



Nederlands
Jeugdinstituut

Interventie

Kopstoring

Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 13 december 2019

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: van der Zanden, Bolier (22 september 2020).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Kopstoring'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Samenvatting	4
Doelgroep.....	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing.....	4
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide beschrijving.....	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	7
1.3 Aanpak.....	8
2. Uitvoering.....	12
3. Onderbouwing	15
4. Onderzoek	21
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	21
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	22
5. Samenvatting Werkzame elementen	24
6. Aangehaalde literatuur	25

Samenvatting

Kopstoring is een anonieme en gratis online groepscursus voor jongeren van ouders met psychiatrische en/of verslavingsproblemen (in het vervolg aangeduid als KOPP/KVO-jongeren). Daarbij gaat het om jongeren die zelf geen ernstige gedrags- en/of emotionele problemen hebben.

Het doel van de Kopstoring-cursus is het verkleinen van de kans dat zij deze ernstige problemen gaan ontwikkelen. De jongere volgt de cursus in een chatbox samen met vijf andere jongeren en een hulpverlener. In Kopstoring gaat het bijvoorbeeld over de ziekte van de ouder, de gevolgen voor de jongere, tijd voor jezelf maken, constructief denken en het sociale netwerk. De cursus wordt aangeboden binnen een website met een stepped-care karakter: Kopstoring.nl. Daarin kunnen jongeren zelf bepalen in welke mate ze ondersteuning ontvangen. De website heeft drie functies: informatievoorziening, e-mail service en een online groepscursus.

Doelgroep

De doelgroep bestaat uit adolescenten en jongvolwassenen van 16 t/m 25 jaar van wie één of beide ouders psychische en/of verslavingsproblemen hebben en die zelf geen ernstige gedrags- en/of emotionele problemen hebben.

Doel

Het hoofddoel van de online cursus Kopstoring is het verkleinen van de kans dat KOPP/KVO jongeren zelf ernstige psychische problemen ontwikkelen. Subdoelen zijn het doorbreken van sociaal isolement, het bevorderen van een reële kijk op zichzelf en de ouder en het aanleren van vaardigheden om goed voor zichzelf te (blijven) zorgen.

Aanpak

De cursus bestaat uit acht gestructureerde wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur in een gesloten en beveiligde chatbox waarop jongeren vanuit hun eigen computer inloggen met hun gebruikersnaam. Voorafgaand aan iedere bijeenkomst maken ze een huiswerkopdracht over het thema waar de volgende sessie over wordt gechat. De cursus wordt bij voorkeur door een ggz-preventiemedewerker of een hulpverlener begeleid.

Materiaal

Het volgende materiaal is beschikbaar voor de online cursus:

- Handleiding voor cursusbegeleiders
- Beheerderhandleiding
- Wervingsmaterialen (posters en flyers)

Onderbouwing

Opgroeien in een KOPP/KVO gezin kan voor een kind grote gevolgen hebben, zelfs tot in de volwassenheid. In vergelijking met jeugdigen die opgroeien bij psychisch gezonde ouders lopen KOPP/KVO kinderen een drie tot dertien keer zo groot risico om zelf ooit een psychische stoornis en/of verslavingsproblematiek te ontwikkelen. Jongeren met een KOPP/KVO achtergrond kunnen bijvoorbeeld te maken krijgen met problemen als schaamte- en schuldgevoelens, aanpassingsproblemen, parentificatie en een tekort aan copingvaardigheden (zoals moeite met het uiten van emoties). Maar er zijn ook jongeren die geen (zichtbare) signalen vertonen. Toch lopen ook deze jongeren een verhoogd risico op psychische klachten op een later moment.

De groepscursus Kopstoring richt zich op een aantal te beïnvloeden beschermende factoren:

1. Versterken van een ondersteunend netwerk of vertrouwenspersoon.
2. Het bevorderen van een reële kijk van het kind op zichzelf en de ouder.
3. Versterken van de copingvaardigheden en sociale redzaamheid van het kind.

Onderzoek

In twee procesevaluaties kwam naar voren dat de cursus hoog werd gewaardeerd door zowel cursisten als uitvoerders. Het online aspect van de cursus en de goede kwaliteit van de inhoud van het draaiboek, waren belangrijke onderdelen in deze waardering. Een voor- en nameting liet op veel aspecten verbetering zien, waarvan een aantal significant.

In een gerandomiseerde trial waarin 104 jongeren willekeurig verdeeld werden over de Kopstoring cursus en een wachtlijstcontroleconditie zijn geen significante effecten gevonden. Bij een completers only analyse waren de effecten op internaliserende problematiek en de totale probleemscore wel significant. In het onderzoek waren problemen met de inclusie van respondenten in verband met een verplichte schriftelijke informed consent procedure. Hierdoor is de gewenste power niet bereikt.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

De doelgroep bestaat uit adolescenten en jongvolwassenen van 16 t/m 25 jaar van wie één of beide ouders psychische en/of verslavingsproblemen hebben en die zelf geen ernstige gedrags- en/of emotionele problemen hebben.

Intermediaire doelgroep

Er is geen intermediaire doelgroep.

Selectie van doelgroepen

De online cursus Kopstoring is bedoeld voor KOPP/KVO-jongeren die, naast het hebben van tenminste één ouder met psychische of verslavingsproblemen, voldoen aan de volgende criteria. De jongere:

- heeft voldoende motivatie voor deelname en maken van huiswerk;
- heeft voldoende beheersing van de Nederlandse taal (schriftelijk);
- is in staat zijn te functioneren in een chatbox, dit wil zeggen: kunnen typen, actief participeren, maar ook kunnen 'luisteren' naar anderen.

Contra-indicatie

Voor Kopstoring gelden verschillende exclusiecriteria:

- Ernstige gedrags- en/of emotionele problemen indien deze problemen belemmerend werken tijdens de chatbijeenkomsten. Ernstige gedrags- en/of emotionele problemen kunnen in de cursus belemmerend werken als deze problemen teveel op de voorgrond staan (bijvoorbeeld een jongere wil vooral praten over zijn of haar depressieve klachten en zou hiervoor behandeld moeten worden, of een jongere met gedragsproblemen die moeite heeft met luisteren en dominant aanwezig is), terwijl in Kopstoring de KOPP/KVO problematiek op de voorgrond staat.
- Jonger dan 16 jaar of ouder dan 25 jaar
- Onvoldoende motivatie (zoals blijkt uit de intake)
- Lees- en/of schrijfmoeilijkheden

Selectie doelgroep

De screening en intake van de jongeren gebeurt volledig online en via de e-mail, dus niet face-to-face of telefonisch. Screening op bovenstaande criteria vindt plaats door de begeleider van de cursus via beoordeling van het online intakeformulier met open vragen (waarin o.a. naar motivatie, opleiding en internetvaardigheden wordt gevraagd) en de ingevulde Effect Evaluatievragenlijst (EEVL) (Huijnen & Valkenburg, 2005). De EEVL bestaat uit schalen die gerelateerd zijn aan de doelstellingen van KOPP-groepen: de relatie met de ouder met problematiek en met de andere ouder, de rol in ouderlijke conflicten, parentificatie, het ervaren van negatieve gevoelens ten gevolge van de problematiek, uiten van gevoelens, sociale isolatie en het stellen van grenzen. Op basis van de antwoorden stelt de begeleider via de e-mail aanvullende vragen, bijvoorbeeld over ernst van klachten of motivatie. Aangeraden wordt om bij iedere potentiële deelnemer minimaal één verdiepende vraag te stellen. Uit het wel of niet beantwoorden

van de vraag door de jongere kan al enige motivatie worden gepeild. Als de begeleider de jongere geschikt acht voor deelname krijgt deze een bevestiging van een inlogaccount, bestaande uit een gebruikersnaam en een wachtwoord. Jongeren met ernstige gedrags- en/of emotionele problemen die na beoordeling van de begeleider niet mee kunnen doen aan de cursus krijgen via email en/of telefoon het advies andersoortige hulp te zoeken, bijvoorbeeld naar de huisarts of de reguliere hulpverlening.

Betrokkenheid doelgroep

Bij de ontwikkeling van Kopstoring in 2005/2006 is een groep KOPP jongeren betrokken bij de 'look & feel' van de website door middel van een focusgroep. Ook hebben zij meegedaan aan een pretest van een eerste versie van de website. In deze pretest gaven zij commentaar op zowel de vormgeving als de inhoud van de website. Eén van de bevindingen was dat de KOPP jongeren vooral niet aangesproken willen worden als slachtoffer maar als normale jongeren in een soms ingewikkelde situatie. Daar hebben de ontwikkelaars extra goed op gelet in de teksten en de tone-of voice van de website.

In twee procesevaluaties (Van Veen & Van der Zanden, 2007; Woolderink et al., 2015) zijn beoordelingen over de tevredenheid verzameld onder de deelnemende jongeren. Op basis van deze resultaten zijn er aanpassingen gedaan aan de interventie en website (dat ging soms om heel kleine dingen). Zo is bijvoorbeeld een van de sessies ingekort omdat die als te vol werd beoordeeld.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel van Kopstoring is het verkleinen van de kans dat KOPP/KVO jongeren zelf ernstige psychische problemen ontwikkelen of de reeds aanwezige psychische problemen verergeren.

