Vraagstelling

- Welke strategie leent zich best om als verpleegkundige de juiste informatie met betrekking tot kennis tekort omtrent een psychotische problematiek van de ouders over te brengen aan kinderen van 6 tot 12 jaar?
- Over welke informatie dient een verpleegkundige te beschikken met betrekking tot kennis tekort bij kinderen van 6 tot 12 jaar omtrent een psychotische problematiek van de ouder?



Figuur 1: Conceptueel model

2 Zoekstrategie

Google scholar en LIMO zijn doorzocht met een combinatie van volgende termen: "ouders", "psychische problemen", "KOPP-kinderen", "verpleegkundigen", "KOPP interventies", "psychisch zieke ouder", "ouders", "psychoses", "educatie", "schoolkind", "psychisch ziek", "kinderen", "KOPP-kinderen", "problemen", "schizofrenie", "education", "COPMO", "interventions", "nurses", "mental illness", "parenting", "strips".

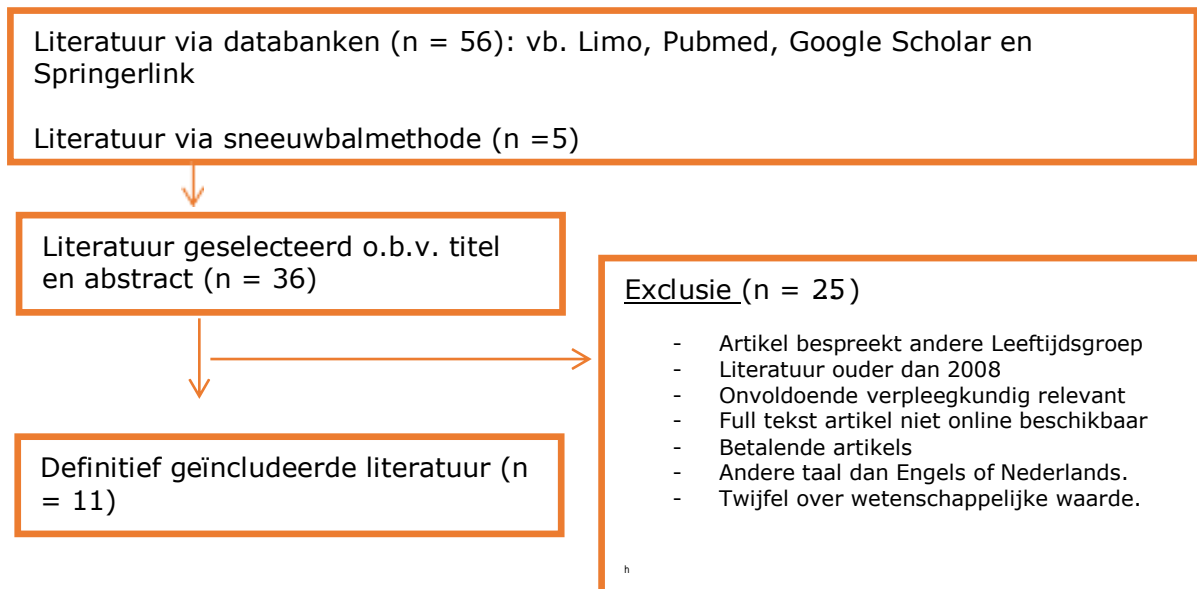
Pubmed en Springerlink zijn voornamelijk doorzocht met een combinatie van Engelse termen: "mental illness", "parenting", "COPMI", "interventions", "children", "parents mental illness", "nurses", "resilience", "school-age children", "mental ill parents", "mentally ill parent", "consequences", "psycho-education", "needs", "information", "knowledge deficit", "support", "educations", "psychotic disorder", "schizophrenia".

Naast het afbakenen op taal, is er afgebakend op ouderdom. Er is een ouderdomsgrens van 7 jaar gehanteerd. De grens van 7 jaar oud is uitzonderlijk overschreden bij artikels die mogelijks een meerwaarde konden betekenen voor deze bachelorproef.

Er is in deze bachelorproef eveneens gebruik gemaakt van wetenschappelijke websites. Websites die door de overheid gesteund worden, namelijk: KOPPvlaanderen, familieplatform, huishouden-vzw en Trimbos-instituut.

Via bovenstaande wetenschappelijke websites zijn er experts uit het werkveld gecontacteerd. Er zijn twee kinder- en jeugdpsychologes gecontacteerd alsook een medewerker van huishouden-vzw en tenslotte een medewerker van het trimbos-instituut.

Figuur 2: Flowchart zoekstrategie



3 Antwoord

In dit hoofdstuk wordt er eerst verder ingezoomd op het KOPP-thema om via deze weg een beter zicht te krijgen op de problematiek. Vervolgens zal de manier waarop we het kennistekort willen wegwerken naar voren komen.

3.1 Over welke kennis moet een verpleegkundige beschikken

Verpleegkundigen zijn degene die het meest frequent in direct contact staan met de patiënt en zijn familie. Ze staan in de ideale positie om op de noden van KOPP te reageren en tegelijkertijd steun te bieden aan hun ouders op een proactieve en sensitieve manier. Helaas tonen verschillende studies aan dat er een lage graad aan educatie, kennis, vertrouwen en ondersteunende klinische praktijk bestaat wanneer het op KOPP aankomt. Dit kan verklaard worden door het feit dat het KOPP-thema niet standaard verwerkt is in de basis educatie van verpleegkundigen. Men legt de focus tijdens de opleiding eerder op het individu (Christiansen, Schrott, Anding, & Röhrle, 2015; Foster, O'Brien, & Korhonen, 2012). Een lage graad aan educatie, kennis en vertrouwen bij verpleegkundigen rond het KOPP-thema kan ervoor zorgen dat KOPP-kinderen onzichtbaar blijven. Er wordt daarom eerst stilgestaan bij een aantal zaken rond het KOPP-thema waar (psychiatrische) verpleegkundigen weet van moeten hebben (van Santvoort, Hosman, van Doesum, & Janssens, 2014).

