



# HANDREIKING KOPP/KVO

Handreiking voor gemeenten bij de ondersteuning van kinderen van ouders met psychische problemen en kinderen van verslaafde ouders

De komende jaren vinden er voor gemeenten enkele belangrijke stelselwijzigingen plaats, zoals de decentralisatie van alle vormen van jeugdhulp, waaronder de jeugd-ggz. Gemeenten krijgen meer verantwoordelijkheden op het gebied van zorg en ondersteuning aan verschillende groepen jeugdigen met een breed scala aan problemen. KOPP/KVO is één van die groepen. KOPP staat voor Kinderen van Ouders met Psychische Problemen; KVO voor Kinderen van Verslaafde Ouders.

## 1.1 Gemeenten en KOPP/KVO

Gemiddeld heeft in elke gemeente ongeveer 17% van de kinderen onder de 18 jaar een ouder met een psychisch probleem of een verslaving. Niet al deze kinderen hebben professionele zorg nodig. Een deel redt zich prima, ondanks de situatie, of heeft voldoende steun in de omgeving. Voor een ander deel is ondersteuning echter wel gewenst en ook van belang voor het voorkomen van verschillende psychosociale problemen. Gemeenten spelen in de organisatie van deze zorg een belangrijke rol.

## 1.2 Integrale benadering en KOPP/KVO

Een integrale benadering, waarbij gemeente, jeugd-ggz, verslavingszorg, jeugdzorg, jeugd-gezondheidszorg, welzijnswerk, onderwijs en andere partijen nauw samenwerken, is een belangrijke voorwaarde voor een adequate ondersteuning aan deze doelgroep. Een kind van een ernstig depressieve ouder kan soms bekend zijn bij de mentor op een school, maar nog niet bij de preventieprofessional van de instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Bijvoorbeeld omdat de ouder nog geen hulp heeft gezocht. Een goede samenwerking tussen deze partijen is daarom van groot belang om kinderen tijdige en passende steun te bieden. De gemeente kan deze samenwerking faciliteren.

De handreikingen [Integrale Zorg](#) en [Een goed begin is het halve werk](#) geven informatie over de wijze waarop een integrale aanpak op gemeentelijk niveau vormgegeven kan worden. Daarbij vormen de lokale [Nota Gezondheidsbeleid](#) en de lokale Nota Jeugdbeleid een belangrijke plek waarin het beleid rondom KOPP/KVO verankerd kan worden.

### 1.3 Handreiking KOPP/KVO

Om gemeenten te ondersteunen bij het organiseren van de zorg voor de KOPP/KVO groep biedt deze handreiking een overzicht van de belangrijkste kenmerken van deze groep. Daarnaast gaat de handreiking in op de mogelijkheden om deze groep preventief te ondersteunen en op de wetgeving die daarbij relevant is. Tevens geeft deze handreiking een overzicht van de belangrijkste aandachtspunten die relevant zijn bij deze doelgroep. Uw lokale instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg kunnen u meer vertellen over de aandachtspunten in uw gemeente.

## 2 Cijfers en feiten

Kinderen van ouders met een psychisch probleem en kinderen van ouders met een verslaving lopen een verhoogd risico om zelf ook een psychisch probleem of verslaving te ontwikkelen. Schattingen lopen uiteen van een drie tot dertien keer zo grote kans gedurende het leven. Daarnaast doen KOPP/KVO kinderen vijf keer vaker een beroep op de geestelijke gezondheidszorg dan kinderen van ouders zonder psychopathologie.

De problemen die kinderen ontwikkelen kunnen zich op verschillende manieren uiten. Kinderen kunnen zelf depressief worden of zich té verantwoordelijk gaan gedragen naar hun ouders toe, zogeheten parentificatie. Maar ook schooluitval, agressie of andere vormen van probleemgedrag kunnen ontstaan door de stress die het leven met een psychische zieke of verslaafde ouder oplevert. Op tijd ingrijpen kan dus op meerdere domeinen problemen voorkomen en op die manier voor een gemeente renderen. Voor meer informatie over de doelgroep is er de [Fatsheet KOPP/KVO](#).