Subdoelen

Er zijn drie subdoelen:

- 1) *doorbreken sociaal isolement*
na afloop van de interventie:
 - weten de jongeren dat zij niet de enige zijn met een psychisch zieke of verslaafde ouder;
 - kunnen de jongeren de thuissituatie bespreekbaar maken en hun gevoelens hierover uiten;
 - kunnen jongeren steun zoeken bij volwassenen en leeftijdsgenoten.
- 2) *bevorderen van een reële kijk op zichzelf en de ouder*
na afloop van de interventie:
 - hebben de jongeren kennis over het ziektebeeld en de bijbehorende symptomen;
 - hebben de jongeren kennis over de gevolgen die de ziekte van hun ouder voor henzelf heeft en begrijpen ze het aandeel van de ziekte van de ouder in bepaalde interactiepatronen.
 - zijn de jongeren in staat schuldgevoelens en gevoelens van boosheid, schaamte en onbegrip bespreekbaar te maken
- 3) *aanleren van vaardigheden om goed voor zichzelf te (blijven) zorgen*
na afloop van de interventie:
 - zijn de jongeren in staat om te gaan met (negatieve) reacties uit de omgeving;
 - weten de jongeren hoe ze hun netwerk kunnen gebruiken en hoe ze de steun van dit netwerk desgewenst uit kunnen breiden;
 - kunnen de jongeren benoemen welke activiteiten ze leuk vinden om te doen en hoe zij deze kunnen realiseren;
 - kunnen de jongeren de eigen gevoelens herkennen en uiten.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Kopstoring online is een gratis preventieve groeps cursus die wordt gevolgd in een gesloten chatbox, het chatten gebeurt typend. De cursus bestaat uit acht wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur. Een terugkombijeenkomst is optioneel naar behoefte zes weken na de laatste bijeenkomst. In iedere bijeenkomst staat een ander thema centraal. De deelnemers krijgen voor iedere bijeenkomst huiswerk op (lezen van theorie en een opdracht). De groep bestaat uit maximaal zes deelnemers. Dit aantal is gebaseerd op de ervaringen van begeleiders uit de pilotperiode en van begeleiders van de online Grip op je dip cursus.

Inhoud van de interventie

Werving

De landelijke werving voor de website Kopstoring.nl valt onder verantwoordelijkheid van het Trimbos-instituut. Door interviews en artikelen in kranten, tijdschriften en online websites wordt aandacht voor de website en de cursus gecreëerd.

Via het Trimbos-instituut zijn wervingsmaterialen (posters en visitekaartjes) voor de regionale werving te bestellen. Ggz-instellingen zijn actief met de volgende wervingsactiviteiten:

- Wervingsmaterialen, zoals posters en visitekaartjes, worden binnen de eigen organisatie verspreid.
- Binnen de eigen instelling wordt op reguliere basis een interne terugkoppeling gemaakt over de laatste stand van zaken naar andere afdelingen, bijvoorbeeld via de plaatsing van een informatietekst op intranet en/of internet. Hiernaast vindt extra informatieoverdracht plaats naar de betrokken uitvoerders van het live-aanbod en naar de KOPP aandachtsfunctionarissen.
- Buiten de eigen instelling worden in de regio intermediairen, zoals huisartsen, scholen, jeugdhulp, jeugdbescherming, maatschappelijk werk, ggd-en, gezondheidscentra etc. op de hoogte gesteld van het aanbod en voorzien van posters en visitekaartjes.
- Daarnaast plaatsen instellingen op relevante (jongeren) websites en websites van collega-instellingen, scholen, bibliotheken, gemeenten etc. de link www.kopstoring.nl.
- Tenslotte worden regionale wervingskanalen gebruikt voor plaatsing van artikelen in kranten en huis-aan-huisbladen.

Opbouw bijeenkomst

De cursus start wanneer de deelnemers én de cursusleiders zijn ingelogd. Dit systeem maakt dat het niet mogelijk is voor de cursisten om onderling contact te hebben zonder medeweten van de cursusleiders. De jongeren loggen in met een gebruikersnaam (nickname) en een wachtwoord, zo wordt hun privacy gewaarborgd.

De eerste bijeenkomst staat vooral in het teken van kennismaking en het verhaal van de thuissituatie te delen met elkaar.

De bijeenkomsten die daarop volgen zijn als volgt opgebouwd:

- terugblik over de afgelopen week, waarin de deelnemers kunnen vertellen of ze wel of geen fijne week hebben gehad;
- bespreking van de huiswerkopdracht;
- bespreken van het thema van de week;
- korte evaluatie van de bijeenkomst en bedanken van de deelnemers voor hun deelname en open bijdrage aan de chat.

Thema's

De thema's van de bijeenkomsten zijn achtereenvolgens:

1. Kennismaking en bespreekbaar maken thuissituatie
2. Jouw rol in het gezin
3. Gedachten en gevoelens
4. Vragen stellen over psychische en/of verslavingsproblemen
5. Anders denken en anders doen
6. Sociale netwerk
7. Sociale netwerk en een eigen leven leiden
8. De toekomst

De onderwerpen van de bijeenkomsten volgen elkaar zo op dat er eerst wordt gebouwd aan een optimale leeromgeving, daarna leren jongeren stapsgewijs over de thema's die hierboven staan beschreven. De optimale leeromgeving wordt gecreëerd door het stimuleren van een groepsgevoel, een introductierondje, en als groep vaststellen van heldere regels rondom communicatie. Het is belangrijk dat de sfeer in de groep goed is en de jongeren zich veilig voelen in de groep. De leider bekijkt de huiswerkopdrachten en brengt naar aanleiding daarvan specifieke onderwerpen, relevant voor de betreffende bijeenkomst, in tijdens de chatsessie, stelt vragen en stimuleert de jongeren elkaar vragen te stellen en op elkaar te reageren. De cursusbegeleider stuurt via de mail het huiswerk (theorie om door te lezen en opdracht(en)) iedere week binnen een uur toe na afloop van een bijeenkomst. De online cursus heeft een preventief karakter en is geen therapie. De cursusbegeleider neemt dan ook de rol aan van docent en niet die van therapeut. Dit betekent ook dat er niet diepgaand wordt ingegaan op specifieke individuele problematiek.

Werkvormen

Tijdens de bijeenkomsten krijgen de deelnemers informatie over de ziekte van hun ouders en de gevolgen (psycho-educatie), leren ze met verschillende werkvormen negatieve gedachten en denkpatronen om te buigen in positieve manieren van denken, leren ze hun gevoelens te uiten en te benoemen, krijgen ze sociale steun van de deelnemers en begeleider en leren ze hun sociale netwerk in kaart te brengen en dit actief in te schakelen op moeilijke momenten. Hieronder volgen voorbeelden van werkvormen.

Psycho-educatie: Informatie over de ziekte van hun ouders en de gevolgen

Deelnemers krijgen iedere week huiswerk op en een deel daarvan bestaat uit het lezen van theorie, bijvoorbeeld over de gevolgen van psychische ziekte of verslaving bij ouders, de verschillende rollen die een kind aan kan nemen, of over de relatie tussen gedachten en gevoelens. Ook geeft de cursusbegeleider live tijdens de cursus achtergrondinformatie over diverse zaken waar jongeren mee te maken krijgen.

Ervaringen delen en gevoelens uiten

In de hele cursus worden deelnemers uitgenodigd om hun ervaringen te delen. Zo kunnen de deelnemers zien dat ze niet de enige zijn, kunnen hun gevoelens leren uiten, krijgen ze steun van elkaar en kunnen ze leren van elkaar hoe op een situatie gereageerd kan worden.

Voorbeeld 1. De jongere krijgt in de eerste bijeenkomst de gelegenheid iets te vertellen over hemzelf en over het gezin. Ook worden ervaringsverhalen gedeeld ten behoeve van herkenning, erkenning en het stimuleren van een hoopvolle blik op de toekomst.

Voorbeeld 2, Stellingenspel. Om jongeren stil te leren staan bij hun gevoelens wordt o.a. gebruik gemaakt van het 'stellingenspel'. De deelnemers wordt gevraagd te bedenken of ze het met de stellingen eens zijn. Voorbeeld van stellingen zijn 'mijn ouders vinden het fijn als ik met anderen praat over de thuissituatie' en 'mijn vader/moeder heeft mij nodig'.

Oefeningen om constructief te leren denken

De jongeren krijgen verschillende oefeningen aangereikt waarmee ze negatieve gedachten om kunnen leren buigen in een positieve manier van denken.

Voorbeeld 1 Rondje positief: Tijdens het 'rondje positief' benoemen de deelnemers dingen die ze waarderen van zichzelf, die anderen van hen waarderen en waar ze trots

en dankbaar voor zijn. Dit is een oefening om het positief denken onder de knie te krijgen, waarbij bewust aandacht wordt gegeven aan zaken die wel goed gaan, waardoor het zelfvertrouwen van de deelnemers wordt vergroot.

Voorbeeld 2 GGGG-schema: Er wordt gebruik gemaakt van het Gebeurtenissen-Gedachten-Gevoelens-Gedrag-schema (GGGG-schema) om voor jongeren inzichtelijk te maken hoe gebeurtenissen, gedachten, gevoelens en gedrag elkaar beïnvloeden. Als huiswerkopdracht kiezen de jongeren een fijne en een nare situatie thuis en vullen in wat precies gebeurde tijdens de fijne/nare situatie thuis (Gebeurtenis), wat de gedachten toen waren (Gedachten), hoe ze zich op dat moment voelden (Gevoelens) en ten slotte hoe ze reageerden/wat hun gedrag was.