3.1.1 Risicofactoren en beschermende factoren

Zoals hierboven reeds vermeld hebben KOPP als groep een verhoogd risico om zelf een psychische problematiek te ontwikkelen. Dit betekent niet dat elk kind risico loopt. Kinderen kunnen heel verschillend reageren. Het ene kind in het gezin ontwikkelt problemen, het andere niet (Reupert, Mayberry, & Kowalenko, 2012). Het risico dat het kind loopt is afhankelijk van een complex samenspel bestaande uit verschillende risico- en beschermende factoren op het vlak van het kind, de ouder, het gezin en ruimere context. Hoe meer risicofactoren er aanwezig zijn, hoe groter de kans dat het kind problemen krijgt. Langs de andere kant kunnen beschermende factoren het risico op problemen dan weer verkleinen (O'Brien, & Korhonen, 2012; Schouten, Hindriks, & Geebels, 2010; Vlaamse overheid). Als direct betrokken hulpverlener heb je een belangrijke signaalfunctie. Het is belangrijk om verschillende factoren in kaart te brengen en er vervolgens een gepaste interventie aan te koppelen (Vlaamse overheid).

Risicofactoren op niveau van:

Het kind:

- Hoe jonger het kind hoe groter het risico op het zelf ontwikkelen van een psychische aandoening (Reupert, Mayberry, & Kowalenko, 2012).
- Een kind met een moeilijk temperament of karakter zal eveneens meer risico lopen op een psychische aandoening (Reupert, Mayberry, & Kowalenko, 2012; Schouten, Hindriks, & Geebels, 2010).
- Ook wanneer men enig kind is, zal het risico op een psychische aandoening groter zijn (Vlaamse overheid).
- En tenslotte maar niet onbelangrijk is het hebben van een genetische aanleg een risicofactor (Vlaamse overheid; Houlihan, Sharek, & Higgins, 2012).

De ouder(s):

- De ernst en het chronisch karakter van de psychische problematiek zijn bepalend voor het risico dat een kind loopt.
- Ook de mate waarin de stoornis de ouderrol belemmerd heeft invloed op het kind.
- Het geslacht van de zieke ouder is van invloed: zo zal wanneer de moeder een psychiatrische stoornis vertoont het risico stijgen omdat de moeder in normale omstandigheden sneller de verzorgende rol opneemt ten aanzien van het kind.
- Tenslotte zal wanneer beide ouders met een psychopathologie kampen het risico eveneens toenemen omdat er dan geen psychologische beschikbare ouder meer aanwezig is. (Reupert, Mayberry, & Kowalenko, 2012; Schouten, Hindriks, & Geebels, 2010; Vlaamse overheid)

Het gezin en ruimere context:

- Een verstoorde hechtingrelatie tussen de ouder en het kind en/of een verstoorde communicatie zal het risico op een psychische aandoening bij het kind verhogen.
- Wanneer de continuïteit in het gezinsleven verdwijnt door de opname van de ouder zoals moeilijkheden op financieel vlak en rolverschuiving.
- Ook relatieproblemen tussen de ouders onderling of een scheiding zal het risico doen toenemen.
- Wanneer men als kind gescheiden wordt van de ouder of er een plaatsing (bv. in een weeshuis) van het kind volgt.
- Het risico tot het ontwikkelen van een psychische stoornis zal toenemen wanneer men een lagere socio-economische status in het gezin heeft en/of wanneer het kind betrokken wordt in de waangedachten van de ouder.
- Eveneens een te klein of inadequaat sociaal netwerk, taboe en onwetenschap rond psychiatrie maakt het voor de kinderen moeilijk om er met andere over te praten en steun te vragen wat er op zijn beurt voor zorgt dat het risico op een psychische aandoening vergroot. (Reupert, Mayberry, & Kowalenko, 2012; Schouten, Hindriks, & Geebels, 2010; Vlaamse overheid)

Langs de andere kant zijn er de beschermende factoren die een buffer kunnen zijn tussen het kind en de stress waarmee men geconfronteerd wordt. Beschermende factoren bevinden zich eveneens op niveau van:

Het kind:

- Wanneer kinderen sterk ontwikkelde sociale, cognitieve en probleemoplossende vaardigheden hebben zal men weerbaarder zijn tegen stresserende situaties.
- Wanneer KOPP beschikken over correcte en voldoende informatie in verband met de ziekte van de ouder. Want goed geïnformeerde kinderen kunnen afwijkend gedrag van de ouder beter plaatsen als horend bij de ziekte en zo verwarring en onzekerheid te niet doen.
- Ook wanneer men begrip en inzicht heeft met betrekking tot de impact die de ziekte van de ouder kan hebben zal het risico verminderen.
- Wanneer men zichzelf buiten het gezin kan plaatsen zowel letterlijk als figuurlijk.
- Tenslotte als men zichzelf kan troosten om op deze manier om te gaan met situatie. (Schouten, Hindriks, & Geebels, 2010; Vlaamse overheid)

De ouder:

- Wanneer de zieke ouder voor het kind/kinderen kan blijven zorgen zal dit als een beschermende factor gezien worden, eveneens wanneer de ouder beschikt over voldoende ziekte-inzicht en zo de gevolgen van de ziekte naar het kind toe kan beperken zal het risico voor het kind dalen.
- En tenslotte een goede ondersteuning van de gezonde ouder zal ook beschermend werken want een goede band met één ouder geldt eveneens als een beschermende factor. (Schouten, Hindriks, & Geebels, 2010; Vlaamse overheid)

Het gezin en ruimere context:

