



Strategie voor gezamenlijke structurele actie

voor kinderen van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen

Het aantal volwassenen met een psychische aandoening en/of verslaving stijgt (Ten Have et al., 2024) en het welbevinden van kinderen en jongeren staat steeds meer onder druk (Boer et al., 2022). Ook groeit het beroep op jeugdzorg al jaren, met steeds hogere kosten als gevolg (NJI, 2024; VWS, 2022). Het zijn trends die doorbroken moeten worden. Om individueel leed op korte en lange termijn te voorkomen en te beperken en maatschappelijke kosten te besparen. Hiervoor is het essentieel om te investeren in kinderen van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen (KOPP/KOV).

KOPP/KOV hebben **twee tot dertien keer meer risico** dan andere kinderen om in hun jeugd of later als volwassene psychische problemen of een verslaving te ontwikkelen. Verder lopen zij een verhoogd risico op diverse andere problemen, vaak van generatie op generatie (zie [bijlage 1](#)). In Nederland gaat het om ongeveer **900.000 kinderen onder de 18 jaar**. Tot nu toe slagen we er in Nederland onvoldoende in om KOPP/KOV en hun ouders tijdig te signaleren en hen passende ondersteuning te bieden.

DOELSTELLING

Deze strategie beschrijft de doorbraken waar wij (zie p.2) ons samen met andere relevante en betrokken partijen hard voor willen maken, zodat **meer** KOPP/KOV en hun ouders worden bereikt met **betere en geïntegreerde** ondersteuning, om zo het risico op (psychische) problemen bij KOPP/KOV te verlagen. De verwachting is dat dit zal leiden tot een verbeterd welbevinden, en mogelijk op de langere termijn tot minder mensen met psychische aandoeningen, minder zorggebruik, minder productiviteitsverlies en daarmee tot een afname van maatschappelijke kosten.

Structurele en samenhangende actie is noodzakelijk. De doorbraken zijn tot stand gekomen vanuit een gedeelde analyse van inzichten uit wetenschap, beleid, praktijk en ervaringskennis (zie [bijlage 2](#)). De problematiek en het zorglandschap is te complex om binnen afzonderlijke sectoren op te lossen. We onderschrijven hierbij ook uitdrukkelijk het belang van een gelijkwaardige samenwerking met de doelgroep.

De volgende partijen en deskundigen zien de noodzaak van gezamenlijke, structurele actie en zullen zich hiervoor hard maken:



en

- Het Landelijk Platform KOPP/KOV
- Geert Bruinen (senior beleidsmedewerker gemeente Rotterdam)
- Ingrid Brummelhuis (verpleegkundig specialist, onderzoeker volwassen KOPP & Praktijk Tibi Refert)
- Karin van Doesum (senior preventiewerker & onderzoeker Impluz/Dimence-groep)
- Alike Machielsen-Visser (huisarts, coach volwassen KOPP & ervaringsdeskundige)
- Dorine van Namen (onderzoeker KOV & lid coördinatiecommissie Landelijk Platform KOPP/KOV)

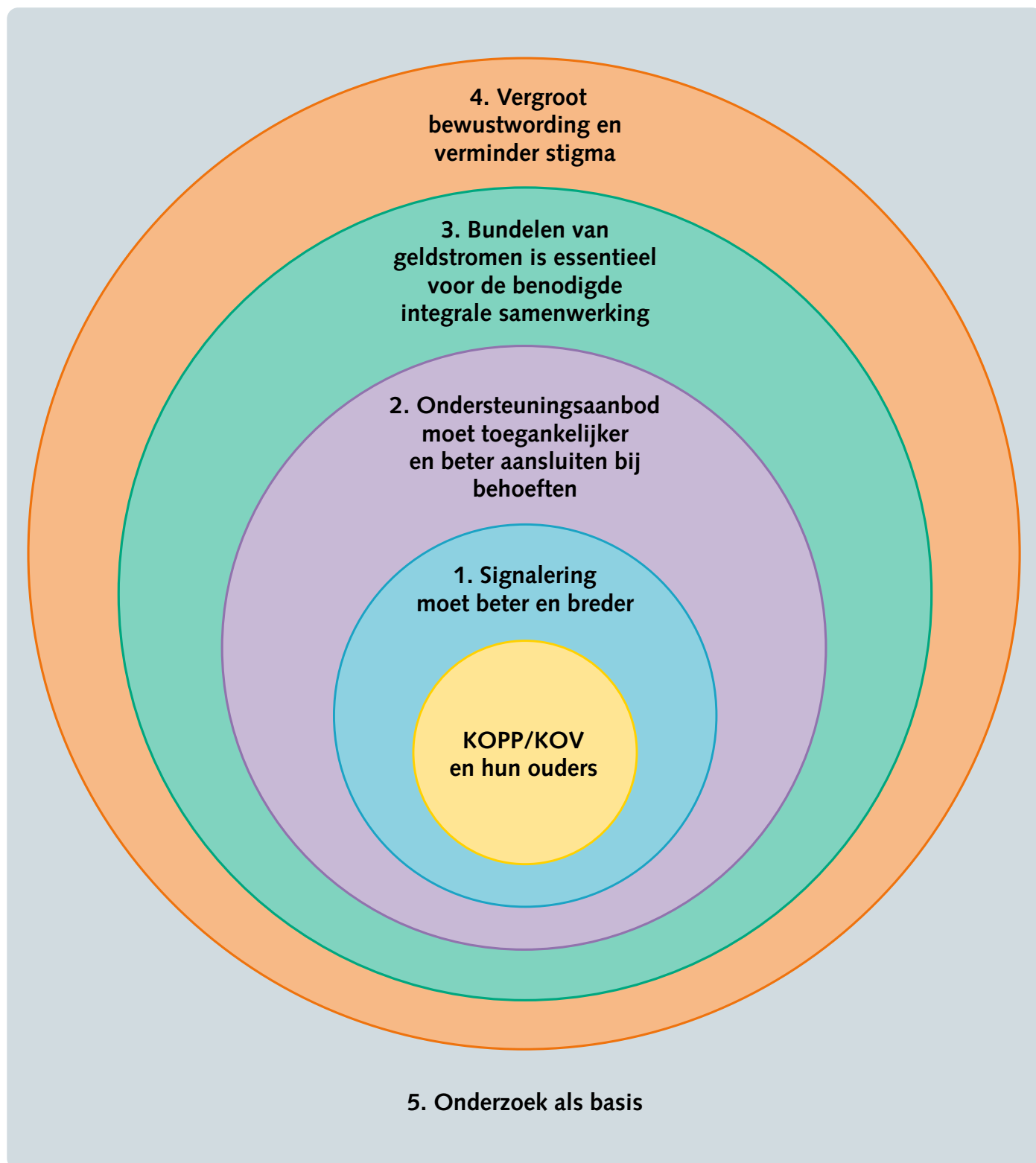
En er zijn meer partijen nodig

We zullen deze strategie actief onder de aandacht brengen van de Tweede Kamer, de staatssecretaris van Jeugd, Preventie en Sport en de staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg.

In augustus 2024 is hiervoor een eerste aanzet gegeven met het position paper dat door het Trimbos-instituut aan de VWS commissie van de Tweede Kamer is gestuurd. Verder zijn er nog andere partijen nodig om de doorbraken te realiseren, die nu nog niet bij onze samenwerking zijn aangesloten. We nodigen hen bij deze uit om vanuit hun eigen kracht en mogelijkheden bij te dragen aan het realiseren van de in deze strategie beschreven doorbraken.

Vier noodzakelijke doorbraken

Op basis van een knelpuntenanalyse (zie [bijlage 2](#)) komen wij tot een aantal noodzakelijke doorbraken op vier verschillende niveaus die zo spoedig mogelijk gerealiseerd moeten worden. Naast de noodzakelijke inspanningen van verschillende partijen, biedt onderzoek een belangrijke basis.





