



Waarom investeren in preventief ondersteuningsaanbod voor KOPP/KOV?

Probleem

In Nederland groeit één op de vier kinderen op met een ouder met psychische problemen of een verslaving.¹ Deze zogenoemde KOPP/KOV lopen een verhoogd risico op fysieke, psychische, sociale en schoolproblemen, zowel in de kindertijd en adolescentie, als in de volwassenheid.²⁻⁴

Opgroeien met een ouder met psychische problemen of een verslaving heeft ook maatschappelijke gevolgen.⁵ Als KOPP/KOV zelf problemen ontwikkelen, kan dit leiden tot uitval op school en/of werk en tot meer zorggebruik. Vroegtijdig signaleren en zo nodig ondersteunen van KOPP/KOV is belangrijk om individuele problemen te voorkomen en maatschappelijke kosten te verminderen.

Het belang van tijdige signalering van KOPP/KOV

Om risico's en problemen tijdig te signaleren en passende ondersteuning te bieden is het belangrijk om KOPP/KOV goed in beeld te krijgen.³ Het tijdig signaleren van deze doelgroep is echter lastig en behoeft extra aandacht. Ten eerste ervaren KOPP/KOV hun thuissituatie vaak als normaal, en komt het besef van de mate waarin zij door deze situatie beïnvloed zijn vaak pas op latere leeftijd. Ook zijn kinderen niet altijd in staat om hun emoties en ervaringen te verwoorden. Tot slot kunnen problemen voor de buitenwereld onzichtbaar blijven door loyaliteitsgevoelens van KOPP/KOV richting hun ouders, en door schuld- en schaamtegevoelens en/of ontkenning van de problemen door ouders of kind. Het loont daarom om gericht in te zetten op tijdige signalering van KOPP/KOV. Niet alleen vanuit de zorg, maar bijvoorbeeld ook vanuit onderwijs of de sociale basis.

Interventies beïnvloeden beschermende en risicofactoren

Beschermende en risicofactoren

Niet alle KOPP/KOV ontwikkelen problemen. Of dit gebeurt, is afhankelijk van de balans tussen beschermende en risicofactoren in kind, gezin en omgeving.⁶ De kans op problemen neemt toe bij een stapeling van risicofactoren, vaak in combinatie met een beperkte aanwezigheid van beschermende factoren.⁷ Tabel 1 geeft voorbeelden van beschermende en risicofactoren die de ontwikkeling van KOPP/KOV kunnen beïnvloeden.⁸

Preventieve interventies

Nederland kent een uitgebreid aanbod aan preventieve interventies voor KOPP/KOV, in de vorm van individuele gesprekken met ouders en/of kinderen, groepsprogramma's en online interventies. De interventies richten zich op het versterken van beschermende factoren en/of het verminderen van risicofactoren, om te voorkomen dat problemen ontstaan of verergeren.⁹ Inzet van deze preventieve interventies kan het risico op problemen bij KOPP/KOV tot 40% verlagen^{10, 11} en zo maatschappelijke kosten verminderen. Interventies voor KOPP/KOV zijn gebaseerd op een combinatie van werkzame theorieën, werkvormen en praktische elementen.

Werkzame theorieën

1 Cognitieve gedragstherapie (CGT)

CGT legt een relatie tussen gedachten, gedrag en gevoelens.^{12, 13} Hiermee leren KOPP/KOV negatieve gedachten, bijvoorbeeld over de omgang met hun zieke ouder, om te buigen naar positieve gedachten. Interventies gebaseerd op CGT zijn effectief in het verlagen van het risico op psychische stoornissen bij KOPP/KOV.¹⁴ Ook zijn deze interventies effectief in het verminderen en het voorkomen van depressieve klachten bij kinderen en adolescenten.¹⁴⁻¹⁸