Bron: Van Santvoort, F., Hosman, C., Van Doesum, K., & Janssens, J. (2011). Preventie programma KOPP/KVO onder vuur. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 1, 16-19.

#### Landelijk

- Landelijk hebben 577.000 kinderen onder de 18 jaar een ouder met een psychische aandoening en/of een verslaving.
- Daarvan zijn 423.000 kinderen 12 jaar of jonger.
- 96% van de KOPP/KVO kinderen heeft een ouder met één of meer psychische aandoeningen zoals een depressie of angststoornis.
- 4% heeft een ouder met een alcohol- of drugsverslaving, veelal gecombineerd met een andersoortige psychische aandoening.

## 3 Lokaal beleid

Niet alle KOPP/KVO kinderen hebben een even groot risico om zelf ook psychische of verslavingsproblemen te ontwikkelen en niet alle kinderen hebben professionele hulp nodig. Wanneer professionele ondersteuning wel gewenst is, zijn de gemeente, de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de verslavingszorg de belangrijkste spelers. Daarnaast spelen het onderwijs, huisartsen, de zorgverzekeraars, het maatschappelijk werk, en alle andere partijen die met jongeren werken een belangrijke rol in de signalering en toeleiding naar preventie en zorg.

### 3.1 Gemeente

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de financiering van universele en selectieve preventie. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft met een uitspraak ([23 maart 2009, 29020404 \(29031776\)](#)) bepaald dat KOPP/KVO tot het domein van de selectieve preventie behoort. Selectieve preventie valt onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en is daarmee de verantwoordelijkheid van gemeenten. Gemeenten kunnen taken en verantwoordelijkheden aangaande KOPP/KVO vastleggen in de lokale *Nota Gezondheidsbeleid* en/of de lokale *Nota Jeugdbeleid*.

### 3.2 GGZ / Verslavingszorg

Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van het KOPP/KVO preventieaanbod. Daarnaast zijn zij de eerst aangewezenen in het faciliteren van de signalering en toeleiding van kinderen naar preventie en zorg.

### 3.3 Lokale partners

Deskundigheidsbevordering van professionals die met kinderen werken, bijvoorbeeld jeugdverpleegkundigen en huisartsen, is van groot belang.

De signalering en toeleiding van KOPP/KVO kinderen vindt namelijk niet alleen plaats door de screening van cliënten van de GGZ en verslavings-

#### Lokaal

- Per 10.000 inwoners hebben 350 kinderen onder de 18 jaar een ouder met een psychische aandoening en/of een verslaving.

Bron: Berekeningen door S. van Dorsselaer en R. de Graaf op basis van: De Graaf, R., Ten Have, M. & Van Dorsselaer, S. (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut.

zorg maar voor een groot deel ook door de inzet van medewerkers van andere partijen zoals de jeugdgezondheidszorg, leerkrachten, huisartsen, het welzijnswerk, etc. Een deel van de ouders met een psychische stoornis of verslaving is namelijk niet in behandeling bij een instelling voor geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg. Hun kinderen kunnen dus lange tijd buiten het zicht van deze instellingen blijven. Veel ouders en kinderen melden zich immers niet zelf bij de gemeente, GGZ of verslavingszorg voor ondersteuning. Signalering en toeleiding vanuit het voorveld is daarom essentieel bij de zorg voor KOPP/KVO kinderen.

### 3.4 Samenwerking op lokaal niveau

Het voorveld van scholen, CJG's, jeugdgezondheidszorg, welzijnswerk en andere partijen speelt een belangrijke rol in de signalering en toeleiding. Het is daarom van belang dat lokale partners in het voorveld goed op de hoogte zijn van het preventieve KOPP/KVO aanbod in de regio.

Het opsporen van kinderen die baat kunnen hebben bij een preventief of curatief aanbod kost veel tijd. Zeker als de psychisch zieke of verslaafde ouder niet in behandeling is of niet in behandeling wil. Kinderen, en in het bijzonder adolescenten, vinden het bovendien moeilijk om hulp voor zichzelf te accepteren.