Signalering moet beter en breder



“Als kind voel je je heel lang niet zo anders. Je vader of moeder is anders, dat was wel duidelijk. Ik heb zelf heel lang niet door gehad hoe beschadigd ik raakte door de gezinscontext. Hoe kun je hulp vragen als je zelf niet weet wat je mist?”
– jongvolwassene opgegroeid met een ouder met psychische problemen

Het aantal professionals met kennis over KOPP/KOV-problematiek en de ondersteuning daarvoor neemt toe. Maar, deze ontwikkeling vindt voorsnog te veel alleen plaats binnen de ggz, verslavingszorg en jeugdzorg. En er zijn nog altijd veel professionals die onvoldoende bekend zijn met KOPP/KOV.

Om alle KOPP/KOV die (preventieve) ondersteuning nodig hebben te bereiken, moet een grotere én bredere groep professionals en naasten kennis krijgen over KOPP/KOV en de signalering van deze groep. Er zijn veel verschillende vindplaatsen voor signalering mogelijk, zoals het onderwijs, de centra voor jeugd en gezin, huisartsenpraktijken en de geboortezorg.

“Door veel mensen wordt er in een tweedeling gedacht: het gaat oké of het is jeugdzorg/ Veilig Thuis. Daar zit nog veel tussenin en dat is waar de preventieve aandacht naar uit moet gaan.” – jongvolwassene opgegroeid met een ouder met psychische problemen



Alle professionals die in hun werk te maken hebben met het bieden van ondersteuning of zorg aan ouders en/of hun (volwassen) kinderen moeten:

- 1 weten wat KOPP/KOV is en welke impact ouderlijke psychopathologie op kinderen kan hebben,
- 2 vaardigheden en tools hebben om KOPP/KOV goed te kunnen signaleren, en
- 3 weten hoe zij het kind, de ouder of de volwassen KOPP/KOV het beste kunnen ondersteunen of doorverwijzen naar passende ondersteuning.

Met name het handelingsperspectief en het ontwikkelen van competenties is een belangrijk aspect om aandacht aan te besteden. Ook kennis en competenties op het gebied van gezinsgericht werken zijn van belang. De beschikbare hulpmiddelen en trainingen worden nog onvoldoende gevonden of toegepast en zijn mogelijk ook (nog) niet geschikt voor alle soorten professionals.

Het gaat om professionals in de ggz, verslavingszorg en jeugdzorg, maar ook om bijvoorbeeld huisartsen, POHs-ggz, kinderartsen, POHs-jeugd, verloskundigen, jeugdartsen, (jeugd) verpleegkundigen, wijkteammedewerkers, social work, onderwijspersoneel, politie, HRM medewerkers, etc.

Daarnaast moeten ook directe familieleden (zoals de partner en grootouders), andere naasten en informele hulpbronnen (zoals mantelzorgondersteuning, gezinsondersteuning, maatjesprojecten) informatie krijgen over KOPP/KOV, zodat samen met hen bekeken kan worden wat zij nodig hebben om een signalerende rol te kunnen vervullen.



Om in de **SIGNALERING VAN KOPP/KOV** een doorbraak te bewerkstelligen, willen we ons graag samen met andere relevante partijen hard maken voor **de volgende acties**:

- ▶ **Beroepsopleiders en aanbieders van bij- en nascholing van relevante opleidingen** nemen informatie over KOPP/KOV, inclusief de nodige competenties om het gesprek aan te gaan, op in hun curriculum.
- ▶ **Relevante (zorg- en welzijns)organisaties** laten hun personeel scholen over KOPP/KOV (kennis en (gespreks)vaardigheden) en faciliteren hen om een signalerende functie te vervullen, door onder andere het opnemen van signalering van KOPP/KOV in beleid en standaard werkprocessen.
- ▶ **De Samenwerkingsverbanden passend onderwijs (PO/VO)** stimuleren dat de bij hen aangesloten scholen aandacht besteden aan KOPP/KOV, eventueel als onderdeel van een breder lespakket over mentale gezondheid.
- ▶ **Organisaties voor vrijwilligers of informele hulp** trainen vrijwilligers in het signaleren en bespreekbaar maken van KOPP/KOV en bieden hen kennis over passende ondersteuning waar zij naartoe kunnen verwijzen.
- ▶ **Kennisinstututen, universiteiten of andere relevante kennispartijen** verbeteren bestaande of ontwikkelen nieuwe praktisch toepasbare hulpmiddelen voor professionals en informele hulpbronnen/naasten om KOPP/KOV tijdig te signaleren en met hen in gesprek te gaan.



Het ondersteuningsaanbod moet toegankelijker en beter aansluiten bij behoeften



“We kunnen sommige groepsinterventies wegens beperkte financiering nu maar 1x per jaar aanbieden. Daardoor moeten we kinderen en ouders vaak teleurstellen, omdat we hen niets kunnen bieden op het moment dat de behoefte het grootst is.”

– preventiewerker

Passende ondersteuning moet gedurende de gehele levensloop beschikbaar zijn, om de mogelijk negatieve gevolgen voor KOPP/KOV te beperken en de transgenerationale overdracht te doorbreken. Veel gemeenten kopen elk jaar KOPP/KOV-preventie in, maar er is geen landelijke dekking van aanbod dat alle levensfasen bedient.

Het ondersteuningsaanbod moet worden uitgebreid en de aanwezige drempels voor gebruik hiervan (zoals onbekendheid met het aanbod) moeten worden verlaagd. Essentieel is dat het ondersteuningsaanbod aansluit bij de behoeften van kinderen (ook als zij volwassen zijn) en ouders in verschillende levensfasen en met verschillende achtergronden.

Het is een collectieve verantwoordelijkheid van professionals met een signaleringsrol, dat KOPP/KOV, hun ouders én naasten geïnformeerd worden over het beschikbare ondersteuningsaanbod. Niet elke KOPP/KOV heeft (op elk moment) ondersteuning nodig. En soms is ondersteuning vanuit het informele netwerk al voldoende. Het belangrijkste is dat het kind, de ouders en naasten weten waar ze terecht kunnen als er behoefte is aan ondersteuning.

“Er hoeft niet altijd meteen iets opgelost te worden, het heeft ook tijd nodig. Er is soms een lange fase van bewustwording en acceptatie. Dat is nodig om een bepaalde fase van herstel in te gaan.” – jongvolwassene opgegroeid met een ouder met psychische problemen



Het ondersteuningsaanbod gaat ten eerste over preventieve interventies die zich specifiek op KOPP/KOV richten. Hieronder valt ook het aanbod voor jonge mantelzorgers, interventies die volwassen KOPP/KOV ondersteunen in het omgaan met de gevolgen op latere leeftijd en lotgenotencontact. Verder draagt een sterke pedagogische basis (zoals opvoedondersteuning) en een gezinsgerichte benadering in de zorg bij aan preventie van problemen bij KOPP/KOV.

De impact van opgroeien bij een ouder met psychische of verslavingsproblemen kan over langere tijd gevolgen hebben (zie [bijlage 1](#)). Professionele hulpverlening kan vaak niet de benodigde duur en nabijheid van steun bieden aan kinderen en gezinnen. Daarvoor is een gelijkwaardige samenwerking met het informele netwerk rondom deze gezinnen nodig, waarbij afspraken worden gemaakt over hoe zij elkaar zo goed mogelijk kunnen aanvullen.



Om in het **ONDERSTEUNINGSAANBOD VOOR KOPP/KOV** een doorbraak te bewerkstelligen, willen we ons graag samen met andere relevante partijen hard maken voor **de volgende acties**:

- ▶ **Gemeenten en zorgverzekeraars** financieren en faciliteren een gevarieerd KOPP/KOV ondersteuningsaanbod zowel in het medisch als in het sociaal domein, voor kinderen, ouders en volwassen KOPP/KOV.
- ▶ **Gemeenten** zorgen in overleg met lokale uitvoeringspartners dat het ondersteuningsaanbod aansluit op de kenmerken en behoeften van deze doelgroep.
- ▶ **(Zorg)organisaties die betrokken zijn bij de ondersteuning en hulpverlening aan kinderen of gezinnen** nemen gezinsgericht werken en samenwerken met het informele netwerk op in hun beleid en werkprocessen.
- ▶ **Kennisinstituten, Academische Werkplaatsen en onderzoeksinstellingen** ontwikkelen zo nodig aanvullende interventies, zodat het ondersteuningsaanbod voldoende aansluit bij de diversiteit van de doelgroep, en adviseren over aansluiting bij/inbedding in bestaande programma's als Kansrijke Start.