2 Coping theorie

Deze theorie stelt dat psychische kwetsbaarheid sterk wordt bepaald door de wijze waarop iemand met problemen en stress omgaat, zogenaamde copingstrategieën.¹⁹ Het versterken van goede copingstrategieën bij KOPP heeft een positief effect op hun mentale gezondheid.^{9, 10, 20} Het gebruik van goede copingstrategieën, zoals het uiten van gevoelens en het cognitief onschadelijk maken van negatieve gedachten, werkt ook beschermend tegen depressie.^{21, 22}

3 Positieve psychologie

Positieve psychologie richt zich op het versterken van wat er goed gaat in het persoonlijk leven.²³

Tabel 1. Beschermende en risicofactoren⁸

	Risicofactoren	Beschermende factoren
Bij de jeugdige zelf	• genetische aanleg • moeilijk temperament • onveilige gehechtheid • weinig zelfvertrouwen • jonge leeftijd • beperkte cognitieve en sociale vaardigheden • weinig kennis over ouderlijke problematiek • schuld- en schaamtegevoelens	• veilige gehechtheid • goed ontwikkelde cognitieve en sociale vaardigheden • veel zelfvertrouwen • goede copingvaardigheden • een grote zelfredzaamheid • inzicht in ouderlijke problematiek
Bij de ouder(s)	• ernstige en langdurige problematiek • gebrekkige opvoedvaardigheden • verstoorde ouder-kindinteractie • gebrek aan sensitiviteit • zorg mijden • schuld- en schaamtegevoelens	• goede opvoedvaardigheden • positieve ouder-kindinteractie • goede ondersteuning van het kind door de ouder(s) • in behandeling zijn (geweest)
In het gezin	• financiële problemen • complexe scheiding • conflicten tussen ouders • geringe familiecohesie • kindermishandeling of huiselijk geweld	• aanwezigheid van een ouder zonder psychische problemen of verslaving • sterke familiecohesie
In de omgeving	• gebrek aan herkenning • gebrek aan sociale steun • stigmatisering	• een sociaal netwerk en steun voor ouder(s) en jeugdige • afleiding en ontsnapingsmogelijkheden voor de jeugdige

Interventies op basis van positieve psychologie zijn bewezen effectief tegen depressie en depressieve klachten, en voor het bevorderen van mentaal welzijn.²⁴

4 Psycho-educatie

Psycho-educatie is een veelbelovende techniek, voor zowel kinderen als ouders.⁹ Interventies die gebruik maken van psycho-educatie verminderen het risico op het ontwikkelen van een psychische stoornis bij KOPP¹⁰ en hebben positieve effecten op het gedrag van kinderen.²⁵

Voor kinderen:

Voorlichting over de problemen van de ouder helpt kinderen om de situatie te begrijpen en verlaagt het risico op zelfstigmatisering, schuld- en verantwoordelijkheidsgevoelens. Erkenning, informatie over de ziekte van de ouder en erover leren praten dragen bij aan het welbevinden van kinderen. Kinderen geven aan dat dit hen helpt om met de situatie om te gaan.^{7, 10, 11, 26}

Voor ouders:

Psycho-educatie wordt ingezet om ouders voor te lichten over beschermende en risicofactoren, opvoedvaardigheden, de ouder-kindinteractie en de gevolgen van hun problemen voor het kind. Er zijn aanwijzingen dat het versterken van de ouderrol het herstel van de ouder bevordert.²⁷ Dit kan positieve gevolgen hebben voor de ontwikkeling van het kind.²⁸

Werkzame werkvormen en praktische elementen

1 Het gezin betrekken

Ondersteuning voor KOPP/KOV dient zich te richten op het hele gezin.⁹ Dit betekent dat er naast professionele behandeling van de psychische problemen van de ouder, ondersteuning wordt geboden die past bij de behoeften van het gezin. Bijvoorbeeld een combinatie van verbetering van opvoedvaardigheden en de ouder-kindrelatie, deelname van KOPP/KOV aan een zelfhulpgroep en versterking van het sociale netwerk van het gezin.²⁹⁻³² De meest veelbelovende componenten van interventies voor KOPP-gezinnen zijn: psycho-educatie, aanmoedigen om samen te praten over hun mentale gezondheid, ouders aanleren om positieve interacties aan te gaan met hun gezinsleden en kinderen probleemoplossings- en copingvaardigheden aanleren.³³