Sociale netwerk in kaart brengen en beter benutten

Als huiswerkopdracht maken de deelnemers sociale netwerkcirkels waarin ze al hun belangrijke personen plaatsen (krijgen ze informatieve, praktische en/of emotionele steun?) in de huidige situatie én in de gewenste situatie. Daarna gaan ze met een stappenplan aan de slag (de 'zes-stappen methode voor het vragen van sociale steun') door dit actief toe te passen in een zelfgekozen situatie (weer als huiswerkopdracht). Door dit te doen, kunnen ze de steun van hun reeds bestaande netwerk uitbreiden.

Setting

De jongeren volgen de cursus vanuit hun eigen huis of dat van een familielid of vriend. Er worden met de jongeren voorafgaand aan de cursus enkele afspraken gemaakt. De regels zijn o.a. elkaar met respect behandelen en niet schelden. Voor een volledig overzicht van de regels wordt verwezen naar de Handleiding voor cursusbegeleiders (Leunissen, Rosenbrand & Van der Zanden, 2007).

Website

De online cursus wordt aangeboden binnen een website met een stepped-care karakter waarin jongeren bepalen in welke mate ze ondersteuning ontvangen. De website www.kopstoring.nl heeft drie functies:

1. *Informatievoorziening*: de teksten op de site bieden informatie voor jongeren over psychische en verslavingsproblematiek, maar de site geeft bijvoorbeeld ook tips over het ondernemen van leuke activiteiten, het omgaan met dubbele gevoelens en aandacht vragen voor zichzelf en informatie over waar ze hulp kunnen krijgen.
2. *E-mail service*: wanneer jongeren vragen hebben kunnen zij gebruik maken van een e-mail service. Een deskundige beantwoordt de binnengekomen e-mails en indien noodzakelijk wordt geprobeerd de jongere naar adequate hulp toe te leiden.
3. *Online groepscursus*: zie verdere beschrijving.

2. Uitvoering

Materialen

De online cursus Kopstoring, wordt aangeboden via de website www.kopstoring.nl. Alle cursusmaterialen zijn digitaal aanwezig in de chatbox. De verschillende huiswerkopdrachten staan klaar voor verzending via e-mail naar jongeren en de standaardteksten voor gebruik in de cursus staan klaar binnen de chatomgeving. E-mails die via de e-mailservice binnenkomen worden ter beantwoording verdeeld over de deelnemende instellingen.

Materialen voor de online cursus:

- Handleiding voor cursusbegeleiders (papieren versie)
- Beheerderhandleiding
- Wervingsmaterialen (posters en flyers)

Cursusmaterialen zijn uitsluitend verkrijgbaar voor getrainde professionals en kunnen besteld worden via het Trimbos-instituut.

Locatie en type organisatie

De online cursus Kopstoring wordt geïmplementeerd door het Trimbos-instituut in samenwerking met participerende ggz-instellingen. De cursus vindt plaats in een beveiligde chatbox. Zowel de cursusbegeleider als de cursisten hebben een computer nodig met de capaciteit om de webpagina op een goede wijze op het scherm weer te geven en met een voldoende hoge snelheid om op een goede wijze te kunnen chatten. Professionals van de volgende instellingen voeren de Kopstoring-interventies uit (september 2017): GNet, Mindfit, Ypse, Mondriaan, Vincent van Gogh en MetGGZ.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Kopstoring wordt uitgevoerd door een cursusbegeleider. De voorkeur gaat uit naar een ggz-preventiewerker van een ggz-instelling of een hulpverlener (jeugd-of volwassenenzorg). Vaak gaat dit om een psycholoog of orthopedagoog. Binnen hun instelling zijn zij meestal aangewezen als aandachtsfunctionaris KOPP/KVO. Uit de literatuur weten we dat begeleidde online interventies ter voorkoming van depressieve klachten effectiever zijn dan online interventies die niet begeleid worden door een professional (Spek et al., 2007).

De cursusbegeleider volgt verplicht een eendaagse training op het Trimbos-instituut waarin kennis wordt gegeven over de doelgroep, de opzet van Kopstoring aan bod komt en de vaardigheden die hiervoor nodig zijn getraind worden.

Personen die de cursus uitvoeren dienen kennis te hebben van psychiatrische ziektebeelden en verslavingsproblematiek bij volwassenen en de gevolgen voor kinderen. Tevens moeten zij beschikken over goede (digitale) communicatieve vaardigheden (waaronder snel kunnen typen en primair kunnen reageren), didactische vaardigheden, computervaardigheden en moeten zij zich in kunnen leven in de leefwereld van jongeren. Het strekt tot aanbeveling dat de cursusbegeleider ervaring heeft met het uitvoeren van de preventieve *live* KOPP/KVO jongerencursus (16-25 jaar).

Kwaliteitsbewaking

Met iedere deelnemende organisatie sluit het Trimbos-instituut een samenwerkingsovereenkomst met licentie af waarin onder andere afspraken over het volgen van een verplichte training, deelname aan de intervisiebijeenkomsten en het werken volgens de handleiding zijn vastgelegd.

Er is een handleiding voor professionals beschikbaar die de cursus uitvoeren waarin de methodiek uitgebreid beschreven staat. Deze handleiding wordt alleen aangeboden aan de mensen die de bijbehorende training voor cursusbegeleiders hebben gevolgd. Na afloop van elke sessie evalueert de cursusleider deze (aanwezigheid cursisten, huiswerk gedaan, bijzonderheden) en aan het einde van de cursus wordt een eindevaluatie ingevuld door de cursusleider over de cursus (hiervoor zit een formulier in de handleiding). De deelnemers zelf evalueren aan het einde van een sessie kort de bijeenkomst aan de hand van de vragen 'Wat ging goed?' en 'Wat kan er beter?' Aan het einde van de laatste bijeenkomst wordt ook mondeling geëvalueerd (terugblik op alle bijeenkomsten en bespreking wat de deelnemers hebben geleerd) en wordt gecheckt of er behoefte is aan een terugkombijeenkomst.

Trimbos-instituut houdt als coördinator bij hoeveel cursisten er waren per groep. Trimbos-instituut monitort niet of de cursus wordt uitgevoerd zoals bedoeld en ook niet de uitkomsten van de evaluaties. Dit valt onder de verantwoordelijkheid van de deelnemende organisaties. De professionals die werken met de online cursus zijn in dienst van de deelnemende organisatie en verplichten zich daarmee zich te conformeren aan de kwaliteitscriteria van deze organisatie.

Het Trimbos-instituut organiseert een training van één dag. Daarnaast zijn er jaarlijks twee verplichte intervisiebijeenkomsten voor de cursusbegeleiders. Trimbos-instituut organiseert deze bijeenkomsten en dit gaat vaak vooraf aan een bijeenkomst van het Landelijk Preventieplatform KOPP. De intervisiebijeenkomsten van Kopstoring vallen samen met de intervisiebijeenkomsten van Kop Op Ouders omdat dit om dezelfde licentiepartners gaat. Op de intervisiebijeenkomsten worden casussen besproken en knelpunten en succesfactoren vanuit het primaire proces, zoals de werving en therapietrouw. Ook is er ruimte in het programma voor nieuwe wetenschappelijke en beleidsmatige inzichten.

In 2015 heeft Kopstoring het 'Online hulpstempel GGZ' verkregen en voldoet daarmee aan de hoogste norm van zorgvuldigheid inzake 'beveiliging en gegevensverwerking'.

Randvoorwaarden

In de Handleiding voor cursusbegeleiders (Leunissen et al., 2007) staan de randvoorwaarden voor succesvolle uitvoering van de interventie beschreven, zoals:

- Voldoende tijd maken voor inplannen van de cursus, uitvoeren van de screenings, regelen van locatie en geschikte computer, voorbereidingstijd, uitvoering cursus.
- Betrokken organisaties maken een PR-plan met een actieve wervingsstrategie.
- Zorgvuldige online screening van potentiële deelnemers.
- Het maximum aantal deelnemers is rond de zes jongeren.
- Er zijn huisregels opgesteld om de chatbijeenkomsten van de cursus zo aangenaam en werkzaam mogelijk te maken en er is een sanctiebeleid.
- Goed getrainde, inhoudelijke onderlegde en didactisch kundige professionals (die snel moeten kunnen typen en primair moeten kunnen reageren).

Implementatie

De landelijke implementatie vindt plaats via een training. Het Trimbos-instituut organiseert de training voor cursusbegeleiders. In de Handleiding voor cursusbegeleiders (Leunissen et al., 2007) staat alles over de achtergrond, werving, screening, opzet van de cursus, organisatie en draaiboek van de bijeenkomsten. Jaarlijks vinden er twee intervisiebijeenkomsten plaats (zie Kwaliteitsbewaking).

Er is twee keer per jaar een Landelijk Platform KOPP/KVO waar ervaringen worden uitgewisseld. Dit platform wordt gecoördineerd door het programma Publieke Geestelijke Gezondheid van het Trimbos-instituut. Geïnteresseerde instellingen kunnen zich aanmelden voor meer informatie bij het Trimbos-instituut.