Bundelen van geldstromen is essentieel voor de benodigde integrale samenwerking

Een goede, gezinsgerichte ondersteuning van KOPP/KOV-gezinnen vereist integraal werken met een gezamenlijke inzet van preventie, welzijn, volwassenen- en jeugdzorg. Dit kan zorgen voor snellere en passender ondersteuning. De samenwerking die hiervoor nodig is, vereist onder andere een heldere en sluitende financieringsstructuur. Dit vraagt om bundeling van geldstromen vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning, Wet langdurige zorg, de Jeugdwet en de Zorgverzekeringswet. Door deze bundeling op het niveau van grote gemeenten (100.000+) en jeugdhulpregio's te organiseren, kan integrale ondersteuning van KOPP/KOV-gezinnen gerealiseerd worden.



“Kinderen en ouders zijn afhankelijk van elkaar en beïnvloeden elkaar wederzijds. Het is belangrijk te erkennen dat alle partijen nodig zijn, voor zowel individuele gezinsleden als voor het gezin als geheel. Als het goed gaat met de ouders, gaat het ook beter met de kinderen. Als de kinderen beter gaan, kan de ouder meer profiteren van de behandeling.” – senior adviseur NJi

Verder is de regierol van gemeenten cruciaal voor een goede lokale samenwerking tussen professionals uit verschillende sectoren en voor een optimale organisatie van het KOPP/KOV ondersteuningsaanbod. In de praktijk pakken gemeenten die rol in wisselende vorm en mate. Dat heeft, naast vaak een gebrek aan kennis over KOPP/KOV, ook te maken met de complexiteit van geldstromen en onvoldoende budgetten om deze regierol goed in te kunnen vullen.

Vanuit hun regierol moeten gemeenten alle relevante partijen met elkaar in contact brengen en waar nodig faciliteren om tot gezamenlijke afspraken te komen. Die afspraken moeten helder maken wie waarvoor verantwoordelijk is en welke vormen van samenwerking nodig zijn om een integrale aanpak te kunnen bieden.



Om in de **(FINANCIERING VAN) INTEGRALE SAMENWERKING** een doorbraak te bewerkstelligen, willen we ons graag samen met andere relevante partijen hard maken voor **de volgende acties**:

- ▶ **De Rijksoverheid** keert geormerkte budgetten uit aan gemeenten voor het realiseren van een geïntegreerd KOPP/KOV ondersteuningsaanbod.
- ▶ **De Rijksoverheid, gemeenten, zorgverzekeraars en NZa** stimuleren de samenwerking tussen preventie, welzijn, informele steun, volwassenen- en jeugdzorg, ten behoeve van een geïntegreerde KOPP/KOV aanpak en maken lokaal afspraken hierover. Zij zetten zich in voor een sluitende financieringsstructuur als basis voor deze samenwerking, bijvoorbeeld door het bundelen van de verschillende financieringsstromen (vanuit Wet maatschappelijke ondersteuning, Wet langdurige zorg, Jeugdwet en Zorgverzekeringswet).
- ▶ **Gemeenten** zetten maximaal in op domeinoverstijgend werken en maken met lokale partners een brede analyse van hulpvragen waarin ook aandacht is voor de impact van psychiatrische en/of verslavingsproblematiek bij ouders op het gezin. Zij zorgen dat de daarvoor benodigde expertise in de wijkteams geborgd is en dat er voldoende ondersteuningsaanbod beschikbaar is.
- ▶ **Gemeenten** maken lokaal afspraken met o.a. **wijkteams, ggz, verslavingszorg, preventie, huisartsen, POHs-ggz, welzijn en onderwijs** over wie welke rol heeft in de uitvoering van de geïntegreerde KOPP/KOV aanpak.



Vergroot bewustwording en verminder stigma



“Ik zou het fijn gevonden hebben als iemand op de basisschool al verteld had dat er zoiets als KOPP bestaat, als iemand mij werkelijk gevraagd had hoe het met mij ging. Iedereen wist dat mijn ouder soms ‘weg’ was, maar niemand zei iets en ik snapte er niets van als kind. Nu soms nog niet.” – volwassene opgegroeid met een ouder met psychische problemen

Het is van groot belang om meer maatschappelijke bewustwording te creëren over het aanzienlijke aantal kinderen dat opgroeit met een ouder met psychische en/of verslavingsproblemen, en de individuele en maatschappelijke gevolgen hiervan. Dit draagt bij aan meer (h)erkenning bij ouders, (volwassen) kinderen en naasten.

Voor ouders en kinderen (ook als zij volwassen zijn) is praten over de problematiek en eigen ervaringen een belangrijke voorwaarde om steun te ontvangen en hulp te zoeken of te accepteren. Het stigma op psychische problemen en verslaving leidt ertoe dat ouders en kinderen hun problemen niet bespreekbaar durven te maken.

“Wat dan als je vader zegt: ‘Niet tegen de psychiater vertellen, anders moeten jullie het huis uit’.” – jongvolwassene opgegroeid met een ouder met psychische problemen



Door het verminderen van het stigma op psychische en verslavingsproblemen en het bespreekbaar maken van mentale gezondheid, komt er meer ruimte voor het praten over problemen en het delen van ervaringen. Dit geldt niet alleen voor ouders en (volwassen) kinderen, maar ook voor professionals, informele hulpbronnen en naasten. Dat maakt de weg vrij voor steun vanuit de eigen omgeving én professionele ondersteuning als dat nodig of gewenst is.

Actoren in het maatschappelijke debat moeten zich bewust zijn van de taal die zij gebruiken bij het praten over deze onderwerpen. Verkeerd taalgebruik kan stigma onbedoeld in stand houden.



Om in de **BEWUSTWORDING VAN KOPP/KOV EN HET VERMINDEREN VAN STIGMA** een doorbraak te bewerkstelligen, willen we ons graag samen met andere relevante partijen hard maken voor **de volgende acties**:

- ▶ **De Rijksoverheid, Stichting Open Mind, Museum van de Geest, universiteiten en kennisinstituten** stimuleren en organiseren, waar zinvol samen met andere partijen, op landelijk niveau de maatschappelijke dialoog over KOPP/KOV, psychische problemen en verslaving.
- ▶ **Gemeenten** stimuleren en faciliteren deze maatschappelijke dialoog op lokaal niveau met burgers, wijkteams, scholen, preventie, informele zorg/netwerken en andere relevante partijen.
- ▶ **De Rijksoverheid, gemeenten, Stichting Open Mind, Museum van de Geest, universiteiten en kennisinstituten** zorgen dat hun campagnes en initiatieven om deze maatschappelijke dialoog te stimuleren gekoppeld worden aan informatie over het ondersteuningsaanbod voor KOPP/KOV en hun ouders.
- ▶ **Scholen voor primair en voortgezet onderwijs** besteden structureel aandacht aan de bewustwording van en het onderlinge gesprek over wat KOPP/KOV is met leerlingen, ouders en docenten, eventueel binnen de bredere aandacht voor mentale gezondheid.
- ▶ **Bekende Nederlanders, zorgverleners en anderen met ervaring als KOPP/KOV** spreken zich hierover uit, zodat het praten over KOPP/KOV-ervaringen normaal wordt.