De preventieafdelingen van GGZ en verslavingszorg bieden deskundigheidsbevordering aan in de vorm van presentaties, trainingen en [brochures](#) voor intermediairs. Dit zijn alle professionals binnen en buiten de verslavingszorg en GGZ die in contact komen met KOPP/KVO kinderen en hun ouders. Deze voorlichting biedt professionals handvatten om dit gevoelige onderwerp bespreekbaar te maken. Zowel bij de ouders als de kinderen. Tegelijkertijd worden medewerkers geïnformeerd over het aanbod van preventieve KOPP/KVO activiteiten in de regio.

Voor een goede ondersteuning van KOPP/KVO kinderen is het voor gemeenten dus niet alleen van belang om (financiële) afspraken te maken met de GGZ en verslavingszorg over de uitvoer van preventieve cursussen, maar eveneens afspraken te maken over het uitvoeren van deskundigheidsbevordering bij (gemeentelijke) jeugdpartners.

### 3.5 Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars zijn een belangrijke [samenwerkingspartner](#) voor gemeenten op het terrein van KOPP/KVO. Volgens de Zorgverzekeringswet (ZVW) zijn zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de financiering van [geïndiceerde](#) preventie. Een uitspraak ([23 maart 2009, 29020404 \(29031776\)](#)) van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft bepaald dat KOPP/KVO interventies tot het domein van de [selectieve](#) preventie behoren en

#### Universele preventie

*Universele preventie bestaat uit interventies, vaak psycho-educatief van aard, gericht op het algemene publiek, ongeacht hun risico-status. Het doel van universele preventie is het algemene publiek te informeren over de stoornis, hoe deze te herkennen is, wat zij zelf kunnen doen om het te voorkomen en welke behandelingen beschikbaar zijn.*

#### Selectieve preventie

*Selectieve preventie wordt gericht op individuen of subgroepen uit de populatie die een significant hoger risico hebben om de betreffende stoornis te ontwikkelen. De personen of groepen worden geïdentificeerd aan de hand van biologische, psychologische en sociale risicofactoren.*

#### Geïndiceerde preventie

*Geïndiceerde preventie richt zich op hoog-risicogroepen die geïdentificeerd worden aan de hand van een beperkt aantal symptomen dat voorafgaat aan de stoornis, maar die nog niet volledig beantwoorden aan de criteria van de betreffende diagnose.*

daarmee niet onder de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars vallen.

Toch hebben veel instellingen voor GGZ en verslavingszorg en veel gemeenten wel afspraken met zorgverzekeraars over de [financiering](#) van KOPP/KVO activiteiten. Sommige zorgverzekeraars zien het als een gedeelde verantwoordelijkheid om de zorg voor de KOPP/KVO doelgroep te organiseren en daarmee toekomstige problemen (en kosten) te voorkomen. Zij onderschrijven het belang van aandacht voor kinderen van hun patiënten en hebben afspraken hierover opgenomen in hun verkoopvoorwaarden. Overleg met zorgverzekeraars kan dus de moeite lonen om verantwoordelijkheden en kosten te delen.

### 3.6 Wet Maatschappelijke Ondersteuning

In de gesprekswijzer [Als burgerschap niet vanzelfsprekend is](#) staat beschreven onder welke prestatievelden van de [Wet Maatschappelijke Ondersteuning](#) de verschillende KOPP/KVO activiteiten vallen. Hieronder enkele aanknopingspunten.

#### Prestatieveld 1 Leefbaarheid en sociale samenhang

Onder prestatieveld 1 vallen onder andere algemene publieksgerichte evenementen over onderwerpen gerelateerd aan de GGZ. Een veelvoorkomend gemeentelijk/regionaal initiatief is een KOPP/KVO

ontmoetingsdag voor kinderen, hun ouders en andere familieleden. Het organiseren van een leuke en ontspannen dag met (h)erkenning van de problemen is het voornaamste doel.