2 Versterken van het sociale netwerk

Dit kan in de vorm van praten over de thuissituatie, in kaart brengen van het huidige én

het gewenste sociale netwerk en het stimuleren van steun zoeken/ hulp vragen. Het krijgen van sociale steun heeft een positief effect op het welbevinden van kinderen. Dit verband wordt sterker naarmate het kind ouder wordt.³⁴ KOPP/KOV vinden het belangrijk dat ze een goede relatie hebben met vrienden en familieleden, omdat dit hen helpt om zich normaal en verbonden te voelen.^{26, 35, 36}

3 Lotgenotencontact

Praten met lotgenoten zorgt ervoor dat KOPP/KOV zien dat zij niet de enige zijn met een ouder met psychische en/of verslavingsproblemen. Door (h)erkenning en het delen van kennis en ervaringen vergroten KOPP/KOV hun zelfkennis, en kunnen schuld- en schaamtegevoelens verminderen. Lotgenotencontact is een belangrijke bron van steun voor KOPP/KOV en lijkt belangrijk te zijn voor het verbeteren van zelfvertrouwen, kennis over mentale gezondheid, en het verminderen van stigma en depressieve klachten.^{37, 38}

4 Gebruik van spel- en werkvormen die geschikt zijn voor kinderen

Werkvormen in interventies moeten goed aansluiten op de leeftijd van de deelnemende kinderen, zodat informatie optimaal wordt opgenomen. Verhalen en poppenspel maken lastige onderwerpen voor kinderen toegankelijk.^{39, 40} Interventies met spelvormen gericht op emotionele problemen en gedragsproblemen, geven bij jonge kinderen aanzienlijk betere uitkomsten dan interventies zonder spelvormen.⁴¹ Mindfulness- en ontspanningstechnieken zijn bewezen effectief voor het verbeteren van het welbevinden, de stemming en het zelfvertrouwen van kinderen.⁴² Ook kan mindfulness bij jonge kinderen angstgevoelens verminderen en sociale vaardigheden en aandachtsprocessen verbeteren.⁴³ Door al jong te leren hoe zij hun aandacht kunnen trainen en tot rust kunnen komen, leren kinderen dit thuis ook te doen.

5 Huiswerkopdrachten

Huiswerkopdrachten helpen KOPP/KOV om in de praktijk toe te passen wat zij tijdens de interventie geleerd hebben. Uit onderzoek naar factoren die de effectiviteit van depressiepreventie voor jongeren beïnvloeden, blijkt dat het maken van huiswerk een belangrijke rol speelt in hoe succesvol een programma is.⁴⁴

⑥ Het stimuleren van groepscohesie

Groepscohesie verwijst naar de samenhang tussen groepsleden en hun verbondenheid met de groep, het doel en de taken. Groepscohesie wordt gezien als een essentieel element in het functioneren van groepen en een van de belangrijkste werkzame factoren in

groepsbehandelingen.⁴⁵ Hoge cohesie vergroot de kans dat deelnemers zich durven laten zien en horen in de groep, wat het resultaat ten goede komt. Daarnaast ervaren deelnemers meer tevredenheid, plezier en zelfvertrouwen en minder angst wanneer zij zich verbonden voelen met de groep.

Investeren in preventieve ondersteuning voor KOPP/KOV: wat levert het op?

Internationaal onderzoek laat zien dat negatieve jeugdervaringen aanzienlijke maatschappelijke kosten met zich meebrengen, waaronder kosten voor het verlies van economische productiviteit en hogere zorguitgaven.⁴⁶ Vroegtijdige signalering en ondersteuning van KOPP/KOV kan deze kosten mogelijk verminderen. De kosteneffectiviteit van preventieve ondersteuning voor KOPP/KOV is echter beperkt onderzocht. Hieronder volgt een overzicht van het beschikbare onderzoek.