- Het is belangrijk dat er een warme relatie bestaat tussen ouder en kind, dat men eventueel steun kan krijgen van broers of zussen. Dat er een empathische vertrouwenspersoon beschikbaar is of een beste vriend(in) waarbij het kind zich op zijn gemak kan voelen en hun verhaal bij kwijt kunnen.
- Eveneens een gunstig schoolmilieu kan beschermend werken. Bijvoorbeeld: wanneer men positieve ervaringen en resultaten op school heeft, kan dit een gevoel van competentie en zelfwaarde ontwikkelen.
- Het is belangrijk dat deze kinderen positieve aandacht en ondersteuning krijgen van volwassenen binnen het gezin of buiten het gezin want dit zorgt ervoor dat ze zich veiliger en zelfzekerder gaan voelen. In ernstige gevallen zal een plaatsing/adoptie van het kind nodig zijn om het te beschermen. (Schouten, Hindriks, & Geebels, 2010; Vlaamse overheid)

3.1.2 Gevolgen

Wetenschappelijk onderzoek geeft geen eenduidige gegevens weer over de gevolgen van psychische problemen bij de ouders op hun kinderen. Echter uit meerderheid van de gebruikte bronnen blijkt dat psychiatrische problemen bij een van de ouders een ernstige belasting vormen voor de geestelijke gezondheid van de kinderen.

Wanneer een ouder te kampen krijgt met een psychiatrische problematiek zal dit gevolgen hebben op het totale gezinssysteem. De psychiatrische problematiek zal op verschillende vlakken instabiliteit veroorzaken (Aan de slag!, 2017). De gevolgen die in meerderheid van de gebruikte bronnen terugkomen worden hieronder besproken:

Het kind zit met veel vragen. Het begrijpt niet wat er met de ouder aan de hand is. Hij/zij kan er moeilijk over praten of men heeft het gevoel dat ze niet begrepen worden (Houlihan, Sharek, & Higgins, 2012).

Gevoelens van schuld, schaamte, onbegrip, angst en machteloosheid steken de kop op. Het kind denkt dat het zijn/haar schuld is dat de ouder ziek is. Het kind kan zich schamen voor de ouder tegenover vriendjes. Of men wordt als kind geconfronteerd met suïcidale gedragingen van de ouder (Gladstone, Boydell, Seeman, & McKeever, 2011; Houlihan, Sharek, & Higgins, 2012; Tabak, et al., 2016).

Het kind ervaart onbegrip waardoor het zich gaat terugtrekken uit sociale contacten en hierdoor sociaal geïsoleerd kan geraken (Gladstone, McKeever, Seeman, & Katherine, 2014; Tabak, et al., 2016; van Santvoort, Hosman, van Doesum, & Janssens, 2014).

Het heeft enerzijds angst voor het vreemde gedrag van de ouder maar anderzijds om de ziekte zelf te krijgen (Gladstone, Boydell, Seeman, & McKeever, 2011).

Verskillende bronnen spreken over het voorkomen van gedrags- en leerproblemen bij kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek (Foster, O'Brien, & Korhonen, 2012; Gladstone, McKeever, Seeman, & Katherine, 2014; Tabak, et al., 2016; van Santvoort, Hosman, van Doesum, & Janssens, 2014).

Ook de interactie tussen de ouder en het kind kan inadequaat zijn. Zo wordt de interactie vaak gekenmerkt door negativiteit en kritiek (Gladstone, McKeever, Seeman, & Katherine, 2014; van Santvoort, Hosman, van Doesum, & Janssens, 2014).

En tenslotte van enorm groot belang is dat kinderen vanwege loyaliteit naar de ouder toe aan parentificatie of rolomkering kunnen doen. Parentificatie houdt in dat het kind een deel van de ouderlijke taken en verantwoordelijkheden op zich gaat nemen omdat de ouder hier niet meer toe instaat is (Gladstone, Boydell, Seeman, & McKeever, 2011; Houlihan, Sharek, & Higgins, 2012; Tabak, et al., 2016). Wanneer dit tijdelijk is en men krijgt er voldoende erkenning voor vormt dit geen probleem (Aan de slag!, 2017). Wanneer het kind verantwoordelijkheden op zich gaat nemen die niet leeftijdsadequaate zijn, kan het kind last krijgen van emotionele problemen zoals onzekerheid, angst, schuld en schaamte (Tabak, et al., 2016). Het kan er eveneens voor zorgen dat deze kinderen geïsoleerd geraken van activiteiten in school en met vrienden (Gladstone, Boydell, Seeman, & McKeever, 2011). Hierbij is het belangrijk dat het kind iemand heeft aan wie het zijn of haar buitensporig gevoel van verantwoordelijkheid kan overdragen. Iemand die weet heeft van de situatie en zo de verantwoordelijkheid van het kind kan overnemen. Een verpleegkundige kan observeren en nagaan of er sprake is van parentificatie. Een verpleegkundige kan vervolgens op het belang van het tijdelijk karakter en het kunnen overdragen van deze verantwoordelijkheid duiden (Tabak, et al., 2016).

Dit betekent niet dat elk kind last krijgt van al deze gevolgen of dat elk kind evenveel last krijgt van de gevolgen. Als hulpverlener is het belangrijk om hierover kennis te hebben om er vervolgens in samenspraak met het kind en/of ouder rekening mee te kunnen houden (Vlaamse overheid).

3.1.3 Plan van aanpak

Zoals reeds vermeld hebben gezondheidsmedewerkers zoals verpleegkundigen een tekort aan kennis en vaardigheden in verband met het werken rond KOPP. Door dit tekort aan kennis en vaardigheden blijven KOPP vaak verborgen (Foster, O'Brien, & Korhonen, 2012). Daarnaast staan hulpverlenende instanties ervoor in om hun structurele en inhoudelijke werking te richten naar KOPP. Hieronder kan men bouwstenen terugvinden die kunnen bijdragen tot een hulpverlenende instantie die meer gericht is naar KOPP, om op deze manier KOPP niet uit het oog te verliezen (Faber, 2015).