#### *Prestatieveld 2 Preventieve ondersteuning jeugd*

Dit prestatieveld heeft betrekking op jeugdigen – en hun ouders – bij wie sprake is van een verhoogd risico op ontwikkelingsachterstand of uitval, maar voor wie zorg op basis van de Wet op de jeugdzorg niet nodig is dan wel voorkomen kan worden. Bij de voorgenomen stelselwijziging jeugd worden deze taken onderdeel van de jeugdwet. De uitvoering van preventieve KOPP- en KVO projecten valt onder dit prestatieveld, evenals de uitvoering van deskundigheidsbevordering aan professionals.

#### *Prestatieveld 3 Informatie, advies en cliëntondersteuning*

Met prestatieveld 3 wordt bedoeld op activiteiten die de burger de weg wijzen in het veld van maatschappelijke ondersteuning. Te denken valt aan een GGZ informatiecentrum en deskundigheidsbevordering van loketmedewerkers en/of cliëntondersteuners.

#### *Prestatieveld 4 Mantelzorg en vrijwilligers*

Mantelzorg is langdurende zorg die door personen uit iemands directe omgeving en niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende. Veel KOPP/KVO kinderen zijn mantelzorgers. De KOPP/KVO ondersteuningsgroepen vallen daarom mede onder prestatieveld 4.

#### *Prestatieveld 8 Openbare Geestelijke Gezondheidszorg*

Prestatieveld 8 richt zich op de preventie van en lichte vroegtijdige hulp bij psychische klachten of verslavingsproblematiek. Het versterken van de competenties van de doelgroep (kennis, houding, vaardigheden) om daarmee het zelfherstellend vermogen te vergroten en het leren voorkomen van overbelasting zijn daarbij belangrijke doelen. Het preventieve KOPP/KVO aanbod voor zowel ouders als kinderen valt daarmee onder dit prestatieveld.

#### *Prestatieveld 9 Verslavingsbeleid en –preventie*

De preventie van verslavingsproblemen valt onder prestatieveld 9. De gemeente heeft de verantwoordelijkheid voor de deskundigheidsbevordering van werkers in de domeinen zorg, welzijn, wonen en veiligheid met betrekking tot verslaving en het omgaan met verslaafden. Ook de uitvoering van cursussen voor KOPP/KVO kinderen en ouders valt onder dit domein.

### **3.7 Wet Publieke Gezondheid**

Op grond van de [Wet Publieke Gezondheid](#) (WPG) zijn gemeenten verantwoordelijk voor de regie, financiering en uitvoering van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en collectieve preventie. Het doel is het volgen, beschermen en bevorderen van de lichamelijke, psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling van kinderen. Het behoort tot de taken van verpleegkundigen en jeugdartsen om informatie aan ouders en kinderen te geven over gezond en veilig opgroeien. Bij (dreigende) stoornissen en risico's, zoals KOPP/KVO problematiek, kunnen zij advies en ondersteuning bieden en doorleiden naar het specifiek preventie aanbod in de regio. Indien nodig kunnen ze doorverwijzen voor verdere diagnostiek en behandeling.

### **3.8 Landelijke Richtlijn KOPP voor de Jeugdzorg**

De landelijke **Richtlijn KOPP voor de Jeugdzorg** is vanaf eind 2013 beschikbaar via [www.richtlijnenjeugdzorg.nl](http://www.richtlijnenjeugdzorg.nl). De richtlijn wordt ontwikkeld door een richtlijnwerkgroep bestaande uit professionals uit onder andere de Jeugdzorg, GGZ preventie en het Trimbos-instituut.

De richtlijn behandelt drie thema's:

- 1) Signalering. Hierbij gaat het om het inschatten van aard en ernst van de KOPP problematiek, waarbij zo nodig gedifferentieerd wordt naar aard en ernst van de stoornis van de ouder en naar leeftijd van het kind.
- 2) Preventie. Hierbij gaat het om preventieve interventies die gericht kunnen zijn op het kind, de ouder, het netwerk (zoals school) en hulpverleners.
- 3) Behandeling. Hierbij gaat het om de behandeling van problemen van KOPP kinderen en van opvoedproblemen bij de ouders als gevolg van hun psychische problematiek.