Preventieve groepsinterventies

Een recente studie⁴⁷ simuleerde met een economisch model de gezondheidsuitkomsten en kosten van een op CGT gebaseerde groepsinterventie voor KOPP/KOV over een periode van 28 jaar. De interventie bleek in 72% van de simulaties kosteneffectief te zijn, in vergelijking met geen behandeling. Hiermee blijkt de preventieve interventie niet alleen de levenskwaliteit van KOPP/KOV te kunnen verbeteren, maar mogelijk ook maatschappelijke en zorgkosten te kunnen verminderen.

Preventieve zorgcoördinatie voor gezinnen

Een andere studie⁴⁸ toonde de kosteneffectiviteit aan van preventieve zorgcoördinatie die zich richt op het verbeteren van de opvoedingskwaliteit en het verminderen van risicofactoren. Het coördineren van een ondersteuningsnetwerk voor gezinnen met ouders met langdurige psychische problematiek kan het gebruik van jeugdzorg en andere maatschappelijke ondersteuning verminderen en besparingen opleveren in sectoren zoals kinderopvang, schuldhulpverlening en onderwijs.

Vergroten van de mentale gezondheid van de gehele bevolking

Onderzoek naar de economische baten van algemene preventie van psychische problemen levert ook nuttige informatie op. Zo toont internationaal onderzoek aan dat het verbeteren van de mentale gezondheid van de bevolking kan leiden tot minder persoonlijke en zorgkosten en minder

productiviteitsverlies vanwege ziekteverzuim en verminderde efficiëntie.⁴⁹⁻⁵² In Nederland is in een hypothetisch scenario berekend dat een afname van 5% in depressie en angststoornissen na preventieve maatregelen, kan leiden tot een kostenbesparing van €15 tot €17 miljoen door lagere zorguitgaven en minder productiviteitsverlies en ziekteverzuim.⁵³



Beschikbare preventieve interventies voor KOPP/KOV

Interventies uit de databank effectieve jeugdinterventies:

- Ouder-baby interventie (voor ouders)
- Piep zei de muis (voor jonge kinderen)
- KopOpOuders (voor ouders, online)
- KOPPSupport (voor jongeren, online)

Interventies uit Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming:

- Doe-praatgroep (voor kinderen)
- Bureau Basiszorg (voor gezinnen)
- KOPP-kindgesprekken (voor gezinnen)
- Tienergroep (voor tieners)
- Jongerengroep (voor jongeren)
- Billy Boem (voor kinderen)
- Family Talk (voor gezinnen)



Jennely (9) en Dinart (12) hebben de 'Doe-praatgroep' gevolgd.

Jennely: *'Ik dacht dat het mijn schuld was dat mijn vader verslaafd is. Ik dacht dat hij bijvoorbeeld ging drinken omdat ik niet altijd luisterde. Ik ben toen de training gaan volgen om met de situatie om te leren gaan. (...). Ik heb geleerd om iedere dag tegen mezelf te zeggen dat ik er mag zijn en dat het niet mijn schuld is dat mijn vader verslaafd is.'*⁵⁴

Dinart: *'Mijn moeder is geestelijk ziek. Iets in haar hersenen zorgt ervoor dat ze snel boos of verdrietig wordt en dat haar gedrag heel snel wisselt. Ik schaamde me en durfde niet over mijn thuissituatie te vertellen. Ik dacht dat kinderen het stom zouden vinden en daarom niet met mij om wilden gaan. Ik heb tijdens de training geleerd dat meer kinderen het moeilijk hebben thuis. Ik hoef me niet te schamen. Ik kan er niets aan doen dat mijn moeder ziek is. Ik praat nu met mijn vrienden over mijn thuissituatie. Ik leg bijvoorbeeld uit waarom we niet bij mij thuis kunnen afspreken. Het geeft mij een fijn gevoel om mijn verhaal te kunnen vertellen.'*⁵⁵

Meer weten over KOPP/KOV?

- Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming
- GGZ Standaarden
- Kennisdossier Trimbos-instituut



Bronnen

1. 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. Utrecht: Trimbos-instituut.
2. Van Doesum T, De Gee A, Bos C, et al. (2019). KOPP/KOV. Een wetenschappelijke onderbouwing van de cijfers. Utrecht: Trimbos-instituut.
3. 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.
4. 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.
5. Hughes K, Ford K, Bellis MA, et al. (2021). Health and financial costs of adverse childhood experiences in 28 European countries: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 6, e848-57
6. Bakker I, Bakker C, Van Dijke A, et al. (1998). O&O in perspectief. Utrecht: NIZW.
7. 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.
8. Meeuwissen J, de Ruiter 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.
9. Van Rooijen, Zoon M, Berg-Le Clercq T (2019). Wat werkt voor kinderen van ouders met psychische problemen? Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
10. 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, 8-17.e8.
11. Thanhauser M, Lemmer G, de Girolamo G, et al. (2017). Do preventive interventions for children of mentally ill parents work? Results of a systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, 30, 283–299.
12. Beck AT (1970) Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184–200.
13. Ellis A (1962). Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stuart.
14. Lannes A, Bui E, Arnaud C, et al. (2021). Preventive interventions in offspring of parents with mental illness: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 51, 2321-2336.
15. David-Ferdon C, Kaslow N (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 62–104.
16. Stice E, Rohde P, Gau JM, et al. (2010). Efficacy trial of a brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents: Effects at 1- and 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 856–867.
17. Stallard P, Sayal K, Phillips R, et al. (2012). Classroom based cognitive behavioural therapy in reducing symptoms of depression in high risk adolescents: Pragmatic cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 345, e6058.
18. Van der Zanden AP, Kramer J, Gerrits R, et al. (2012). Effectiveness of an online group course for depression in adolescents and young adults: A randomized trial. *Journal of Medical Internet Research* 14, e86.
19. Lazarus RS, Folkman S (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company.
20. Van Schoors M, Van Lierde E, Steeman K, et al. (2023). Protective factors enhancing resilience in children of parents with a mental illness: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 14, 1243784.
21. Cairns KE, Yap MBH, Pilkington PD, et al. (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.
22. Herman-Stahl M, Petersen AC (1996). The protective role of coping and social resources for depressive symptoms among young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 733–753.
23. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5–14.
24. Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, et al. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119.

25. Calhoun S, Conner E, Miller M, et al. (2015). Improving the outcomes of children affected by parental substance abuse: A review of randomized controlled trials. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 15.
26. Drost LM, Van der Krieke L, Sytema S, et al. (2016). Self-expressed strengths and resources of children of parents with a mental illness: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25, 102–115.
27. Neger EN, Prinz RJ (2015). Interventions to address parenting and parental substance abuse: Conceptual and methodological considerations. *Clinical Psychology Review*, 39, 71–82.
28. Gunlicks ML, Weissman MM (2008). Change in child psychopathology with improvement in parental depression: A systematic review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, 379389.
29. Mattejat F, Remschmidt H (2008). The children of mentally ill parents. *Deutsches Ärzteblatt International*, 105, 413-418.
30. Grove C, Reupert A (2017). Protective processes in children of parents with mental illness: Findings from a mixed method study. *Australian Social Work*, 70, 324-336.
31. Beardslee WR, Gladstone TRG, O'Connor EE (2011). Transmission and prevention of mood disorders among children of affectively ill parents: A review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50, 1098-1109.
32. Ackerson BJ (2003). Parents with serious and persistent mental illness issues in assessment and services. *Social Work*, 48, 187-194.
33. Marston N, Stavnes K, Van Loon LM, et al. (2016). A content analysis of intervention key elements and assessments (IKEA): What's in the black box in the interventions directed to families where a parent has a mental illness? *Child & Youth Services*, 37, 112-128.
34. Chu PS, Saucier DA, 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.
35. Leahy MA (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.
36. Park S, Schepp KG (2015). A systematic review of research on children of alcoholics: Their inherent resilience and vulnerability. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 1222– 1231.
37. Grové C, Reupert A, Maybery D (2015). Peer connections as an intervention with children of families where a parent has a mental illness: Moving towards an understanding of the processes of change. *Children and Youth Services Review*, 48, 177–185. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.12.014>
38. Van Paassen F (2015). Schaamte in groepstherapie. *Tijdschrift Voor Psychotherapie*, 41, 40–55.(1), 40–55. <https://doi.org/10.1007/s12485-015-0004-0>
39. Kováčová B (2015). Puppet therapy in the group of preschool children. *Journal of Exceptional People*, 1, 7–18.
40. Sunderland M (2017). Using story telling as a therapeutic tool with children. London: Routledge.
41. Bratton SC, Ray D, Rhine T, et al. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 376–390.
42. Weare K (2013). Developing mindfulness with children and young people: A review of the evidence and policy context. *Journal of Children's Services*, 8, 141–153.
43. Napoli M, Krech PR, Holley LC (2005). Mindfulness training for elementary school students. *Journal of Applied School Psychology*, 21, 99–125.
44. Stice E, Shaw H, Bohon C, et al. (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.
45. Koks RW, Steures P (2019). Praktijkrichtlijnen voor groepsbehandeling in de (geestelijke) gezondheidszorg: Een handreiking van de Nederlandse vereniging voor groepsdynamica en groepspsychotherapie voor de dagelijkse praktijk. Utrecht: NVGP.
46. 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.
47. Meijer, Y (2024). Designing and testing of a health economic model to assess the cost effectiveness of preventive interventions for children of parents with a mental illness or substance use disorder in the Netherlands. [Unpublished master's thesis]. Rotterdam: Erasmus Universiteit.