5. Onderzoek als basis



“Op basis van aanvullend onderzoek kunnen betrokkenen (financiers en uitvoerders) gefundeerde beslissingen nemen over bijvoorbeeld het benodigde aanbod van preventieve interventies en eventuele aanpassingen die daarin nodig zijn.” – KOV onderzoeker

In 2023 hebben onderzoekers, praktijkprofessionals, beleidsmedewerkers en KOPP/KOV een Kennisagenda KOPP/KOV opgesteld. Deze kennisagenda beschrijft de belangrijkste vragen waar KOPP/KOV-onderzoek zich in de komende jaren op moet richten. Aanvullend hieraan kunnen onderstaande onderzoeksvragen ons helpen bij het realiseren van de beschreven doorbraken.

Ten behoeve van een gerichtere signalering van KOPP/KOV:

- Wat zijn de hoog risicogroepen en -situaties binnen de KOPP/KOV-populatie?

Ten behoeve van het verbeteren van het (bereik van het) ondersteuningsaanbod:

- Wat zijn drempels en bevorderende factoren in de implementatie en het bereik van preventieve ondersteuning voor KOPP/KOV en hun ouders? Welke rol speelt (zelf)stigma hierbij?
- Hoeveel en welke KOPP/KOV worden (lokaal en landelijk) met preventieve interventies bereikt?
- Welke subgroepen worden onvoldoende bereikt en welke factoren spelen daarbij een rol?
- Wat zijn de ervaringen van ouders en kinderen die gebruik maken van KOPP/KOV ondersteuning? En wat zou hen helpen/geholpen hebben?
- Welke interventies worden aangeboden, op welke schaal gebeurt dit, en waar vertoont het ondersteuningsaanbod lacunes?
- Wat is de effectiviteit van preventieve ondersteuning en wat is de impact op de individuele ontwikkeling van KOPP/KOV?
- Wat is de effectiviteit van een gezinsgerichte benadering en steun door het informele netwerk?

Ten behoeve van het bundelen van geldstromen en een verbeterde lokale samenwerking:

- Wat zijn de langetermijneffecten bij volwassen KOPP/KOV, onder andere op het ggz-gebruik?
- Een maatschappelijke kosten-batenanalyse van KOPP/KOV-ondersteuning om inzicht te geven in vragen als: op welke gebieden zijn investeringen nodig, wat levert dat op, wanneer en voor wie?
- Verzamelen en uitwisselen van praktijkvoorbeelden op lokaal en regionaal niveau.

Ten behoeve van maatschappelijke bewustwording en het verminderen van stigma:

- Welke factoren beïnvloeden stigma rondom KOPP/KOV in verschillende demografische groepen?
- Hoe effectief zijn bekende benaderingen (zoals voorlichtingscampagnes, educatieve programma's en community-initiatieven) in het verminderen van stigma en het vergroten van maatschappelijke bewustwording rond KOPP/KOV?
- Welke communicatiekanalen en -strategieën kunnen het beste worden ingezet om bewustwording te vergroten en stigma te verminderen voor KOPP/KOV in diverse gemeenschappen?



Om in de **BEANTWOORDING VAN DEZE ONDERZOEKSVRAGEN** te voldoen, willen we ons graag samen met andere relevante partijen hard maken voor **de volgende acties**:

- ▶ **ZonMw, de overheid en andere potentiële financiers** stellen budget beschikbaar voor het onderzoek dat nodig is om een antwoord te krijgen op bovenstaande onderzoeksvragen.
- ▶ **Kennisinstituten, Academische Werkplaatsen, universiteiten, andere onderzoeksinstituten en KOPP/KOV** ontwikkelen onderzoeksvorstellen om bovenstaande vragen te kunnen beantwoorden, en voeren deze onderzoeken uit wanneer daar financiering voor beschikbaar komt.
- ▶ **Trimbos-instituut, het NJi, de Nederlandse ggz en/of Verslavingskunde Nederland** faciliteren uitwisseling van praktijkvoorbeelden op lokaal en regionaal niveau.
- ▶ **Landelijke overheid, zorgverzekeraars en gemeenten** benutten de transformatiegelden vanuit het Integraal Zorgakkoord (IZA) en de innovatiegelden in het sociale domein om op lokaal niveau onderzoek te doen naar bereik, implementatie en behoeften van de doelgroep en om het uitwisselen van praktijkvoorbeelden mogelijk te maken.

Bijlage 1: Aard en omvang van de KOPP/KOV problematiek

In dit document beschrijven we de achtergrond en analyse van waaruit we tot de zes benodigde doorbraken zijn gekomen. Eerst schetsen we de reikwijdte van het probleem: hoeveel KOPP/KOV zijn er in Nederland en waarom lopen zij een verhoogd risico op problemen? Wat zijn de maatschappelijke gevolgen? En welke preventieve ondersteuning is er momenteel beschikbaar? Daarna volgt een knelpunten analyse van waarom het op dit moment onvoldoende lukt deze kinderen en hun ouders voldoende te bereiken met passende ondersteuning.

Individuele gevolgen van het opgroeien als KOPP/KOV

In Nederland wonen ongeveer 900.000 kinderen onder de 18 jaar bij een ouder met psychische problemen en/of een verslaving¹. Dat is ongeveer een op de vier kinderen. Circa twee derde van deze groep (664.000) bestaat uit kinderen tot en met 12 jaar (Van Dorsselaer et al., 2023). Voor meer informatie over de cijfers kijk [hier](#).

KOPP/KOV en hun ouders vormen een heterogene groep. Zij komen in alle lagen van de bevolking voor. Er is niet alleen sprake van een grote diversiteit aan psychische aandoeningen bij de ouders, maar ook de mate waarin en de manier waarop deze problemen invloed hebben op de kinderen en het gezinsleven variëren. Ondanks deze variatie zijn er veel overeenkomsten in de ervaringen van en de gevolgen voor KOPP/KOV. Hierdoor lopen KOPP/KOV een verhoogd risico op het ontwikkelen van fysieke, psychische, sociale en/of schoolproblemen in de kindertijd en de volwassenheid (Van Doesum et al., 2019; Uher et al., 2023; Van Namen et al., 2023). Deze invloed werkt door over de gehele levensloop, maar kan op verschillende manieren tot uitdrukking komen in verschillende levensfasen. Sommige gevolgen komen pas in de volwassenheid tot uiting.

KOPP/KOV lopen twee tot vier keer meer risico dan andere kinderen om voor hun 18e levensjaar psychopathologie te ontwikkelen (Thorup et al., 2018). Na het 28e levensjaar loopt dit risico op naar twee tot dertien keer (Dean et al., 2010). Nederlands onderzoek toonde aan dat 65% van de KOPP op volwassen leeftijd (32-43 jaar) zelf een angststoornis of depressie heeft of heeft gehad (Havinga et al., 2017; Helmink et al., 2024). Kinderen van ouders met verslavingsproblemen lopen tot twee keer zoveel risico op het ontwikkelen van een verslaving als kinderen van ouders zonder deze problemen (Rossow et al., 2016; Staton-Tindall et al., 2013; Solis et al., 2013; Van Namen et al., 2022). KOPP/KOV lopen een risico om hetzelfde psychische probleem te ontwikkelen als hun ouder(s), maar er is ook een verhoogd risico op andere psychische problemen (Cuijpers et al., 1999; Van Santvoort et al., 2015; Uher et al., 2023).

KOPP/KOV hebben vaak identiteitsproblemen en een negatief zelfbeeld, hebben moeite met het voelen en aangeven van emoties en grenzen, en hebben vaak niet goed geleerd om voor zichzelf te zorgen of om hulp te vragen (Metz & Jungbauer, 2021). Dit werkt door tot in de (late) volwassenheid. Net als een gevoel van onveiligheid, parentificatie, eenzaamheid, zorgen om het eigen ouderschap en moeite met (intieme) relaties (Metz & Jungbauer 2021; Brummelhuis et al. 2022).