- De voorziening heeft per afdeling/team een persoon gespecialiseerd in KOPP die gezien kan worden als aanspreekpunt voor patiënten, familie, collega's en hulpverleners. Deze persoon coördineert een goede zorg rond KOPP. Hij of zij is de contactpersoon voor externe voorzieningen en vergroot zijn kennis via vorming, bijscholing en intervisie (Faber, 2015).
- De voorziening organiseert interne vorming (navorming) of faciliteert externe vorming (Faber, 2015).
- De voorziening bouwt netwerken uit met andere voorzieningen (Faber, 2015).
- De voorziening heeft een infostand met KOPP-gerelateerde literatuur voor eigen personeel, patiënten, familie en bezoekers (Faber, 2015).
- De voorziening stimuleert de stelselmatige aandacht voor KOPP in de behandeling en begeleiding (Faber, 2015).
- De voorziening heeft een kindvriendelijke accommodatie met een speelhoekje, een speeltuin en speelgoed, lectuur voor kinderen, strips, materiaal om te tekenen...(Faber, 2015).
- De voorziening stimuleert het voltallige personeel om het onthaal en bezoek zo kindvriendelijk mogelijk te organiseren (Faber, 2015).
- De voorziening informeert patiënten, familieleden en relevant bezoek over het bestaan van preventieve instanties zoals KOPP OP!, Kopp-Vlaanderen, Similes,... via: mondelinge informatie, ophangen van affiches, folders, een onthaal-map en ontslagdossier (Faber, 2015).

3.2 gezondheidspromotie

3.2.1 Vroegdetectie

De regel geldt hoe jonger het kind in aanraking komt met een psychische problematiek van de ouder des te groter de invloed op de ontwikkeling van het kind zal zijn. Vanuit deze kennis drukt men op het belang van een eerste actie op preventief niveau, met name het signaleren van risicosituaties (Foster, O'Brien, & Korhonen, 2012). Het is van cruciaal belang dat men KOPP vroeg gaat detecteren. Een verpleegkundige kan deze gegevens het best verzamelen tijdens de intake van de ouder (Foster, O'Brien, & Korhonen, 2012; Reupert, Mayberry, & Kowalenko, 2012; van Santvoort, Hosman, van Doesum, & Janssens, 2014).

"Volgende vragen zouden in de praktijk effectief zijn om KOPP in kaart te brengen:

- Welke personen maken deel uit van uw gezin? Bent u zwanger?
- Wat is de leeftijd van uw kind(eren)?
- Wonen de kinderen bij u?
- Wie zorgt er naast u nog voor de kinderen?
- Lukt het u om ondanks uw situatie voldoende zorg te bieden aan de kinderen? En wanneer dit niet lukt kan u dan iemand om hulp vragen?
- Wat merken de kinderen van de problematiek? Heeft u enig idee wat de situatie betekent voor de kinderen?" (Faber, 2015).

Verpleegkundigen vormen de meerderheid van de medewerkers in de geestelijke gezondheidszorg en hebben bovendien het meeste contact met de zorgvrager. Verpleegkundigen staan hierdoor in de ideale positie om kinderen met een verhoogd risico te identificeren, vervolgens vroegtijdig in te grijpen en ondersteuning te bieden aan het gehele gezin (Foster, O'Brien, & Korhonen, 2012). De uitdaging bestaat er vervolgens uit te zoeken naar hulpbronnen die de impact van de psychiatrische problematiek op de ontwikkeling van het kind beperkt en de aanwezige problemen (deels)herstellen (Aan de slag!, 2017).

3.2.2 Inspelen op het wankel gezinssysteem

Er is reeds vermeld dat een psychische aandoening van de ouder een instabiliteit kan veroorzaken op het ganse gezinssysteem. Het is belangrijk om tijdens een interventie oog te hebben voor deze instabiliteit (Aan de slag!, 2017).

Ouders met psychiatrische problemen botsen vaak op beperkingen ten aanzien van taken die men als ouder in normale omstandigheden moet vervullen. De zieke ouder kan nood hebben aan steun in verband met de ouderrol (Gladstone, Boydell, Seeman, & McKeever, 2011; Tabak, et al., 2016). Toch lijkt het belangrijk dat de psychisch zieke ouder op een bepaalde manier alsnog zijn/haar rol kan blijven vervullen. Dit hoeft niet op dezelfde manier als voorheen maar kan bijvoorbeeld door het uitvoeren van huishoudelijke taken. Het kan eveneens voorkomen dat men iemand gaat inschakelen die de ouderrol (deels) gaat overnemen, dit is eveneens een vorm van goed zorg dragen voor de kinderen. Zoals reeds vermeld komt het voor dat kinderen vanwege loyaliteit naar de ouder toe verantwoordelijkheden gaan overnemen. In deze situatie is het belangrijk om het kind te gaan erkennen voor deze extra taken (Aan de slag!, 2017).

Eveneens kan de interactie tussen ouder en kind in negatieve zin veranderd zijn. Verschillende bronnen motiveren de noodzaak tot het versterken van de interactie (Aan de slag!, 2017; Gladstone, Boydell, Seeman, & McKeever, 2011; van Santvoort, Hosman, van Doesum, & Janssens, 2014). Een goede communicatie tussen de ouder en het kind is van essentieel belang en moet daarom gestimuleerd worden (Houlihan, Sharek, & Higgins, 2012).