### **3.9 Relatie met andere problemen**

#### *Alcohol*

Het voorkomen van alcoholmisbruik bij een volwassene/ouder werkt twee kanten op. Enerzijds wordt een verslaving bij een ouder voorkomen, anderzijds wordt voorkomen dat er een kind bijkomt met verslaafde ouder. De [Handreiking Gezonde Gemeente](#) biedt meer informatie over het voorkomen van alcoholgebruik bij volwassenen.

#### *Depressie*

Net als bij het voorkomen van een verslaving werkt het voorkomen van een depressie twee kanten op. In de [Handreiking Gezonde Gemeente](#) staat wat een gemeente kan doen om depressies te voorkomen bij burgers in hun gemeente.

### *Kindermishandeling en huiselijk geweld*

In gezinnen met een psychisch zieke ouder is er een verhoogd risico op kindermishandeling en verwaarlozing. Nederlands onderzoek laat zien dat het risico op kindermishandeling twee tot drie keer groter is voor kinderen van ouders met psychiatrische en verslavingsproblemen dan het geval is bij andere kinderen. De aanpak van kindermishandeling, huiselijk geweld en de ondersteuning aan KOPP/KVO kinderen gaan dus hand in hand. De gevolgen van kindermishandeling zijn vaak verreikend. Zo krijgen mensen die als kind mishandeld zijn vaker te maken met geweld binnen hun vaste relaties, op een jongere leeftijd hun eerste kind en gebruiken zelf geweld tegen hun kinderen. Ook wordt bij hen meer alcohol- of drugsproblematiek gezien.

Meer informatie over de (integrale) aanpak van kindermishandeling is te vinden in de **RAAK** aanpak (Reflectie- en Actiegroep Aanpak Kindermishandeling). In de loop van 2013 zal de handreiking 'Aanpak kindermishandeling en de rol van de gemeente' beschikbaar zijn.

In 2013 treedt naar verwachting eveneens een wet in werking voor het verplicht gebruik van de meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling. Deze wet verplicht organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren in de sectoren gezondheidszorg, jeugdzorg, onderwijs, kinderopvang, welzijn en justitie te beschikken over een meldcode. Een meldcode bevat een stappenplan dat duidelijk maakt wat professionals moeten doen bij signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling. Meer informatie over meldcodes vindt u op [www.meldcode.nl](http://www.meldcode.nl).

### *Opvoedingsondersteuning*

KOPP/KVO problematiek is bijna nooit een geïsoleerd probleem, maar gaat vaak samen met andere problemen, zoals opvoedingsproblemen. Bij gezinnen met een ouder met psychische problemen is vaak geen sprake van een gezonde ouder-kind interactie. Psychopathologie van de ouder(s) vergroot de kans op een lage betrokkenheid bij het kind. Vooral als deze gedragingen in het vroege leven van het kind aanwezig zijn, is de kans op problemen bij het kind groot.

Opvoedingsondersteuning kan daarom aan deze gezinnen worden geboden om de opvoedvaardigheden van de ouders te verbeteren ter voorkoming van (ernstige) problematiek bij de kinderen. Naast de specifieke KOPP/KVO interventies zijn in Nederland diverse algemene opvoedingsondersteunende interventies beschikbaar, bijvoorbeeld het Positief Pedagogisch Programma Triple P.

## 4 Preventie

Gemeenten spelen een belangrijke rol in het signaleren van KOPP/KVO kinderen die ondersteuning nodig hebben, het toeleiden van deze kinderen naar de voorzieningen en het faciliteren van de uitvoering van het preventieve aanbod.

### 4.1 Preventieve interventies

In Nederland bieden de GGZ en verslavingszorg preventieve interventies aan. Er zijn ondersteuningsgroepen voor kinderen van verschillende leeftijden en adolescenten, interventies voor moeders en baby's, gezinsinterventies en cursussen speciaal voor ouders. Daarnaast bestaan er diverse online cursussen voor jongeren en ouders.