¹ De studie waar dit cijfer op gebaseerd is, bevat de jaarprevalenties van stemmingsstoornissen, angststoornissen, ADHD, alcohol- en drugsstoornissen. Andere psychische aandoeningen, zoals een borderline persoonlijkheidsstoornis, eetstoornissen, schizofrenie, specifieke fobieën of een milde alcohol- of drugsstoornis zijn niet meegenomen (Van Dorsselaer et al., 2023).

KOPP/KOV hebben ook meer kans op schoolproblemen, zoals lagere schoolprestaties, doubleren of het niet afronden van een opleiding (Bruland et al., 2017; Solis et al., 2013; Van Namen et al., 2022) en op lichamelijke klachten en aandoeningen in de volwassenheid (Weissman et al., 2006; Brummelhuis et al., 2022; Brummelhuis et al., 2024). Kinderen van ouders met een depressie hebben gemiddeld een acht jaar kortere levensverwachting dan kinderen van ouders zonder psychopathologie, vooral als gevolg van suïcide of een overdosis (Weissman et al., 2016).

De invloed van beschermende en risicofactoren

Het is belangrijk om te erkennen dat KOPP/KOV geen diagnose is. Het is een term waarmee we een groep met een verhoogd risico op een problematische ontwikkeling kunnen identificeren. KOPP/KOV geven zelf aan: zie ons als een gewoon kind in een moeilijke situatie, dat juist vanwege die moeilijke situatie ondersteuning verdient (Kinderombudsman, 2018).

Niet alle KOPP/KOV ontwikkelen problemen. Sommigen geven aan dat het hebben van een ouder (ook) in positieve zin heeft bijgedragen aan hun ontwikkeling, bijvoorbeeld omdat zij door de thuissituatie bepaalde competenties of veerkracht hebben ontwikkeld. Als ouders psychische en/of verslavingsproblemen hebben, betekent dat niet dat zij geen goede ouders kunnen zijn. Net als alle ouders hebben ook deze ouders het beste voor met hun kinderen en doen zij hun best om hen zo goed mogelijk op te voeden.

Of KOPP/KOV problemen ontwikkelen is afhankelijk van de balans tussen beschermende en risicofactoren in kind, gezin en omgeving (Bakker et al., 1998). De kans op problemen neemt toe bij een stapeling van risicofactoren, vaak in combinatie met een beperkte aanwezigheid van beschermende factoren (Hosman et al., 2009). Tabel 1 geeft enkele voorbeelden van beschermende en risicofactoren die de ontwikkeling van KOPP/KOV kunnen beïnvloeden (Meeuwissen et al., 2020; Van Doesum et al., 2019; Brennan et al., 2003; Maybery et al., 2005; Houkes & Kok, 2009; Van Namen et al., 2024).

Sommige risicofactoren hangen samen met de psychische en/of verslavingsproblemen van de ouder(s). Zo kan de ouderlijke problematiek negatieve gevolgen hebben voor de gehechtheid, de ouder-kind interactie of de opvoedvaardigheden (Barnes & Theule, 2019; Hyysalo et al., 2022; Bernard et al., 2018; Wilson & Durbin, 2010; Park et al., 2017). Het risico op kindermishandeling of verwaarlozing is verhoogd in gezinnen met een ouder met psychische of verslavingsproblemen (Stith et al., 2009; MacMillan et al., 2000; Poole et al., 2014, Staton-Tindall et al., 2013; Pawlby et al., 2011). De mate waarin de problematiek van de ouder diens (emotionele) beschikbaarheid en opvoedvaardigheden beïnvloedt, is afhankelijk van verschillende factoren, zoals de aard, ernst en chroniciteit van de problematiek, de ervaren sociale steun, de zorg die ouder(s) en/of kind ontvangen, en de mate waarin er ook andere problemen in het gezin spelen.

Tabel 1. Enkele voorbeelden van risico- en beschermende factoren die een rol (kunnen) spelen bij KOPP/KOV in het al dan niet zelf ontwikkelen van (psychische) problemen.

	Risicofactoren	Beschermende factoren
Bij het kind	<ul style="list-style-type: none"> • genetische aanleg • onveilige gehechtheid • weinig zelfvertrouwen • parentificatie, teveel zorgtaken 	<ul style="list-style-type: none"> • veilige gehechtheid • goede cognitieve, sociale en copingvaardigheden • inzicht in de ouderlijke problematiek
Bij de ouder(s)	<ul style="list-style-type: none"> • ernstige of langdurige problemen • geen/onvoldoende hulp voor eigen problematiek • gebrekkige opvoedvaardigheden • verstoorde ouder-kind interactie 	<ul style="list-style-type: none"> • positieve ouder-kind interactie • goede ondersteuning van de jeugdige door de ouder(s)
In het gezin	<ul style="list-style-type: none"> • instabiele of ongunstige woon-, werk-, en/of financiële situatie • (v)chtscheiding • kindermishandeling, verwaarlozing, huiselijk geweld 	<ul style="list-style-type: none"> • aanwezigheid van een ouder zonder psychische en/of verslavingsproblemen
In de omgeving	<ul style="list-style-type: none"> • gebrek aan sociale steun • stigmatisering • andere adverse childhood experiences (ACEs) 	<ul style="list-style-type: none"> • ondersteunend sociaal netwerk

In elk gezin is sprake van een unieke mix van beschermende en risicofactoren. Door het versterken van beschermende factoren en het verminderen van risicofactoren, trachten professionals te voorkomen dat problemen bij KOPP/KOV ontstaan of verergeren (Van Rooijen et al., 2019).

Maatschappelijke gevolgen

Opgroeien met een ouder met psychische en/of verslavingsproblemen heeft niet alleen individuele, maar ook maatschappelijke gevolgen. Als KOPP/KOV zelf psychische of verslavingsproblemen ontwikkelen, kan dit hun functioneren op school, werk en in hun sociale leven negatief beïnvloeden (Knapp et al., 2011; Patel et al., 2007; Roza et al., 2003). KOPP/KOV doen zowel in hun jeugd als op volwassen leeftijd een groter beroep op de geestelijke gezondheidszorg dan kinderen van wie de ouders geen psychische problemen of verslaving hebben (GGZ Standaarden, 2020). Dit is van urgent belang, omdat het Nederlandse jeugdhulpgebruik en de daarmee samenhangende kosten al jaren toenemen (Van Yperen et al., 2019). Internationaal onderzoek heeft aangetoond dat negatieve jeugdervaringen (zoals het opgroeien met een ouder met psychische en/of verslavingsproblemen, emotionele of fysieke mishandeling of verwaarlozing) substantiële kosten met zich meebrengen, waaronder zowel kosten voor het verlies van economische mogelijkheden en productiviteit, als kosten voor toegenomen zorggebruik (Madigan et al., 2023). Dergelijke maatschappelijke kosten kunnen mogelijk beperkt worden door het vroegtijdig signaleren en zo nodig ondersteunen van KOPP/ KOV.

Signalering en preventieve ondersteuning

Tot nu toe weten we onvoldoende hoe aanwezige beschermende en risicofactoren op individueel niveau met elkaar interacteren om vast te kunnen stellen welke KOPP/KOV problemen zullen ontwikkelen en welke niet. Daarom is het van belang om KOPP/KOV in beeld te krijgen, hun ontwikkeling te volgen, risico's en eventuele problemen tijdig te signaleren en hen zo nodig op een passende manier te ondersteunen (Uher et al., 2023).

Het is echter lastig om KOPP/KOV tijdig in beeld te krijgen. Ten eerste ervaren KOPP/KOV hun thuissituatie vaak als normaal en vanzelfsprekend, en komt het besef van de mate waarin zij door deze situatie beschadigd zijn vaak pas op latere leeftijd. Ook zijn kinderen niet altijd in staat om hun emoties en ervaringen te verwoorden. Ouders kiezen er soms voor om hun kind niet over de eigen klachten te vertellen, uit angst de kinderen teveel te belasten. Vaak hebben kinderen toch wel door dat er iets speelt. Het zwijgen door de ouders kan ervoor zorgen dat het kind zich niet vrij voelt om te praten over zijn/haar eigen ervaringen. Tot slot kunnen loyaliteitsgevoelens voor hun ouders, schuld- en schaamtegevoelens en/of ontkenning van de problemen door ouders of kind ervoor zorgen dat problemen onzichtbaar blijven voor de buitenwereld. Het is daarom van belang om gericht in te zetten op tijdige signalering van KOPP/KOV.