De online cursus Kopstoring wordt aanbevolen als goede interventie in de richtlijn 'Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP) voor de jeugdhulp en jeugdbescherming. De richtlijnen voor jeugdhulp worden op een landelijke niveau actief geïmplementeerd in de praktijk via een lerend netwerk.

Kosten

Licentiepartners betalen een jaarlijks licentiebedrag aan het Trimbos-instituut (via een op-maat overeenkomst). De licentiekosten en vergoedingen worden ieder jaar vastgesteld op basis van veranderende wetgeving en financiering. Voor 2017 ging dit gemiddeld om 3500 euro per instelling. Hiervoor krijgen de instellingen toegang tot de backoffice van de website, online cursus, e-mailservice, helpdesk en training.

Sinds 2017 worden de uitvoeringsuren van de cursus vergoed door het Zorginstituut Nederland (ZINL), vanuit de regeling anonieme e-mental health. Een deelnemende instelling kan in 2017 een bedrag van €1500 per cursus declareren. Dit bedrag gaat uit van een vergoeding van 20 uur per chatboxcursus op niveau van een gz-psycholoog (€73 per uur) met gemiddeld zes cursisten. Voor de screening van een groep cursisten staat 4 uur, voor uitvoering van de 8 bijeenkomsten 16 uur (2 uur per bijeenkomst, ½ uur voorbereiding en 1 ½ uur uitvoering).

Wervingsuren en eventuele nazorg moeten vanuit een ander budget gefinancierd worden. Werving is vaak onderdeel van een algemene KOPP/KVO campagne in de gemeente of regio.

Het Trimbos-instituut financiert vanuit de licentie-opbrengsten hosting- en onderhoudskosten en technische updates van het aanbod, de coördinatie van het primaire proces, helpdeskfunctie voor de uitvoerders, innovatie, monitoring en onderzoek. Er kan aanvullend worden geacquireerd bij fondsen voor omvangrijkere aanpassingen en onderzoek. Trimbos-instituut verzorgt de jaarlijkse subsidieaanvraag bij ZINL.

3. Onderbouwing

Probleem

Aard en ernst.

KOPP/KVO-jongeren kampen vaak met problemen (Van der Zanden et al., 2017). Zo hebben ze vaker dan jongeren die niet in zo'n situatie opgroeien last van psychomatische klachten zoals hoofdpijn en buikpijn, agressief gedrag of ze cijferen zichzelf helemaal weg (aanpassing aan de wensen en behoeften van anderen). Daarnaast ontwikkelen ze vaak sterke schuld- en schaamtegevoelens (Bosch et al., 2017) en een extreem verantwoordelijkheidsgevoel (de jongere neemt de ouderenrol over: parentificatie, van Loon et al., 2017). Ze hebben in veel gevallen geringe copingvaardigheden, ze hebben bijvoorbeeld moeite met het uiten van emoties, vinden het lastig om hulp te vragen of kunnen moeilijk hun grenzen stellen. Ze zijn vaak minder sociaalvaardig dan leeftijdgenoten en functioneren dikwijls minder goed op school. Ze blijven bijvoorbeeld vaker zitten en/of ze verzuimen vaker van school of voltooien minder vaak een opleiding na het voortgezet onderwijs (Weissman et al., 2016; Bruland et al., 2017). Sommige KOPP/KVO-kinderen ontvluchten de thuissituatie door bijvoorbeeld weg te lopen of geen vrienden mee naar huis te nemen. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat KOPP/KVO-kinderen een verhoogd risico lopen om zelf ook psychische en/of verslavingsproblemen te ontwikkelen (Havinga et al., 2017; Hirshfeld-Becker et al., 2012; Weismann et al., 2016; Park & Schepp, 2015; Ramonowics et al., 2019). Uit effectonderzoek naar Kopstoring waarin depressieve klachten van de jongeren zijn gemeten met de Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) blijkt dat de jongeren vaak al last hebben van depressieve klachten (ze scoren gemiddeld rond het afkappunt voor depressie (16), Woolderink-Kamwendo, 2016).

Deze problemen kunnen een signalerende functie hebben voor professionals. Bij veel KOPP/KVO-kinderen worden deze signalen niet goed opgemerkt.

Een kind vertoont niet altijd (zichtbare) signalen. Dat betekent niet dat er geen verhoogd risico is op problemen op een later moment.

Gevolgen. Opgroeien in een gezin waarin een of beide ouders psychiatrische en/of verslavingsproblemen hebben kan voor een kind grote gevolgen hebben, zelfs tot in de volwassenheid. In vergelijking met jeugdigen die opgroeien bij psychisch gezonde ouders lopen KOPP/KVO-kinderen een drie tot dertien keer zo groot risico om zelf ooit een psychische stoornis en/of verslavingsproblematiek te ontwikkelen (Dean et al., 2010). Een recente studie van Havinga et al. (2017) laat zien dat 38 procent van de kinderen van ouders met een depressieve en/of angststoornis op 20-jarige leeftijd en 65 procent op 35-jarige leeftijd zelf een stemmings- of angststoornis heeft of heeft gehad. Wat recent onderzoek aantoonde, is dat de levensverwachting van kinderen van ouders met een depressie tot 8 jaar korter kan zijn dan van kinderen van ouders zonder psychopathologie (Weissman et al., 2016). Ook maken deze kinderen op volwassen leeftijd vaker een scheiding door dan kinderen van ouders zonder psychopathologie (Weissman et al., 2016).

Omvang van het probleem. Het Nemesis-onderzoek van het Trimbos-instituut is een grootschalig onderzoek naar de geestelijke gezondheid van de algemene bevolking in Nederland (De Graaf & van Dorsselaer, 2010). Uit het Nemesis-onderzoek van het Trimbos-instituut blijkt dat er op jaarbasis 405.000 mensen zijn met een psychische

aandoening en/of verslaving en met kinderen in de leeftijd tot 18 jaar. In totaal hebben deze ouders 577.000 kinderen onder de 18 jaar (De Graaf, ten Have & van Dorsselaer, 2010).

Oorzaken

Of een KOPP/KVO kind problemen ontwikkelt is afhankelijk van een aantal kind-, ouder-, en omgevingsfactoren. Uit onderzoek blijkt dat de kans op problemen toeneemt bij een cumulatie van risicofactoren, vaak in combinatie met een beperkte aanwezigheid van beschermende factoren (Hosman, van Doesem & van Santvoort, 2009).

Risicofactoren

In de literatuur is een groot aantal risicofactoren voor KOPP-kinderen beschreven (Hosman, Van Doesum & Van Santvoort, 2009; Dix & Meunier, 2009). Er kan onderscheid worden gemaakt tussen risicofactoren bij de jeugdige zelf (onder andere genetische aanleg, een moeilijk temperament, onveilige gehechtheid, parentificatie), bij de ouder(s) (onder andere de aanwezigheid van een ernstige en langdurige stoornis, een verstoorde ouder-kindinteractie), bij het gezin (onder andere financiële problemen, kindermishandeling) en in de omgeving (gebrek aan sociale steun, stigmatisering). Kinderen van wie beide ouders psychische problemen hebben, of de ouder al op jonge leeftijd van het kind ziek was, lopen een hoger risico. Meisjes lopen een hoger risico dan jongens (Havinga et al., 2017). Onderzoek naar specifiek KVO-kinderen laat zien dat kinderen die twee ouders hebben met een alcoholverslaving meer externaliserend gedrag vertonen dan kinderen waarvan één van de ouders een alcoholverslaving heeft (Hussong, Wirth, Edwards, Curran, Chassin, & Zucker, 2007).

Beschermende factoren

Ook beschermende factoren kunnen voorkomen op verschillende niveaus (Hosman, Van Doesum & Van Santvoort, 2009). Belangrijke beschermende factoren op het niveau van het kind zijn goede copingvaardigheden (Cairns, Yap, Pilkington, & Jorm, 2014), sociale redzaamheid (Van Doesum, Frazer & Dhondt, 1995; Hermanns et al., 2005), zelfkennis en inzicht van de jongere in de problemen van de ouder (Beardslee, 2002; Grove et al., 2017). Bij de ouder speelt de capaciteit om ondanks de problemen goed voor het kind te kunnen blijven zorgen een rol. Op het niveau van het gezin en de samenleving zijn een goede ouder-kind relatie (Elgar, Mills, McGrath, Waschbusch, Brownridge, 2007; Isolbel, Meehan & Pretty, 2016), goed gezinsfunctioneren (Havinga et al., 2017) en een ondersteunend sociaal netwerk (Houkes & Klok, 2009) belangrijke beschermende factoren. Dankzij een onderzoek van de Kinderombudsman (Verheul, de Jong & Baracs, 2018) is nu ook goed in kaart gebracht wat kinderen zelf aangeven wat bij hun werkt. Zowel KOPP- als KVO-kinderen vragen aan betrokken volwassenen om alert te zijn op hun signalen, oog te hebben voor de behoeften van kinderen, in gesprek te gaan met de kinderen, kinderen te ontlasten in de zorg voor de ouder en hen serieus te nemen als ervaringsdeskundige. Tevens vinden zowel KOPP als KVO-kinderen het belangrijk dat ze een goede relatie hebben met vrienden en familieleden. Dit helpt ze om zich normaal en verbonden te voelen (Park & Schepp, 2015, Leahy, 2015; Drost, van der Krieke, Sytema & Schippers, 2016).