In de tabellen zijn de **gestandaardiseerde interventies** beschreven. Deze interventies zijn landelijk beschikbaar en de opzet van de interventies staat beschreven in draaiboeken (o.a. beschikbaar via [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)). Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg bieden daarnaast ouders en kinderen ook individuele **gesprekken** aan. Dit zijn gesprekken 'op maat' bedoeld om de ouder of ouders te ondersteunen in de ouderrol en de kinderen te ondersteunen in het omgaan met hun 'zieke' ouder. Naast de gestandaardiseerde interventies en gesprekken bieden de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg ook eigen of afgeleide interventies aan.

### 4.2 Effectiviteit

Hoe effectief zijn de aangeboden interventies? Naar de effectiviteit van KOPP/KVO interventies wordt voortdurend onderzoek gedaan. Wanneer een interventie voldoende *theoretisch effectief*, *waarschijnlijk effectief* of *bewezen effectief* is bevonden, wordt de interventie opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies ([www.jeugdinterventies.nl](http://www.jeugdinterventies.nl)) en de I-database ([www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl)). In deze databanken staat een actueel overzicht van de status en het onderzoek naar de verschillende interventies. Hieronder staan twee voorbeelden van effectieve interventies.

#### *Effectiviteit Doe-Praat Groep*

In totaal hebben 254 gezinnen deelgenomen aan een onderzoek naar de effecten van de Doe-Praat Groep (8-12 jaar). Tweederde van de kinderen nam deel aan de groepscursus. De kinderen in de controlegroep kregen een aantal leuke activiteiten aangeboden. De kinderen waren gemiddeld 10 jaar oud. Direct voor de cursus, en drie en zes maanden na afloop van de cursus vulden de kinderen een vragenlijst in.

De Doe-Praat Groep bleek effectief in het verminderen van negatieve cognities bij kinderen, het verhogen van het gebruik van sociale steun in het netwerk en het verhogen van het gevoel sociaal geaccepteerd te worden.

Bron: Van Santvoort, F., Hosman, C., Van Doesum, K., & Janssens, J. (subm.). Effectiveness of preventive support groups for children (8-12) of mentally ill or addicted parents: a randomized controlled trial.

#### *Effectiviteit Moeder-baby interventie*

Middels een RCT (randomized controlled trial) is het effect van de moeder-baby interventie (0 t/m 12 maanden) bij depressieve moeders bestudeerd. Onderzocht is of de interventie effect heeft op de kwaliteit van de moeder-kind interactie en de

moeder-kind gehechtheidsrelatie. Ook is nagegaan of kinderen in de interventiegroep zich cognitief en emotioneel gunstiger ontwikkelen dan kinderen in de controlegroep.

De resultaten wijzen op een significant positief effect op de moeder-kind interactie (met name de sensitiviteit van de moeder) en op een veiliger gehechtheid tussen moeder en kind. De interventie heeft ook een gunstig effect op de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind.

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



## Aanbod voor ouders

### Face to Face

**De ouder-baby interventie** richt zich op ouders met psychische problemen en hun baby's. Het doel van de ouder-baby interventie is het stapsgewijs verbeteren van de kwaliteit van de interactie tussen de ouders en hun baby.

**Kop Op Ouders** is een opvoedcursus voor ouders met psychische en/of verslavingsproblemen die één of meer kinderen hebben in de leeftijd van 1-18 jaar. Het doel van de cursus is dat ouders zich vaardiger voelen in het opvoeden. Er wordt gewerkt aan een toename van welbevinden van het kind en de ouder en aan het verkleinen van de kans op problemen bij het kind.

### Online

**Kopopouders.nl** is een online interactief opvoedondersteuningsaanbod voor ouders met een psychisch probleem of een verslavingsprobleem. Het doel is om het welbevinden van de kinderen te bevorderen en psychische problemen bij hen te voorkomen. De website bevat:

- Online *Groeps*cursus in een chatbox. De chatbox wordt begeleid door getrainde ggz-professionals.
- Online *Zelfhulp*cursus van 6 modules, met minimale begeleiding door getrainde ggz-professionals.
- E-mailservice voor kortdurende ondersteuning door een ggz-professional.
- Film met KOPP/KVO ouders en informatie.