Wanneer er voldoende kennis aanwezig is over de KOPP/KOV-problematiek en de signalen die deze kinderen kunnen laten zien, kan in principe iedereen die in contact staat met ouders en kinderen een rol spelen in de signalering van KOPP/KOV. Dat zijn allereerst de naasten en het informele netwerk om deze gezinnen heen. Daarnaast kan een brede groep aan verschillende professionals, die in contact staan met ouders en/of de kinderen, bijdragen aan de signalering van KOPP/KOV. Niet alleen vanuit de zorg, maar bijvoorbeeld ook vanuit onderwijs of de sociale basis.

Binnen de volwassenenzorg is in 2013 de Kindcheck ingevoerd. Deze verplicht zorgverleners om bij elke volwassen cliënt te vragen of er zorgen zijn over eventuele betrokken minderjarige kinderen. Helaas leidt de Kindcheck in de praktijk minder vaak tot signalering en gerichte ondersteuning dan werd gehoopt (Everts et al., 2022). Inmiddels zijn er ook verschillende initiatieven ontstaan voor een betere samenwerking tussen preventie en hulpverlening (ggz en verslavingszorg). Dit heeft als doel dat het bespreekbaar maken van (goed genoeg) ouderschap een vanzelfsprekend onderdeel van de behandeling wordt. Dat opent deuren om ouders en hun kinderen passende ondersteuning te kunnen bieden. De ervaring in de praktijk is dat dit veel inspanning vergt om op te zetten en te implementeren.

De ondersteuning van KOPP/KOV richt zich op het versterken van beschermende factoren en het vergroten van competenties, om zo te voorkomen dat problemen ontstaan of verergeren (Van Rooijen et al., 2019). Een belangrijk onderdeel hierin is psycho-educatie, aan KOPP/KOV, de ouders en hun naasten. Begrip van de situatie en wat dit voor betrokkenen betekent is belangrijk om een basis te hebben van waaruit ieders behoeften in kaart kan worden gebracht en verdere steun en ondersteuning kan worden georganiseerd.

Het bieden van ondersteuning kan vele vormen aannemen. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren door informele steunbronnen (Lam, 2016), het versterken van de pedagogische basis om deze gezinnen heen, of ondersteuning door vrij toegankelijke professionals, zoals de jeugdartsen/jeugdverpleegkundigen (CJG), huisartsen, POH's, onderwijspersoneel en/of wijkteammedewerkers. Het kan ook plaatsvinden in de vorm van een preventieve interventie specifiek voor KOPP/KOV. Naast het algemene aanbod voor jonge mantelzorgers, zijn hiervan in Nederland drie vormen beschikbaar:

Individuele preventie	Individuele of gezinsgesprekken met ouders en/of hun kinderen. Hoewel de inhoud veelal vergelijkbaar is, zijn er landelijk verschillen in de vorm, de wijze van toeleiding, het aantal gesprekken en de duur van deze ondersteuning. Een gestandaardiseerde interventie die individueel wordt ingezet is de Ouder-baby interventie.
KOPP/KOV groepen	Groepsinterventies voor kinderen van verschillende leeftijden, vaak gecombineerd met enkele bijeenkomsten voor ouders.
Online interventies	Anoniem te volgen interventies met een informatieve website, e-mail service, online chatcursus, en/of zelfhulpcursus.

Uit het onderzoek wat beschikbaar is blijkt dat preventieve interventies gericht op ouders, kinderen of gezinnen als geheel de kans op het ontwikkelen van interne en externe problemen bij kinderen kan verminderen tot wel 40% (Siegenthaler, Munder & Egger, 2012; Thanhauser et al., 2017). Echter, methodologisch sterk onderzoek is slechts beperkt voorhanden.

Bijlage 2: Knelpunten in een gestructureerde aanpak voor KOPP/KOV

Hoewel er diverse succesvolle initiatieven voor het signaleren en (preventief) ondersteunen van KOPP/KOV en hun ouders bestaan, ontbreekt het tot nu toe aan een samenhangende en gestructureerde aanpak. Hierdoor ontvangen veel KOPP/KOV en hun ouders de benodigde of gewenste ondersteuning niet of te laat. Zoals hierboven beschreven is, heeft dat grote individuele en maatschappelijke gevolgen. Wat zijn de belangrijkste knelpunten die een gestructureerde aanpak belemmeren?

Gebrek aan gedeeld eigenaarschap voor een gestructureerde aanpak voor KOPP/KOV

Een goede aansluiting tussen de zorg/ondersteuning voor kinderen en hun ouders is essentieel om te komen tot een gestructureerde aanpak (Hervormingsagenda Jeugd 2023-2028). Ondanks initiatieven op dit gebied, zoals 1Gezin1Plan (Van der Zijden & Diephuis, 2013), komt deze aansluiting nog onvoldoende tot stand. De oorzaken hiervoor liggen in gescheiden wettelijke kaders en financieringsstromen en de daarmee samenhangende scheiding in uitvoerende organisaties.

Ten eerste bepalen de Jeugdwet en de Wet publieke gezondheid dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor preventie en jeugdhulp. Dit maakt gemeenten ook verantwoordelijk voor de preventie van KOPP/KOV-problematiek en de zorg die KOPP/KOV mogelijk nodig hebben. Binnen de gemeentelijke kaders is geen ruimte om ondersteuning of zorg te bieden voor psychische problematiek bij de ouders. Gemeenten bieden wel ondersteuning aan ouders op andere levensgebieden. Echter, kennis over psychische problemen en de mogelijke impact daarvan op opvoedvaardigheden en het (mentale) welzijn van kinderen ontbreekt hier doorgaans. Bovendien zijn gemeenten ook aan zet om de kosten van de jeugdhulp te beperken en bepalen zij welke zorg aan een kind geboden mag worden. Die verschillende belangen maken het ingewikkeld om het kind centraal te stellen en van daaruit keuzes te maken.

Hiernaast zijn zorgverzekeraars volgens de Zorgverzekeringswet verantwoordelijk voor de financiering van de zorgkosten van volwassenen. Hieronder vallen volwassen KOPP/KOV die zelf problemen ontwikkeld hebben en ouders met psychische en/of verslavingsproblemen. Zorgverzekeraars voelen geen eigenaarschap of verantwoordelijkheid voor de preventie of zorg die nodig is voor de kinderen van deze ouders.

Op uitvoerend niveau spelen de volwassenen-ggz, de verslavingszorg, de eerste lijn (huisarts en POH-ggz) en de jeugdhulp een rol. Onderzoek laat zien dat er in de volwassenen-ggz nauwelijks aandacht is voor de kinderen van cliënten (W&I Group BV, 2019), dus hier valt nog een flinke inhaalslag te maken. Bestaande zorgsystemen hebben van oorsprong een sterke focus op het individu. Ook financieringsstructuren stimuleren professionals om primair in individuele problematiek en individuele oplossingen te denken. Hierdoor worden professionals onvoldoende gestimuleerd om preventieve aandacht te besteden aan de kinderen van hun cliënten.

Waar het in de volwassenenzorg van belang is dat het gesprek over de kinderen en het ouderschap wordt gevoerd, is het binnen de jeugdhulp van belang dat er structureel aandacht is voor de mogelijke aanwezigheid van psychische en/of verslavingsproblemen bij de ouders en de invloed daarvan op het kind. Professionals in de jeugdzorg voelen zich niet altijd voldoende uitgerust om dit gesprek te voeren. Bovendien is de tijd hiervoor doorgaans beperkt, vanwege krappe budgetten en een hoge werkdruk. En als professionals in de jeugdhulp problemen bij ouders signaleren, kunnen zij zelf vaak geen ondersteuning of zorg aan ouders bieden vanwege de gescheiden financieringsstromen.