Aan te pakken factoren

De te beïnvloeden beschermende factoren op het niveau van de jongere vormen de pijlers van Kopstoring. De online cursus richt zich op het versterken van een ondersteunend netwerk of vertrouwenspersoon, het bevorderen van een reële kijk van het kind op zichzelf en de ouder en het versterken van de copingvaardigheden en sociale redzaamheid van het kind.

Alle drie de subdoelen die onder 1.2 zijn genoemd horen bij deze beschermende factoren:

- 1) doorbreken sociaal isolement
- 2) bevorderen van een reële kijk op zichzelf en de ouder
- 3) aanleren van vaardigheden om goed voor zichzelf te (blijven) zorgen

Verantwoording

De beïnvloedbare risicofactoren en beschermende factoren vormen aangrijpingspunten voor preventie. Bij Kopstoring is voor een aantal te beïnvloeden beschermende factoren gekozen. Deze factoren komen terug in verschillende KOPP-interventies. De meta-analyses van Siegenthaler et al. (2012) en Tanhauser et al. (2017) op KOPP-gebied tonen het positieve effect aan voor KOPP-kinderen van interventies die gericht zijn op het vergroten van kennis en begrip bij de jongere ten aanzien van de ouderlijke problematiek en op het bevorderen van copingvaardigheden. Beschermende factoren specifiek voor KVO-kinderen zijn onderbelicht in de literatuur; gepleit wordt om hier meer onderzoek naar te doen (Wlodarczyk, O, Schwarze, M., Rumpf, H.J., Metzner, F. & Pawils, S. (2017).

Hieronder is kort aangegeven aan de hand van de drie subdoelen op welke wijze hier in de cursus aan gewerkt wordt.

1. Doorbreken sociaal isolement

In de gespreksgroepen wisselen de jongeren ervaringen met elkaar uit, reageren op elkaar en geven elkaar tips. Vanuit de Social Information Processing Theory weten we dat online ook goede relaties ontwikkeld kunnen worden, maar dit kan iets meer tijd kosten dan bij face-to-face contact omdat belangrijke nonverbale signalen ontbreken (Walther, 1992). Daarom wordt in de groep ruim de tijd genomen voor elkaars verhalen en elkaar te leren kennen. Dit biedt de jongere herkenning, begrip en steun (in alle bijeenkomsten). Tijdens de chatbijeenkomsten wordt gesproken over de thuissituaties van de jongeren (bijeenkomst 1: alle deelnemers vertellen iets over zichzelf en over hun gezin), krijgen jongeren inzicht in hun sociale netwerk (bijeenkomst 6: In kaart brengen van het huidige sociale netwerk én de gewenste situatie) en worden de jongeren gestimuleerd steun te zoeken, bijvoorbeeld door het versterken van het bestaande ondersteunende netwerk (bijeenkomst 7: hulp vragen middels een zes-stappen methode) of het zoeken naar een vertrouwenspersoon. Uit empirisch onderzoek blijkt dat er een positieve relatie is tussen sociale steun ontvangen en het welbevinden van een jongere en dat deze relatie sterker wordt naarmate het kind ouder wordt (Chu, Saucier & Hafner, 2010). Kopp-kinderen geven zelf aan het belangrijk te vinden dat ze een goede relatie hebben met vrienden en familieleden. Dit helpt ze om zich normaal en verbonden te voelen (Leahy, 2015; Drost et al., 2016). Hetzelfde geldt voor kvo-kinderen (Park & Schepp, 2015

2. Bevorderen van een reële kijk op zichzelf en de ouder.

De jongeren krijgen informatie over de ziekte van hun ouder via de site, via de email in de vorm van huiswerkopdrachten, van de cursusbegeleiders en van elkaar (psycho-educatie). Aan de hand van verschillende werkvormen leren ze meer over hun rol in het gezin (bijeenkomst 2: in welke rollen herkennen de kinderen zich) en begrijpen ze de invloed die de zieke ouder heeft in de ouder-kind interactie (bijeenkomst 2: door het lezen en vertellen van ervaringsverhalen). Door herkenning en erkenning bij elkaar en het delen van kennis en ervaring vergroten zij hun zelfkennis. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat erkenning voor problemen, informatie krijgen over de ziekte van

de ouder en het leren praten over de ziekte en de gevolgen in belangrijke mate bijdraagt aan het welbevinden van de kinderen (Hosman, van Doesum, & van Santvoort, 2009; Siegenthaler et al., 2012; Tanhasuer et al., 2017). Het risico op de ontwikkeling van psychopathologie bij het kind vermindert wanneer het kind kennis heeft van de problematiek van de ouder (Beardslee, 2002; Grove et al., 2017). Op deze manier kan het kind beter begrijpen wat er met de ouder aan de hand is, en dat het probleem niet aan hem of haar ligt. Kinderen zelf ervaren dat informatie over de psychopathologie voor hun heeft geholpen om om te gaan met de situatie (Drost et al., 2017).

3. Aanleren van vaardigheden om goed voor zichzelf te (blijven) zorgen.

De onderdelen die dit subdoel behandelen zijn voor een groot deel gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (Beck, 1979) en de copingtheorie van Lazarus en Folkman die stelt dat psychische kwetsbaarheid in belangrijke mate bepaald wordt door de wijze waarop iemand met problemen en stress omgaat, zgn. copingstrategieën (1984). Het vergroten van copingvaardigheden bij kopp-kinderen heeft een positief effect (Siegenthaler et al., 2012; Tanhasuer et al., 2017).

Interventies gebaseerd op cognitieve gedragstherapie zijn effectief in het voorkomen of verminderen van depressieve symptomen bij jongeren (Stice, Shaw, Bohon, Marti, & Rohde, 2009; Van der Zanden et al., 2012). Met deze methode leren ze negatieve gedachten die ze hebben, bijvoorbeeld in de omgang met hun zieke ouder, om te buigen naar positieve gedachten zodat ze daar een beter gevoel van kunnen krijgen (bijeenkomsten 3, 4 en 5).

Het gebruik van goede copingstrategieën, zoals het uiten van gevoelens en het cognitief onschadelijk maken van negatieve gedachten, werkt beschermend tegen depressie (Cairns, Yap, Pilkington, & Jorm, 2014; Herman-Stahl & Petersen, 1996). In de cursus leren de jongeren door te praten met elkaar en door middel van verschillende huiswerkopdrachten (zodat ze er echt mee aan de slag gaan in het dagelijks leven) hun gevoelens over de thuissituatie te herkennen, te uiten en te benoemen. Ook leren ze met deze vaardigheden hoe ze met reacties uit de omgeving om kunnen gaan. Op deze manier wordt de sociale redzaamheid van de jongeren verstrekt.

Voor de online groepscursus Kopstoring is het gestandaardiseerde live cursusprogramma (Verdoold, van der Stappen, van Dijk & van der Zanden, 2007) herschreven in digitale vorm. Ter aanvulling zijn enkele onderdelen van de effectieve Grip op je dip online cursus (Gerrits, Niewijk, Sas, Visscher & van der Zanden, 2006) toegevoegd vanwege de positieve ervaringen met deze onderdelen. Dit zijn onderdelen die vaak worden toegepast in de cognitieve gedragstherapie en helpen bij het aanleren van vaardigheden om voor zichzelf te (blijven) zorgen (subdoel 3). Het eerder beschreven 'rondje positief' is een voorbeeld van een werkvorm die overgenomen is van de Grip op je dip online cursus. De deelnemers vertellen elkaar dingen die ze waarderen van zichzelf, die anderen van hen waarderen en waar ze trots en dankbaar voor zijn. Dit helpt bij het stimuleren van positieve cognities en het hebben van een goede gevoel over jezelf.

Een ander voorbeeld is het 'lijstje leuke dingen doen'. Dit is een lijst van allerlei dingen die je kunt doen, bijvoorbeeld 'naar een popconcert gaan', 'over voetbal praten' of 'aan iets goeds in de toekomst denken'. De deelnemers kunnen aankruisen welke dingen van de lijst ze leuk vinden om te doen en maken een plan om hier meer te van gaan doen. Ze kunnen ook zelf activiteiten toevoegen. Gedragsactivatie, waar dit onderdeel onder geschaard kan worden, is een vast onderdeel in interventies die zijn gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. Het gepland doen van leuke dingen geeft afleiding, een goed

gevoel/energie en een breder gedragsrepertoire. Hiermee wordt de veerkracht van de jongere opgebouwd.