Tenslotte moet men erop toekijken dat het kind nog kind kan zijn. Dit houdt in dat men moet nagaan of KOPP-kinderen nog de tijd nemen om te spelen en op te trekken met vriendjes. Benadruk ook het belang van activiteiten buitenshuis (Foster, O'Brien, & Korhonen, 2012; Vlaamse overheid; van Santvoort, Hosman, van Doesum, & Janssens, 2014).

3.2.2.1 Doorverwijzen

Afhankelijk van de noden van het gezin, is het soms zinvol om door te verwijzen naar andere diensten (Foster, O'Brien, & Korhonen, 2012; Reupert, Mayberry, & Kowalenko, 2012; Tabak, et al., 2016). Sommige gezinnen kunnen nood hebben aan financiële, huishoudelijke, emotionele of spirituele hulp. Men kan mogelijks nood hebben aan steun bij het terug opnemen van de ouderrol of men wil in relatietherapie (Foster, O'Brien, & Korhonen, 2012). Als verpleegkundige kan men doorverwijzen naar andere leden uit het team zoals de sociaal werker, psycholoog, ergotherapeut enzovoort. Men kan ook doorverwijzen naar diensten zoals:

- Het CAW wanneer men het moeilijk heeft met het persoonlijk leven. Dit kunnen financiële moeilijkheden zijn, relatieproblemen, problemen in relatie met familie, moeilijkheden rond verlies, stress, verslaving, en eenzaamheid. Het team bestaat doorgaans uit maatschappelijk werkers en therapeuten. Voor jongeren onder de 18jaar bestaat er het JAC (Hulp zoeken, 2017).
- Het CLB zorgt samen met de school ervoor dat elk kind of jongeren zijn kennis, talenten en vaardigheden zo goed mogelijk kan ontwikkelen op school. Zo kan men er terecht met vragen of problemen rond stress, pesten, spijbelen enzovoort (Hulp zoeken, 2017).

3.2.2.2 Organisaties en verenigingen

Vervolgens zijn er nog interessante organisaties en verenigingen waarbij men online terecht kan. De websites bevatten vaak informatie voor zowel ouders, kinderen als hulpverleners. Voorbeelden van websites zijn die van: Similes, Familieplatform en Kopp Vlaanderen (Hulp zoeken, 2017).

Er zijn eveneens websites specifiek voor KOPP/KOAP namelijk: ik maak de klik, kopstoring, survivalkid en al-anonvl (Vlaamse overheid).

Bij een aantal organisaties kan men ook telefonisch of via een online chat terecht met vragen. Bijvoorbeeld bij Tele-Onthaal, De Druglijn en Awel (Hulp zoeken, 2017).

Tenslotte bestaan er nog zelfhulpgroepen voor mensen met een psychische aandoening en/of zijn of haar familieleden. Voor meer informatie hierover kan men terecht op de site van Trefpunt Zelfhulp (Hulp zoeken, 2017).

3.2.3 Psycho-educatie

Psycho-educatie vormt een belangrijke stap in de aanpak van de KOPP-problematiek. Psycho-educatie is het aanbieden van kennis rond een psychiatrische stoornis of beperking. Het is een belangrijke interventie om de aard en de gevolgen van een stoornis zichtbaar te maken (Aan de slag!, 2017).

Wanneer verschillende bronnen naast elkaar gelegd worden blijkt psycho-educatie telkens terug te komen als een van de belangrijkste preventiemaatregelen voor KOPP. Zo blijkt psycho-educatie een universeel relevant interventiemiddel (Tabak, et al., 2016).

Het is de bedoeling dat de focus die in eerste instantie gericht was op de patiënt verbreed wordt naar het hele gezin (Foster, O'Brien, & Korhonen, 2012; Christiansen, Schrott, Anding, & Röhrle, 2015). En dat zowel het kind, de ouder met een psychische stoornis als de gezonde ouder psycho-educatie gaan krijgen (Aan de slag!, 2017). In het kader van deze bachelorproef is de psycho-educatie specifiek gericht naar de kinderen van ouders met een psychotische problematiek.

Uit verschillende bronnen blijkt dat het informeren van het kind over de stoornis, behandeling en mogelijke gevolgen van de ziekte op het gezin belangrijk is om gevoelens van angst en onzekerheid bij het kind tegen te gaan (Gladstone, Boydell, Seeman, & McKeever, 2011; Aan de slag!, 2017).

Psycho-educatie moet aangepast worden naargelang de leeftijd van het kind (Foster, O'Brien, & Korhonen, 2012; Gladstone, Boydell, Seeman, & McKeever, 2011). Wanneer dit het geval is betreft het een belangrijk wapen tegen mogelijk isolement van het minderjarig kind (Aan de slag!, 2017).

Wanneer er duidelijke informatie wordt gegeven over de echte oorzaak van problemen kunnen gevoelens van schuld bij het kind afnemen (Schouten, Hindrikx, & Geebels, 2010; Aan de slag!, 2017). Het kind gaat vervolgens de oorzaak van problemen in verband met de psychische aandoening niet meer bij zichzelf zoeken maar eerder als gevolg van de ziekte zien (Houlihan, Sharek, & Higgins, 2012; Gladstone, Boydell, Seeman, & McKeever, 2011).

3.2.4 Een informatief stripverhaal

Verschillende artikels duiden op de noodzaak van psycho-educatie voor KOPP maar geven niet specifiek weer aan de hand van welk materiaal of via welke methode dit best gegeven wordt.

Hieruit kan ik concluderen dat het niet zo zeer draait om het materiaal waarin de psycho-educatie wordt gegeven maar vooral dat het belangrijk is om informatie te geven op een manier die aansluit bij de doelgroep.

Volgens een orthopedagoog en professional die werkt met KOPP blijken informatieve boekjes in de praktijk erg zinvol te zijn. Zo biedt het op een leeftijds-adequate en creatieve manier informatie aan kinderen.