Al met al is er een breed scala aan betrokkenen en verantwoordelijkheden, waarbij geen van de partijen eigenaarschap heeft en/of neemt in het vaststellen en uitvoeren van een samenhangende en gestructureerde aanpak voor KOPP/KOV.

Gebrek aan duurzame en samenhangende financiering

Effectieve preventie van KOPP/KOV-problematiek kan op de langere termijn maatschappelijke kosten, bijvoorbeeld kosten door uitval op school of werk en/of zorgkosten, besparen. Echter, omdat gemeenten verantwoordelijk zijn voor het bekostigen van preventie en jeugdhulp, en zorgverzekeraars voor de financiering van de zorg voor volwassenen, is er sprake van financiële schotten in de aanpak voor KOPP/KOV.

Terwijl andere belangrijke thema's in de volksgezondheid (zoals stoppen met roken of alcohol) vaak structurele financiering hebben voor het inzetten van domeinoverstijgende acties en/of interventies, ontbreekt een dergelijke samenhangende financiering voor de aanpak van KOPP/KOV-problematiek. Voor stoppen met roken bestaat er bijvoorbeeld een scala aan goed op elkaar afgestemde interventies (campagnes, digitale interventies, hulplijnen, instrumenten), gericht op verschillende leeftijdsgroepen en leefomgevingen (werk, school, zorg). Zo'n gestructureerd en structureel gefinancierd aanbod is ook nodig voor KOPP/KOV, om ervoor te zorgen dat zij in verschillende levensfasen en op verschillende overgangsmomenten in hun ontwikkeling een beroep kunnen doen op passende ondersteuning.

Samenwerking tussen professionals uit verschillende sectoren is essentieel om een goed ondersteuningsaanbod voor KOPP/KOV vorm te kunnen geven. De bestaande financiële schotten en de hoge werkdruk in de zorg belemmeren deze samenwerking. Ook kunnen verschillen in taal en kaders ervoor zorgen dat professionals uit verschillende sectoren komen tot andere probleemanalyses en oplossingsrichtingen. Dit maakt het lastig om een samenhangend en integraal ondersteuningsaanbod te bieden.

Beperkte toegang tot ondersteuning

Er zijn geen landelijke cijfers over hoeveel kinderen bereikt worden met KOPP/KOV preventie. Op lokaal en regionaal niveau geven de leden van het Landelijk Platform KOPP/KOV aan dat zij in hun eigen werkgebied slechts een beperkt aantal van KOPP/KOV kinderen bereiken. Zoals hierboven beschreven is, besteden professionals in de volwassenen-ggz vaak niet of nauwelijks aandacht aan de kinderen van hun cliënten en de eventuele gevolgen van de ouderlijke psychopathologie voor het welzijn van deze kinderen.

De wettelijk verplichte Kindcheck wordt door professionals in de volwassenen-ggz niet als oplossing gezien, omdat professionals hierbij alleen actie ondernemen als zij beoordelen dat er sprake is van een acuut onveilige situatie voor een kind. In andere gevallen blijft het vaak bij een korte check tijdens de intake en zijn de kinderen en het ouderschap in de verdere behandeling geen onderwerp van gesprek meer. Vanwege de gevolgen voor de kinderlijke ontwikkeling is het juist belangrijk om aandacht te hebben en te blijven houden voor niet-acute onveiligheid en suboptimaal ouderschap en de gevolgen daarvan voor de mentale gezondheid van de kinderen. Omdat dat nu onvoldoende gebeurt, blijven KOPP/KOV grotendeels buiten beeld en kunnen zij niet verwezen worden naar passende ondersteuning als dat nodig is.

Een andere reden waarom KOPP/KOV en hun ouders onvoldoende toegang hebben tot passende ondersteuning, is het ontbreken van een landelijke dekking van het KOPP/KOV preventieaanbod. Er zijn landelijk nog grote verschillen in hoeveel KOPP/KOV preventie door gemeenten wordt ingekocht. Veel gemeenten financieren slechts een klein deel van het benodigde spectrum aan preventie en ondersteuning. Bij sommige gemeenten zijn KOPP/KOV-groepen alleen voor een specifieke leeftijdsgroep beschikbaar of er zijn maar 1 of 2 groepen per leeftijdscategorie beschikbaar op jaarbasis. Dit zorgt er nu voor dat sommige kinderen helemaal niet en anderen alleen op voor hen ongunstige momenten kunnen deelnemen aan preventief groepsaanbod. Bovendien ontbreekt het vaak aan een gestructureerde of integrale visie die ten grondslag ligt aan het beleid op dit gebied.

Gebrek aan kennis bij stakeholders

Bij de signalering en ondersteuning van KOPP/KOV zijn potentieel veel verschillende stakeholders betrokken, variërend van medewerkers van de overheid, gemeenten en zorgverzekeraars tot professionals uit de jeugd- en volwassenenzorg en het onderwijs. Het is de vraag of deze stakeholders voldoende op de hoogte zijn van welke individuele en maatschappelijke gevolgen zijn van het opgroeien als KOPP/KOV, wat ervoor nodig is deze gevolgen te minimaliseren en welke preventieve interventies beschikbaar zijn voor deze doelgroep. De Richtlijn KOPP/KOV (Meeuwissen et al., 2020) en de Generieke module KOPP/KOV (GGZ Standaarden, 2020), waarin deze zaken voor verschillende typen professionals zijn beschreven, zijn nog onvoldoende geïmplementeerd.

Bovendien zijn zorgprofessionals onvoldoende opgeleid in hoe zij het welzijn van eventuele kinderen op een goede manier bespreekbaar kunnen maken bij volwassen cliënten, terwijl dit juist essentieel is om KOPP/KOV tijdig te signaleren en zo nodig te verwijzen naar passende ondersteuning. Ook geven volwassen KOPP/KOV die zelf psychische problemen hebben ontwikkeld aan dat er in hun behandeling onvoldoende aandacht is voor de rol van hun KOPP/KOV verleden in de huidige klachten. Professionals in de jeugdhulp hebben soms onvoldoende kennis en vaardigheden om het gesprek aan te gaan over eventuele psychische of verslavingsproblemen van ouders en de invloed daarvan op het welzijn van hun kinderen.

Tot slot is er geen gestructureerd overzicht van het aanbod aan (preventieve) interventies voor KOPP/KOV per regio. Hierdoor is het voor een breed scala aan professionals niet alleen onduidelijk waar zij KOPP/KOV na signalering naartoe kunnen verwijzen, maar is ook niet duidelijk welk aanbod mogelijk nog ontbreekt.

Literatuur

- Bakker, I., Bakker, C., Van Dijke, A. & Terpstra, L. (1998). O&O in perspectief (p.21). Utrecht: NIZW.
- Barnes J, Theule J (2019). Maternal depression and infant attachment security: A meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 40, 817-834.
- Bernard K, Nissim G, Vaccaro S, et al. (2018). Association between maternal depression and maternal sensitivity from birth to 12 months: A meta-analysis. *Attachment & Human Development*, 20, 578-599.
- Boer M, Van Dorsselaer S, De Looze M, et al. (2022). HBSC 2021. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Brennan PA, Le Brocque R, Hammen C (2003). Maternal depression, parent-child relationships, and resilient outcomes in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1469–1477.
- Bruland D, Pinheiro P, Bröder J, et al. (2017). Teachers' supporting students with parents having mental health problems. A scoping review. *International Journal of Case Studies*, 6, 1–15.
- Brummelhuis IAM, Kop WJ, Videler AC. (2022). Psychological and physical wellbeing in adults who grew up with a mentally ill parent: A systematic mixed-studies review. *General Hospital Psychiatry*, 79, 162–176.
- Brummelhuis IAM, Videler AC, Kopet WJ (2024). Association of parental mental illness with anxiety and depression in adulthood: The role of potentially contributing factors. *Journal of Affective Disorders*, 350, 174-181
- Dean K, Stevens H, Mortensen PB, et al. (2010). Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67, 822-829.
- Everts S, Van Amelsvoort T, Leijdesdorff S (2022). Mandatory Check for COPMI in Adult Mental Healthcare Services in the Netherlands—A Quantitative and Qualitative Evaluation. *Frontiers in Psychiatry*, 13.
- GGZ Standaarden (2020). Zorgstandaard KOPP/KOV. Zorg voor ouders met psychische en/of verslavingsproblematiek en hun (volwassen) kinderen (KOPP/KOV). Utrecht: Akwa GGZ.
- Havinga PJ, Boschloo L, Bloemen AJP, et al. (2017). Doomed for Disorder? High Incidence of Mood and Anxiety Disorders in Offspring of Depressed and Anxious Patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 78, e8–e17.
- Helmink FGL, Mesman E, Hillegers MHJ (2024). Beyond the Window of Risk? The Dutch Bipolar Offspring Study: 22-Year Follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Epub ahead of print. doi: 10.1016/j.jaac.2024.05.024.