Ook is een onderdeel uit de Assertiviteitstraining van de Jutters, een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie (Dibbits, Van der Geld, Sas & Verhoeff, 2004) toegevoegd, namelijk de zes-stappen methode voor het vragen van sociale steun. Hiermee wordt de steun vanuit het netwerk uitgebreid. Ook dit valt onder subdoel 3, het aanleren van vaardigheden om voor zichzelf te (blijven) zorgen. Het actief vragen van hulp is een belangrijke copingvaardigheid. Een jongere blijft niet alleen met een probleem zitten maar betreft een significante volwassene hierbij. Samen gaan ze op zoek naar een oplossing van het probleem en/of de jongere heeft een uitlaatklep bij moeilijke situaties of emoties. De zes-stappen methode is een schema waarin concrete stappen staan die je kunt doorlopen bij het vragen naar steun. Stap 1 bestaat bijvoorbeeld uit het kiezen van een geschikt moment om sociale steun te vragen. Daarbij staat aangegeven hoe de deelnemer dat kan doen: "Heb je even tijd voor me?" of "Ik moet even wat aan je vragen. Komt dat uit?" De laatste stap bestaat uit het afronden van het gesprek, waarbij tevens wordt aangegeven hoe dat gedaan kan worden: "Goed dat ik weet dat ik bij je terecht kan als het nodig is" of "Fijn dat je met me wilt meedenken". De deelnemers hoeven niet alle zes de stappen te doorlopen, maar kunnen ook volstaan met enkele stappen hieruit. Doordat heel concreet, eerst in woorden en daarna in een situatie uit het dagelijks leven, wordt geoefend, kan het makkelijker worden voor de deelnemer om daadwerkelijk hulp te vragen als dit in de toekomst nodig is.

Online hulpverlening

Zoals eerder al aangegeven blijkt uit landelijk onderzoek dat KOPP/KVO jongeren met het huidige *live*-aanbod en informatievoorziening onvoldoende worden bereikt (De Jonge & Ruiters, 2010). Om op een laagdrempelige manier aan te sluiten bij de belevingswereld van jongeren is het digitale aanbod van Kopstoring ontwikkeld. Bijna 100 procent van de Nederlandse jongeren in de leeftijd van 12 tot 24 jaar heeft thuis toegang tot het internet (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2016). Juist jongeren communiceren erg veel via de computer en zoeken via deze weg informatie. De ervaringen laten zien (oa. www.gripopjedip.nl) dat dergelijke websites in een behoefte voorzien: namelijk een plek waar jongeren anoniem over hun emoties en ervaringen kunnen praten, zich in anderen herkennen en vrijblijvend tips en informatie kunnen lezen en uitwisselen.

Het anonieme aspect van de cursus zou juist jongeren waarbij schaamte, ontkenning en onwetendheid rondom psychische ziektes een rol kan spelen, kunnen betrekken (Riper et al., 2013). Het volgen van een online cursus heeft diverse voordelen. Men hoeft het huis niet uit om de cursus te volgen, de cursus kan buiten werk/schooltijd gevolgd worden, er is geen reistijd en reiskosten, en er is geen kans om bekenden tegen te komen in de wachtkamer. Daarnaast verlaagt de virtuele hulpverlener mogelijk de drempelvrees voor een *live* aanbod bij latere hulpvragen. Het online groepsaanbod biedt de jongere support van de cursusleider, maar ook van de andere cursisten. Het nadeel van een online groepscursus is dat jongeren op hetzelfde tijdstip aanwezig moeten zijn. Mocht dit een bezwaar zijn voor de jongere, dan kan deze via de emailservice van Kopstoring individuele ondersteuning krijgen van een preventiewerker.

Huiswerk

Na iedere bijeenkomst krijgen de cursisten huiswerk, zodat ze het geleerde kunnen toepassen in de praktijk. In een meta-analyse naar effectbepalende factoren bij

depressiepreventie voor jongeren blijkt dat het doen van huiswerk een belangrijke factor is in de effectiviteit van een interventie (Stice et al., 2009).

Timing van programma

Kopstoring is bestemd voor jongeren op de rand naar volwassenheid, wat eigen ontwikkelingstaken met zich meebrengt (loskomen van de ouders en een eigen leven opbouwen) die bemoeilijkt kunnen worden door de specifieke situatie waarin de jongeren zich bevinden. In de cursus worden vaardigheden behandeld, zoals constructief leren denken en hulp durven vragen, die jongeren kunnen helpen in hun weg naar zelfstandigheid en met het versterken van hun veerkracht zodat psychische klachten op een later moment voorkomen kunnen worden. Uit onderzoek blijkt dat juist voor de wat oudere adolescenten preventieve interventies effectief zijn in het voorkomen van depressie (Stice et al. 2009).

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Procesevaluatie van Kopstoring via ggz-instellingen

a) Proceसेvaluatie Kopstoring – Een onderzoek naar de preventieve online groeps cursus voor jongeren van 16 – 25 jaar, van der Veen en van der Zanden, 2007.

b) Opzet: Tussen september 2006 en juni 2007 zijn er acht chatboxcursussen uitgevoerd door verschillende ggz-instellingen. Voor- en nametingen zijn gedaan met de Effect Evaluatie Vragenlijst (EVVL) (Huijnen & Valkenberg, 2005) waarbij is gekeken naar effecten op twaalf schalen waaronder de relatie met de ouder met problematiek; rol in ouderlijke conflicten en omgaan met gedrag van ouder met problematiek. Daarnaast zijn tevredenheidsvragenlijsten afgenomen bij de jongeren.

c) Uitkomsten: Er waren 48 aanmeldingen tijdens de wervingsperiode, waarvan na screening 36 cursisten overbleven. Tien van deze 36 cursisten hebben niet alle acht sessies bijgewoond; 26 van de 36 cursisten hebben de volledige cursus gevolgd, waarmee de therapietrouw uitkomt op 72,2 procent. Dit is een heel gunstig resultaat voor een preventieve e-mental health interventie en zeker voor jongeren. De voor- en nametingen met de EEVL (n = 18) laten een significante afname zien op vijf schalen: de band tussen cursisten en de ouder met psychiatrische of verslavingsproblematiek is verbeterd, er is een afname van parentificatie, cursisten nemen minder een 'te volwassen' rol in, cursisten gaan beter om met het gedrag van hun ouder met problematiek, cursisten ervaren minder negatieve gevoelens ten gevolge van de psychiatrische of verslavingsproblematiek van hun ouders, en cursisten hebben een hogere zelfwaardering en een positiever toekomstbeeld gekregen. Of deze verbeteringen toe te schrijven zijn aan de cursus is op grond van deze studie niet vast te stellen; daarvoor is een ander onderzoeksdesign noodzakelijk. Wel geven veel jongeren zelf aan dat naar hun mening de cursus heeft bijgedragen aan deze verbeteringen. Tevredenheid: De jongeren waarderen de cursus met gemiddeld een 7,7. De anonimiteit, het thuis vanachter je computer deelnemen, de onderlinge herkenning en het cursustijdstip ('s avonds) worden hoog gewaardeerd. De cursisten zijn tevreden over de aanmeldprocedure en over de betrokkenheid en feedback van de cursusleiding. Ook de cursusleiders waren zeer tevreden over hun ervaringen met het geven van de online cursus.

Uit de procesevaluatie kwamen ook verbeterpunten naar voren die verwerkt zijn in het Kopstoring aanbod. De volgende zaken zijn doorgevoerd en aangepast:

- Techniek: De berichten sneller plaatsen en half uur voor aanvang van de cursus een SMS over van start gaan cursus.
- Vormgeving van de chatbox: deze is aantrekkelijker gemaakt door toevoegen van kleur en beeldmateriaal.
- Aanmelding: Cursusleiders bieden de cursisten mogelijkheid van telefonisch contact.
- Samenstelling van de groep: starten met een groep van 6 deelnemers blijkt de ideale grootte, mede gezien het feit dat niet alle deelnemers bij iedere sessie aanwezig zijn.
- Inhoud cursus: de toelichting op het GGG-schema is verduidelijkt.
- Training voor cursusleiders: als voorwaarde is gesteld dat nieuwe cursusleiders de training volgen.

Procevaluatie van Kopstoring als onderdeel van de gerandomiseerde trial

a) An Online Health Prevention Intervention for Youth with Addicted or Mentally Ill Parents: Experiences and Perspectives of Participants and Providers from a Randomized Controlled Trial, Woolderink et al., 2010 (design artikel), Woolderink et al., 2015 (artikel over de procevaluatie), Woolderink-Kamwendo, 2016 (dissertatie, hoofdstuk 3).

b) Opzet: Als onderdeel van een gerandomiseerde trial zijn ook verwachtingen en ervaringen van deelnemers aan de Kopstoring online groepscursus verzameld. Er zijn diepte-interviews gehouden met dertien deelnemers (16-25 jaar) en vier uitvoerders.