Uit ervaring op een afdeling psychozorg heb ik geleerd dat de zelfgids voor mensen met een psychose namelijk "Het geheim van de hersenchip", reeds efficiënt is bij volwassenen.

Op basis van bovenstaande literatuur en uit eigen ervaring werd er in deze bachelorproef gekozen voor het ontwikkelen van een informatief stripverhaal.

Stripverhalen combineren geschreven tekst met afbeeldingen. De afbeeldingen ondersteunen de schriftelijke informatie. Het blijkt een krachtig hulpmiddel om het begrip van de lezer rond de inhoud te vergroten. Stripverhalen hebben hun nut als educatiemiddel in het onderwijs reeds bewezen en zouden de educatie naar patiënten toe eveneens kunnen verbeteren (Grootens-Wiegers, de Vries, van Beusekom, van Dijck, & van den Broek, 2014).

Een stripverhaal is niet alleen nuttig, kinderen blijken er eveneens plezier uit te halen. Het is voor kinderen vele malen leuker om een strip te lezen in de plaats van een doorlopende tekst. Het maakt stripverhalen uiterst geschikt voor het geven van educatie aan kinderen (Grootens-Wiegers, de Vries, van Beusekom, van Dijck, & van den Broek, 2014).

3.2.3.1 Opmaakstripverhaal

Bij het maken van een strip of boek is het zinvol om te starten met het opmaken van een lijst met belangrijke thema's. Aan de hand van gevonden literatuur en ervaring uit de praktijk heb ik ervoor gekozen om volgende thema's naar voren te brengen in het verhaal:

Eerst en vooral krijgt psycho-educatie een plaats in het verhaal. Er wordt uitgelegd wat een psychose is. Er wordt op niveau van het kind dieper ingegaan op de positieve symptomen als wanen en hallucinaties, maar evenzeer wordt er aandacht besteedt aan de negatieve symptomen. Eveneens de behandeling van een psychose komt kort terug.

Vervolgens wordt er stilgestaan bij thema's als:

- Het onder druk staan van gezinsrollen, wat hand in hand gaat met parentificatie.
- De mogelijkheid dat papa of mama weleens nadenkt over de dood.
- Emoties die bij het kind kunnen voorkomen.
- Het gegeven dat kinderen niet met vragen mogen blijven zitten. Dat ze er met iemand over kunnen praten.
- Het belang van zich niet op te sluiten. Leuke dingen te blijven doen.
- Het belang van het benutten van steunbronnen.
- En dat men niet alleen is, maar het bestaan van zelfhulpgroepen in kaart brengen.

Met de benoemde thema's in het achterhoofd is er een verhaal ontstaan. Zo heeft het hoofdpersonage genaamd Sam, een papa met een psychotische stoornis. Sam neemt de lezer mee in haar leven. Haar leven dat plots op zijn kop komt te staan. Het hoofdpersonage is zodanig gekozen dat de lezer zichzelf of de situatie mogelijks gaat herkennen. Op deze manier kan de lezer, raad dat in het verhaal gegeven wordt overnemen en toepassen op zijn of haar situatie.

Doorheen het verhaal heb ik ervoor gekozen om het onderscheid tussen de persoon met een psychotische stoornis en de ziekte zelf, zo goed mogelijk te behouden.

Tenslotte wordt er op het einde van de strip doorverwezen naar belangrijke websites in verband met KOPP. Websites waar kinderen van ouders met verschillende psychische problemen terecht kunnen voor meer informatie.

3.2.4 Hoe implementeren in de praktijk

In eerste instantie is het belangrijk dat de strip tot aan de doelgroep geraakt.

Een intake van een patiënt blijkt de ideale moment te zijn om KOPP te identificeren. Wanneer de kinderen van de patiënt bij de intake aanwezig zijn kan men van dit moment gebruik maken om aan een eerste interventie te werken. Zo kan men de kinderen terwijl men de intake van de ouder uitvoert het stripverhaal laten lezen. Wanneer blijkt dat de kinderen achteraf dan nog met vragen zitten, is er reeds een hulpverlener aanwezig om deze te beantwoorden of kan men het gezin doorverwijzen naar andere instanties wanneer nodig.

Mogelijks kan het zijn dat de kinderen niet aanwezig zijn tijdens de intake van de ouder. Dan lijkt het zinvol om het stripverhaal op te bergen in een infostand met KOPP-gerelateerde literatuur zodat wanneer de kinderen op bezoek komen ze hier alsnog gebruik van kunnen maken.

Als hulpverleners of verpleegkundige is het belangrijk om de kinderen na het lezen van de strip aan te spreken. Ga in eerste instantie na wat ze uit het verhaal gehaald hebben. Vervolgens is het belangrijk om de informatie te bevestigen of aan te vullen waar nodig. Tenslotte ga je na of het kind nog vragen heeft.

Bovendien is het noodzakelijk dat alle hulpverleners die mogelijks in contact komen met KOPP op de hoogte zijn van de problematiek en van het beschikbare materiaal. Het samenwerken van professionele hulpverleners zoals de psychiatrische verpleegkundige, psycholoog, psychiater en sociaal werker zijn van essentieel belang.

Naast het implementeren van de strip op een afdeling kan de strip in pdf-vorm verder verspreid worden. Zo kan de strip geplaatst worden op KOPP gerelateerde websites, verspreid worden op sociale media en eventueel doorgemailed worden. Op deze manier kunnen alle personen die in contact komen met een kind waarvan de ouder een psychotische stoornis heeft, ondanks zijn of haar kennis in de problematiek een steentje bijdragen.

Tenslotte is het zeker niet overbodig om de strip te implementeren in de educatie van verpleegkundigen. De strip kan gebruikt worden om de KOPP-problematiek aan te kaarten en tegelijkertijd aan te tonen dat er reeds materiaal beschikbaar is om het werken met KOPP te vereenvoudigen.