- Hervormingsagenda Jeugd 2023-2028 (2023). www.voordejeugdenhetgezin.nl/documenten/publicaties/2023/06/19/hervormingsagenda-jeugd-2023-2028.
- Hosman CMH, Van Doesum KTM, Van Santvoort F (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: II. Interventions. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, 8, 264–276.
- Houkes A, Kok L (2009). Effectiviteit informele netwerken. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.
- Hyysalo N, Gastelle M, Flykt M (2022). Maternal pre- and postnatal substance use and attachment in young children: A systematic review and meta-analysis. *Developmental Psychopathology*, 34, 1231-1248.
- Knapp M, King D, Healey A, et al. (2011). Economic outcomes in adulthood and their associations with antisocial conduct, attention deficit and anxiety problems in childhood. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 14, 137–147.
- Kinderombudsman (2018). Hoor je mij wel? Kinderen van ouders met een ziekte, verslaving of beperking. Den Haag: Kinderombudsman.
- Lam, E. (2016). Risicokind of evenwichtskunstenaar? Kind zijn ondanks een moeilijke thuissituatie. Schiedam: Scriptum.
- MacMillan HL, Canadian Task Force on Preventive Health Care (2000). Preventive health care, 2000 update: Prevention of child maltreatment. *Canadian Medical Association Journal*, 163, 1451-1458.
- Madigan S, Deneault A, Racine N, et al. (2023). Adverse childhood experiences: a meta-analysis of prevalence and moderators among half a million adults in 206 studies. *World Psychiatry*, 22, 463–471.
- Maybery D, Reupert A, Patrick K (2005). VicHealth research report on children at risk in families affected by parental mental illness. Victoria Health Promotion Foundation, (November), 1–32.
- Meeuwissen J, de Ruiters N, Van der Zanden R, et al. (2020). Richtlijn Kinderen van Ouders met Psychische Problemen / Verslavingsproblemen (KOPP/KOV). Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen, Nederlands Jeugdinstituut.
- Metz D, Jungbauer J (2021). “My Scars Remain Forever”: A Qualitative Study on Biographical Developments in Adult Children of Parents with Mental Illness. *Clinical Social Work Journal*, 49(1), 64–76.
- Park JL, Hudec KL, Johnston C (2017). Parental ADHD symptoms and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 56, 25-39.
- Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, et al. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, 369, 1302–1313

- Pawlby S, Hay D, Sharp D, et al. (2011). Antenatal depression and offspring psychopathology: The influence of childhood maltreatment. *British Journal of Psychiatry*, 199, 106-112.
- Poole MK, Seal DW, Taylor CA (2014). A systematic review of universal campaigns targeting child physical abuse prevention. *Health Education Research*, 29, 388-432.
- Rossow I, Felix L, Keating P, et al. (2016). Parental drinking and adverse outcomes in children: A scoping review of cohort studies. *Drug and Alcohol Review*, 35, 397-405.
- Roza SJ, Hofstra MB, Van der Ende J, et al. (2003). Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: A 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2116-2121.
- 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 and Adolescent Psychiatry*, 51(1), 8-17.e8.
- Solis JM, Shadur JM, Burns AR, et al. (2013). Understanding the Diverse Needs of Children Whose Parents Abuse Substances. *Current Drug Abuse Reviews*, 5, 135-147.
- Staton-Tindall M, Sprang G, Clark J, et al. (2013). Caregiver Substance Use and Child Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 13, 6-31.
- Stith SM, Liu T, Davies LC, et al. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 13-29.
- Ten Have M, Tuithof M, van Dorsselaer S, et al. (2024). NEMESIS. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Trends. Geraadpleegd op: 13 mei 2024. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Thanhauser M, 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. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(4), 283-299.
- Thorup AAE, Laursen TM, Munk-Olsen T, et al. (2018). Incidence of child and adolescent mental disorders in children aged 0-17 with familial high risk for severe mental illness - A Danish register study. *Schizophrenia Research*, 197, 298-304.
- Uher R, Pavlova B, Radua J, et al. (2023). Transdiagnostic risk of mental disorders in offspring of affected parents: a meta-analysis of family high-risk and registry studies. *World Psychiatry*, 22: 433-448.
- Van der Zijden Q, Diephuis K (2013). Handleiding Gezinsplan: samenwerken volgens de principes 1Gezin1Plan. Hoogmade: Partners in Jeugdbeleid.
- Van Doesum T, De Gee A, Bos C, et al. (2019). KOPP/KOV. Een wetenschappelijke onderbouwing van de cijfers. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Dorsselaer S, Ramaker V, De Gee A, et al. (2023) KOPP/KOV: Feiten en cijfers. Landelijke omvang KOPP/KOV-groep. Geraadpleegd op 13-10-2023. Trimbos-instituut, Utrecht.

- Van Namen D, Hilberink S, De Vries H, et al. (2022). Students with and without relatives with addiction problems: Do they differ in health, substance use and study success? *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1–21.
- Van Namen DM, Hilberink SR, De Vries H, et al. (2024). 'Please, see me' Informal and professional support of students with relatives with addiction problems: A three-year longitudinal qualitative study. Ingediend.
- Van Namen DM, Knapen V, Van Staa A, et al. (2023). Stress and strain: A qualitative study into the impact of having relatives with addiction problems on students' health and daily lives. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 18, 2223864.
- Van Rooijen, Zoon M, Berg-Le Clercq T (2019). *Wat werkt voor kinderen van ouders met psychische problemen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Van Yperen T, Van de Maat A, Prakken J (2019). *Het groeiend jeugdzorggebruik. Duiding en aanpak.* Utrecht: NJi.
- Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, et al. (2006). Offspring of Depressed Parents: 20 Years Later. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), 1001–1008.
- Weissman MM, Wickramaratne P, Geleroff MJ, et al. (2016). Offspring of Depressed Parents: 30 Years Later. *American Journal of Psychiatry*, 173, 1024-1032.
- W&I Group BV (2019). *Preventieve zorg voor kinderen binnen KOPP- en KVO gezinnen.* In opdracht van de gemeente Rotterdam.
- Wilson S, Durbin E (2010). Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 167-180.

Colofon

Auteurs

Anouk de Gee, Marieke Zwaanswijk, Denis Wiering, Ingrid Brummelhuis

Ontwerp

Canon Nederland N.V.

Beeld

stock.adobe.com

Financiering

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport

Contact

Vragen of wil je bijdragen aan deze strategie? Neem contact met ons op:

koppkov@trimbos.nl

Dit is een uitgave van het Trimbos-instituut. De uitgave is gratis te downloaden via [de Webwinkel van het Trimbos-instituut](#).

Artikelnummer

TRI-61-010 © 2024

© 2024, Trimbos-instituut, Utrecht. Tekst uit deze publicatie mag worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding. Deze uitgave mag worden verveelvoudigd voor eigen of intern gebruik.