c) Uitkomsten: Analyses van de diepte-interviews lieten zien dat de cursus zeer gewaardeerd wordt door de deelnemers alsmede door de uitvoerders. De ervaringen van de deelnemers waren in lijn met hun verwachtingen. Er waren vijf thema's, namelijk: de achtergrond van deelnemers en inschrijving, ervaringen met de interventie, technische aspecten van online hulpverlening en Kopstoring, en onderzoeksaspecten. Het online aspect van de cursus, dat de privacy en anonimiteit van de deelnemer waarborgt, werd als sleutel component benoemd in de positieve beoordeling van de cursus. Obstakels die ervaren werden door deelnemers, lagen vooral op technisch vlak. Daarnaast werden sommige aspecten van het onderzoek (zoals het risico om op een wachtlijst te komen, het versturen van schriftelijke toestemmingsformulieren, en in geval van minderjarigheid het verkrijgen van ouderlijke toestemming) als barrière gezien. In de procevaluatie zijn ook data verzameld middels diepte-interviews met de uitvoerders van de Kopstoring cursus. Deze data laten zien dat de geïnterviewde uitvoerders (professionals) zich vertrouwd voelen met de inhoud van de cursus en de online uitvoer ervan, ze benadrukken de goede kwaliteit van de inhoud van het draaiboek. De uitvoerders hebben sommige onderzoekscomponenten als obstakels ervaren en vonden dit dan ook een belemmering voor een goede uitvoering (randomisatie, de wachttijd, de screeningsprocedure van het onderzoek en de in- en exclusie criteria van het onderzoek). De uitvoerders brachten verder ideeën voor verbetering aan waaronder een nauwere samenwerking van onderzoeksteam en praktijk.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Gerandomiseerde trial naar de effectiviteit van Kopstoring

a) Clinical effectiveness of an online preventive programme for adolescents with mentally ill or addicted parents: an online randomized controlled trial, Woolderink et al., 2010 (design artikel), Woolderink et al., 2016 (submitted for publication, artikel over de trial), Woolderink-Kamwendo, 2016 (dissertatie, hoofdstuk 4).

b) In deze studie zijn 104 KOPP/KVO adolescenten in de leeftijd van 16 tot 25 jaar willekeurig verdeeld over de Kopstoring (n = 55) en een wachtlijst controle conditie (n = 49), waarin deelnemers gebruik maken van 'normale zorg'. De deelnemers op de wachtlijst konden na zes maanden gebruik maken van de cursus. In totaal kwamen 252 jongeren in aanmerking en zijn ook gerandomiseerd. Echter, 122 jongeren gaven alleen online en geen schriftelijk informed consent (wat een eis was van de medisch-ethische commissie), waardoor zij niet meegenomen konden worden in het onderzoek. Primaire uitkomsten waren internaliserende (depressie en angst) en externaliserende (gedragsproblemen, hyperactiviteit) klachten zoals gemeten met de Youth Self Report en secundaire uitkomst waren depressieve klachten zoals gemeten met de Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). Metingen zijn gedaan op baseline, na

drie maanden en na zes maanden na de start van de interventie. Alleen de follow-up van drie maanden is meegenomen in de analyse omdat zeer weinig respondenten de vragenlijst na zes maanden hadden ingevuld (n = 31, 29.8%).

c) Uitkomsten: Intention-to-treat analyse laat zien dat er geen statistisch significant verschil wordt gevonden tussen de twee groepen in termen van internaliserende en externaliserende symptomen en depressie. Dit kan mogelijk het gevolg zijn van een powerprobleem (zie b). Er was wel een positieve tendens tot verbetering te zien bij de interventiegroep op de internaliserende schalen en de totaalscore van de YSR en op de CES-D. Bij een completers only analyse waren de effecten op de YSR internaliserende schaal en totaalscore significant. De therapietrouw van de deelnemers was heel hoog: 85.5% (n = 47) heeft hooguit één of twee sessies (van de negen sessie) gemist. Gezien de methodologische, medisch-ethische en juridische problemen dienen de resultaten van deze klinische effectstudie met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. De onderzoekers doen aanbevelingen om onderzoek onder jonge mensen, en zeker onder KOPP/KVO kinderen, die deelnemen aan anonieme eHealth interventies beter mogelijk te maken. In het huidige onderzoek was de eis van een schriftelijk informed consent een grote belemmering voor de inclusie (veel jongeren wonen nog thuis, willen op anonieme basis deelnemen aan de cursus en onderzoek en willen zeker geen brief thuisgestuurd krijgen). Ook mogen jongeren van 16 tot 18 jaar nog niet zelf beslissen of zij aan een onderzoek meedoen en moeten hiervoor toestemming krijgen van hun ouders. Hier is een voorstel voor een wetwijziging van de WMO ingediend en goedgekeurd bij de Eerste en Tweede kamer (Woolderink, van Asselt, van Schayck, & van Wijmen (2014).

Tot nu toe is er nog geen ander gepubliceerd effectonderzoek naar online interventieprogramma's voor KOPP/KVO kinderen. Wel zijn effectstudies gedaan naar *live* groepscurssussen. Verscheidene van deze groepsinterventies hebben een significante positieve impact op de mentale gezondheid, wat te zien is bijvoorbeeld in vermindering van de emotionele problematiek en psychische klachten of verbetering van copingvaardigheden (zie literatuurreview van Reupert et al., 2012). In Zweden vindt op dit moment een gerandomiseerde effectstudie plaats van een vertaalde versie van de online groepscurssus Kopstoring (Elgán et al., 2016). Er zijn nog geen resultaten. Wel is duidelijk dat deze Zweedse onderzoekers vergelijkbare problemen ondervinden als andere onderzoeksgroepen in Nederland met de inclusie van de KOPP/KVO jongeren.

5. Samenvatting Werkzame elementen

Inhoudelijke elementen

- Kopstoring grijpt in op de belangrijkste en beïnvloedbare beschermende factoren bij KOPP/KVO- jongeren: goede copingstrategieën, zelfkennis en inzicht van de jongeren in de problemen van de ouder en bij zichzelf, en een ondersteunend sociaal netwerk.
- Kopstoring is voor een groot deel gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische principes die effectief blijken te zijn in het voorkomen van depressieve klachten bij jongeren.
- De interventie bespreekt belangrijke thema's waar KOPP/KVO-jongeren mee te maken krijgen: bespreekbaar maken van de thuissituatie, de eigen rol in het gezin, de psychische en/of verslavingsproblemen van de ouder, het sociale netwerk en de toekomst.
- Het aanbod is goed getimed, in die zin dat de interventie wordt aangeboden in een levensfase (adolescentie) waarin jongeren voor de taak staan een zelfstandig leven op te bouwen en los te komen van de ouders, een fase die juist voor KOPP/KVO-jongeren gepaard kan gaan met problemen.
- Het online aspect sluit goed aan bij de digitale leefwereld van jongeren. Ze kunnen anoniem en gratis deelnemen aan de cursus (laagdrempelig).

Praktische elementen

- De deelnemers krijgen iedere week huiswerkopdrachten zodat de transfer naar het dagelijks leven wordt bevorderd.
- Een veilig groepsgevoel en daarmee optimale leeromgeving wordt gecreëerd door een uitgebreide kennismaking met elkaar, het stimuleren van het delen van ervaringen en door het samen vaststellen van heldere regels hoe met elkaar omgegaan wordt.
- De jongeren worden tijdens de cursus gestimuleerd onderling op elkaar te reageren. Ze geven tips en steun aan elkaar. Ze leren hiermee hun gevoelens te uiten en vinden herkenning en erkenning voor hun situatie.
- Begeleiding door een professional (meestal een psycholoog of orthopedagoog).
- De cursusbegeleiders van Kopstoring ontvangen een training en er zijn jaarlijks intervisiebijeenkomsten.

6. Aangehaalde literatuur

Beardslee, W.R. (2002). *Out of the darkened room. When a parent is depressed protecting the children and strengthening the family.* Boston, Little Brown and Company.

Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press.

Bosch, A., Riebschleger, J., & van Loon, L. (2017). Dutch youth of parents with a mental illness reflect upon their feelings of guilt and shame. *International Journal of Mental Health Promotion, 19*(3), 159–172. <https://doi.org/10.1080/14623730.2017.1315955>

Bruland, D., Pinheiro, P., Bröder, J., Okan, O., Carvalho, G. S. de, Saboga-Nunes, L., ... Bauer, U. (2017). Teachers' supporting students with parents having mental health problems. A scoping review. *International Journal of Case Studies, 6*(9), 1–15. Retrieved from <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/46661>

Cairns, K. E., Yap, M. B. H., Pilkington, P. D., & Jorm, A. F. (2014). Risk and protective factors for depression that adolescents can modify: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders, 169*, 61-75.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2016). *Statline 'Toegang tot internet.* CBS: Den Haag/Heerlen.

Chu, P. S., Saucier, D. A., & Hafner, E. (2010). Meta-Analysis of the Relationships Between Social Support and Well-Being in Children and Adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology, 29*, 624-645.

Dean, K., Stevens, H., Mortensen, P. B., Murray, R. M., Walsh, E., & Pedersen, C. B. (2010). Full Spectrum of Psychiatric Outcomes Among Offspring With Parental History of Mental Disorder, August 2010, Dean et al. *Archives of Genetic Psychiatry, 67*(8), 822–829.

Dibbits, T., Geld, R. van der, Sas, S., & Verhoeff, S (2004). *Assertiviteitstraining De Jutters.*

Dix, T. & Meunier, L.N. (2009). Depressive symptoms and parenting competence: An analysis of 13 regulatory processes. *Developmental Review, 29* (1), 45–68.

Doesum, K., van, Frazer, W. & Dhondt, M. (1995). *Kinderen van ouders met psychiatrische problemen. Een studie naar preventieve interventies.* Utrecht: Landelijke Ondersteuning Preventie/Trimbos-instituut.

Doesum, van, K.T.M., Riksen-Walraven, M.J., Hosman, C.M.H & Hoefnagels, C. (2008). A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. *Child Development, 79* (3), 547-561.

Drost, L. M., van der Krieke, L., Sytema, S., & Schippers, G. M. (2016). Self-expressed strengths and resources of children of parents with a mental illness: A systematic review.