Discussie

Eerst en vooral is het belangrijk om te duiden op het gegeven dat verpleegkundigen verschillende belemmerende factoren ervaren zoals een lage graad aan kennis en vaardigheden om op een adequate manier met KOPP te werken. Hoewel volgens Houlihan, et al (2012) de meeste verpleegkundigen bewust zijn van de kinderen, hebben ze niet het gevoel dat het werken met KOPP tot hun takenpakket behoort. Dit is niet zo een vreemd gegeven, uit onderzoek van Foster, et al. (2012) wordt erop gewezen dat verpleegkundigen opgeleid worden met de focus op de patiënt. Kennistekort bij verpleegkundigen kan een oorzaak zijn dat KOPP in veel gevallen onzichtbaar blijven.

Nochtans wanneer men in de bronnen spreekt over de hulpverlener komt de verpleegkundige vaak terug. Verpleegkundigen blijken volgens de literatuur in de ideale positie te staan om aan preventie of vroegtijdige interventie te doen. Verpleegkundigen vormen dus een belangrijke schakel in de preventie van psychische problemen bij KOPP maar ze zijn niet de enige hulpverleners die hier een rol in spelen. De KOPP problematiek is een domein dat ten alle tijden multidisciplinair benaderd moet worden. Maar theorie is niet steeds gelijk aan praktijk volgens Tabak, et al. (2016) ontbreekt deze multidisciplinaire samenwerking maar al te vaak. Het is belangrijk om als hulpverlener door te verwijzen naar andere diensten en organisaties zodat deze eveneens hun steentje kunnen bijdragen (Foster, O'Brien, & Korhonen, 2012; Tabak, et al., 2016).

Volgens Tabak, et al., (2016) is er niet alleen een tekort aan kennis en opleiding bij verpleegkundigen die met KOPP werken, er is eveneens een tekort aan richtlijnen in Europa om KOPP te ondersteunen. Hoewel er verschillende handvaten voor hulpverleners terug te vinden zijn op door de overheid gesteunde websites zoals Kopp vlaanderen blijkt dit volgens de literatuur nog niet voldoende geïmplementeerd in de praktijk.

Een ander belangrijk punt is dat er in verschillende interventies gebruik gemaakt wordt van lotgenotengroepen. Ze worden al verschillende jaren gebruikt en blijken uit onderzoek van van Santvoort, et al. (2014) ook effectief te zijn bij KOPP. Het contact met lotgenoten geeft hen het gevoel niet de enige te zijn en kan zo een hulp betekenen (Gladstone, Mckeever, Seeman, & Katherine, 2014; Schouten, Hindrikx, & Geebels, 2010). Wanneer de situatie het mogelijk maakt is het aan te raden om een steungroep in combinatie met psycho educatie te implementeren voor KOPP.

Over het nut van psycho educatie bij KOPP valt niet meer te twijfelen, maar over het materiaal waarin dit naar voren moet komen, duidelijk wel. Informatie over welke methode het beste werkt om psycho-educatie te geven is schaars.

Tenslotte spreekt men telkens opnieuw over het taboe dat rond psychische aandoeningen draait. Dit taboe heeft uiteraard gevolgen. Één daarvan is dat er nog heel wat KOPP-kinderen zijn die onzichtbaar blijven omdat de zieke ouder zich niet laat aanmelden voor enige vorm van hulpverlening. De dag van vandaag probeert men dit taboe weg te werken door onder andere tv-spots en artikels in magazines. Alsnog zou een goede sensibiliseringscampagne aangewezen zijn om de aandacht van de brede bevolking meer bij de thematiek van KOPP te brengen.

Besluit

De KOPP problematiek vormt vandaag de dag nog steeds een hiaat in de kennis van veel verpleegkundigen. De meerderheid zijn slechts in beperkte mate op de hoogte van de KOPP-problematiek. Verpleegkundigen worden opgeleid met de focus op de patiënt. Een volwassen persoon met psychische problemen wordt doorgaans ondersteund als individu. Maar al te vaak zien verpleegkundigen over het hoofd dat een deel van de patiënten naast de verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid ook nog een rol als ouder te vervullen hebben. Deze rol maakt de patiënt eveneens verantwoordelijk voor het welbevinden van hun kind(eren). Psychische problemen bij de ouder(s) blijven niet onopgemerkt bij hun kinderen. Psychische problemen kunnen instabiliteit veroorzaken op het ganse gezinssysteem. Een instabiel gezinssysteem laat sporen na in de ontwikkelingen van kinderen. Nog al te veel KOPP blijven onzichtbaar. En daar moet dringend verandering in komen want kinderen van ouders met psychische problemen hebben een verhoogde kans om later zelf psychische problemen te ontwikkelen. Zo belandt men uiteindelijk in een vicieuze cirkel.

Ondanks het feit dat de KOPP-thematiek niet standaard verwerkt is in de educatie van verpleegkundigen, kan men als hulpverlener zichzelf bijscholen door gebruik te maken van overheid gesteunde websites.

Om aan preventie te kunnen doen is het belangrijk dat verpleegkundigen in eerste instantie deze kinderen zo vroeg mogelijk gaan identificeren. Vervolgens gaat men op zoek naar hulpbronnen die de impact van de psychiatrische problematiek op de ontwikkeling van het kind beperken.

Psycho-educatie is hier een onderdeel van en blijkt effectief te zijn. Aan de hand van welke methode psycho educatie best gegeven word is niet duidelijk. Een informatief boek voor kinderen tussen 6 en 12 jaar blijkt in de praktijk zinvol. Door het kennis tekort weg te werken aan de hand van psycho educatie zal het kind de echte oorzaak van problemen gaan zien en zichzelf niet meer de schuld geven. Verschillende risico en beschermende factoren tot het ontwikkelen van problemen bij KOPP kunnen door psycho educatie in beeld worden gebracht om er vervolgens op in te spelen.