## Aanbod voor kinderen en jongeren

### Face to Face

**Piep zei de muis** is een interventie voor kinderen van 4-8 jaar met ouders met psychische of verslavingsproblemen. Het doel is om ondersteuning te bieden aan kinderen en gezinnen in achterstandssituaties uit wijken met een hoge concentratie van deze gezinnen. Piep zei de muis is er op gericht de kans te verkleinen dat deze kinderen onder invloed van hun risicosituatie zelf ernstige (psychische) problemen ontwikkelen.

**KOPP/KVO ondersteuningsgroepen** bestaan uit gespreksgroepen voor verschillende leeftijdsgroepen en ouderbijeenkomsten. Doelstelling is het bevorderen van het psychosociaal welbevinden van de kinderen door versterking van de draagkracht. Hiermee wordt beoogd het risico op de ontwikkeling van psychopathologie te verkleinen. De volgende ondersteuningsgroepen zijn beschikbaar:

Speel-Doe Groep	6-8 jaar	Pubergroep	13-15 jaar
Doe-Praat Groep	8-12 jaar	Jongereengroep	16-25 jaar

### Online

**Kopstoring.nl** is een interactieve website voor KOPP/KVO kinderen. Voor jongeren die herkenning zoeken bij andere jongeren en willen leren omgaan met de problematiek van de ouder is er de online groeps cursus in een chatbox voor 16 t/m 25 jarigen. De website bevat verder informatie over psychische problemen en verslaving, een film van een KOPP jongere, informatie, tips en een e-mailservice voor kortdurende persoonlijke ondersteuning door een preventiewerker.

**Survivalkid.nl** is een besloten site voor jongeren (12-24 jaar) die een vader, moeder, broer of zus hebben met psychische problemen of een verslaving. De website bevat informatie over psychische problemen en verslaving, een chatfunctie om met andere jongeren te chatten en een mogelijkheid om te mailen of chatten met een 'survivalcoach'.

**Drankjewel.nl** biedt informatie en advies aan kinderen die een ouder met een alcoholprobleem hebben. Om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de belevingswereld van zowel jongeren als volwassenen bestaat de site uit een deel voor 12 tot 18 jarigen en een deel voor volwassen kinderen van ouders met een alcoholprobleem.

## Aanbod voor gezinnen

### Face to Face

De **Psycho-educatieve gezinsinterventie** is een kortdurende interventie bestemd voor gezinnen waarin één of beide ouders een psychiatrische stoornis heeft. De interventie is erop gericht gezinsleden te helpen om de effecten van de stoornis op de gezinsleden afzonderlijk en op het gezin als geheel te begrijpen en met elkaar te bespreken. De interventie bestaat uit 6-8 bijeenkomsten en is gericht op het stimuleren van de communicatie binnen het gezin en het versterken van de veerkracht van de kinderen. Het doel van de interventie is voorkomen dat de kinderen zelf problemen ontwikkelen.

## 5 Tips

### 5.1 Grote gemeente of kleine gemeente

De aard van de gemeente (aantal inwoners en mate van stedelijkheid) is van invloed op de organisatie en uitvoering van KOPP/KVO preventie. Het gemeentelijk beleid dient daarom afgestemd te worden op de omvang en de (regionale) functie van de gemeente. Kleinere gemeenten hebben vaak te weinig KOPP/KVO kinderen in hun populatie om met een redelijke frequentie groepscurssussen aan te kunnen bieden. Regionale samenwerking is in dat geval van belang.

Gemeenten zijn door de financiering uit de WMO feitelijk alleen financieel verantwoordelijk voor hun eigen inwoners. Het administreren en 'afrekenen' per KOPP/KVO kind kan voor veel bureaucratie zorgen. Vooral wanneer een instelling voor GGZ of verslavingszorg voor veel kleine gemeenten werkt. Solidariteit tussen gemeenten kan op termijn mogelijk goedkoper zijn dan een strikte verrekening per kind.

### 5.2 Financiering

In de praktijk blijkt de financiering van KOPP/KVO activiteiten soms ingewikkeld en tijdrovend. Bijvoorbeeld omdat een heldere, gedeelde ambitie bij de gemeente ontbreekt, het gemeentebudget terugloopt, en preventie concurreert met andere maatschappelijke doelen zoals overgewicht, diabetes of schuldhulpverlening. Omdat het budget voor gemeentelijke financiering van preventie beperkt is en er bij veel gemeenten wordt bezuinigd, is het van belang om extra financiering te zoeken bij andere partijen. Een mogelijkheid is om afspraken te maken met zorgverzekeraars of te zoeken naar fondsen, bijvoorbeeld voor de organisatie van een KOPP/KVO ontmoetingsdag.

### 5.3 Aansluiting jeugd-ggz met voorliggende voorzieningen

In het voorjaar van 2012 is in opdracht van de gemeente Amsterdam een quick scan uitgevoerd naar de aansluiting van het aanbod van de jeugd-GGZ in Amsterdam op voorliggende voorzieningen, zoals de Centra voor Jeugd en Gezin (in Amsterdam bekend onder de naam Ouder- en Kind Centra), huisartsen en scholen. De quick scan bracht in beeld welke initiatieven tot nu toe zijn genomen om aansluiting van het jeugd GGZ-aanbod op de voorliggende voorzieningen te bevorderen.

De meeste GGZ aanbieders in Amsterdam bieden beroepskrachten van scholen, Ouder- en Kind Centra en huisartsen deskundigheidsbevordering aan. Het aanbod loopt uiteen van een deskundigheidsbevorderend overleg voor jeugdartsen tot het opleiden van zowel verpleegkundigen als jeugdartsen in het signaleren van GGZ problematiek. De verschillende partijen vinden deskundigheidsbevordering zeer waardevol voor een goede aansluiting, maar door bezuinigingen staat dit aanbod onder druk.

Verder houden medewerkers van Amsterdamse GGZ instellingen spreekuren bij verschillende Ouder- en Kind Centra. De partijen zijn erg enthousiast over deze werkvorm. Dankzij de fysieke aanwezigheid van een GGZ psycholoog op de locatie ontstaan korte lijnen tussen de voorliggende voorziening en de jeugd-GGZ. Gezinnen met lichte GGZ problematiek kunnen vaak met enkele gesprekken op locatie worden geholpen zonder dat doorverwijzing naar specialistische zorg noodzakelijk is. Tevens worden medewerkers van Ouder- en Kind Centra steeds beter bekend met GGZ problematiek en is er ruimte voor consultatie.

### 5.4 Centrum voor Jeugd en Gezin

De Centra voor Jeugd en Gezin vormen een belangrijke schakel waarbij belangrijke functies rondom KOPP/KVO samen komen. Vroegtijdige signalering, toeleiding naar hulp, de coördinatie van zorg en contacten met de ZAT teams zijn van groot belang voor een sluitend KOPP/KVO netwerk.

Aangezien er voor veel ouders en kinderen nog een taboe rust op het hebben van een psychische stoornis of verslaving en liever niet in aanraking willen komen met een instelling voor GGZ of verslavingszorg, kan het CJG een belangrijke drempelverlagende functie hebben. Verschillende instelling voor GGZ of verslavingszorg bieden hun preventieve aanbod al aan via het CJG.

## Colofon

### Auteurs

Drs. F.X. Goossens  
Dr. I.M. de Graaf

### Ontwerp en Productie

Ladenius Communicatie BV Houten

### Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

### Beeld

[www.istockphoto.com](http://www.istockphoto.com)

Personen afgebeeld op de foto's van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van Trimbos-instituut.

*Deze uitgave is als gratis download beschikbaar via [www.trimbos.nl/webwinkel](http://www.trimbos.nl/webwinkel) met artikelnummer AF1183.*

### Trimbos-instituut

Da Costakade 45  
Postbus 725  
3500 AS Utrecht  
T: 030-297 11 00  
F: 030-297 11 11

© 2012, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.