International Journal of Mental Health Nursing, 25(2), 102–115.
<https://doi.org/10.1111/inm.12176>

Elgán, T. H., Kartengren, N., Strandberg, A. K., Ingemarson, M., Hansson, H., Zetterlind, U., & Gripenberg, J. (2016). A web-based group course intervention for 15-25-year-olds whose parents have substance use problems or mental illness: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC public health*, 16(1), 1011.

Elgar, F. J., Mills, R. S. L., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A., & Brownridge, D. A. (2007). Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: The mediating role of parental behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(6), 943-955.

Graaf, de, R., Have,ten, M. L., & van Dorsselaer, S. (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2: opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut.

Grove, C., Rietschleger, J., Bosch, A., Cavanaugh, D., & van der Ende, P. C. (2017). Expert views of children's knowledge needs regarding parental mental illness. *Children and Youth Services Review*, 79(June), 249–255. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.06.026>.

Havinga, P. J., Boschloo, L., Bloemen, A. J., Nauta, M. H., de Vries, S. O., Penninx, B. W., Schoevers, R.A., & Hartman, C. A. (2017). Doomed for Disorder? High Incidence of Mood and Anxiety Disorders in Offspring of Depressed and Anxious Patients: A Prospective Cohort Study. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(1), e8-e17.

Hermanns, J., Öry, F., Schrijvers, G., Junger, M. & Blom, M. (Inventgroep) (2005). Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Utrecht: Julius Centrum.

Herman-Stahl, M. & Petersen, A. C. (1996). The protective role of coping and social resources for depressive symptoms among young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 733-753.

Hirshfeld-becker, D. R., Ph, D., Micco, J. A., Ph, D., Henin, A., Ph, D., Biederman, J. (2012). Psychopathology in Adolescent Offspring of Parents With Panic Disorder, Major Depression, or Both: A 10-Year Follow-Up, (November), 1175–1184.

Hosman, C. M., van Doesum, K. T., & van Santvoort, F. (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental health*, 8(3), 250-263.

Houkes, A., & Kok, L. (2009). *Effectiviteit informele netwerken*. SEO Economisch Onderzoek

Huijnen, SEA, & Valkenberg, IMC (2005). Effect Evaluatie Vragenlijst (EEVL). Handleiding bij de Effect Evaluatie Vragenlijst voor KOPP/KVO preventiegroepen voor adolescenten. Nijmegen: Radboud Universiteit.

- Hussong, A., Wirth, R., Edwards, M., Curran, P., Chassin, L., & Zucker, R. (2007). Externalizing Symptoms among Children of Alcoholic Parents: Entry Points for an Antisocial Pathway to Alcoholism. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 529–542. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.3.529>.
- Isobel, S., Meehan, F., & Pretty, D. (2016). An Emotional Awareness Based Parenting Group for Parents with Mental Illness: A Mixed Methods Feasibility Study of Community Mental Health Nurse Facilitation. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(1), 35–40. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.10.007>
- Jonge, M. de & Ruiters, M. (2010). Aard en Omvang GGZ- en Verslavingspreventie 2008. Ontwikkelingen in de inhoud, organisatie en omvang van de GGZ- en verslavingspreventie. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leahy, M. A. (2015). Children of mentally ill parents: Understanding the effects of childhood trauma as it pertains to the school setting. *International Journal of Educational Research*, 71, 100–107. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2015.04.005>
- Leunissen, M., Rosenbrand, R., & Zanden, R. van der (2007). Online cursus Kopstoring. Een preventief groepsaanbod via internet voor jongeren (16-25 jaar) van ouders met psychische en/of verslavingsproblematiek (handleiding). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Loon Van, L., Van de Ven, M. O. M., Van Doesum, K. T. M., Hosman, C. M. H., & Witteman, C. L. M. (2017). Parentification, Stress, and Problem Behavior of Adolescents who have a Parent with Mental Health Problems. *Family Process*, 56(1), 141–153. <https://doi.org/10.1111/famp.12165>
- Park, S., & Schepp, K. G. (2015). A Systematic Review of Research on Children of Alcoholics: Their Inherent Resilience and Vulnerability. *Journal of Child and Family Studies*, 24(5), 1222–1231. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9930-7>.
- Ramoniwicz, M., Vande Voort, J., Shekunov, J., Oesterle, T., Thusuis, N.J., Rummans, T.A., et al. (2019). The effects of parental opioid use on the parent-child relationship and children's developmental and behavioral outcomes: a systematic review of published reports. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 13 (5). <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0266-3>.
- Reupert, A. E., Cuff, R., Drost, L., Foster, K., van Doesum, K. T., & van Santvoort, F. (2012). Intervention programs for children whose parents have a mental illness: a review. *Medical Journal of Australia*, 196(7), 18.
- Riper, H., Ballegooijen, W. V., Kooistra, L., Wit, J. D., & Donker, T. (2013). Preventie & eMental-health. Onderzoek dat leidt, technologie die verleidt, preventie die bereikt en beklijft. Kennissynthese 2013 in opdracht van ZonMw. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Dieren, van, Q, Rijckmans, M., Vingerhoeds, A. (2010). *Therapietrouw bevorderende maatregelen binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg: een overzicht*. GZ-Psychologie 3: 28-33.

Siegenthaler, E., Munder, T., Egger, M. (2012). Effect of Preventive Interventions in Mentally Ill Parents on the Mental Health of the Offspring: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(1).

Spek, V., Cuijpers P., Nyklicek I., Riper, H., & Pop V. (2007). Internet-based cognitive behavior therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol Medicine*, 37 (3): 319-328.

Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C. N., & Rohde, P. (2009). A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: Factors that predict magnitude of intervention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 486-503.

Tanhauser, T., Lemmer, G. de Girolamo G., Christiansen, H. (2017). Do preventive interventions for children of mentally ill parents work? Results of a systematic review and meta-analysis. *Curr Opin Psychiatry*, 30:283-299.

Veen, C. van der & Zanden, R. van der (2007). Procevaluatie Kopstoring. Een onderzoek naar de preventieve online groeps cursus voor jonge ren van 16-25 jaar. Utrecht: Trimbo-instituut.

Verdoold, C. Stappen, M. van der., Dijk, N. van & Zanden, R. van der (2007). Opgroeien bij ouders met psychische- of verslavingsproblemen. Cursistenmap Preventief groepsaanbod voor jongeren van 16 t/m 25 jaar. Utrecht: Trimbo-instituut.

Verheul, R., de Jong, A., & Baracs, M. (2018). *Hoor je mij wel. Kinderen van ouders met een ziekte, verslaving of beperking*. Kinderombudsman. Retrieved from: <https://www.dekinderombudsman.nl/ul/cms/fck-uploaded/HoorjemijwelTijdlijnwebversie.pdf>

Walther, J. B. (1992). Interpersonal effects in computer-mediated interaction: A relational perspective. *Communication Research*, 19, 52-90.

Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Gameroff, M. J., Warner, V., Pilowsky, D. J., Gathibandhe Kohad, R., Talati, A. (2016). Offspring of Depressed Parents : 30 Years Later. *American Journal of Psychiatry*, 173:10(October), 1-9. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15101327>

Wlodarczyk, O, Schwarze, M., Rumpf, H.J., Metzner, F. & Pawils, S. (2017). Protective mental health factors in children of parents with alcohol and drug use disorders: A systematic review. *PLoS One*. 13;12(6):e0179140. doi: 10.1371/journal.pone.0179140.

Woolderink, M., Smit, F., van der Zanden, R., Beecham, J., Knapp, M., Paulus, A., & Evers, S. (2010). Design of an internet-based health economic evaluation of a preventive group-intervention for children of parents with mental illness or substance use disorders. *BMC Public Health*, 10(1), 470.

Woolderink, M., van Asselt, A.D., van Schayck, C.P., van Wijmen, F.C. (2014). E-research: problemen rond anonimiteit en toestemming. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2013;157(51): A6828.

Woolderink, M., Bindels, J. A., Evers, S. M., Paulus, A. T., van Asselt, A. D., & van Schayck, O. C. (2015). An online health prevention intervention for youth with addicted or mentally ill parents: experiences and perspectives of participants and providers from a randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 17(12).

Woolderink-Kamwendo, M. (2016). Mind the gap: evaluation of an online preventive programme for adolescents with mentally ill or addicted parents. Dissertation, University of Maastricht.

Woolderink, M., van Asselt, A., van Kuijk, S., Evers, S., van der Zanden, R., Paulus, A., Smit, F., & van Schayck, C.P. (2016). Clinical effectiveness of an online preventive programme for adolescents with mentally ill or addicted parents: an online randomized controlled trial. *Manuscript submitted for publication*.

Van der Zanden AP, Kramer J, Gerrits R, Cuijpers P (2012). Effectiveness of an online group course for depression in adolescents and young adults: a randomized trial. *Journal of Medical Internet Research* 14, e86.

Zanden, van der, R., Meeuwissen, J., Havinga, P., Meije, D., Konijn, C., Beentjes, M., Besselink, R., Celi, P., van Dijk - van Hartkamp, J., van Doesum, K., van den Meerendonk, M., Tesselaar, S., & Hosman, C. (2017). Richtlijn Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP), 3^e herziene druk. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging voor pedagogen en onderwijskundigen.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Kenniscentrum Sport & Bewegen, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