Colofon

Trimbos-instituut
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030 – 297 11 00

Auteurs
Satyana Nuesink, Marieke Zwaanswijk

Met dank aan
*de praktijkprofessionals die hebben
meegelezen*

Vormgeving
The Creative Hub | Canon

Beeld
AdobeStock

Bestelinformatie
*Deze factsheet is gemaakt met
financiële steun van het ministerie van
Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS).
De factsheet is te downloaden via
www.trimbos.nl/webwinkel.
Artikelnummer: TRI-61-013.*

© 2025, Trimbos-instituut, Utrecht.
Alles uit deze uitgave mag gebruikt
worden, mits met juiste bronvermelding.

48. Wansink HJ, Drost RMWA, Paulus ATG, et al. (2016). Cost-effectiveness of preventive case management for parents with a mental illness: A randomized controlled trial from three economic perspectives. *BMC Health Services Research*, 16, 1–15.
49. Keyes CLM, Grzywacz JG (2005). Health as a complete state: The added value in work performance and healthcare costs. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47, 523–532.
50. Riley C, Roy B, Herrin J, et al. (2018). Association of the overall wellbeing of a population with healthcare spending for people of 65 years of age or older. *JAMA Network Open*, 1, e182136.
51. Sears LE, Shi Y, Coberley C, et al. (2013). Overall wellbeing as a predictor of healthcare productivity and retention outcomes in a large employer. *Population Health Management*, 16, 397–405.
52. Santini ZI, Becher H, Jørgensen MB, et al. (2021). Economics of mental well-being: A prospective study estimating associated healthcare costs and sickness benefit transfers in Denmark. *European Journal of Health Economics*, 24, 200–222.
53. Van Dale D, Shields-Zeeman L, Schokker D, et al. (2022). Effectieve interventies en beleid mentale gezondheid en preventie: Een overzicht van kansen en mogelijkheden per levensfase & economische baten. Bilthoven: RIVM.
54. Huig S (2022). Omgaan met een verslaving of psychisch probleem: Jennely. Jong010, dé Rotterdamse Kinderkrant. <https://jong010.nl/uitgave/jong010-de-rotterdamse-kinderkrant-maart-2022>.
55. Huig S (2018). Ouders met problemen. Jong010, dé Rotterdamse Kinderkrant. <https://jong010.nl/uitgave/jong010-de-rotterdamse-kinderkrant-april-2018>.