Het taboe rond psychische aandoeningen is zeker en vast nog niet weggewerkt. Niet alleen de persoon met een psychische aandoening lijdt hier onder, evenzeer zijn gezin. Ik hoop dan ook dat ik met deze bachelorproef mijn steentje heb kunnen bijdragen in deze problematiek. Dat ik de noodzaak van hulpverlening voor KOPP heb kunnen aantonen en dat er op deze manier steeds minder KOPP onzichtbaar blijven.

Literatuurlijst

- feiten & cijfers.* (2013). Opgeroepen op september 20, 2016, van geestelijkgezond vlaanderen: <http://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/feiten-cijfers>
- Wat is een psychose?* (2016). Opgeroepen op september 20, 2016, van ypsilon: <https://www.ypsilon.org/psychose>
- Aan de slag!* (2017). Opgeroepen op Februari 10, 2017, van Huishouden-vzw: <https://www.huishouden-vzw.be/aan-de-slag>
- Hulp zoeken.* (2017). Opgeroepen op Maart 20, 2017, van geestelijkgezondvlaanderen: <http://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/>
- Oorzaken van psychose en hoe ermee om te gaan.* (2017). Opgeroepen op februari 12, 2017, van Similes: http://nl.similes.be/page?orl=1&ssn=&lng=1&pge=36&searchlist=all&pge_old=72&zoek=psychose&are=124
- Adriaenssens, P. (2009). *Gids voor succesvol opvoeden.* Tielt: Lannoo nv.
- Amaresha, A. C., & Venkatasubramanian, G. (2012). Expressed Emotion in Schizophrenia: An Overview. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 12-21.
- Carpenito, L., bewerkt door Brinksma, A., van der Cingel, M., Hellema, F., Jansen, G., Kleve, R., et al. (2012). *Excellent verplegen: zakboek verpleegkundige diagnoses.* Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Christiansen, H., Schrott, B., Anding, J., & Röhrle, B. (2015). Children of mentally ill parents- a pilot study of a group intervention program. *frontiers Psychology*, 8.
- De Ambrassade. (2012). *psychische problemen bij ouders.* Opgeroepen op november 11, 2016, van http://media.wix.com/ugd/06065a_1d6e6f2017164d0881b4706a38bb0526.pdf
- De Rycke, R., & Sabbe, B. (2014). *Psychiatrie.* Tielt: Lannoo.
- Faber, M. (2015). *succesvoorbeelden*. Opgeroepen op maart 03, 2017, van koppkvo: <https://www.koppkvo.nl/succesvoorbeelden>
- Foster, K., O'Brien, L., & Korhonen, T. (2012). Developing resilient children and families when parents have mental illness: A family-focused approach. *International Journal of Mental Health Nursing*, 3-11.
- Franken, I., Muris, P., & Denys, D. (2015). *Psychopathologie oorzaken, diagnostiek en behandeling.* Utrecht: De Tijdstroom.
- Gameren, S. v. (2006). *Leven met een psychisch zieke ouder.* Houten: Bon Stafleu van Loghum.
- Gladstone, B. M., Boydell, K. M., Seeman, M. V., & McKeever, P. D. (2011). Children's experiences of parental mental illness: a literature review. *Early intervention in Psychiatry*, 271-289.
- Gladstone, M. B., McKeever, P., Seeman, M., & Katherine, M. B. (2014). Analysis of a Support Group for Children of Parents With Mental Illness: Managing Stressful Situations. *Qualitative Health Research*, 1171-1182.
- Grootens-Wiegers, P., de Vries, M. C., van Beusekom, M. M., van Dijck, L., & van den Broek, J. M. (2014). Comic strips help children understand medical research targeting the informed consent procedure to children's needs. *Elsevier*, 518-524.
- Houlihan, D., Sharek, D., & Higgins, A. (2012). Supporting children whose parent has a mental health problem: an assessment of the education, knowledge, confidence and practices of registered psychiatric nurses in Ireland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 287-295.
- koppvlaanderen.* (sd). Opgeroepen op september 20, 2016, van koppvlaanderen: <http://www.koppvlaanderen.be/>
- Magiels, G., Thys, E., De Hert, M., & Germeys, I. (2016). *Al te gek.* Tielt: Lannoo nv.
- Prins, P., & Braet, C. (2014). *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Reupert, A. E., Mayberry, D. J., & Kowalenko, N. M. (2012). Children whose parents have a mental illness: prevalence, need and treatment. *Clinical focus*, 7-9.
- Schouten, B., Hindrikx, C., & Geebels, M. (2010). *Onderzoek naar de impact van preventie bij KOPP.*

- Tabak, I., Zabtock-Zytka, L., Ryan, P., Poma, S. Z., Joronen, K., Vigano, G., et al. (2016). Needs, expectations and consequences for children growing up in a family where the parent has a mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 319-329.
- Trimbos-instituut. (2012). *kinderen van ouders met psychische en verslavingsproblemen (KOPP/KVO)*. Opgeroepen op november 11, 2016, van Trimbos: <https://www.trimbos.nl/themas/kopp-kvo/feiten-en-cijfers-over-kopp-kvo>
- van der Gaag, M., Staring, T., & Valmaggia, L. (2012). *Handboek psychose*. Amsterdam: Boom.
- van Santvoort, F., Hosman, C. M., van Doesum, K. T., & Janssens, J. M. (2014). Effectiveness of preventive support groups for children of mentally ill or addicted parents: a randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 473-484.
- Vlaamse overheid. (sd). Opgeroepen op november 11, 2016, van koppvlaanderen: <http://www.koppvlaanderen.be/>
- Wenselaar, L. (2015). *Integrale hulpverlening aan ouders met psychiatrische en/of verslavingsproblemen en hun kinderen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghu

