

Groepsaanbod voor kinderen van verslaafde ouders

Stakeholderanalyse

Door: Regien Vleems

Groepsaanbod voor kinderen van verslaafde ouders

Stakeholderanalyse

Door: Regien Vleems

Enschede, 2008

Algemene Gezondheidswetenschappen

Universiteit Twente, Enschede

Bacheloropdracht

Naam opdrachtgever: Tactus Verslavingszorg, afdeling preventie Zwolle

1^{ste} begeleider: Dr. H.G.M. Oosterwijk

2^e begeleider: Dr. E.C.J. van Oost

Begeleider Tactus Verslavingszorg Zwolle: L. Hommels

Voorwoord

Ik schrijf dit onderzoeksverslag in het kader van het afronden van mijn bachelor Gezondheidswetenschappen. Preventie van roken, alcohol en drugs zijn zaken die me aan het hart gaan en door een toevallige samenloop van omstandigheden ben ik terecht gekomen op de afdeling preventie van Tactus Verslavingszorg in Zwolle. Ik heb tien weken onderzoek verricht op de afdeling preventie. Tijdens mijn onderzoek heb ik gebruik gemaakt van theorie, maar ik heb ook gekeken naar de praktijk. Het was zeer interessant en leerzaam om een kijkje te nemen op de werkvloer.

Dit onderzoeksverslag is onder andere bedoeld voor preventiewerkers en hulpverleners van Tactus Verslavingszorg die te maken hebben of zullen krijgen met kinderen van verslaafde ouders, in de hoop en veronderstelling een bewustwording in hun handelen naar deze kinderen toe te creëren.

Ik wil een aantal mensen bedanken die belangrijk zijn geweest bij de totstandkoming van mijn onderzoeksverslag. Allereerst wil ik Leontien Hommels bedanken voor haar begeleiding tijdens mijn onderzoek op de afdeling preventie. Ten tweede wil ik alle preventiewerkers van de afdeling preventie in Zwolle bedanken voor hun enthousiasme en de beantwoording van al mijn vragen. Ten derde mijn dank aan Herman Oosterwijk die mij steeds in de goede richting heeft gewezen.

Samenvatting

Opgroeien in een gezin met een aan alcohol- of drugsverslaafde ouder betekent voor veel kinderen en jongeren opgroeien onder moeilijke omstandigheden. Kinderen van verslaafde ouders lopen een verhoogd risico op het ontwikkelen van sociale, emotionele en gedragsproblemen. Sinds enkele jaren wordt in Nederland een scala aan interventies – onder andere groepsaanbod – ontwikkeld en uitgevoerd om kinderen van verslaafde ouders te ondersteunen. Bij de afdeling preventie van Tactus Verslavingszorg in Zwolle staan de interventies voor kinderen van verslaafde ouders op een laag pitje. Daarom is het opstarten / aanbieden van een interventie door de programmaleider van de afdeling preventie bovenaan de agenda gezet. De bedoeling van dit onderzoek is te achterhalen wat de mogelijkheden zijn voor het opzetten van groepsaanbod in Harderwijk voor kinderen van verslaafde ouders. Daartoe wordt allereerst gekeken wat er in de bestaande literatuur is geschreven over kinderen van verslaafde ouders en waarom groepsaanbod nodig is voor deze kinderen. Vervolgens wordt in kaart gebracht wat er in de literatuur aan theoretisch en empirisch materiaal beschikbaar is op het gebied van interventies die zich richten op kinderen van verslaafde ouders. Tot slot wordt een stakeholderanalyse uitgevoerd die het speelveld inzichtelijk maakt waarin de afdeling preventie van Tactus Verslavingszorg in Zwolle zich bevindt bij het opzetten van groepsaanbod.

Landelijke en regionale schattingen laten zien dat kinderen van verslaafde ouders een omvangrijke risicogroep vormen. Het werkgebied van de afdeling preventie van Tactus Verslavingszorg – Flevoland, Noord-Veluwe en Zwolle en omgeving – heeft te maken met een risicogroep van 20.520 kinderen (Harderwijk 907 kinderen). De gevolgen die kinderen kunnen ondervinden van de verslavingsproblematiek van hun ouders zijn aanzienlijk. Zo kunnen de kinderen te maken krijgen met emotionele en gedragsproblemen, stemmingsstoornissen, angsten en conflicten met ouders en op school. De omvang van de problematiek en de problematische gezinssituatie waarin de kinderen zich bevinden rechtvaardigt het zoeken naar (preventieve) strategieën om kinderen van verslaafde ouders te ondersteunen. Groepsaanbod voor kinderen van verslaafde ouders is een voorbeeld van zo'n preventieve strategie. De hoofddoelstelling van het groepsaanbod is om bij te dragen aan het voorkomen van ernstige psychische problemen bij kinderen en jongeren als gevolg van verslavingsproblemen van hun ouder(s).

In Nederland is een uitgebreid programma opgezet om kinderen van ouders met psychiatrische problemen en kinderen van verslaafde ouders door middel van (preventieve) interventies te ondersteunen. De interventies krijgen veelal gestalte onder de noemer KOPP en KVO. KOPP staat voor Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen en KVO staat voor Kinderen van Verslaafde Ouders. Vaak bieden de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg gemengde KOPP/KVO-

activiteiten aan, omdat de problematiek van de kinderen vergelijkbaar is. De activiteit waar in dit onderzoeksrapport op wordt gefocust is het KOPP/KVO-groepsaanbod. Het gaat om doe- en praatgroepen voor kinderen van 8 tot 12 jaar. Voor kinderen van 12 tot 16 jaar zijn er pubergroepen en voor jongeren van 16 tot 23 jaar zijn er gespreksgroepen. In de regio's Flevoland, Noord-Veluwe en Zwolle en omgeving wordt door de afdeling preventie van Tactus Verslavingszorg in Zwolle geen groepsaanbod georganiseerd voor kinderen van verslaafde ouders. In Twente en de Stedendriehoek – waar Tactus Verslavingszorg ook actief is – wordt wel groepsaanbod aangeboden. In Twente is een nieuw concept (Talk 'N Joy) bedacht, omdat de bestaande KOPP/KVO-groepen daar niet goed draaiden. Talk 'N Joy is een club voor kinderen van verslaafde ouders. In dit onderzoek wordt een systematische vergelijking van beide varianten uitgewerkt die de verschillen en overeenkomsten inzichtelijk maakt.

De rol van sommige stakeholders – belanghebbenden – kan zeer cruciaal zijn bij het opzetten van groepsaanbod in Harderwijk. Een stakeholderanalyse brengt het speelveld in kaart waarin de afdeling preventie van Tactus Verslavingszorg in Zwolle zich bevindt bij het opzetten van groepsaanbod. Het theoretische kader dat ten grondslag ligt aan de stakeholderanalyse is het *stakeholder identification & salience model* van Mitchell, Agle en Wood. Het model stelt dat stakeholders getypeerd kunnen worden aan de hand van drie dimensies: macht (de mate waarin een stakeholder zijn wil kan opleggen aan de organisatie), legitimiteit (de mate waarin een stakeholder groepsaanbod wenselijk acht en tot zijn taakdomein rekent) en urgentie (de mate waarin een issue onmiddellijke aandacht opeist van de stakeholder). Het doel van het stakeholder identification en salience model is om er achter te komen wie of wat er echt toe doet binnen en buiten de organisatie. De afdeling preventie in Zwolle heeft te maken met zowel interne als externe stakeholders die verknoopt zijn in netwerken en patronen. De stakeholders worden beoordeeld op de dimensies macht, legitimiteit en urgentie. Deze beoordeling levert een aantal relevante inzichten op.

De interne stakeholders (afdeling preventie Zwolle en afdeling hulpverlening Harderwijk) zijn belangrijk, omdat de diverse afdelingen en disciplines van Tactus Verslavingszorg moeten samenwerken om te komen tot passende (preventieve) zorg voor kinderen van verslaafde ouders. De afdeling preventie acht groepsaanbod zeer wenselijk, ze staat in de startblokken om actie te ondernemen en de afdeling vervult een voortrekkersrol bij het opzetten van groepsaanbod. De afdeling hulpverlening is belangrijk, omdat hulpverleners aan de verslaafde cliënten moeten vragen of zij kinderen hebben. De afdeling hulpverlening moet dus – middels de verslaafde ouders die in behandeling zijn – kinderen aan de oppervlakte krijgen. Kinderen melden zich namelijk niet snel zelf aan voor een interventie en ook de externe verwijzing via bijvoorbeeld de huisarts of Bureau Jeugdzorg naar KOPP/KVO-interventies is beperkt.

Het RIAGG in Zwolle en de gemeente Zwolle – beide externe stakeholders – zijn ook belangrijk bij het opzetten van groepsaanbod in Harderwijk. Het RIAGG is belangrijk, omdat deze

organisatie over kennis en ervaring beschikt op het gebied van KOPP/KVO-groepsaanbod. Daarnaast is het RIAGG belangrijk omdat gezamenlijke KOPP/KVO-groepen (samenwerking tussen geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg) meer kans van slagen hebben dan aparte KVO-groepen (instroomproblemen). Verslaafde ouders spelen ook nog een rol van betekenis als externe stakeholder, omdat zij hun kind toestemming moeten geven om te mogen deelnemen aan groepsaanbod.

De onderzoeksvraag – *Is er draagvlak om in Harderwijk groepsaanbod op te zetten voor kinderen van verslaafde ouders?* – kan met ja worden beantwoord. Uit de stakeholderanalyse en uit de diverse gehouden interviews komt heel duidelijk naar voren dat er voldoende enthousiasme en draagvlak is om groepsaanbod op te starten. De afdeling preventie van Tactus Verslavingszorg in Zwolle wil met het RIAGG in Zwolle samenwerken om gezamenlijke KOPP/KVO-groepen op te starten in Harderwijk. Aansluiting bij de bestaande KOPP/KVO-groepen verdient de voorkeur boven Talk 'N Joy. Er liggen landelijke KOPP/KVO-draaiboeken en er is al jarenlang ervaring opgedaan met het draaien van KOPP/KVO-groepen. Talk 'N Joy – een initiatief vanuit de verslavingszorg – is een goed concept, maar het mag niet ten koste gaan van samenwerking met het RIAGG (bij Talk 'N Joy werkt de verslavingszorg niet samen met de geestelijke gezondheidszorg)

Met de betrokken stakeholders is besloten om 14 november 2007 te starten met een KOPP/KVO-groep in Harderwijk voor kinderen van 8 tot 12 jaar. In Harderwijk wordt een voorbeeldmodel gemaakt. Als de pilot succesvol blijkt, dan moet er een advies worden geschreven voor Flevoland en Zwolle en omgeving. De uiteindelijke bedoeling is namelijk dat er op uniforme wijze continue groepsaanbod wordt opgezet in het hele werkgebied van de afdeling preventie. Het onderwerp KVO moet op de beleidsagenda blijven; er moet blijvende aandacht zijn voor kinderen van verslaafde ouders.

Inhoudsopgave

1 Inleiding	7
1.1 Probleemschets	7
1.2 Aanleiding onderzoek	7
1.3 Onderzoeksvraag en deelvragen	7
1.4 Doelstelling	8
1.5 Onderzoeksontwerp	9
2 Kinderen van verslaafde ouders	11
2.1 Omvang van de problematiek	11
2.2 Gevolgen voor kinderen van verslaafde ouders	13
2.3 Het samenspel tussen risicofactoren en beschermende factoren	14
2.4 Waarom preventief groepsaanbod voor kinderen van verslaafde ouders?	16
3 Groepsinterventies voor kinderen van verslaafde ouders	20
3.1 KOPP/KVO-projecten in Nederland	20
3.1.1 KOPP/KVO-groepen	22
3.2 Tactus Verslavingszorg	23
3.2.1 KVO-activiteiten binnen Tactus Verslavingszorg	24
3.2.2 Talk 'N Joy... Join the club	26
3.3 Systematisch vergelijking van KOPP/KVO-groepen en Talk 'N Joy	28
4 Stakeholderanalyse	30
4.1 Theoretisch kader: het stakeholder identification & salience model	30
4.2 Stakeholderanalyse Tactus Verslavingszorg	34
4.2.1 Dimensie macht	36
4.2.2 Dimensie legitimiteit	40
4.2.3 Dimensie urgentie	40
4.2.4 Conclusie stakeholderanalyse Tactus Verslavingszorg	41
5 Conclusie	44
6 Aanbevelingen	46
7 Nawoord	48
8 Literatuur	49
Bijlagen	53
Bijlage 1 KOPP/KVO groepsinterventies	54
Bijlage 2 Draaiboek KOPP/KVO-pubergroep	56
Bijlage 3 Talk 'N Joy	59
Bijlage 4 Vragenlijst	61

1 Inleiding

1.1 Probleemschets

Opgroeien in een gezin met een aan alcohol- of drugsverslaafde ouder betekent voor veel kinderen en jongeren opgroeien onder moeilijke omstandigheden. Het verslavingsgedrag van de ouder kan voor kinderen heel beangstigend zijn, de thuissituatie is vaak onvoorspelbaar. Bovendien hebben de kinderen te maken met schuld- en schaamtegevoelens. Vaak nemen ze veel taken en verantwoordelijkheden over van de verslaafde ouder, waardoor het 'kind' kunnen zijn naar de achtergrond verdwijnt. Dit betekent bijvoorbeeld dat kinderen onvoldoende tijd hebben om te spelen en te ontdekken, omdat ze de huishoudelijke taken van de verslaafde ouder overnemen. Kinderen kunnen daardoor geïsoleerd raken, maar ook omdat veel gezinnen zich afsluiten van de omgeving. Bovengenoemde factoren dragen er aan bij dat kinderen van verslaafde ouders een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van sociale, emotionele en gedragsproblemen (Van Sambeek & Van der Zanden, 2003).

1.2 Aanleiding onderzoek

Uit de probleemschets volgt dat het helpen van kinderen van verslaafde ouders een must is. Sinds enkele jaren wordt in Nederland een scala aan interventies ontwikkeld om de problematiek aan te pakken. Het organiseren van groepsaanbod voor kinderen van verslaafde ouders is zo'n interventie.

De programmaleider Preventie/Vrije tijd van de afdeling preventie van Tactus Verslavingszorg in Zwolle heeft geconstateerd dat er in het werkgebied – Flevoland, Noord-Veluwe en Zwolle en omgeving – vrijwel geen interventies zijn om kinderen van verslaafde ouders te ondersteunen. De programmaleider zei hierover het volgende: *Het is absurd dat een verslavingszorginstelling niets organiseert voor kinderen van verslaafde ouders.* Het opstarten / aanbieden van een dergelijke interventie is daarom door de programmaleider bovenaan de agenda gezet. De bedoeling van dit onderzoek is te achterhalen wat de mogelijkheden zijn voor het opzetten van groepsaanbod in Harderwijk voor kinderen van verslaafde ouders. Is groepsaanbod haalbaar? Is het betaalbaar? Zijn er voldoende kinderen om de groepen vol te krijgen? Maar ook: welke actoren spelen een rol bij het opzetten van groepsaanbod? Om deze vragen te beantwoorden wordt een stakeholderanalyse uitgevoerd. Via een stakeholderanalyse wordt het krachtenveld in kaart gebracht. De rol van sommige stakeholders – belanghebbenden – kan zeer cruciaal zijn voor het slagen van een project of programma.

1.3 Onderzoeksvraag en deelvragen

In het preventiewerkveld wordt vaak veel tijd en aandacht besteed aan de ontwikkeling van allerlei innovatieve programma's en ideeën. Het is belangrijk dat er in de beginfase van een nieuw

programma wordt stilgestaan bij de mogelijkheden van dat programma, zodat het programma niet uitloopt op een teleurstelling. Dit gegeven leidt tot de volgende onderzoeksvraag die centraal zal staan in dit onderzoek:

Is er draagvlak om in Harderwijk groepsaanbod op te zetten voor kinderen van verslaafde ouders?

Deze onderzoeksvraag valt uiteen in drie deelvragen:

- 1. Waarom is er groepsaanbod nodig voor kinderen van verslaafde ouders?*
- 2. Wat voor interventies zijn er in Nederland om kinderen van verslaafde ouders te helpen?*
- 3. Stakeholderanalyse: Hoe zit het veld in elkaar?*

1.4 Doelstelling

Het onderzoek kent verschillende belangen. Allereerst een wetenschappelijke belang. Binnen Tactus Verslavingszorg – werkgebied Flevoland, Noord-Veluwe en Zwolle en omgeving – heerst onbekendheid rond het onderwerp ‘kinderen van verslaafde ouders’. Dit biedt perspectief voor het doen van analyses en onderzoek naar het opzetten van groepsaanbod. Deelnemen aan groepsaanbod betekent voor kinderen van verslaafde ouders in de eerste plaats plezier hebben. Echter, kinderen kunnen er ook ontdekken dat ze niet alleen staan, ze kunnen vrijblijvend kletsen met jongens en meisjes die weten hoe het is om een verslaafde ouder te hebben. De kinderen leren bovendien wat ze kunnen doen om zich beter te voelen. Deelnemen aan groepsaanbod is voor kinderen een goede gelegenheid om leuke activiteiten te ondernemen en te praten over hun problemen. De activiteiten dragen bij aan het vergroten van de vaardigheden en zelfredzaamheid van de kinderen. Het groepsaanbod is een uitlaatklep voor kinderen en dat kan bijdragen aan een fijnere jeugd en toekomst.

Het tweede belang is van persoonlijke aard. Gezondheid en gezondheidszorg zijn brede begrippen en omvatten zeer veel verschillende aspecten en disciplines. Tijdens mijn bachelor Gezondheidswetenschappen heb ik kennis gemaakt met veel van deze aspecten en disciplines. Ik ben tot de ontdekking gekomen dat mijn interesses vooral liggen op het gebied van preventie. Mijn motto op het gebied van gezondheid luidt: voorkómen is beter dan genezen. Het organiseren van groepsaanbod voor kinderen van verslaafde ouders kan er mogelijk aan bijdragen dat deze kinderen later geen problemen ondervinden als gevolg van de verslavingsproblematiek van hun ouders. Het organiseren van groepsaanbod past bovendien prima bij mijn intrinsieke motivatie om mee te helpen aan de totstandkoming van een gezondere maatschappij.

Naast deze twee belangen kent het onderzoek nog een concreet doel en dat is analyseren of er voldoende institutioneel en professioneel draagvlak is om in Harderwijk groepsaanbod op te zetten voor kinderen van verslaafde ouders. Als blijkt dat er voldoende draagvlak is, dan moeten er concrete

stappen ondernomen worden om in Harderwijk met de implementatie van het groepsaanbod te starten. De uiteindelijke doelstelling is dat het groepsaanbod breder een plek moet krijgen binnen het hele werkgebied van Tactus Verslavingszorg.

1.5 Onderzoeksontwerp

Het onderzoek is opgebouwd uit twee verschillende elementen, namelijk een literatuuronderzoek en een praktijkonderzoek.

Deelvraag 1 – Waarom is er groepsaanbod nodig voor kinderen van verslaafde ouders? – wordt beantwoord met behulp van literatuuronderzoek. Het literatuuronderzoek heeft een explorerend karakter. Bij deelvraag 1 wordt gekeken wat er in de bestaande literatuur is geschreven over kinderen van verslaafde ouders en waarom groepsaanbod nodig is voor deze kinderen.

Deelvraag 2 – Wat voor interventies zijn er in Nederland om kinderen van verslaafde ouders te helpen? – brengt in kaart wat er in de literatuur aan theoretisch en empirisch materiaal beschikbaar is op het gebied van interventies die zich richten op kinderen van verslaafde ouders. Daarbij wordt in het bijzonder gefocust op groepsaanbod voor kinderen van verslaafde ouders. Daarnaast wordt inzichtelijk gemaakt wat Tactus Verslavingszorg organiseert voor kinderen van verslaafde ouders. Er wordt ingezoomd op de regio's Flevoland, Noord-Veluwe en Zwolle en omgeving waar Tactus Verslavingszorg onder andere actief is. Aan de hand van bestaande dossiers en rondvraag op de afdeling preventie in Zwolle – die alle preventieve activiteiten organiseert in de regio's Flevoland, Noord-Veluwe en Zwolle en omgeving – wordt een inventarisatie gemaakt van alle activiteiten die gaande zijn in het werkgebied van de afdeling preventie en die zich richten op kinderen van verslaafde ouders. Ook wordt kort genoemd wat er in Twente en de Stedendriehoek wordt georganiseerd voor deze kinderen. Twente en de Stedendriehoek zijn ook gebieden waar Tactus Verslavingszorg werkzaam is. De kennis over de bestaande activiteiten in Twente en de Stedendriehoek is verkregen via interviews met twee professionals uit deze regio's. Deze professionals beschikken over zowel praktische als theoretische kennis op het gebied van kinderen van verslaafde ouders. Aan het eind van deelvraag 2 wordt een systematische vergelijking gemaakt tussen twee verschillende vormen van groepsaanbod. De informatie voor deze systematische vergelijking is gehaald uit draaiboeken en projectplannen. Bovendien is bij de systematische vergelijking gebruik gemaakt van kennis die verzameld is tijdens verscheidene interviews.

Deelvraag 3 – Stakeholderanalyse: Hoe zit het veld in elkaar? – heeft betrekking op het uitvoeren van een stakeholderanalyse. Allereerst wordt hiertoe een theoretisch kader geschetst dat als bruikbaar instrument kan dienen bij het uitvoeren van een stakeholderanalyse. Het theoretische model waar gebruik van wordt gemaakt is het *stakeholder identification & salience model* van Mitchell, Agle en Wood. Het model stelt dat stakeholders getypeerd kunnen worden aan de hand van drie dimensies: macht, legitimiteit en urgentie. Na deze theoretische schets wordt het speelveld inzichtelijk gemaakt waarin Tactus Verslavingszorg zich bevindt. Er is kennis over en inzicht nodig in de opvattingen en

houding van verschillende stakeholders die mogelijk betrokken kunnen zijn bij het opzetten van groepsaanbod in Harderwijk. Tijdens een brainstormsessie met de programmaleider Preventie/Vrije tijd van de afdeling preventie van Tactus Verslavingszorg in Zwolle zijn een aantal relevante stakeholders in kaart gebracht. Deze stakeholders zijn onderworpen aan diepte-interviews. Er is gekozen voor diepte-interviews, omdat deze onderzoeksmethode veel diepgaande informatie oplevert over de opvattingen en houding van de stakeholders ten opzichte van groepsaanbod voor kinderen van verslaafde ouders en ten opzichte van elkaar. De leidraad tijdens de diepte-interviews was een vooraf opgestelde semi-gestructureerde vragenlijst. In deelvraag drie staat beschreven wat de meest relevante uitkomsten zijn die de interviews met de verschillende stakeholders hebben opgeleverd. Bij deze uitkomsten ligt de focus op de onderlinge relaties tussen de verschillende stakeholders. Deze onderlinge relaties worden beschreven door aan te geven of de verschillende stakeholders over macht, legitimiteit en urgentie beschikken ten opzichte van elkaar. Daarbij draait het er steeds om of de stakeholders over macht, legitimiteit en urgentie beschikken om te zorgen voor groepsaanbod in Harderwijk.

2 Kinderen van verslaafde ouders

Dit hoofdstuk geeft een antwoord op de deelvraag: *Waarom is er groepsaanbod nodig voor kinderen van verslaafde ouders?* Deze vraag valt uiteen in een aantal deelonderwerpen. Allereerst wordt ingegaan op de omvang van de problematiek. Hoeveel kinderen hebben nu ouders met verslavingsproblemen? Vervolgens wordt ingegaan op de gevolgen die kinderen kunnen ondervinden van de verslavingsproblematiek van hun ouders. Echter, niet alle kinderen van verslaafde ouders ondervinden problemen. Dit komt door het complexe samenspel van beschermende factoren en risicofactoren, die de kans op het ontwikkelen van een stoornis bij het kind verkleinen respectievelijk vergroten. Tot slot komt aan bod waarom kinderen gebaat kunnen zijn bij preventief groepsaanbod.

2.1 Omvang van de problematiek

De Nederlandse samenleving telde in 2001 864.000 ouders met een psychiatrische diagnose. Deze psychiatrische diagnose betreft alle diagnoses op as I van de DSM-III-R¹, waarbij het gaat om stemmingstoornissen (depressie, bipolaire stoornis, dysthymie), angststoornissen, eetstoornissen, schizofrenie, en stoornissen die samenhangen met middelengebruik (alcohol- en drugsmisbruik en -afhankelijkheid). Deze groep mensen heeft 1,6 miljoen kinderen onder de 22 jaar. Ten opzichte van het totale aantal kinderen in Nederland, heeft 38,5% van de kinderen onder de 22 jaar te maken met een psychiatrische aandoening van één, maar mogelijk ook van beide ouders. (Bool, Smit, Bohlmeijer, van Sambeek, 2001) Zowel absoluut als relatief gaat het om een grote groep. Het is voor te stellen dat deze cijfers ongeloof wekken. Echter, het gaat om één of beide ouders met een probleem en veel problemen blijven verborgen. Bovendien zorgt de alcoholproblematiek voor een flink deel van het totale aandeel en ook tellen kortdurende depressies mee.

Er zijn veel kinderen die een ouder hebben met een psychiatrische aandoening. Maar hoeveel kinderen hebben nu daadwerkelijk ouders die verslaafd zijn aan alcohol of drugs? De genoemde 1,6 miljoen kinderen hebben namelijk niet allemaal ouders met verslavingsproblemen.

De schatting van het aantal kinderen van alcoholverslaafden werd gemaakt op basis van gegevens uit het NEMESIS-onderzoek, dat in 1996 werd uitgevoerd onder ruim 7000 personen tussen de 18 en 64 jaar. NEMESIS staat voor Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study en is het eerste grootschalige, landelijke onderzoek naar de geestelijke gezondheid van de algemene bevolking in Nederland. Aan de respondenten werd gevraagd of hun ouders alcoholproblemen hebben of hebben gehad. Deze vraag werd door 586 respondenten (8,3%) positief beantwoord. (Cuijpers, Langendoen, Bijl, 1999) Geëxtrapoleerd gaat het om ruim 300.000 kinderen als we ervan uitgaan dat

¹ DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. De DSM is een classificatiesysteem voor psychiatrische aandoeningen, uitgegeven en opgesteld door de American Association (American Psychiatric Association, 2008a). De DSM-III-R is een versie uit 1987. (American Psychiatric Association, 2008b)

van de 3,8 miljoen kinderen in 1997 in Nederland 8,3% een alcoholafhankelijke ouder had. (Cuijpers, 2000) Het gaat dus om een aanzienlijke risicogroep.

Uit een vergelijkend Europees onderzoek bleek daarnaast dat Nederland zo'n 2000 à 3000 kinderen van intraveneuze drugsgebruikers telt. (Leopold & Steffan, 1997)

In tabel 1 zijn de inwoneraantallen voor de leeftijdsgroep 0-19 jaar (kinderen) opgenomen. Deze inwoneraantallen hebben betrekking op het werkgebied waar de afdeling preventie van Tactus Verslavingszorg in Zwolle actief is. Naar aanleiding van tabel 1 kunnen een aantal conclusies worden getrokken. Als we ervan uitgaan dat van de 37.721 kinderen (0-19 jaar) op de Noord-Veluwe 8,3% een alcoholafhankelijke ouder had, dan gaat het in totaal om 3.131 kinderen. In Harderwijk – waar bij voldoende draagvlak groepsaanbod wordt opgezet voor kinderen van verslaafde ouders – bedraagt de risicogroep 907 kinderen. In Flevoland bedraagt het aantal kinderen van verslaafde ouders 9.159 en in Zwolle en omgeving beslaat de risicogroep 8.230 kinderen. Deze cijfers tonen aan het werkgebied van de afdeling preventie te maken heeft met een aanzienlijke risicogroep (totaal 20.520 kinderen), wat het zoeken naar mogelijkheden om kinderen van alcoholafhankelijke ouders te ondersteunen rechtvaardigt.

Extrapolatie van de landelijke cijfers van het aantal kinderen van drugsgebruikers naar het werkgebied van de afdeling preventie is lastig, vanwege het ontbreken van eenduidige percentages. Aangezien het landelijk om een zeer kleine risicogroep gaat (2000 à 3000) – in vergelijking met aantal kinderen van alcoholverslaafde ouders (300.000) – wordt het aantal kinderen van intraveneuze drugsverslaafde ouders verder buiten beschouwing gelaten.

Tabel 1: Inwoneraantallen (0-19 jaar) in 2006 voor het werkgebied van de afdeling preventie in Zwolle (Bron: CBS, 2006)

	Noord-Veluwe	Bevolking 0-19 jaar	Flevoland	Bevolking 0-19 jaar	Zwolle en omgeving	Bevolking 0-19 jaar
	Elburg	6.067	Almere	53.887	Dalfsen	7.267
	Ermeo	6.678	Dronten	10.900	Hardenberg	16.088
	Harderwijk	10.929	Lelystad	18.741	Kampen	13.833
	Nunspeet	7.521	Noordoost-polder	13.048	Oldebroek	6.526
	Putten	6.526	Urk	7.266	Ommen	4.303
			Zeewolde	6.504	Staphorst	5.380
					Steenwijker-land	10.932
					Zwartewater-land	6.954
					Zwolle	27.878
Totaal		37.721		110.346		99.161

2.2 Gevolgen voor kinderen van verslaafde ouders

Uit diverse onderzoeken komt naar voren dat kinderen van ouders met psychiatrische problemen, waaronder verslavingsproblemen, zelf ook een grote kans hebben om in hun leven een psychiatrische stoornis te ontwikkelen. Deze kans op het ontwikkelen van een psychiatrische stoornis is voor kinderen met een psychisch zieke of verslaafde ouder ongeveer 1,5 keer groter dan voor kinderen met een vader of moeder die niet psychisch ziek of verslaafd is. Als beide ouders psychiatrische of verslavingsproblemen hebben, krijgen twee op de drie kinderen ooit in hun leven een psychiatrische stoornis. (Bool, Smit, Bohlmeijer, van Sambeek, 2001)

De problemen die een kind kan ontwikkelen zijn heel verschillend en zijn per leeftijdsfase anders. Wel wordt de stelregel gehanteerd dat hoe jonger een kind is als de ouder verslavingsproblemen heeft, hoe groter de invloed is van deze problematiek op de ontwikkeling van het kind.

Jonge kinderen hebben vooral te maken met gespannen gedrag, verandering in stemming en in schoolprestaties, angst, weinig vertrouwen en rolwisseling (kinderen nemen taken en verantwoordelijkheden over van de verslaafde ouder). Bij oudere kinderen worden conflicten op school en met de ouders geconstateerd, evenals onduidelijke angsten en schuld- en schaamtegevoelens ten aanzien van de ouders. (van Sambeek & van der Zanden, 2003) In tabel 2 zijn de problemen per leeftijdsfase uitgesplitst.

Tabel 2: Gevolgen voor kinderen van verslaafde ouders (Bron: Bool, Smit, Bohlmeijer, van Sambeek, 2001)

De problematiek varieert naar leeftijd			
0-6 jaar	6-12 jaar	12-18 jaar	18+
- emotionele en gedragsproblemen, zoals separatieangst, verminderde spontaniteit, angstig gedrag en een moeilijk temperament	- stemmingsstoornissen (somberheid, boosheid) - angsten - gedragsveranderingen (excessief aandacht trekken of zich juist terugtrekken) - psychosomatische klachten	- conflicten met ouders en op school. Hierbij kunnen schuld- en schaamtegevoelens tegenover, en loyaliteitsconflicten met ouders een rol spelen. - conflicten kunnen leiden tot teruggetrokken gedrag en sociaal isolement	- psychiatrische stoornissen (stemmings- en angststoornissen, schizofrenie, eetstoornissen) - misbruik van alcohol, tabak of drugs (met eventuele afhankelijkheid als gevolg) - negatieve ontwikkelingen op gebied van sociale relaties, loopbanen, op school en in het werk

2.3 Het samenspel tussen risicofactoren en beschermende factoren

Niet bij alle kinderen van verslaafde ouders manifesteren zich problemen. Sommigen slaan zich goed door de risicovolle situatie heen. Het gaat blijkbaar om een complex samenspel van verschillende beschermende factoren en risicofactoren die de kans op het ontwikkelen van een stoornis bij het kind verkleinen respectievelijk vergroten. (Bool, 2005) De reden dat sommige kinderen geen stoornis ontwikkelen kan enerzijds zijn dat er maar een beperkt aantal risicofactoren aanwezig zijn en anderzijds dat er beschermende factoren aanwezig zijn. Beschermende factoren kunnen als buffer dienen tegen ongunstige omstandigheden voor het kind. (Groenendaal et al., 1987) Als de balans tussen risicofactoren en beschermende factoren in evenwicht is, heeft een kind minder kans op het ontwikkelen van problemen. Is de balans uit evenwicht, dan is de kans groot dat zich problemen manifesteren bij het kind als er meer risicofactoren aanwezig zijn dan beschermende factoren.

De risicofactoren hebben veelal betrekking op de leeftijd van het kind, de ernst en duur van de ouderlijke stoornis, een gebrekkige interactie tussen ouders en kinderen, erfelijke factoren, conflicten tussen ouders, een beperkte draagkracht van de ouder en een lage sociaal-economische status. (Bool, 2005) Beschermende factoren worden afgeleid uit de al onderkende risicofactoren. (Groenendaal et.al., 1987) In de literatuur worden vier beschermende factoren onderscheiden die zowel beïnvloedbaar als beschermend kunnen zijn: een goede ouder-kind-relatie, goede ondersteuning van het kind door één van de ouders, sociale steun binnen en buiten het gezin en een heldere kijk van het kind op zichzelf en op de problemen van de ouders. (Bool, 2005) In tabel 3 worden de risicofactoren en de beschermende factoren kort toegelicht. Deze factoren zijn overgenomen uit de brochure 'Kinderen uit de knel' van M. Bool.

Tabel 3: Risicofactoren en beschermende factoren. (Bron: Bool, 2005)

Risicofactoren:

- De leeftijd van het kind. In het algemeen geldt dat een kind kwetsbaarder is naarmate het jonger is. De invloed van de ouder is dan des te groter.
- Ernst en duur van de ouderlijke stoornis. Deze factoren hebben meer invloed dan de diagnose.
- Een gebrekkige interactie tussen ouders en kinderen. Onderzoek wijst erop dat ouders met een psychisch probleem, zoals een depressie, anders met hun kinderen omgaan. Ze zijn vaker boos en tonen minder warmte, raken hun kind minder vaak aan en geven het minder vaak goedkeuring. Het contact met hun kinderen is ook minder spontaan.
- Erfelijke factoren. De erfelijke factor hoeft overigens niet altijd tot uiting te komen.
- Conflicten tussen de ouders. Deze kunnen gevolgen hebben voor de kinderen.
- Een beperkte draagkracht van de ouder. Wanneer een van de ouders psychische problemen heeft, neemt het beroep op de andere ouder toe. Kan deze dit aan, dan blijven de gevolgen voor het gezin en de kinderen beperkt. Deze ouder kan echter ook overbelast raken, met mogelijke gevolgen voor de kinderen.
- Een lage sociaal-economische status.

Beschermende factoren:

- Een goede ouder-kindrelatie. Wanneer de ouder(s) en de kinderen ondanks de stoornis een

goed contact hebben, zijn de vooruitzichten voor het kind aanmerkelijk gunstiger dan als het contact niet goed is.

- Goede ondersteuning van het kind door een van de ouders. Dit kan een mogelijk tekort van de andere ouder compenseren. In het algemeen geldt dat de aanwezigheid van een goede band met althans één ouder een sterke beschermende factor is: het kind kan dan heel wat incasseren zonder dat dit hoeft te leiden tot latere psychopathologie.
- Sociale steun binnen en buiten het gezin. Sociale steun in het gezin - van de gezonde ouder of een broer of zus - of ondersteuning buiten het gezin, bijvoorbeeld in de vorm van een vertrouwensfiguur, kan bijdragen aan de bescherming van het kind. Zowel emotionele steun als praktische steun zijn hierbij van belang.
- Een heldere kijk van het kind op zichzelf en op de problemen van de ouders.

Voor het opzetten van preventieactiviteiten voor kinderen van verslaafde ouders is kennis nodig over de risicofactoren en beschermende factoren. Kennis van de beschermende factoren kan het mogelijk maken deze met preventieactiviteiten te versterken. Kennis van de risicofactoren is van belang om te kunnen werken aan selectieve of geïndiceerde preventie. (Bool, Smit, Bohlmeijer, van Sambeek, 2001) In de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorgpreventie wordt gewerkt met een onderscheid tussen universele, selectieve en geïndiceerde preventie. Universele preventie richt zich op de algemene bevolking die niet geïdentificeerd is op basis van een individuele risicofactor. Bij selectieve preventie gaat het om specifieke kwetsbare individuen en subgroepen in de samenleving die een hoger risico hebben om gezondheidsproblemen te krijgen. Kinderen van ouders met verslavingsproblemen vormen ook zo'n kwetsbare groep. Geïndiceerde preventie is gericht op individuen waar beperkte symptomen aanwezig zijn die voorafgaan aan een stoornis. Bij selectieve preventie hoeven dus nog geen problemen aanwezig te zijn, bij geïndiceerde preventie is dat wel het geval. (Bohlmeijer & Cuijpers, 2001; Smit, Bohlmeijer, Cuijpers, 2003)

Door het beïnvloeden of wegnemen van de risicofactoren en het versterken van de beschermende factoren kan worden voorkomen dat kinderen van ouders met verslavingsproblemen zelf ernstige problemen ontwikkelen. Aangrijpingspunten voor preventie worden gezocht in het versterken van een goede ouder-kindinteractie, ondersteuning bieden aan de gezonde ouder, het aanbieden van een ondersteunend netwerk of vertrouwenspersoon en het versterken van de sociale redzaamheid van het kind. Deze concrete aangrijpingspunten vormen de basis voor de preventieve interventies die door verslavingszorginstellingen (en de geestelijke gezondheidszorg) zijn ontwikkeld voor kinderen van ouders met verslavingsproblemen. (Van Sambeek & Van der Zanden, 2003)

Voor het werkgebied van de afdeling preventie van Tactus Verslavingszorg in Zwolle geldt dat deze aangrijpingspunten tot nu toe alleen in Harderwijk hebben geleid tot het ontwikkelen van een interventie voor kinderen van verslaafde ouders. Deze interventie heeft gestalte gekregen in de vorm van casemanagement, waarover meer in hoofdstuk 3.

2.4 Waarom preventief groepsaanbod voor kinderen van verslaafde ouders?

Het is voor kinderen niet gemakkelijk om op te groeien in een gezin waar één, maar mogelijk ook beide ouders verslavingsproblemen hebben. Kinderen kunnen te maken krijgen met (permanente) gedragsveranderingen bij de ouder. Woede-uitbarstingen van de ouder en vreemd, verward en agressief gedrag van de ouder kan de thuissituatie doen veranderen in een onveilige plek met een onvoorspelbare sfeer. Dit kan voor het kind heel beangstigend zijn. Door de verslavingsproblemen krijgen kinderen weinig kans om een veilige band op te bouwen met hun ouder, wat een gezonde ontwikkeling van het kind in de weg staat. Daarnaast voelen kinderen van verslaafde ouders zich vaak verantwoordelijk ten opzichte van hun zieke ouder. Daarbij komt dat ze zich schuldig voelen als het niet goed gaat met hun vader of moeder. Ook is er vaak sprake van rolwisseling, waarbij de kinderen de taken van de ouders overnemen. Door deze rolwisseling kunnen de kinderen niet echt 'kind' zijn en worden ze snel volwassen. Bovendien blijft er door het overnemen van de taken weinig tijd over voor de eigen behoeften en gevoelens van het kind, omdat alles om de verslaafde ouder draait. Het kind zet zichzelf op de tweede plek. Bovendien sluiten veel gezinnen zich af van de buitenwereld, waardoor de kinderen geïsoleerd raken. Vaak schamen de kinderen zich voor hun verslaafde ouder, waardoor ze geen vrienden of vriendinnen mee naar huis durven nemen. Het sociale netwerk van het kind is dus beperkt. Een mager sociaal netwerk is een belangrijke risicofactor. Weinig contacten betekent voor kinderen weinig mogelijkheden voor sociale steun en weinig andere rolmodellen voor gezond gedrag. (Van Sambeek & Van der Zanden, 2003)

De geschetste gezinssituatie draagt er aan bij dat kinderen een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van emotionele en gedragsproblemen. Kinderen hebben in zo'n gezinssituatie behoefte aan aandacht, maar beide ouders kunnen het kind vaak niet de aandacht geven die het nodig heeft. De oorzaak van deze verminderde aandacht ligt erin dat de ouders te veel in beslag worden genomen door de eigen problemen. (Van Sambeek & Van der Zanden, 2003) De problematische gezinssituatie waarin de kinderen zich bevinden rechtvaardigt het zoeken naar preventieve strategieën waarmee het ontstaan van problemen bij deze kinderen voorkomen kan worden. Groepsaanbod voor kinderen van verslaafde ouders is een voorbeeld van zo'n preventieve strategie. Preventie kent drie vormen, te weten primaire preventie, secundaire preventie en tertiaire preventie. Primaire preventie heeft als doel om ziekten en aandoeningen te voorkomen bij de gezonde populatie door de oorzaken weg te nemen. Bij secundaire preventie is het doel om ziekten en aandoeningen in een zo vroeg stadium op te sporen, zodat de ziekte of aandoening snel kan worden behandeld. Tertiaire preventie is een vorm van zorg. Deze zorg bestaat eruit om tekorten in de gezondheidstoestand op te heffen, te reduceren of te compenseren. Een doel van tertiaire preventie is om de zelfredzaamheid te vergroten van mensen bij wie de ziekte of aandoening al is vastgesteld. Daarnaast vallen het voorkomen van complicaties en het voorkomen dat de ziekte of aandoening erger wordt onder tertiaire preventie. (Witte & Busch, 2005)

Het groepsaanbod voor kinderen van verslaafde ouders is in principe bestemd voor kinderen die nog geen ernstige problemen hebben, maar wel hinder ondervinden van de

verslavingsproblematiek van hun ouder(s). De hoofddoelstelling van het groepsaanbod is om bij te dragen aan het voorkomen van ernstige psychische problemen bij kinderen en jongeren als gevolg van verslavingsproblemen van hun ouder(s). (Vos, Berg, Geutjes, Van Sambeek, 2002) Het aanbieden van groepsaanbod kan gezien worden als een vorm van tertiaire preventie (in de ggz- en verslavingszorg wordt gesproken over selectieve en geïndiceerde preventie). De zorg voor het kind is erop gericht om de belasting voor het kind te verminderen. Door het aanleren van vaardigheden en door gerichte kennisoverdracht wordt gepoogd de beschermende factoren te versterken en de risicofactoren te verminderen. (Vos, Berg, Geutjes, Van Sambeek, 2002) Er wordt getracht om het tekort aan beschermende factoren in de thuissituatie op te heffen, te reduceren of te compenseren tijdens het groepsaanbod. Het idee achter het aanbieden van groepsaanbod is de kinderen een rugzakje mee te geven zodat ze weerbaarder en zelfredzamer worden met als doel het voorkomen van problemen bij kinderen in de toekomst. Het is van belang om zo vroeg mogelijk te beginnen met tertiaire preventie, om de gevolgen van de beschadigde gezinssituatie voor kinderen te beperken. Daarnaast is het van belang dat gedurende de hele ontwikkeling van het kind een vinger aan de pols wordt gehouden, zodat er kan worden ingegrepen als het dreigt mis te lopen.

Naast het hoofddoel – voorkomen van problemen bij kinderen in de toekomst – kent het groepsaanbod nog een aantal subdoelen. Deze subdoelen worden als volgt geoperationaliseerd.

Het eerste subdoel is het doorbreken van isolement. Dit kan bereikt worden door het kind herkenning en rolpatronen te bieden. Door kinderen in contact te laten komen met lotgenoten wordt hen duidelijk gemaakt dat ze niet de enige zijn met een verslaafde ouder. (Vos, Berg, Geutjes, Van Sambeek, 2002) Sociale steun is erg belangrijk, in groepsverband kunnen kinderen ervaringen uitwisselen en elkaar steun bieden. Sociale steun is belangrijk bij het opbouwen van identiteitspatronen. (Emshoff & Anyan, 1991) Daarnaast kan groepsaanbod ervoor zorgen dat de thuissituatie van de kinderen bespreekbaar wordt gemaakt. Ook kan het kind tijdens de groepsbijeenkomsten zijn gevoelens uiten, iets wat thuis vaak onmogelijk is en als bedreigend wordt ervaren. De kinderen kunnen of durven vaak met niemand te praten over de situatie thuis. Ze schamen zich, zijn bang om over de situatie te praten of denken dat ze zelf de oorzaak van het probleem zijn. Ze kunnen hun verdriet vaak moeilijk kwijt, omdat de meeste aandacht meestal uitgaat naar de zieke ouder. De kinderen kunnen dan vergeten worden. Echter, praten is heel belangrijk, omdat het kind behoefte heeft aan duidelijke informatie, aandacht en geruststelling. Het is noodzakelijk om het kind te laten horen dat het niet zijn schuld is dat zijn vader of moeder verslaafd is. (Vos, Berg, Geutjes, Van Sambeek, 2002) Door een veilige en stabiele omgeving te creëren worden kinderen in de gelegenheid gesteld om hun verhaal te doen en hun gevoelens te uiten. Een kind heeft behoefte aan een luisterend oor en positieve aandacht. Als kinderen zich veilig voelen in de groep en voelen dat hun probleem serieus wordt genomen, dan is dat al een enorme steun voor het kind. Regelmatig informeren hoe het thuis gaat en naar het kind luisteren, werkt positief. (Van Sambeek & Van der Zanden, 2003) Verder is

het belangrijk dat de kinderen bij een volwassene – bijvoorbeeld de groepsleider, een tante of de voetbaltrainer – terechtkunnen met hun verhaal. Deze persoon kan een rolpatroon vervullen. Het aanbieden van rolpatronen, anders dan die van de verslaafde ouder, waar het kind zich mee kan identificeren draagt mogelijk bij aan het opbouwen van de weerbaarheid van het kind. Het is belangrijk dat kinderen tijdens het groepsaanbod leren hoe ze steun kunnen zoeken bij volwassenen of leeftijdsgenoten. (Vos, Berg, Geutjes, Van Sambeek, 2002)

Het tweede subdoel heeft betrekking op het bevorderen van een reële kijk van het kind op zichzelf en op de ouder. Dit betekent dat het zelfreflectieve vermogen van het kind vergroot moet worden. (Vos, Berg, Geutjes, Van Sambeek, 2002) Het is belangrijk dat een kind begrijpt wat er aan de hand is met zijn vader of moeder. Een verkeerd beeld van de verslavingsproblematiek kan ertoe leiden dat kinderen gaan fantaseren over de situatie of zich onterecht schuldig voelen over de ziekte van de ouder. (Van Sambeek & Van der Zanden, 2003) Er zijn een aantal manieren te noemen die kunnen bijdragen aan het bereiken van het tweede subdoel: 1) informatie geven over het ziektebeeld van de ouder en de bijbehorende symptomen. (Vos, Berg, Geutjes, Van Sambeek, 2002) De kennis hierover is niet altijd aanwezig (Emshoff & Anyan, 1991) 2) informatie geven over de gevolgen van de ouderlijke verslavingsproblematiek voor kinderen 3) inzicht geven in de eigen mogelijkheden en in die van de ouder 4) schuldgevoelens bespreekbaar maken en wegnemen. (Vos, Berg, Geutjes, Van Sambeek, 2002)

Het derde subdoel is het verhogen van de competentie van het kind. De competentie kan bevorderd worden door het kind vaardigheden aan te leren om om te gaan met (negatieve) reacties uit de omgeving (Vos, Berg, Geutjes, Van Sambeek, 2002) of door het kind vaardigheden aan te leren die het leven in een gezin met een verslaafde ouder kunnen vergemakkelijken (bijvoorbeeld door uit te leggen hoe het kind de thuissituatie kan uitleggen aan vrienden of hoe het kind het beste om kan gaan met ruzies of geweld) (Emshoff & Anyan, 1991) De competentie van het kind kan daarnaast bevorderd worden door het kind vaardigheden aan te leren om een sociaal netwerk op te bouwen, door het kind te leren leuke dingen voor zichzelf te doen, door de schaamtegevoelens van het kind bespreekbaar te maken en weg te nemen en door kinderen te leren hun gevoelens te erkennen en herkennen. (Vos, Berg, Geutjes, Van Sambeek, 2002). Kinderen van verslaafde ouders hebben vaak moeite om om te gaan met hun emotionele problemen. Het identificeren, uiten, bespreken en verwerken van en omgaan met gevoelens is daarom een centraal element binnen het groepsaanbod. De competentie van het kind kan ook nog verhoogd worden door hen algemene vaardigheden aan te leren, zoals probleemoplossende en communicatieve vaardigheden. (Emshoff & Anyan, 1991)

Bovengenoemde doelen kunnen dus bereikt worden door een veilige situatie te creëren waar het kind zich op zijn/haar gemak voelt, lotgenoten om zich heen heeft, en positieve aandacht krijgt. Het is de bedoeling dat de genoemde doelen in de praktijk worden gebracht in Harderwijk en dat daar groepsaanbod wordt gestart voor kinderen van verslaafde ouders. Op dit moment is er in Harderwijk alleen casemanagement, wat zich richt op het zorgnetwerk rondom een gezin waar sprake is van

verslavingsproblematiek. Het groepsaanbod richt zich alleen op het kind en dat moet – naast het casemanagement – een centrale plek krijgen in Harderwijk. Het casemanagement is zeer succesvol in Harderwijk. Het bieden van ondersteuning aan kinderen van verslaafde ouders is zeer zinvol.

3. Groepsinterventies voor kinderen van verslaafde ouders.

Dit hoofdstuk geeft een antwoord op de deelvraag: *Wat voor interventies zijn er in Nederland om kinderen van verslaafde ouders te helpen?* Deze vraag valt uiteen in een aantal deelonderwerpen. Allereerst wordt ingegaan op de landelijke interventies die er bestaan om kinderen van verslaafde ouders te helpen. De focus ligt op groepsaanbod voor kinderen van verslaafde ouders. Vervolgens komt aan bod wat Tactus Verslavingszorg organiseert voor kinderen van verslaafde ouders. Tot slot worden twee vormen van groepsaanbod – de bestaande KOPP/KVO-groepen en het nieuw ontwikkelde concept Talk 'N Joy – naast elkaar gezet en systematisch vergeleken.

3.1 KOPP/KVO-projecten in Nederland

In Nederland is een uitgebreid programma opgezet om kinderen van ouders met psychiatrische problemen en kinderen van verslaafde ouders door middel van preventieve interventies te ondersteunen. Dit programma bestaat nu zo'n kleine twintig jaar. Een analyse van de risicofactoren en beschermende factoren en praktijkervaringen van hulpverleners, heeft geleid tot het ontwikkelen van een preventieprogramma voor kinderen van ouders met psychiatrische problemen. Het preventieprogramma voor kinderen van verslaafde ouders is op soortgelijke wijze tot stand gekomen. (Bool, Van Dousum, Van der Zanden, 2005)

De preventieve interventies krijgen in Nederland veelal gestalte onder de noemer KOPP en KVO. KOPP staat voor Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen en KVO staat voor Kinderen van Verslaafde Ouders. De interventies worden veelal vanuit de preventieafdelingen van de geestelijke gezondheidszorg aangeboden. Sommige verslavingszorginstellingen bieden ook interventies aan. De tendens is tegenwoordig om gemengde KOPP/KVO-preventieactiviteiten te integreren in de regio's, waarbij een samenwerking wordt opgezet tussen de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Kinderen van ouders met psychiatrische problemen hebben namelijk een vergelijkbare problematiek als kinderen van verslaafde ouders. KOPP en KVO worden tegenwoordig vaak in één adem genoemd en de meeste interventies richten zich op beide groepen kinderen. (Bool, Van Dousum, Van der Zanden, 2005)

Het KOPP/KVO-programma is de afgelopen 20 jaar uitgegroeid tot een uitgebreid programma. Het KOPP/KVO-programma is een sterk door de praktijk ontwikkeld en gevoed programma. Het bestaat uit een breed scala aan preventieve interventies voor verschillende doelgroepen en bevat verschillende methodieken. Er worden vier doelgroepen onderscheiden, te weten de kinderen zelf, de ouders, hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg en de directe leefomgeving van het kind (school, familie, buurt). In tabel 4 is een overzicht te vinden van de

preventieve KOPP/KVO-activiteiten en methodieken. De focus in dit onderzoeksrapport ligt op de doe-en praatgroepen en de gespreksgroepen voor kinderen van verslaafde ouders.

Tabel 4: Overzicht preventieve KOPP/KVO-activiteiten. (Bron: Van Dousum & Weikamp, 2003)

Kind	Ouders	Netwerk	Hulpverlener
Doe- en praatgroepen	Vroegtijdige behandeling	Belangrijke andere steunfiguren	Bijscholing
Informatie	Oudercursus	Familieorganisaties	Educatie
Gespreksgroepen	Moeder-baby-interventie	Schooleducatie	Screeninginstrument
Weerbaarheidstrainingen	Gezinsinterventie	Massamediabenadering	Protocol en training
Brochures en video's	Casemanagement		Samenwerking
Buddy's	Brochures en video's		Casemanagement
Pleeggezin			Consultatie
			Conferenties

Nederland heeft al een aantal jaren ervaring met verschillende interventies voor kinderen van verslaafde ouders. Toch worden nog lang niet alle kinderen bereikt. Dit heeft vooral te maken met de verwijzingsprocedure en toeleiding naar activiteiten. Hierbij spelen vijf knelpunten een rol. Het eerste knelpunt heeft betrekking op het feit dat niet standaard van elke cliënt in behandeling het kind wordt gezien. Verder komt een groot gedeelte van de risicogroep niet aan de oppervlakte, omdat veel ouders niet in behandeling zijn bij een verslavingszorginstelling. Het derde knelpunt is dat niet alle beschreven interventies in alle instellingen beschikbaar zijn. Verder is er niet voor alle leeftijden aanbod. Tot slot is het taboe rondom het onderwerp verslaving nog steeds niet verdwenen. Zowel ouders als kinderen melden zich vaak niet uit zichzelf aan voor preventieve interventies (Bool, Van Dousum, Van der Zanden, 2005)

Uit de verscheidene gehouden interviews bleek ook dat de verwijzingsprocedure en toeleiding naar activiteiten beperkt is. De toeleiding naar activiteiten is beperkt, omdat professionals en intermediairen buiten de geestelijke gezondheidszorg- en verslavingszorginstellingen (Bureau Jeugdzorg, Algemeen Meldpunt Kindermishandeling, maatschappelijk werkers, huisartsen en scholen) weinig tot geen kinderen naar het KOPP/KVO-aanbod sturen. Deze professionals en intermediairen buiten de geestelijke gezondheidszorg- en verslavingszorg moeten op hoogte worden gebracht van de doelstellingen en aanwezigheid van de KOPP/KVO-activiteiten, zodat zij kinderen naar deze activiteiten gaan doorsturen. Ook de (interne) verwijzingsprocedure verloopt niet altijd even soepel. Naast de preventiewerkers die doorgaans de KOPP/KVO-activiteiten coördineren, spelen hulpverleners binnen geestelijke gezondheidszorg- en verslavingszorginstellingen een cruciale rol in het laten welslagen van KOPP/KVO-activiteiten. De hulpverleners zullen immers de volwassen cliënten moeten aanspreken op hun ouderrol. Doen zij dat niet dan blijven de kinderen onder de oppervlakte en kunnen preventiewerkers geen passende interventie inzetten om de kinderen te helpen. Samenwerking tussen preventiewerkers en hulpverleners is van essentieel belang om kinderen aan de

oppervlakte te krijgen, zodat passende zorg ingezet kan worden. Echter, deze samenwerking ontbreekt nog wel eens. Veel hulpverleners besteden niet standaard aandacht aan de ouderrol van hun verslaafde cliënten. (Bool, Van Dousum, Van der Zanden, 2005)

3.1.1 KOPP/KVO-groepen

Tot voor kort waren er aparte groepen voor kinderen van ouders met psychische problemen en voor kinderen van verslaafde ouders. Echter, de tendens is nu om gemengde groepen te organiseren. KOPP/KVO-groepen zijn in principe bestemd voor kinderen die nog geen (al te ernstige) problemen hebben. Echter, soms doen kinderen mee die daarnaast verder ondersteund worden door een andere vorm van hulpverlening. De KOPP/KVO-groepen hebben tot doel de kinderen te steunen en te informeren, de competentie van het kind te vergroten en de belasting van het kind te verminderen. Het KOPP/KVO-groepsaanbod richt zich op verschillende leeftijdscategorieën. Het gaat om doe- en praatgroepen voor kinderen van 8 tot 12 jaar. Voor kinderen van 12 tot 16 jaar zijn er pubergroepen en voor jongeren van 16 tot 23 jaar zijn er gespreksgroepen. Voor het werkgebied van de afdeling preventie in Zwolle geldt dat er voldoende kinderen zijn om de groepen te vullen (totale werkgebied: 20.520 kinderen / Harderwijk: 907 kinderen). Door de kinderen in te delen naar leeftijd wordt de onderlinge herkenning groter, iets wat door kinderen wordt gewaardeerd. (Bool, Van Dousum, Van der Zanden, 2005)

In de doe- en praatgroepen en de pubergroep wordt gepraat over problemen die zich thuis afspelen, maar er is ook gelegenheid om leuke activiteiten te ondernemen. Met leuke werkvormen, aangepast aan de leeftijd van de kinderen, worden de beschermende factoren in het leven van het kind versterkt. Thema's die aan de orde komen zijn onder andere: pesten en sociale vaardigheden, loyaliteit en schuld- en schaamtegevoelens van de kinderen. De jongeren van 16 tot 23 jaar mogen zelf invulling geven aan de gespreksgroepen. Echter, er zijn wel een aantal vaste thema's, te weten schuld- en schaamtegevoelens, erfelijkheid en de toekomst. (Bool, Van Dousum, Van der Zanden, 2005)

In bijlage 1 is een overzicht te vinden van de landelijke KOPP/KVO-groepsinterventies zoals die binnen de ggz-preventie worden gehanteerd. In bijlage 2 wordt aan de hand van het landelijke draaiboek van de pubergroep een beschrijving gegeven van het preventieve aanbod voor pubers (12-16 jaar) van ouders met psychische of verslavingsproblemen.

In 2003 heeft het Centrum voor preventie en kortdurende interventies van het Trimbos-instituut de groepsinterventies voor kinderen geïnventariseerd. Hieruit bleek dat de doe- en praatgroep (8-12 jaar) in 25 ggz-instellingen plaatsvindt, de pubergroep (12-16 jaar) in 20 ggz-instellingen en de jongerengroep (16-23 jaar) in 16 ggz-instellingen. Deze ggz-instellingen bieden aparte groepen (KOPP-groepen) aan voor kinderen van ouders met psychiatrische problemen. Echter, soms nemen wel kinderen van verslaafde ouder deel aan de KOPP-groepen. Bij drie ggz-instellingen zijn de doe- en praatgroepen gemengde groepen voor KOPP en KVO, bij vier instellingen zijn de pubergroepen

gemengd en bij twee instellingen de jongerengroepen. Eén instelling voor verslavingszorg biedt aparte groepsactiviteiten aan voor kinderen van verslaafde ouders. (Voordouw et al, 2004) Uit deze inventarisatie blijkt dat er tot nu toe weinig op kinderen van verslaafde ouders gerichte interventies worden uitgevoerd bij verslavingszorginstellingen. Tactus Verslavingszorg vormt hierop geen uitzondering, waarover meer in paragraaf 3.2.1.

3.2 Tactus Verslavingszorg

Stichting Consultatiebureau alcohol en drugs (Stichting Cad) houdt zich bezig met ambulante hulpverlening en dat betekent hulpverlening op afspraak. De verslaafde wordt dus niet opgenomen in een instelling. Stichting Cad helpt en steunt mensen met verslavingsproblemen (alcohol-, drugs- en gokproblemen of andere vormen van verslaving). Individuen en organisaties kunnen Stichting Cad ook benaderen voor informatie en voorlichting om verslavingsproblemen te voorkomen. Het werk van Stichting Cad beslaat vier deelgebieden: hulpverlening, consultatie, reclasseringswerkzaamheden en voorlichting en preventie. Stichting Cad zorgt voor behandeling, begeleiding, zorg en opvang van verslaafden. Het streven is daarmee de risico's van middelengebruik voor de gezondheid en veiligheid van individuen, hun directe leefomgeving en de samenleving te beperken. Het werkgebied van Stichting Cad beslaat de regio's Flevoland, Noord-Veluwe en Zwolle en omgeving. Stichting Cad heeft bureaus in Almere, Harderwijk, Lelystad en Zwolle. Het Centraal Bureau, de afdeling preventie en de afdeling justitiële verslavingszorg zijn gevestigd in Zwolle. Tijdens de onderzoeksperiode ben ik betrokken geweest bij de afdeling preventie die preventieve activiteiten organiseert in de regio's Flevoland, Noord-Veluwe en Zwolle en omgeving. De afdeling preventie levert een bijdrage aan het voorkomen en terugdringen van problemen die door verslavingsproblematiek kunnen ontstaan. (Stichting Cad, 2006)

In 2006 is Stichting Cad samengegaan met Tactus. Tactus is een instelling voor verslavingszorg die voorlichting en advies geeft en/of passende zorg biedt aan mensen met verslavingsproblemen, hun naasten en de maatschappij (Tactus, 2007a). Tactus is werkzaam in Twente, de Stedendriehoek (Apeldoorn, Deventer en Zutphen) en Oost-Gelderland. (Tactus, 2007b) Stichting Cad en Tactus hebben na de fusie een tijd lang TACTUS Groep geheten. In 2007 is de naam TACTUS Groep veranderd in Tactus Verslavingszorg. Tijdens de onderzoeksperiode draaide alles rond de fusie tussen Stichting Cad en Tactus. Tactus Verslavingszorg is een organisatie die volop in beweging is. Tactus Verslavingszorg is werkzaam in de regio's Flevoland, Noord-Veluwe, Zwolle en omgeving, Twente, Stedendriehoek en Oost-Gelderland en beschikt over veertig locaties. (Tactus Verslavingszorg, 2008a) In figuur 1 is een kaartje van het werkgebied van Tactus Verslavingszorg opgenomen. Tactus Verslavingszorg is actief op het gebied van preventie en consultancy, behandeling en begeleiding, sociale verslavingszorg, forensische verslavingszorg en verslavingsreclassering. (Tactus Verslavingszorg, 2008b)

Figuur 1: Werkgebied Tactus Verslavingszorg (Bron: Tactus Verslavingszorg, 2008c)



3.2.1 KVO-activiteiten binnen Tactus Verslavingszorg

Het onderwerp KVO heeft binnen de afdeling preventie in Zwolle een lange tijd in de ijskast gestaan. In 2005 is voor het laatst een poging ondernomen om KVO op de agenda te krijgen. Lange tijd stonden vragen centraal als: Wat is de positie van KVO binnen de afdeling preventie, vindt de afdeling het onderwerp KVO belangrijk en wil de afdeling hier actief aandacht aan besteden? Op deze vragen kwam steeds weinig reactie vanuit de Raad van Bestuur en KVO verdween dan weer uit beeld. Blijkbaar was het onderwerp niet belangrijk genoeg om er blijvend aandacht aan te besteden. KVO heeft tot dusver geen hoge agendapositie gehad op de afdeling preventie in Zwolle. In de regio's Flevoland, Noord-Veluwe en Zwolle en omgeving wordt daardoor vrijwel niets georganiseerd voor kinderen van verslaafde ouders. Alleen in Harderwijk is er KVO-casemanagement en in Flevoland zijn initiatieven gestart om kinderen van verslaafde ouders te helpen, maar dat staat nog in de kinderschoenen. Dit bleek uit rondvraag op de werkvloer van de afdeling preventie in Zwolle en uit een inventarisatie die gemaakt is aan de hand van bestaande KVO-dossiers. In tabel 5 is deze inventarisatie kort weergegeven.

Tabel 5: KVO-activiteiten Noord-Veluwe, Flevoland en Zwolle en omgeving

KVO-activiteiten Noord-Veluwe

In Harderwijk bestaat er KVO-casemanagement. In problematische gezinssituaties bekijken KVO-casemanagers of het gezin de basisbehoeften zoals huisvesting, verwarming, water, licht, eten en kleding op orde heeft. Daarnaast kijken de casemanagers of de ouders affectieve en emotionele aandacht voor hun kinderen kunnen opbrengen en of er sprake is van een zekere regelmaat en de aanwezigheid van een verzorger. De casemanagers houden huisbezoeken, inventariseren de problemen, leggen de hulpvraag voor bij instanties en coördineren deze hulp tijdens het hele traject door intensief contact met het gezin te onderhouden. De casemanagers nemen dus het voortouw om de juiste hulp op de goede plek te krijgen. Het zijn echter de reguliere instellingen die de hulp verlenen.

KVO-activiteiten Flevoland

In de regio Flevoland zijn een aantal ontwikkelingen gaande op het gebied van KVO. Tactus Verslavingszorg is in Flevoland samen met de Jeugdgezondheidszorg van de GGD begonnen met het nieuw leven in blazen van de samenwerkingsovereenkomst die in juni 2005 is ondertekend. Het uitgangspunt van deze samenwerkingsovereenkomst is dat er gecoördineerde zorg ontstaat voor kinderen van verslaafde ouders, waarbij er zo veel mogelijk gebruik wordt gemaakt van reeds aanwezige hulp en zorgaanbod voor deze kwetsbare groep. Voor deze kwetsbare groep is momenteel geen op elkaar afgestemde aanpak aanwezig. De doelstelling is dat betrokken instellingen (Jeugdzorg, Openbare Gezondheidszorg, Verslavingszorg) zich conformeren aan de zorg voor deze doelgroep. Samenwerking rond kinderen van verslaafde ouders is het doel. Het belangrijkste is de aandacht en ondersteuning vanuit het oogpunt van het kind, waarbij actief gekeken wordt naar de noodzakelijkheid en wenselijkheid van het inzetten van zorg voor het kind. Dit moet resulteren in een geprotocolleerde aanpak voor kinderen van verslaafde ouders wonend in Flevoland. Het project richt zich op kinderen in de leeftijdscategorie van 0 tot 18 jaar.

Verder is er een mantelgroep (soort praatgroep) van start gegaan voor de omgeving van de gebruiker. Tactus Verslavingszorg heeft samen met mantelzorgers een groep opgezet. In deze groep staat aandacht voor mensen die zorg hebben voor een gebruiker of verslaafde centraal. Waarschijnlijk komen er twee aparte groepen: één op ouders/partner gericht en één op kinderen gericht. Het idee is dat dit doorlopende groepen worden. Op termijn wordt er samenwerking gezocht met zelfhulpgroepen. Ook wordt samenwerking gezocht met professionele instellingen (psychiatrie en verslavingsklinieken). Het betreft nu alleen nog Almere, maar op termijn is het de bedoeling dat het getransporteerd wordt naar de hele regio. In Flevoland zijn ze dus bezig met de voorbereidingen voor het opzetten van groepsaanbod voor kinderen van verslaafde ouders.

KVO-activiteiten in Zwolle en omgeving

In het verleden zijn er in Zwolle en omgeving serieuze initiatieven geweest om gespreksgroepen met een preventief karakter te starten voor jongeren met een vader of moeder die verslaafd is. Tactus Verslavingszorg (toen Stichting Cad) werkte hierbij samen met de verslavingskliniek Zwolle. Deze gespreksgroepen zijn niet van de grond gekomen wegens een gebrek aan deelname.

Een kijkje buiten het werkgebied van de afdeling preventie in Zwolle levert een heel ander beeld op. Uit gesprekken met KVO-professionals in de werkgebieden Twente en de Stedendriehoek (Apeldoorn, Deventer, Zutphen) van Tactus Verslavingszorg kwam naar voren dat ze volop aandacht hebben voor kinderen van verslaafde ouders.

In de Stedendriehoek werkt Tactus Verslavingszorg samen met het RIAGG (geestelijke gezondheidzorginstelling). Samen draaien ze al vele jaren KOPP/KVO-groepen. Het RIAGG stuurt kinderen van ouders met psychiatrische problemen naar de groepen en Tactus Verslavingszorg stuurt

kinderen van verslaafde ouders. In de Stedendriehoek is er groepsaanbod voor kinderen van 8 tot 12 jaar, voor pubers van 12 tot 16 jaar en voor adolescenten/volwassenen van 16 tot 23 jaar.

In Twente werkte Tactus Verslavingszorg tot eind 2006 samen met Mediant en Adhesie (beide geestelijke gezondheidszorginstellingen) aan KOPP/KVO-groepen. Deze KOPP/KVO-groepen draaiden in de ogen van Tactus Verslavingszorg niet goed. In Twente zijn bij het uitvoeren van de doe- en praatgroepen in de afgelopen zes jaar een aantal dingen opgevallen ten nadele van de KOPP/KVO-groepen. Allereerst zijn er twee elementen waardoor kinderen vaker dan gemiddeld afhaken. Het eerste element heeft betrekking op het sterk gestructureerde karakter van de doe- en praatgroepen en het tweede element heeft betrekking op de grote hoeveelheid praten. In de Twentse praktijk is gebleken dat de KOPP/KVO-groepen veelal praatgroepen zijn in plaats van doe- en praatgroepen. Een tweede reden voor het verminderde functioneren van KOPP/KVO-groepen is dat kinderen van verslaafde ouders niet zo gemakkelijk aansluiting bij kinderen van ouders met psychiatrische problemen als vaak gedacht. Daarnaast is het programma van de KOPP/KVO-groepen te veel toegespitst op KOPP. Tot slot hebben in Twente nog geconstateerd dat voor veel kinderen en jongeren de groepen niet lang genoeg duren. Wanneer ze zich net veilig voelen en vrienden hebben gemaakt in de groep, dan is deze alweer afgelopen. Op basis van deze praktijkervaringen heeft Tactus Verslavingszorg in Twente een nieuw initiatief ontwikkeld, genaamd Talk 'N Joy.

De genoemde knelpunten zijn vastgesteld door middel van jarenlange praktijkervaring met het draaien van KOPP/KVO-groepen. Er is geen systematische effectstudie gedaan. Een KVO-professional uit Twente wekte de indruk dat Talk 'N Joy vooral is ontwikkeld omdat Tactus Verslavingszorg in Twente zich wil profileren als voorloper. In Twente willen ze modern en innovatief zijn in een zorgwereld vol marktwerking. Dit gegeven leidt tot de conclusie dat de ontwikkeling van Talk 'N Joy een vorm van programmaonderhoud is. De bestaande KOPP/KVO-groepen worden in een nieuw jasje gestoken en er wordt een nieuwe naam aan gegeven. Op deze manier wordt het bestaande groepsaanbod geactualiseerd. In Twente is bewust gekozen voor een nieuw concept. Er is niet voor gekozen om de bestaande KOPP/KVO-groepen aan te passen aan de geconstateerde knelpunten. Een nieuw concept kan Tactus Verslavingszorg in Twente helpen om zich opnieuw of verder te positioneren in Twente.

3.2.2 Talk 'N Joy... Join the club

Talk 'N Joy is een club voor kinderen van verslaafde ouders. Talk 'N Joy wil geen gespreksgroep zijn, maar een soort laagdrempelige activiteitenclub waar kinderen en jongeren van 8 tot en met 23 jaar elkaar wekelijks kunnen ontmoeten en leuke dingen kunnen ondernemen. Er wordt rekening gehouden met de leeftijd en ontwikkelingsfase van de kinderen, zodat zij voldoende aansluiting bij elkaar vinden. Het vergroten van de veerkracht (resilience) van kinderen van verslaafde ouders is het belangrijkste doel van de club. Het resilience-principe wordt niet expliciet genoemd bij het KOPP/KVO-groepsaanbod. De pedagogische betekenis van resilience luidt: het vermogen om zich

in – niet ‘ondanks’ – moeilijke omstandigheden verder te ontwikkelen, door te blijven groeien en het leven positief uit te bouwen. Resilience gaat in essentie om het doorgroeivermogen van kinderen. Het resilience-principe, zoals die door Tactus Verslavingszorg in Twente, wordt gehanteerd valt uiteen in vijf kernwaarden: 1) Gedragenheid: het kind weet zich te gedragen en kan terug vallen op een netwerk van sociale ondersteuning 2) Zingeving: het kind kan zin geven aan zijn of haar leven. Het kind kan het eigen leven hanteren 3) Vaardigheden: via zijn of haar vaardigheden kan het kind wat in het leven gebeurt, hanteren 4) Eigenwaarde: het kind heeft een gevoel van eigenwaarde, zelfrespect en geloof in zichzelf 5) Humor: het kind kan lachen, relativeren en beschikt over humor. Tijdens de Talk 'N Joy bijeenkomsten komen de genoemde vijf kernwaarden op spelenderwijze aan bod. Door middel van verschillende activiteiten zal getracht worden om de vaardigheden en zelfredzaamheid van kinderen van verslaafde ouders te vergroten. De kinderen komen op speelse wijze in aanraking met begrippen als zingeving en humor. Thema's als omgaan met emoties, loyaliteit en sociaal netwerk worden op speelse wijze door het programma heen geweven. In de groep wordt gewerkt op basis van veerkracht of doorgroeivermogen. Talk 'N Joy richt zich niet op het oplossen van de problemen of omstandigheden, maar het wil jongeren positieve ervaringen geven waaruit de jongeren vertrouwen kunnen putten om hun situatie beter aan te kunnen. In figuur 2 is te zien dat deze vijf kernwaarden zijn weergegeven in een huis. De vijf kernwaarden tezamen moeten het kind de veerkracht bieden om te leren omgaan met de thuissituatie.

Talk 'N Joy pretendeert vernieuwend te zijn ten opzichte van de bestaande KOPP/KVO-groepen. Het vernieuwende – zoals in het projectplan staat vermeld – is de positieve insteek en het laagdrempelige karakter. Tijdens de groepsbijeenkomsten wordt uitgegaan van de kracht van het kind. Talk 'N Joy heeft een continu aanbod. Deelnemers hoeven nooit lang te wachten voor ze kunnen starten. Volgens de bedenkers van Talk 'N Joy vindt het aanleren van vaardigheden op effectievere wijze plaats dan in het tot nu toe gehanteerde KOPP/KVO-ondersteuningsaanbod. Talk 'N Joy is een club waarbij de focus ligt op het ondernemen van veel leuke activiteiten. Daardoor zijn zowel kinderen en jongeren als hun ouders er gemakkelijk voor te motiveren. Tevens ontmoeten kinderen lotgenoten waaruit duurzame contacten kunnen ontstaan. Talk 'N Joy biedt deelnemers – als zij dit willen – een langdurig en blijvend netwerk waarop zij steeds kunnen terugvallen. De drempel om kleine en grote problemen thuis, op school of waar dan ook te bespreken, is laag. In een sfeer van veiligheid en je op je gemak voelen is dat beter mogelijk dan in een sterk gestructureerde of therapeutische sfeer, waar te weinig tijd is voor uitwisseling.

Talk 'N Joy is ontwikkeld in de periode februari - april 2007. In Almelo heeft in de periode mei - juni 2007 een pilot plaatsgevonden voor jongeren van 12 tot 16 jaar. In mei 2008 wordt deze pilot geëvalueerd. (den Ouden, 2007) In bijlage 3 wordt een korte uiteenzetting gegeven van het projectplan van Talk 'N Joy.

Figuur 2: Kernwaarden van het resilience-principe



3.3 Systematisch vergelijking van KOPP/KVO-groepen en Talk 'N Joy

KOPP/KVO-groepen maken onderdeel uit van een bestaand landelijk netwerk, Talk 'N Joy is een reactie daarop. Talk 'N Joy is geen landelijk concept. Maar wat zijn de verschillen tussen KOPP/KVO-groepen en Talk 'N Joy? Er wordt een systematische vergelijking uitgevoerd om de verschillen tussen deze twee vormen van groepsaanbod inzichtelijk te maken. Voor deze analyse is het landelijke draaiboek van de KOPP/KVO-groepen vergeleken met het projectplan van Talk 'N Joy. Bovendien zijn interviews met KVO-professionals gebruikt om de vergelijking vorm te geven. In tabel 6 is de vergelijking schematisch weergegeven.

Tabel 6: Vergelijking Talk 'N Joy en KOPP/KVO-groepen

	Groepsinterventie	
	Talk 'N Joy	KOPP/KVO-groepen
Kenmerken / criteria		
Implementatieniveau	Regionaal, reactie op bestaande KOPP/KVO-groepen	Landelijk, bestaand netwerk. Uitgevoerd in regio's
Ontwikkelingsstadium	Aanloofase - projectplan, geen draaiboek - geen ervaring met draaien van groepen	Project loopt al jaren en is 'uitgerijpt'. Bevat geen kinderziekten meer - landelijke geëvalueerde 'best-practice' draaiboeken - jarenlang ervaring met draaien groepen - effectonderzoek gaande
Doelgroep / kindkenmerken	KVO - 8-12 jaar, 12-16 jaar, 16-23 jaar - kinderen die nog geen problemen hebben en kinderen die al wel met problemen kampen (preventie en therapie)	KOPP en KVO - 8-12 jaar, 12-16 jaar, 16-23 jaar - kinderen die nog geen problemen hebben (preventie)
Doelstelling	Voorkomen van problemen bij kinderen - veerkracht (resilience) kind vergroten	Voorkomen van problemen bij kinderen
Samenwerking geestelijke gezondheidszorg	Nee	Ja
Regie	Tactus Verslavingszorg	ggz en verslavingszorg
Instroom van kinderen	Niet bekend. De pilot in Almelo liep niet storm. Alleen instroom vanuit verslavingszorg	Goed, groepen zitten vol. Instroom vanuit ggz en verslavingszorg.
Manier van uitvoering	Nadruk op leuke activiteiten, minder op praten	Nadruk op praten, daarnaast spelvormen
Aanbod	Continu, hele jaar. In de vakantieperiode wordt er een Talk 'N Joy vakantieweek georganiseerd	Niet hele jaar aanbod. Paar keer per jaar worden groepen aangeboden
Groepsvorm	Halfopen groep - elke 1 ^e van de maand in- en uitstroommogelijkheden	Gesloten groep - gedurende afgesproken periode vaste groep
Mogelijkheden veiligheidsgevoel in de groep	Halfopen groep vermindert veiligheidsgevoel	Vaste groep geeft veiligheidsgevoel
Tijdsduur	Minimaal twee maanden wekelijks deelnemen, maximaal jaar - langdurig netwerk ontwikkelen	8-10 bijeenkomsten - netwerk minder langdurig
Vervolgaanbod	Maandelijks of halfjaarlijkse bijeenkomsten, afhankelijk van behoefte	Geen vervolggroep, alleen terugkombijeenkomst na 2-3 maanden.
Locatie	Buurtcentra, idee van 'naar een club gaan'.	Preventie of jeugdafdeling, soms buurcentra

4 Stakeholderanalyse

In hoofdstuk 4 wordt een stakeholderanalyse uitgevoerd. Het uitvoeren van een stakeholderanalyse helpt alle belanghebbenden te identificeren die mogelijk betrokken zijn bij het opzetten van groepsaanbod in Harderwijk. Het is belangrijk om inzicht te hebben in alle relevante spelers in het krachtenveld. De verwachtingen van deze spelers ten aanzien van kinderen van verslaafde ouders en ten aanzien van groepsaanbod moeten in kaart worden gebracht. Een stakeholderanalyse is een bruikbaar instrument om inzichtelijk te maken of er bij de verscheidene stakeholders draagvlak is om groepsaanbod op te zetten. Bij het uitvoeren van de stakeholderanalyse worden twee vragen beantwoord:

1. Welke stakeholders spelen een rol bij het opzetten van groepsactiviteiten voor kinderen van verslaafde ouders?
2. Wat zijn de kenmerken van deze stakeholders, hoe kunnen ze worden getypeerd, wat zijn hun onderlinge relaties en welke stakeholders zijn van belang voor de afdeling preventie van Tactus Verslavingszorg in Zwolle bij het opzetten van groepsaanbod in Harderwijk voor kinderen van verslaafde ouders?

Het *stakeholder identification & salience model* van Mitchell, Agle en Wood is een bruikbaar instrument om op bovenstaande vragen een antwoord te vinden. Hoofdstuk 4 start met een uitgebreide beschrijving van dit model. Dit model vormt de theoretische achtergrond voor de stakeholderanalyse die is uitgevoerd voor de afdeling preventie van Tactus Verslavingszorg in Zwolle. De stakeholderanalyse brengt het dynamische krachtenveld in kaart waar de afdeling preventie mee te maken krijgt bij het opzetten van groepsaanbod in Harderwijk.

4.1 Theoretisch kader: het stakeholder identification & salience model

Stakeholders zijn partijen die belang hebben bij de beslissingen en activiteiten van een organisatie. Dit kunnen individuele personen zijn, maar ook groepen, buurten, organisaties, instituten, samenlevingen en zelfs de natuurlijke omgeving. (Mitchell, Agle, Wood, 1997) De definities van stakeholders lopen erg uiteen, maar veelal wordt de brede definitie van Freeman gebruikt: *‘iedere groep of individu die van invloed is op, of wordt beïnvloed door de prestatie die samenhangt met de doelen van een organisatie’*. (Freeman, 1984) In dit onderzoek wordt aangesloten bij de definitie van Freeman.

Het is voor een organisatie belangrijk dat ze zich bewust zijn van hun stakeholders en achterhalen hoe de stakeholders zich gedragen. Bovendien is het voor een organisatie belangrijk om te weten welke stakeholders veel en welke weinig invloed uit kunnen oefenen. Het doen van een stakeholderanalyse kan een organisatie inzicht verschaffen in de belangen, verwachtingen en behoeften van verschillende stakeholders. Een bruikbaar instrument bij het uitvoeren van een

stakeholderanalyse is het *stakeholder identification & salience model* van Mitchell, Agle en Wood. Dit model valt uiteen in twee onderdelen.

Allereerst gaat het model in op het identificatievraagstuk. Voor het identificeren van de stakeholders dient een organisatie zich af te vragen welke personen, organisaties of instituten van invloed kunnen zijn op en/of beïnvloed kunnen worden door het handelingspatroon van de organisatie. Na de identificatie dienen de stakeholders getypeerd te worden. Stakeholders kunnen getypeerd worden aan de hand van drie dimensies: macht, legitimiteit en urgentie. (Mitchell, Agle, Wood, 1997) In tabel 7 worden deze dimensies toegelicht.

Het tweede onderdeel waar het model aandacht aan besteedt, is de mate waarin een organisatie prioriteit geeft aan een stakeholder, oftewel 'stakeholder salience'. Stakeholders met een hoge salience zijn van groot belang voor een organisatie. (Mitchell, Agle, Wood, 1997) Stakeholder salience is positief gerelateerd aan macht, legitimiteit en urgentie. (Mitchell, Ronald, Bradley et al., 1997)

Kortom, door de stakeholders van de organisatie te identificeren en te typeren wordt het krachtenveld in kaart gebracht en wordt een organisatie in staat gesteld om de relaties met haar stakeholders inzichtelijk te maken. Bovendien is het ook mogelijk om het belang van de stakeholders aan te geven. Het doel van het stakeholder identification en salience model is om er achter te komen wie of wat er echt toe doet binnen en buiten de organisatie. Stakeholders binnen de eigen organisatie worden interne stakeholders genoemd en stakeholders buiten de organisatie worden externe stakeholders genoemd.

Tabel 7: Omschrijving van de stakeholder dimensies macht, legitimiteit en urgentie

Stakeholderdimensie	Omschrijving
Beschikt de stakeholder over <i>macht</i> ?	Macht verwijst naar de mate waarin een stakeholder zijn wil kan opleggen aan de organisatie, ondanks mogelijke weerstand. (Weber, 1947) Macht is onder te verdelen in dwangmatige macht (dreiging), utilitaire macht (straf en beloning) en normatieve macht (overtuiging en symbolische invloed). (Etzioni, 1964)
Hoe is het gesteld met de <i>legitimiteit</i> van de stakeholder? Is de claim van de stakeholder legitiem?	Legitimiteit is een subjectief begrip en lastiger te operationaliseren dan macht. Vaak wordt de definitie van Suchman (1995) gebruikt, die stelt dat legitimiteit een algemene perceptie of aanname is dat de acties van een entiteit wenselijk, juist of passend zijn binnen een sociaal geconstrueerd systeem van waarden, normen, overtuigingen en definities. Legitimiteit is sociaal geconstrueerd en wordt bepaald in relatie met stakeholders op individueel, organisatorisch en maatschappelijk niveau. (Wood, 1991) Een synoniem dat vaak gebruikt wordt voor legitimiteit is wenselijkheid. Wenselijkheid kan geoperationaliseerd worden door de vraag te stellen of de claim tot het taakdomein van een organisatie of stakeholder behoort. Opmerking verdient dat iets wat voor de ene stakeholder legitiem is, dat niet hoeft te zijn voor een andere stakeholder.
Wat is de <i>urgentie</i> van de stakeholder? Is de claim van de	Bij urgentie zijn tijdsgevoeligheid en importantie belangrijke attributen. Hiermee kan een organisatie bepalen of een

stakeholder urgent?	stakeholder onmiddellijke aandacht vereist en hoe belangrijk een stakeholder is. Door toevoeging van de dimensie urgentie, verandert het model van statisch tot dynamisch. (Mitchell, Agle, Wood, 1997)
---------------------	---

In dit onderzoek worden de volgende definities aangehouden:

Macht wordt gedefinieerd als de mate waarin een stakeholder zijn wil, wensen en eisen kan opleggen aan de organisatie. *Legitimiteit* heeft betrekking op de vraag of de stakeholders groepsaanbod voor kinderen van verslaafde ouders wenselijk achten. Bovendien wordt gekeken of het organiseren van groepsaanbod tot het taakdomein van de organisatie of stakeholder behoort. *Urgentie* verwijst naar de mate waarin een issue onmiddellijke aandacht opeist van de stakeholder.

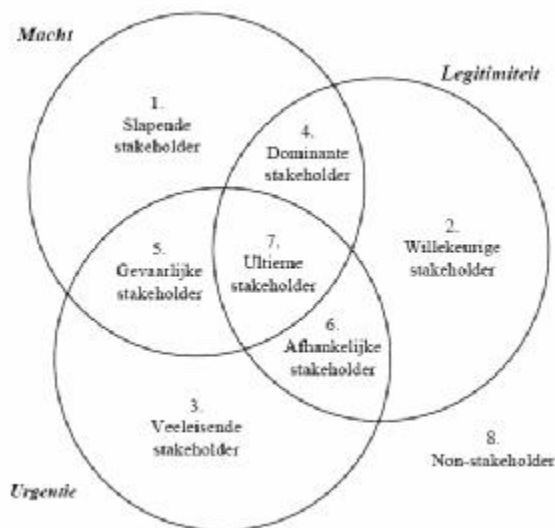
De aanwezigheid van de dimensies macht, legitimiteit en urgentie, geven de mate van belangrijkheid van een stakeholder aan. Dit belang (saliency) kan worden ingedeeld in drie verschillende klassen. Stakeholders die van weinig belang zijn voor een organisatie worden ‘latente’ stakeholders genoemd (lage saliency). Deze stakeholders scoren slechts op één dimensie. Ten tweede zijn er de ‘verwachtende’ stakeholders die twee van de drie stakeholderdimensies bevatten (gematigde saliency). Organisaties moeten rekening houden met deze groep stakeholders, omdat ze ‘iets verwachten’. Tot slot zijn er ‘definitieve’ stakeholders die scoren op zowel macht, legitimiteit als urgentie. Organisaties geven veel prioriteit aan definitieve stakeholders, het belang van deze stakeholders is hoog (hoge saliency). Een latente stakeholder kan een verwachtende stakeholder worden als er een dimensie wordt toegevoegd en een verwachtende stakeholder kan een definitieve stakeholder worden, als de ontbrekende dimensie wordt toegevoegd. Tabel 8 geeft een overzicht van de acht verschillende typen stakeholders die logischerwijs volgen uit de verschillende combinaties van de drie dimensies. (Mitchell, Agle, Wood, 1997) In figuur 3 worden de drie dimensies en de acht typen stakeholders dynamisch weergegeven.

Tabel 8: Typen stakeholders (Bron: Mitchell, Agle, Wood, 1997)

Type stakeholder	Macht	Legitimiteit	Urgentie	Omschrijving type stakeholder
1. Slapende (latent)	X			Slapende stakeholders beschikken over macht, maar oefenen deze macht niet uit omdat de claim onvoldoende legitimiteit en urgentie bezit. Een organisatie moet slapende stakeholders wel in de gaten houden, omdat ze de potentie hebben om aan legitimiteit en urgentie te winnen.
2. Willekeurige (latent)		X		Willekeurige stakeholders hebben een legitieme claim, maar geen macht om de organisatie te beïnvloeden. Ook ontbreekt de urgentie.
3. Veeleisende (latent)			X	Veeleisende stakeholders bezitten een urgente claim, maar het ontbreekt deze stakeholders aan macht en legitimiteit. Deze

				stakeholders kunnen lastig zijn (ze eisen veel), maar zijn niet gevaarlijk.
4. Dominante (verwachtend)	X	X		Dominante stakeholders beschikken over macht en legitimiteit. Deze stakeholders hebben invloed op de organisatie en vormen de dominante coalitie binnen de organisatie. (Cyert & March, 1963) De organisatie besteedt veel aandacht aan dominante stakeholders.
5. Gevaarlijke (verwachtend)	X		X	Gevaarlijke stakeholders hebben macht en bezitten urgente claims, maar deze zijn niet legitiem. Deze stakeholders kunnen dwingend zijn en mogelijk ook geweldadige middelen gebruiken.
6. Afhankelijke (verwachtend)		X	X	Afhankelijke stakeholders hebben een urgente en legitieme claim, maar het ontbreekt deze stakeholders aan macht. Deze stakeholders zijn afhankelijk van anderen die de macht hebben om de wil van de afhankelijke stakeholders op te leggen aan de organisatie.
7. Ultieme (definitief)	X	X	X	Stakeholders kunnen als ultieme stakeholder gezien worden als zij over macht beschikken alsmede over een legitieme en urgente claim. Ook de ultieme stakeholders maken onderdeel uit van de dominante coalitie. Ultieme stakeholders staan dagelijks op het netvlies van de organisatie.
8. Non-stakeholder				Non-stakeholders ontberen macht, legitimiteit en urgentie.

Figuur 3: Dynamische weergave stakeholdertypen



4.2 Stakeholderanalyse Tactus Verslavingszorg

De programmaleider Preventie/Vrije tijd van de afdeling preventie van Tactus Verslavingszorg in Zwolle wil dat er in Harderwijk groepsaanbod komt voor kinderen van verslaafde ouders. Echter, bij het tot stand komen van groepsaanbod zijn veel verschillende stakeholders betrokken die allemaal in ogenschouw moeten worden genomen, wil men achteraf niet voor rare verassingen komen te staan. Een goede voorbereiding is een essentiële voorwaarde om effectief vorm te kunnen geven aan groepsaanbod in Harderwijk. Deze voorbereiding wordt gevormd door het uitvoeren van een stakeholderanalyse. Tijdens een brainstormsessie met de programmaleider zijn een aantal stakeholders op een rijtje gezet. Met deze stakeholders zijn semi-gestructureerde interviews gehouden. In bijlage 4 is de vragenlijst te vinden die is afgenomen bij de verschillende stakeholders. De brainstormsessie heeft een aantal stakeholders opgeleverd die onder te verdelen zijn in interne en externe stakeholders. In tabel 9 zijn deze stakeholders weergegeven. Achter enkele stakeholders staat vermeld met wie er een diepte-interview heeft plaatsgevonden. Er is daarnaast achtergrondinformatie verzameld via verscheidene interviews om de stakeholderanalyse nader vorm te geven. Er zijn achtergrondgesprekken gevoerd met:

- een hulpverlener binnen de afdeling hulpverlening van Tactus Verslavingszorg in Zwolle
- het hoofd bedrijfsvoering van de afdeling hulpverlening van Tactus Verslavingszorg in Flevoland
- de programmaleider preventie van Tactus Verslavingszorg in de Stedendriehoek
- de preventiewerker jeugdhulpverlening binnen Tactus Verslavingszorg in Twente

Tabel 9: Interne en externe stakeholders

Interne stakeholders	
Tactus Verslavingzorg, afdeling preventie Zwolle	Programmleider Preventie/Vrije tijd
Tactus Verslavingszorg, bureau Harderwijk (Noord-Veluwe), afdeling hulpverlening	- Twee KVO-casemanagers - Afdelingsmanager bureau Harderwijk
Externe stakeholders	
RIAGG Zwolle	Projectleider KOPP
Gemeente Zwolle	Met de gemeente Zwolle heeft geen diepte-interview plaatsgevonden, maar er is onderhandeld over de financiering van het op te zetten groepsaanbod.
Kinderen van verslaafde ouders	-
Verslaafde ouders met kinderen	-
Externe verwijzers: Bureau Jeugdzorg, Algemeen Meldpunt Kindermishandeling, GGD, Coördinatiepunt Opvoeding, huisartsen, scholen, wijkagenten	-

In tabel 9 is te zien dat de zwaarte onder andere ligt bij de interne stakeholders. Voor het draaien van groepen is het heel belangrijk dat de diverse afdelingen en disciplines van Tactus

Verslavingszorg samenwerken. Samenwerking is noodzakelijk om te komen tot passende (preventieve) zorg voor kinderen van verslaafde ouders. Binnen Tactus Verslavingszorg wordt gewerkt met het principe van step care, wat zorg op maat betekent. Samenwerking tussen diverse afdelingen en disciplines is noodzakelijk om de zorg af te stemmen op de behoefte van de patiënt.

Naast de interne stakeholders spelen ook de externe stakeholders een cruciale rol bij opstarten van groepsaandbod. Het RIAGG in Zwolle – instelling voor geestelijke gezondheidszorg – is een belangrijke externe stakeholder, omdat het RIAGG al jaren KOPP-groepen uitvoert waar geregeld kinderen van verslaafde ouders aan deelnemen. Deze kinderen van verslaafde ouders worden toegelaten tot de KOPP-groepen om 2 redenen: 1) kinderen van ouders met psychiatrische problemen kunnen prima samen in een groep met kinderen van verslaafde ouders, omdat ze veelal dezelfde problematiek hebben 2) in de omgeving van Zwolle kunnen kinderen van verslaafde ouders nergens terecht, omdat er geen interventies zijn die zich op deze risicogroep richten. Het RIAGG kan van belang zijn voor Tactus Verslavingszorg bij het opzetten van gezamenlijke KOPP/KVO-groepen. Bovendien kan Tactus Verslavingszorg baat hebben bij de kennis en ervaring die aanwezig is binnen het RIAGG op het gebied van het draaien van groepen.

Naast het RIAGG is de gemeente Zwolle een belangrijke externe stakeholder die in ogenschouw moet worden genomen. De gemeente Zwolle beschikt immers over de financiële middelen die nodig zijn om groepsaandbod op te zetten.

Kinderen van verslaafde ouders zijn een belangrijke externe partij in het speelveld. Voordat begonnen wordt met het opzetten van groepsaandbod moet de instroom van kinderen gewaarborgd zijn. Het werven van kinderen kan een lastige klus zijn (vooral pubers staan vaak huiverig tegenover hulp). Hier zijn een aantal redenen voor te noemen. Een groot gedeelte van de risicogroep komt niet aan de oppervlakte en onder de aandacht, omdat veel ouders geen hulp zoeken en niet in behandeling zijn bij een verslavingszorginstelling. Daarnaast wordt vaak niet standaard van elke verslaafde cliënt in behandeling het kind gezien. Tot slot is het taboe rondom het onderwerp verslaving nog steeds niet verdwenen, waardoor kinderen zich niet uit zichzelf aanmelden voor een interventie (schaamtegevoelens). Deze constatering leidt ertoe dat het interne verwijstraject en de eigen aanmeldprocedure mogelijk niet genoeg kinderen oplevert om de groepen te vullen. Externe werving is daarnaast heel belangrijk. Netwerken met diverse instanties is belangrijk om het onderwerp KVO onder de aandacht te brengen. Externe verwijzers (Bureau Jeugdzorg, Algemeen Meldpunt Kindermishandeling, GGD, Coördinatiepunt Opvoeding, huisartsen, scholen, wijkagenten) moeten op de hoogte worden gebracht van het op te zetten groepsaandbod, zodat ze weten dat ze hier naar kunnen verwijzen.

Tot slot worden de verslaafde ouders met kinderen tot de externe stakeholders gerekend. Kinderen moeten toestemming van hun ouders krijgen om te mogen deelnemen aan de kinder- en pubergroep. Het verkrijgen van toestemming van de ouders is een lastige klus, omdat de ouders vaak met de hakken in het zand staan. Ouders moeten niet het idee krijgen dat ze een slechte ouder zijn. Ze

moeten zich gesteund voelen. Als ouders zich gesteund voelen, staan ze meer open voor hulp voor hun kind, dan wanneer ze de indruk krijgen dat ze niet goed functioneren als ouder. Motiverende gespreksvoering is hierbij cruciaal. Motiverende gespreksvoering is een benadering om mensen – die vaak weigerachtig staan tegenover hulp en verandering – te helpen hun problemen te onderkennen en hen te overtuigen dat ze geholpen kunnen worden bij hun problemen. In het geval van motiverende gespreksvoering gericht op de ouders, is het van belang dat ouders gaan inzien dat hun verslavingsprobleem een grote impact heeft op het kind en dat er interventies zijn die hun kind kunnen helpen.

De interne en externe stakeholders zijn verknoopt in netwerken en patronen. Door deze patronen te beschrijven worden de onderlinge relaties inzichtelijk gemaakt. In onderstaande paragrafen worden deze onderlinge relaties beschreven door aan te geven of de verschillende stakeholders over macht, legitimiteit en urgentie beschikken ten opzichte van elkaar. Daarbij draait het er steeds om of de stakeholders over macht, legitimiteit en urgentie beschikken om te zorgen voor groepsaanbod in Harderwijk.

4.2.1 Dimensie macht

Interne stakeholders binnen Tactus Verslavingszorg

Tactus Verslavingszorg is een grote organisatie die in verschillende regio's werkzaam is. Uit diverse interviews kwam naar voren dat deze regio's vaak onafhankelijk van elkaar opereren. De regio's kunnen gezien worden als een soort eilandjes die los van elkaar en zonder overleg programma's ontwikkelen en projecten initiëren. Zo was het hoofd bedrijfsvoering in Flevoland bijvoorbeeld niet op de hoogte dat de afdeling preventie in Zwolle voorbereidingen treft om groepsaanbod op te zetten voor kinderen van verslaafde ouders. In Flevoland zijn ze ook stappen aan het ondernemen om groepsaanbod op te zetten. Het wiel wordt op deze manier twee keer uitgevonden en dat kost veel geld, tijd en energie en dat had bespaard kunnen worden door betere communicatie, samenwerking en kennisdeling. Een ander voorbeeld is dat de afdeling preventie in Zwolle niet goed op de hoogte was dat er in Harderwijk al twee jaar lang op een succesvolle manier casemanagement wordt ingezet bij gezinnen waar sprake is van verslavingsproblematiek.

Niet alleen tussen de verschillende regio's is de communicatie beperkt, ook binnen de organisatie is men vaak niet op de hoogte van elkaars activiteiten wat leidt tot een gefragmenteerde aanpak van activiteiten. Een prangend voorbeeld – de communicatie tussen de afdeling preventie en de afdeling hulpverlening in Zwolle – illustreert deze constatering. De afdeling preventie en de afdeling hulpverlening (die zich in hetzelfde gebouw bevinden) wisten niet van elkaar dat ze bezig zijn te onderzoeken of er mogelijkheden zijn om kinderen van verslaafde ouders te ondersteunen. Ook hier wordt het wiel dus als het ware twee keer uitgevonden. De preventie zorg is weinig verbindend met de

curatieve zorg; het zijn gescheiden werelden en ze functioneren los van elkaar wat leidt tot een fragmentering van zorg. Als er in de toekomst in Zwolle (na een mogelijk succesvolle pilot in Harderwijk) groepsaanbod wordt opgezet voor kinderen van verslaafde ouders, dan is afstemming tussen de afdeling hulpverlening en de afdeling preventie geboden, om te komen tot optimale zorg voor kinderen van verslaafde ouders. Groepsactiviteiten voor kinderen van verslaafde ouders kunnen gezien worden als een vorm van tertiaire preventie en dat laat goede samenwerkingsmogelijkheden. Het duidbare gevaar voor kinderen (kopiegedrag, psychische problemen) moet worden weggenomen en daar spelen zowel de afdeling hulpverlening als de afdeling preventie een belangrijke rol in.

Binnen instellingen is dus sprake van een beperkte interactie, en ook tussen de verschillende regio's is de interactie gering. De verschillende regio's van Tactus Verslavingszorg opereren veelal op eigen houtje. Dit gegeven leidt ertoe dat de verschillende vestigingen van Tactus Verslavingszorg elkaar niets kunnen opdringen. Ze gaan hun eigen gang en opereren vaak onafhankelijk van elkaar. De dimensie macht is geen belangrijk issue binnen de geledingen van Tactus Verslavingszorg. Niemand kan de ander zijn wil opleggen. Zo kan Tactus Verslavingszorg in Twente bijvoorbeeld niet eisen van de afdeling preventie in Zwolle dat ze hun concept Talk 'N Joy overnemen. In Twente beschikken ze niet over utilitaire en dwangmatige machtmiddelen om hun nieuwe concept aan de afdeling preventie op te dringen. De afdeling preventie is vrij om te bepalen of ze Talk 'N Joy overnemen of kiezen voor de KOPP/KVO-groepen.

De dimensie macht speelt dus een minimale binnen de geledingen van Tactus Verslavingszorg. Wel vervult de afdeling preventie een machtige sleutelpositie en voortrekkersrol bij het opzetten van groepsaanbod in Harderwijk. De afdeling preventie is verantwoordelijk voor de organisatie van alle preventieve activiteiten in de regio's Flevoland, Noord-Veluwe en Zwolle en omgeving. De afdeling hulpverlening in Harderwijk is ook belangrijk bij het opzetten van groepsaanbod. Op de afdeling hulpverlening worden verslaafde cliënten geholpen. Deze cliënten kunnen ook ouder zijn en het is aan de hulpverleners om te achterhalen of de verslaafde cliënt kinderen heeft. Als blijkt dat er kinderen in het spel zijn, dan moet de afdeling hulpverlening een seintje sturen naar de afdeling preventie die dan passende zorg voor het kind kan inzetten. Als hulpverleners geen oog hebben voor de kinderen van hun cliënten, dan komen de kinderen niet aan de oppervlakte en vindt er geen logische en effectieve toelevering naar zorg plaats. Het groepsaanbod zal dan te kampen krijgen met instroomproblemen. Op de afdeling hulpverlening in Harderwijk hebben de hulpverleners duidelijk voor ogen dat kinderen van verslaafde ouders hulp nodig hebben. Deze alertheid is ontstaan, omdat hulpverleners al twee jaar bezig zijn met casemangement.

Gemeente Zwolle / Afdeling preventie in Zwolle

De afdeling preventie en de gemeente Zwolle hebben te maken met gelijkzijdige macht. Sinds 2003 is het preventieve jeugdbeleid een gezamenlijke taak van gemeenten en uitvoerende instellingen. De gemeenten voeren de regie en de uitvoerende instellingen kunnen binnen dat kader plannen maken en projecten opstellen. Gemeenten zijn, overeenkomstig de Welzijnwet en de Wet op de collectieve preventie volksgezondheid (WCPV), verantwoordelijk voor het preventieve lokale jeugdbeleid. Gemeenten hebben daarom veel invloed op het takenpakket van instellingen en op de interventies die deze kunnen uitvoeren. (Bool, 2005)

De afdeling preventie en de gemeente Zwolle zijn onderling afhankelijk van elkaar en hebben een wederzijds belang bij het opzetten van groepsaanbod voor kinderen van verslaafde ouders. De gemeente Zwolle is afhankelijk van de afdeling preventie wat betreft het preventieve verslavingszorgbeleid gericht op de jeugd. Als de afdeling preventie niet met plannen komt, dan kan de gemeente het lokale jeugdbeleid niet vorm geven. De gemeente Zwolle is afhankelijk van de kennis van de afdeling preventie. Daarentegen is de afdeling preventie afhankelijk van de gemeente Zwolle. Deze afhankelijkheid bestaat eruit dat de gemeente Zwolle de regie heeft over de financiering van op te zetten interventies. De gemeente kan op deze manier veel invloed uitoefenen op het takenpakket van de afdeling preventie. Als de gemeente de pilot in Harderwijk niet wil financieren, dan kan de afdeling preventie de interventie niet uitvoeren. Het opzetten van groepsaanbod in Harderwijk staat of valt met de financiering ervan.

Na verscheidene onderhandelingen heeft de gemeente aangegeven de financiering van groepsaanbod in Harderwijk op zich te willen nemen. De gemeente Zwolle ging pas na 'harde' onderhandelingen overstag. De gemeente Zwolle wilde namelijk alleen geld beschikbaar stellen als er in Zwolle een groep voor kinderen van verslaafde ouders van start zou gaan. Maar de bedoeling van de afdeling preventie is om een pilot te starten in Harderwijk en dat later uit te bouwen naar onder andere Zwolle. Na wat overtuigingskracht van de programmaleider van de afdeling preventie heeft de gemeente besloten om geld beschikbaar te stellen voor een pilot in Harderwijk.

RIAGG / Afdeling preventie in Zwolle

Het RIAGG in Zwolle organiseert al jaren doe- en praatgroepen voor kinderen van 8 tot 12 en 12 tot 16 jaar en gespreksgroepen voor adolescenten van 16 tot 23 jaar. De groepen worden twee keer per jaar aangeboden en deze zitten vrijwel altijd vol. Er wordt gewerkt met het landelijke KOPP-draaiboek. Volgens de projectleider KOPP lopen de groepen heel goed. De intentie van de projectleider is om een samenwerkingsverband op te zetten tussen psychiatrie en verslavingszorg. Kinderen van verslaafde ouders vormen een omvangrijke groep die ook hulp nodig hebben. Het RIAGG wil graag samenwerken met Tactus Verslavingszorg om gezamenlijke KOPP/KVO-groepen op te zetten in Harderwijk. Het RIAGG zorgt dan voor instroom van kinderen van ouders met psychiatrische problemen en Tactus Verslavingszorg zorgt voor de instroom van kinderen van

verslaafde ouders. De projectleider denkt dat de groepen niet vol komen als de afdeling preventie aparte KVO-groepen gaat creëren. In het verleden zijn de initiatieven die de afdeling preventie organiseerde altijd stukgelopen op een tekort aan instroom van kinderen.

Bij het RIAGG is de motivatie aanwezig om samen te werken met Tactus Verslavingszorg bij het opzetten van groepsaanbod in Harderwijk (de dringende noodzaak tot samenwerken is er niet, omdat het RIAGG al goedlopende KOPP-groepen draait). Deze motivatie is ook aanwezig bij de afdeling preventie. Beide instanties beschikken niet over macht om deze samenwerking af te dwingen. Echter, er is wel sprake van een wederzijds professioneel belang. Het RIAGG en de afdeling preventie zijn onderling afhankelijk, omdat het succes van KOPP/KVO-groepsaanbod afhangt van voldoende deelname van kinderen. Samenwerking tussen het RIAGG en Tactus Verslavingszorg zorgt voor meer instroommogelijkheden. Het voordeel van samenwerking is dat de groepen gemakkelijker vol komen, omdat er nu uit twee bronnen geput kan worden (geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg). Op deze manier ontstaat er een win/win situatie. Het RIAGG kan dus belangrijk zijn voor de afdeling preventie bij het opzetten van groepsaanbod, maar de afdeling preventie hoeft geen rekening te houden met het RIAGG als ze daar de noodzaak niet van inzien. Beide partijen kunnen namelijk ook zelfstandig van elkaar functioneren, maar samenwerking maakt het opzetten van groepsaanbod in Harderwijk eenvoudiger vanwege de dubbele instroommogelijkheden vanuit de verslavingszorg en psychiatrie. Deze dubbele instroommogelijkheid heeft de afdeling preventie doen besluiten samen te werken met het RIAGG. De afdeling preventie kiest als het ware voor samenwerking om er zelf beter van te worden. Ze willen niet weer dat hun initiatieven stuklopen op een gebrek aan instroom. Een ander motief om samen te werken is de kennis en jarenlange ervaring met het draaien van groepen die aanwezig is bij het RIAGG. De samenwerkingsnoodzaak in effectieve zin is verder niet aanwezig.

Verslaafde ouders met kinderen

Verslaafde ouders met kinderen beschikken over macht. Als de ouders geen toestemming geven om hun kind te laten deelnemen aan het groepsaanbod, dan staat de afdeling preventie met lege handen. De afdeling preventie kan de ouders niet dwingen hun kind te laten deelnemen aan groepsaanbod. Wel kan motiverende gespreksvoering ouders over de streep trekken om hulp te zoeken voor hun kind.

Uit bovenstaande beschrijving blijkt dat de dimensie macht vrij diffuus is. Er is geen stakeholder die absolute macht heeft. Echter, er zijn wel een aantal stakeholders die belangrijk zijn bij het opzetten van groepsaanbod, te weten de afdeling preventie (voortrekkersrol), de afdeling hulpverlening in Harderwijk (kinderen aan oppervlakte brengen), de gemeente Zwolle (geld), het RIAGG (instroommogelijkheden en kennis / ervaring), en verslaafde ouders met kinderen (toestemming geven). Deze stakeholders zijn onderling afhankelijk van elkaar bij het opzetten van groepsaanbod.

4.2.2 Dimensie legitimiteit

De legitimiteit van de interne stakeholders is hoog te noemen. Het opzetten van interventies voor kinderen van verslaafde ouders behoort tot het taakdomein van Tactus Verslavingszorg. Een instelling voor verslavingszorg moet niet alleen zorg dragen voor de verslaafde cliënt, maar ook voor diens kinderen. Bovendien gaven zowel de interne als de externe stakeholders (RIAGG en gemeente Zwolle) in de interviews aan dat ze het opzetten van interventies voor kinderen van verslaafde ouders zeer wenselijk achten. Deze wenselijkheid, oftewel legitimiteit, wordt ingevuld door betrokkenheid. Betrokkenheid bij de problematiek van kinderen van verslaafde ouders is het hoofdmotief om groepsaanbod op te zetten voor deze kinderen. Betrokkenheid en interne motivatie zijn sterke drijfveren die er voor zorgen dat het onderwerp kinderen van verslaafde ouders aandacht krijgt. Naast de betrokkenheid speelt het verwachtingenpatroon ook een rol. De afdeling preventie in Zwolle wil niet ‘onder doen’ voor de regio’s Twente en de Stedendriehoek. Daar wordt namelijk al wel een aantal jaren groepsaanbod georganiseerd voor kinderen van verslaafde ouders en dit feit heeft de drang en interne motivatie bij de programmaleider in Zwolle flink aangewakkerd om ook groepsaanbod voor kinderen van verslaafde ouders te organiseren.

De dimensie legitimiteit is diffuus, er is niet duidelijk één stakeholder die meer of minder betrokken is (geen pieken). Zowel de interne als externe stakeholders zien de noodzaak en wenselijkheid in van groepsaanbod voor kinderen van verslaafde ouders. Echter, de afdeling preventie kan gezien worden als de centrale actor en aanjager die zich hard maakt om de KVO-problematiek onder de aandacht te brengen. De afdeling preventie sleept andere stakeholders mee in hun enthousiasme, zodat de KVO-problematiek overal bovenaan de agenda komt.

4.2.3 Dimensie urgentie

Zoals eerder genoemd verwijst urgentie naar de mate waarin een issue – in dit geval het organiseren van groepsaanbod voor kinderen van verslaafde ouders – onmiddellijke aandacht opeist van de stakeholders.

De urgentie binnen de afdeling preventie in Zwolle is hoog. De programmaleider Preventie / Vrije Tijd heeft het onderwerp KVO bovenaan de agenda gezet. De KVO-problematiek is te lang onderbelicht geweest. De programmaleider ziet het liefst zo snel mogelijk groepen van start gaan in Harderwijk. Echter, het voorbereiden van groepsaanbod en het draaien van groepen kost veel tijd en energie en dat is schaars. Geen van de preventiewerkers op de werkvloer heeft tijd over om zich bezig te houden met de voorbereidingen rondom het opzetten van groepsaanbod. Dit knelpunt en de hoge urgentie in ogenschouw genomen, is er gezocht naar iemand van buiten die belast wordt met de coördinatie rond het opzetten van groepsaanbod. De zoektocht heeft het gewenste resultaat opgeleverd. Uit het feit dat er een KVO-coördinator is aangesteld, blijkt dat de urgentie binnen de

afdeling preventie zeer hoog is. Er wordt niet gewacht met het opzetten van groepsaanbod totdat dit past binnen de werkschema's van de preventiewerkers. Er is direct actie ondernomen wat heeft geleid tot de aanstelling van een persoon die zich gaat focussen op de coördinatie rond het opzetten van groepsaanbod. De taak waarmee de coördinator en tevens aanjager wordt belast, bestaat uit het opstellen van een praktisch implementatieplan. Het is de bedoeling dat dit plan snel van de grond komt.

In Harderwijk willen ze zo snel mogelijk starten met het aanbieden van groepsaanbod voor kinderen van verslaafde ouders. Eén van de geïnterviewde casemanagers is heel fanatiek. Hij wil bij wijze van spreken al zijn spaargeld spenderen aan het opzetten van groepsaanbod. De casemanager is er van doordrongen dat kinderen van verslaafde ouders dringend behoefte hebben aan ondersteuning. In Harderwijk is de urgentie heel hoog, ze willen niet tot morgen wachten met het opzetten van groepsaanbod als het vandaag ook al van de grond kan komen.

De externe stakeholders (RIAGG en gemeente Zwolle) vinden het opzetten van groepsaanbod belangrijk, maar staan niet in de startblokken om direct actie te ondernemen.

4.2.4 Conclusie stakeholderanalyse Tactus Verslavingszorg

In de voorgaande paragrafen zijn de onderlinge relaties en patronen tussen de verschillende stakeholders beschreven. Uit deze beschrijving komt duidelijk naar voren dat de dimensies macht, legitimiteit en urgentie erg diffuus zijn. In tabel 10 wordt weergegeven of de verschillende stakeholders over macht, legitimiteit en urgentie beschikken en zodoende worden de typen stakeholders in kaart gebracht waar Tactus Verslavingszorg mee te maken krijgt bij het opzetten van groepsaanbod in Harderwijk.

Tabel 10: Typering van stakeholders

Stakeholder	Macht	Legitimiteit	Urgentie	Type stakeholder
Tactus Verslavingzorg, afdeling preventie Zwolle	X	X	X	Ultieme stakeholder
Tactus Verslavingszorg, bureau Harderwijk (Noord-Veluwe), afdeling hulpverlening	X	X	X	Ultieme stakeholder
RIAGG Zwolle	X	X		Dominante stakeholder
Gemeente Zwolle	X	X		Dominante stakeholder
Kinderen van verslaafde ouders				Non-stakeholder
Verslaafde ouders met kinderen	X			Slappende stakeholder
Externe verwijzers: Bureau Jeugdzorg,				Non-stakeholder

Algemeen Meldpunt Kindermishandeling, GGD, Coördinatiepunt Opvoeding, huisartsen, scholen, wijkagenten				
--	--	--	--	--

In tabel 10 is te zien dat de afdeling preventie in Zwolle één van de belangrijkste stakeholders is. De afdeling preventie acht groepsaandbod zeer wenselijk en het opzetten van groepsaandbod behoort tot hun taakdomein, de afdeling staat in de startblokken om actie te ondernemen, de afdeling vervult een voortrekkersrol bij het opzetten van groepsaandbod en de afdeling is verantwoordelijk voor het preventieve beleid in de regio's Flevoland, Noord-Veluwe en Zwolle en omgeving. Net als de afdeling preventie is de afdeling hulpverlening in Harderwijk een ultieme stakeholder, ook wel definitieve stakeholder genoemd vanwege de hoge salience. Het bureau in Harderwijk heeft een legitieme en urgente claim, ze willen graag en snel groepsaandbod opzetten. De macht van de afdeling hulpverlening bestaat eruit dat zij moeten zorgen dat kinderen van verslaafde ouders aan de oppervlakte komen. Doen zij dit niet, dan stromen er geen kinderen door naar het groepsaandbod. Echter, de afdeling hulpverlening beschikt niet over macht om op eigen houtje groepsaandbod op te zetten. De afdeling preventie beschikt namelijk over die macht, omdat zij bepalen welke preventieve activiteiten er worden opgezet in Harderwijk.

Het RIAGG en de gemeente Zwolle worden geschaard onder de dominante stakeholders. Deze stakeholders hebben invloed op de organisatie en vormen de dominante coalitie binnen de organisatie. Het RIAGG is belangrijk, omdat gezamenlijke KOPP/KVO-groepen meer kans van slagen hebben dan aparte KVO-groepen. Aparte KVO-groepen zullen waarschijnlijk te kampen krijgen met instroomproblemen. Bovendien beschikt het RIAGG over kennis en ervaring op het gebied van het draaien van groepen. De gemeente Zwolle vervult een dominante rol, omdat de gemeente Zwolle beschikt over financiële middelen die noodzakelijk zijn bij het opzetten van groepsaandbod. De afdeling preventie moet rekening houden met het RIAGG en de gemeente Zwolle, omdat deze dominante en verwachtende stakeholders een gematigde salience hebben en daardoor van groot belang zijn voor de organisatie.

Ouders vervullen de rol van slapende stakeholder, ook wel latente stakeholder genoemd vanwege de lage salience. Ouders nemen een machtspositie in, omdat er rekening mee moet worden gehouden dat verslaafde ouders hun kind toestemming moeten geven om deel te nemen aan groepsaandbod. Ouders zien echter niet vaak de wenselijkheid en urgentie in van groepsaandbod voor hun kind. Motiverende gespreksvoering is belangrijk om ouders er van te doordringen dat hun kind hulp nodig heeft.

Kinderen van verslaafde ouders en de externe verwijzers vallen onder de non-stakeholders. Kinderen van verslaafde ouders zijn natuurlijk onmisbaar bij het opzetten van groepsaandbod, maar het is niet mogelijk hen scores toe te kennen aan de dimensies macht, legitimiteit en urgentie. De externe verwijzers hebben op dit moment een bescheiden rol, omdat ze vaak niet op de hoogte zijn van de

KVO-problematiek en niet afweten van het bestaan van interventies voor kinderen van verslaafde ouders. In de toekomst moeten externe verwijzers een rol van betekenis gaan spelen.

5 Conclusie

Is er draagvlak om in Harderwijk groepsaanbod op te zetten voor kinderen van verslaafde ouders? Deze onderzoeksvraag kan met ja worden beantwoord. Uit de stakeholderanalyse en uit de diverse gehouden interviews komt heel duidelijk naar voren dat er voldoende enthousiasme en draagvlak is om groepsaanbod op te starten. De stakeholders zijn heel erg geïnteresseerd in het opzetten van groepsaanbod voor kinderen van verslaafde ouders. Ze zien allemaal het belang in dat kinderen van verslaafde ouders ondersteund moeten worden. Tijdens een gezamenlijk overleg met de betrokken stakeholders kwam duidelijk naar voren dat de partijen graag willen samenwerken om groepsaanbod op te zetten voor kinderen van verslaafde ouders. De relaties tussen de verschillende stakeholders zijn goed. De programmaleider Preventie/Vrije tijd van de afdeling preventie van Tactus Verslavingszorg in Zwolle heeft samen met de afdelingsmanager van het bureau in Harderwijk en de projectleider KOPP bij het RIAGG in Zwolle besloten om te gaan samenwerken. Het plan is om aan te sluiten bij de bestaande KOPP/KVO-groepen. Dit besluit is gemaakt naar aanleiding van een voorgelegd advies die een afweging bevat tussen enerzijds Talk 'N Joy en anderzijds KOPP/KVO-groepen.

Advies

Talk 'N Joy heeft inhoudelijk goede punten (resilience-principe) en het ziet er leuk uit. De naam 'Talk 'N Joy...Join the club!' klinkt leuker en hipper dan KOPP/KVO-groepen. Tactus Verslavingszorg vindt imago belangrijk en daar past de naam Talk 'N Joy goed bij. Bovendien heeft Tactus Verslavingszorg met Talk 'N Joy de regie in eigen hand. In de zorgwereld vol marktwerking willen ze innovatief zijn en zich profileren als voorloper. Dit weegt echter niet op tegen de voordelen die samenwerking met het RIAGG met zich meebrengt. Samenwerking betekent meer instroommogelijkheden. Zonder instroom van kinderen kunnen er geen groepen van de grond komen. Het voordeel van samenwerking is dat de groepen gemakkelijker vol komen, omdat er nu uit twee bronnen geput kan worden (geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg). De afdeling preventie in Zwolle moet lering uit het verleden trekken en gaan samenwerken met het RIAGG om de groepen vol te krijgen. In het verleden zijn de KVO-activiteiten in Zwolle stuk gelopen op een gebrek aan deelname. De pilot van Talk 'N Joy in Almelo heeft te kampen met instroomproblemen omdat er alleen kinderen instromen vanuit de verslavingszorg en niet meer vanuit de geestelijke gezondheidszorg. Daarbij komt dat er al vele jaren ervaring is met het draaien van KOPP/KVO-groepen en de ervaringen daarmee zijn over het algemeen positief. Bij het RIAGG in Zwolle hebben ze positieve ervaringen met gezamenlijke groepen. Tactus Verslavingszorg heeft baat bij de kennis die binnen het RIAGG aanwezig is op het gebied van KOPP/KVO. De groepen zitten daar vol en lopen goed. Bij Tactus Verslavingszorg in de Stedendriehoek hebben ze over het algemeen ook positieve ervaringen met gezamenlijke groepen. Ook het landelijk 'best practice'-draaiboek voor de pubergroep

vermeldt dat de ervaringen met een gemengde KOPP/KVO-groep positief zijn. Echter, alleen in Twente hebben ze negatieve ervaringen met gemengde KOPP/KVO-groepen. In Twente hebben ze een variant (Talk 'N Joy) op de KOPP/KVO-groepen bedacht. Ze hebben de bestaande KOPP/KVO-groepen niet aangepast aan de geconstateerde knelpunten. Ze hebben bijvoorbeeld niet in de Stedendriehoek gekeken hoe de KOPP/KVO-groepen daar gaan. Daar gaan de groepen goed en Twente had daar de positieve punten van kunnen afkijken.

Aansluiting bij de bestaande KOPP/KVO-groepen verdient de voorkeur boven Talk 'N Joy. Er liggen landelijke KOPP/KVO-draaiboeken en er is al jarenlang ervaring met het draaien van KOPP/KVO-groepen. Talk 'N Joy is een goed concept, maar het mag niet ten koste gaan van samenwerking met het RIAGG. En de goede en vernieuwende aspecten van Talk 'N Joy kunnen in het programma van de KOPP/KVO-groepen worden opgenomen, zodat er een regionale (Harderwijkse) variant ontstaat. En mochten de groepen een daverend succes worden en er is heel veel instroom van kinderen van verslaafde ouders, dan kunnen de KOPP/KVO-groepen altijd nog gesplitst worden in aparte groepen.

Praktische implicaties

Met de betrokken stakeholders is besloten om 14 november 2007 (woensdagmiddag) van 14.00 tot 15.30 uur te starten met een KOPP/KVO-groep in Harderwijk voor kinderen van 8 tot 12 jaar. Er is geen tijd, geld en mankracht om ook pilots op te zetten voor kinderen uit de leeftijdsgroep 12 tot 16 en 16 tot 23 jaar. Er is gekozen voor de groep kinderen van 8 tot 12 jaar, omdat daar waarschijnlijk het meeste aanbod voor is. En bovendien kunnen ze in Harderwijk veel jonge kinderen uit de eigen kring bereiken via het KVO-casemanagement. In eerste instantie zijn er 11 bijeenkomsten (8 praatbijeenkomsten, 3 doebijeenkomsten). De groepen worden geleid door een preventiewerker van de afdeling preventie in Zwolle en door de projectleider KOPP van het RIAGG in Zwolle.

In Harderwijk wordt een voorbeeldmodel gemaakt. Tijdens deze pilot wordt de werkwijze uitgetoetst, wordt ervaring opgedaan met het draaien van groepen, kan bijstelling plaatsvinden, kunnen de benodigde vaardigheden worden aangeleerd, kunnen organisatorische aanpassingen worden gerealiseerd, kunnen regionale aanpassingen geschieden en kunnen de leerpunten worden vastgesteld. Er wordt geprobeerd een succesvolle pilot te draaien in Harderwijk die kan overgaan in regulier aanbod. Als de pilot succesvol blijkt in de praktijk moet er een advies worden geschreven voor Flevoland en Zwolle en omgeving. De uiteindelijke bedoeling is namelijk dat er op uniforme wijze continue groepsaanbod wordt opgezet in het hele werkgebied. Er moet blijvende aandacht komen voor kinderen van verslaafde ouders. Het onderwerp KVO moet op de beleidsagenda blijven.

6 Aanbevelingen

Een structurele inbedding van groepsaanbod in Harderwijk en later in het hele werkgebied vergt veel tijd:

- Tijd om het onderwerp KVO op de kaart te zetten binnen alle geledingen bij Tactus Verslavingszorg
- Tijd om de afdeling preventie in Zwolle als vanzelfsprekende partner rondom KVO neer te zetten.
- Tijd om de communicatie tussen de afdeling hulpverlening en de afdeling preventie op elkaar af te stemmen.
- Tijd om goed aan te kunnen sluiten bij initiatieven elders in het werkgebied.

De communicatie tussen de verschillende regio's van Tactus Verslavingszorg als ook de interne communicatie binnen een afdeling / unit kan beter en efficiënter. Het bespaart een hoop tijd, geld en energie als men samenwerkt, de aanwezige kennis deelt en voldoende communiceert. Het wiel hoeft immers niet twee keer te worden uitgevonden. Het is belangrijk om daarnaast duidelijkheid te creëren wie wat doet in de organisatie, zodat er niet langs elkaar heen gewerkt wordt.

Het is belangrijk dat het groepsaanbod in Harderwijk geen eenmalig project is. Er moet continu aanbod komen. De continuïteit – instroom, personeel en financiën – moet gewaarborgd worden.

Allereerst moet er geld worden losgepeuterd bij de verschillende gemeenten in het werkgebied om structureel groepen te kunnen draaien. De financiering moet gewaarborgd zijn wil er in de toekomst ook groepsaanbod zijn.

Ten tweede is het van belang dat er voldoende personeel beschikbaar is om de groepen te draaien (op de afdeling preventie in Zwolle en op de afdeling hulpverlening in Harderwijk is de beschikbaarheid van personeel een knelpunt). Het is daarbij belangrijk dat de bestaande taken niet in het geding komen. Aanbeveling is om de groepen te laten draaien door een preventiewerker en een jeugdhulpverlener. Ook verdient een man-vrouw koppel de voorkeur in verband met de geslachtrolidentificatie. Bovendien is het van belang dat een vast koppel de groepen draait wat het veiligheidsgevoel binnen de groep verhoogt.

Tot slot moet de instroom van kinderen van verslaafde ouders gewaarborgd zijn. Samenwerking tussen de afdeling preventie en de afdeling hulpverlening is hierbij cruciaal. Deze samenwerking moet op heldere wijze worden vormgegeven. Het invoeren van een standaardsignaleringsprotocol – waarbij standaard van elke cliënt het kind wordt gezien – is een goede optie (en aanbeveling) om te zorgen dat op relatief eenvoudige wijze alle kinderen van cliënten die in behandeling zijn in beeld komen. Het standaard signaleringsprotocol houdt in dat de afdeling hulpverlening de verslaafde cliënt vraagt of

hij/zij kinderen heeft (het moet gewoontegedrag worden dat de hulpverlener bij de cliëntbespreking vraagt of er kinderen in het spel zijn). Is dit het geval, dan moet er een seintje worden gestuurd naar de afdeling preventie. De afdeling preventie gaat dan een gesprek aan met het kind en de verslaafde ouder(s). De SIK-lijst (Screening en InterventieKeuze) is een hulpmiddel bij het screenen van gezinnen waarbij bij één of beide ouders sprake is van verslavingsproblematiek en/of psychiatrische problemen. De lijst loopt verschillende onderwerpen na die relevant zijn voor een goede risico-inschatting aangaande de kinderen. Als de risico-inschatting is gemaakt dan moet er een passende interventie (bijvoorbeeld groepsaanbod of meerdere consulten bij een jeugdhulpverlener) ingezet worden voor het kind. Naast de samenwerking tussen de afdeling preventie en de afdeling hulpverlening is het ook een van belang dat deze afdelingen een groot extern netwerk (Bureau Jeugdzorg, Algemeen Meldpunt Kindermishandeling, GGD, Coördinatiepunt Opvoeding, huisartsen, scholen, wijkagenten) onderhouden. Dit externe netwerk moet op de hoogte worden gebracht dat er groepsactiviteiten worden opgestart voor kinderen van verslaafde ouders, zodat de verschillende partners in het netwerk kinderen gaan doorsturen naar groepsaanbod.

Na de 11 groepsbijeenkomsten moet er een inventarisatie en evaluatie gemaakt worden waar de kinderen eventueel nog behoefte aan hebben. Het nazorgtraject is heel belangrijk, zodat de kinderen na de bijeenkomsten niet in een gat vallen. De kinderen moeten niet uit het oog worden verloren. Ze mogen na de 11 bijeenkomsten niet zomaar worden losgelaten. Zo kan er bijvoorbeeld een vakantieweek worden georganiseerd (ik heb zelf een kijkje genomen bij de vakantieweek die Tactus Verslavingszorg – regio Twente – organiseerde en dat was een groot succes. De sfeer was ontspannen en er waren vooral lachende kinderen te zien). Een andere mogelijkheid is dat een kind een tijd lang individuele begeleiding krijgt van een jeugdhulpverlener als blijkt dat het kind daar behoefte aan heeft. Het is van belang om de doorstroom naar (preventieve) zorg zo goed mogelijk te organiseren. Dit om te voorkomen dat er een losstaand aanbod wordt gecreëerd dat in het slechtste geval ten nadele kan werken voor de jongere. De groepsbijeenkomsten kunnen een achterdeur zijn naar hulpverlening. Er moet een koppeling met de zorg worden gemaakt. Deze koppeling is nog niet helder in de organisatie, maar is wel heel belangrijk. De afdeling preventie en de afdeling hulpverlening moeten duidelijk afspraken maken over het nazorgtraject.

Het voeren van een dialoog tussen alle betrokken stakeholders is in sterke mate bepalend voor het succes van de implementatie. Zo moeten er duidelijke afspraken worden gemaakt tussen de afdeling preventie in Zwolle, het bureau in Harderwijk en het RIAGG. De afdeling preventie moet wel zelfstandig blijven en niet afhankelijk worden van het RIAGG bij het opzetten van gezamenlijke KOPP/KVO-groepen. Verder is het belangrijk om het contact met de gemeente warm te houden.

7 Nawoord

De pilot in Harderwijk is met succes afgerond. Er is een tweede groep van start gegaan. In Zwolle worden op dit moment voorbereidingen getroffen om een groep op te zetten. In Almere wordt casemanagement opgezet. Het onderwerp ‘kinderen van verslaafde ouders’ verkrijgt dus volop aandacht binnen Tactus Verslavingszorg en de interventies verspreiden zich geleidelijk door het werkgebied.

8 Literatuur

American Psychiatric Association. (2008a). Diagnostic and Statistical Manual. Geraadpleegd op 03-03-2008 via <http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV.aspx>

American Psychiatric Association. (2008b). DSM-III-R and DSM-IV. Geraadpleegd op 03-03-2008 via http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/History_1/DSMIIIRandDSMIV.aspx

Bohlmeijer, E., Cuijpers, P. (2001). Tweede gids preventie van psychische stoornissen en verslavingen. Utrecht: Trimbos-instituut

Bool, M. (2005) Kinderen uit de knel. Hoe gemeenten en instellingen samen kunnen werken aan preventieve jeugdzorg. Kinderen van ouders met psychische en verslavingsproblemen. Kinderen in de knel. Utrecht: Trimbos-instituut

Bool, M., Smit, F., Bohlmeijer, E., Sambeek, D. van. (2001). Factsheet 2 preventie. Kinderen van ouders met psychische problemen. Utrecht: Trimbos-instituut

Bool, M., Dousum, K. van & Zanden, R. van der. (2005). Ontwikkeling en implementatie van preventieve interventies voor kinderen van ouders met psychische problemen of verslaving. *TOKK, tijdschrift voor orthopedagogiek, kinderpsychiatrie en klinische kinderpsychologie*, 30^{ste} jaargang nr. 3/4 december.

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (2006). Demografische kerncijfers per gemeente 2006. Voorburg/Heerlen. Geraadpleegd op 14-04-2008 via <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/4F02839C-1160-42FE-98CC-1ED87BCEFFA2/0/2006b55pub.pdf>

Cuijpers, P. (1999). Preventieprogramma's voor kinderen van alcoholafhankelijke ouders. Een overzicht van de literatuur. *Kind en Adolescent*, 20(4).

Cuijpers, P., Langendoen Y., Bijl, R.V. (1999). Psychiatric disorders in adult children of problem drinkers: prevalence, first onset, and comparison with other risk factors. *Addiction*, 94(10), pp. 1489-1498

Cuijpers, P. (2000). Kinderen van probleemdrinkers. Praktijkboek Jeugdgezondheidszorg, III 3.2. In: A.J.M. Bonnet-Breusers et al. (red) Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Cyert, R.M., March, J.G. (1963). The behavioral theory of the firm. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

Dousum, K. van., Weikamp, P.A. (2003). Kinderen van ouders met psychiatrische problemen. In: Hermanns, J., Nijnatten, C. van., Smit, M., Verheij, F. Handboek Jeugdzorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Emshoff, J.G., Anyan, L.L. (1991). From prevention to treatment: Issues for school-aged children of alcoholics. In Galanter et al. Recent developments in alcoholism. *Children of alcoholics*, 9, pp. 327-346.

Etzioni, A. (1964). Modern Organizations. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Freeman, R.E. (1984). Strategic Management: A stakeholder approach. Boston: Pitman.

Groenendaal, H.J., Meijer, R.W.J., Veerman, J.W.L. et al. (1987). Protectieve factoren in de ontwikkeling van kinderen en adolescenten. Lisse: Swets en Zeitlinger.

Leopold, B., Steffan, E. (1997). Special needs of children of drug misusers. Final report. Strasbourg: Council of Europe, Pompidou-group, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs.

Mitchell, R.K., Agle, B.R., Wood, D.J. (1997). Toward a theory of stakeholder identification and salience: The principle of who and what really counts. *Academy of Management Review*, 22(4), pp. 853-886.

Mitchell, R.K., Bradley, R., Agle, B.R., Wood, D.J. (1997). Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What really Counts. *Academy of Management Review*.

Ouden, R. den. (2007). Talk 'N Joy. Club voor kinderen van verslaafde ouders (KVO). Tactus Verslavingszorg.

Rikken, M., Boon, R., Dekkers, B. (1994). Sreening en Interventie Keuze lijst. Utrecht, Landelijk Centrum GVO.

Ruiter, M., Veenhuizen, L., Willems, W., Zanden, R. van der. (2004). Productenoverzicht van de ggz-preventie. Landelijke Steunfunctie Preventie, Utrecht

Sambeek, D. van. & Zanden, R. van der. (2003). Kinderen van ouders met psychiatrische problemen of verslavingsproblemen. Praktijkboek Jeugdgezondheidszorg, III 3.4.
Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Smit, F., Bohlmeijer, E., Cuijpers, P. (2003). Wetenschappelijke onderbouwing depressiepreventie. Epidemiologie, aangrijpingspunten, huidige praktijk, nieuwe richtingen. Trimbos-reeks 2003-3.
Utrecht: Trimbos-instituut

Stichting Cad. (2006). Brochure 'De spiraal doorbreken'.

Suchman, M.C. (1995). Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches. *Academy of Management Review*, 10, pp. 571-610.

Tactus. (2007a). Missie. Geraadpleegd op 05-06-2007 via
<http://www.tactus.nl/?pid=5>

Tactus. (2007b). Home. Geraadpleegd op 05-06-2007 via
<http://www.tactus.nl/index.cfm?sid=1>

Tactus Verslavingszorg. (2008a). Home. Geraadpleegd op 02-02-2008 via
<http://www.tactus.nl/>

Tactus Verslavingszorg. (2008b). Circuits. Geraadpleegd op 02-02-2008 via
<http://www.tactus.nl/?pid=8>

Tactus Verslavingszorg. (2008c). Adressen van Tactus. Geraadpleegd op 04-04-2008 via
<http://www.tactus.nl/?pid=10>

Voordouw, I., Bohlmeijer, E., Bohl, M., Graaf, I. de, Smit, F., Zanden, R. van der, Blekman, J. (2004). Samenwerking praktijk, onderzoek en beleid in de ggz preventie. Stand van zaken basisprogramma's 2003 – Planning 2004. Utrecht: Trimbos-instituut

Vos, M., Berg, K., Geutjes, E., & Sambeek, D. van. (2002). Draaiboek pubergroep KOPP. Preventief groepsaanbod voor pubers (13-15 jaar) van ouders met psychische of verslavingsproblemen, Trimbos-Instituut, Landelijke Steunfunctie Preventie geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, Utrecht.

Weber, M. (1947). The theory of social and economic organization. New York: Free Press.

Witte, K.E., Busch, M.C.M. (2005). Wat valt onder preventie? In: Brancherapporten VWS. Den Haag: VWS, <<http://www.brancherapporten.minvws.nl>> De VWS-sectoren\Preventie\

Wood, D.J. (1991). Corporate social performance revisited. *Academy of Management Review*, 16, pp. 691-718

Bijlagen

Bijlage 1 KOPP/KVO groepsinterventies

Onderstaande schema's geven een overzicht van de productbeschrijvingen op het gebied van KOPP/KVO zoals die binnen de ggz-preventie worden gehanteerd. (Ruiter, Veenhuizen, Willems, Van der Zanden, 2004) Het gaat om de doe- en praatgroep voor kinderen van 8-12 jaar, de pubergroep voor jongeren van 12-16 jaar en de gespreksgroep voor jongeren van 16-23 jaar.

Preventieprogramma	KOPP/KVO
Productgroep	Groepsinterventies
Product	Doe-praatgroep voor kinderen van 8-12 jaar (maximaal 8-10 personen)
Probleemschets	Opgroeien in een gezin met een psychisch zieke of verslaafde ouder betekent voor veel kinderen opgroeien onder moeilijke omstandigheden. Op indringende wijze krijgen kinderen te maken met veranderingen bij hun ouder en veranderingen in de thuissituatie. De onvoorspelbaarheid van de zieke ouder, de geringe informatie, en het gebrek aan geruststelling blijkt voor kinderen erg belastend te zijn. Bij jonge kinderen komen met name veel angst, gespannen gedrag, weinig vertrouwen, verandering in stemming en in schoolprestaties, alsmede rolwisseling voor.
Inhoud	8 bijeenkomsten van anderhalf tot twee uur begeleid door een jeugdhulpverlener en een preventiewerker aan de hand van verschillende thema's. Onder andere: de ziekte van de ouder, hoe ga je daar mee om, hoe praat je erover met vriendjes en vriendinnen, en krijg je hetzelfde als je vader of moeder. Iedere bijeenkomst kent een kringgesprek en een creatief onderdeel. De deelnemers ontvangen een informatiemap over de besproken thema's.
Doel/resultaat	Bevorderen van de competentie van het kind en doorbreken van zijn/haar isolement door onder andere: - Vergroten van kennis van kinderen over de ziekte van de ouder - Informeren van kinderen over hulpmogelijkheden voor henzelf.
Doelgroep	Kinderen in de leeftijd van 8-12 jaar met een psychisch zieke of verslaafde ouder.

Preventieprogramma	KOPP/KVO
Productgroep	Groepsinterventies
Product	Pubergroep voor jongeren van 12-16 jaar (maximaal 8-10 personen)
Probleemschets	Opgroeien in een gezin met een psychisch zieke of verslaafde ouder betekent voor veel jongeren opgroeien onder moeilijke omstandigheden. Op indringende wijze krijgen jongeren te maken met veranderingen bij hun ouder en veranderingen in de thuissituatie. De onvoorspelbaarheid van de zieke ouder, de geringe informatie, en het gebrek aan geruststelling blijkt voor jongeren erg belastend te zijn. Bij jongeren in deze leeftijdsgroep zie je conflicten op school en met ouders, onduidelijke angsten en schaamte voor het gedrag van de ouder.
Inhoud	8 bijeenkomsten van anderhalf tot twee uur begeleid door een jeugdhulpverlener en een preventiewerker aan de hand van verschillende thema's. O.a.: de ziekte van de ouder, hoe ga je daar mee om, hoe praat je erover met vriendjes en vriendinnen, en krijg je hetzelfde als je vader of moeder. Iedere bijeenkomst kent een kringgesprek en een creatief onderdeel. De

	deelnemers ontvangen een informatiemap over de besproken thema's.
Doel/resultaat	- Doorbreken van isolement - Leren (h)erkennen en uiten van eigen gevoelens - Jongere heeft vaardigheden om steun te vragen - Jongere kan thuissituatie bespreekbaar maken - Jongere heeft kennis over de ziekte van zijn/haar ouder.
Doelgroep	Jongeren in de leeftijd van 12-16 jaar met een met een psychisch zieke of verslaafde ouder.

Preventieprogramma	KOPP/KVO
Productgroep	Groepsinterventies
Product	Gespreksgroep voor jongeren van 16-23 jaar. (maximaal 8-10 personen)
Probleemschets	Opgroeien in een gezin met een depressieve of verslaafde ouder betekent voor veel jongeren opgroeien onder moeilijke omstandigheden. Op indringende wijze krijgen jongeren te maken met veranderingen bij hun ouder en veranderingen in de thuissituatie. De onvoorspelbaarheid van de zieke ouder, gebrek aan informatie, en het gebrek aan geruststelling blijkt voor adolescenten erg belastend te zijn.
Inhoud	8 bijeenkomsten met vaste thema's als: - de ziekte van de ouder, - erfelijkheid, - schuld en schaamtegevoelens, - verwerking van ervaringen, - vriendschappen, - de toekomst. De deelnemers ontvangen een informatiemap over de besproken thema's.
Doel/resultaat	- Doorbreken van het isolement - De deelnemers vinden bij hun lotgenoten herkenning, erkenning en steun - De deelnemers hebben kennis over de ziekte van hun ouder.
Doelgroep	Jongeren in de leeftijd van 16-23 jaar met een psychisch zieke of verslaafde ouder.

Bijlage 2 Draaiboek KOPP/KVO-pubergroep

Aan de hand van het draaiboek van de pubergroep wordt een beschrijving gegeven van het preventieve aanbod voor pubers (12-16 jaar) van ouders met psychische of verslavingsproblemen. Het draaiboek is tot stand gekomen in opdracht van het Landelijk Steunpunt Preventie met medewerking van het Landelijk Preventieplatform KOPP. Als basis voor het 'best practice'-draaiboek zijn tien KOPP-draaiboeken uit verschillende regio's geselecteerd en bij de samenstelling van het nieuwe draaiboek zijn die onderdelen opgenomen waar de beste ervaringen mee zijn opgedaan en die het meest aansluiten bij de hoofddoelstellingen. (Vos, Berg, Geutjes, Sambeek, 2002)

Doelstelling

De hoofddoelstelling van de pubergroep is om bij te dragen aan het voorkomen van ernstige psychische problemen bij jongeren als gevolg van psychische of verslavingsproblemen van hun ouder(s). Realisering van dit doel kan geschieden door de belasting voor het kind te verminderen. Door het aanleren van vaardigheden en door gerichte kennisoverdracht wordt gepoogd de beschermende factoren te versterken en de risicofactoren te verminderen. In de groepen wordt verder spelenderwijs gewerkt aan het doorbreken van isolement, het bevorderen van een reële kijk op zichzelf en de ouder en het verhogen van de competentie. Bovendien is het bevorderen van een goede ouder-kindrelatie belangrijk. Dit moet door ouderbijeenkomsten gerealiseerd worden. (Vos e.a., 2002)

Doelgroep

De pubergroep is bestemd voor jongeren tussen de 12 en 15 jaar die opgroeien in een gezin met tenminste één ouder met psychische problemen. Dat wil zeggen dat een deskundige bij de ouder een psychiatrisch ziektebeeld of een verslaving geconstateerd heeft (of vermoedt). De Screening en Interventie Keuze Lijst (Rikken, Boon, Dekkers 1994) geeft aan wanneer deelname aan de pubergroep gewenst is. Deelname aan de pubergroep is gewenst in de volgende gevallen:

- Onvoldoende ondersteuning aan de jongeren door anderen dan de ouders, zoals leeftijdsgenoten en docenten
- Onvoldoende kunnen uiten van gevoelens
- Onvoldoende aandacht, informatie of hulp kunnen vragen
- Onvoldoende grenzen kunnen stellen
- Niet om weten te gaan met (negatieve) reacties uit de omgeving
- Het hebben van weinig (vrije) tijd voor zichzelf
- Schuld- of schaamtegevoelens hebben
- Negatief zelfbeeld
- Sterke verantwoordelijkheidsgevoelens.

Sommige ggz-instellingen laten ook jongeren van alcohol- of drugsverslaafde ouders deelnemen aan de pubergroep. De ervaringen met gemengde KOPP/KVO-groepen zijn positief. Er kan in principe hetzelfde draaiboek gehanteerd worden. Echter, bij KVO-jongeren spelen, sterker dan bij KOPP-jongeren, gevoelens van boosheid en onbegrip ten opzichte van de zieke ouder. Met dit aspect moet wel rekening worden gehouden. (Vos e.a., 2002)

Aard en locatie van de groep

De pubergroep is een preventieve groep en geen therapiegroep. De groep bestaat uit een vast aantal personen die gedurende een afgesproken periode samenkomen (gesloten groep). Door middel van gestructureerde opdrachten worden vaardigheden geoefend en wordt inzicht gegeven in de eigen thuissituatie. Praten is lastig voor deze leeftijdsgroep, vandaar dat er ook spelvormen zijn. De locatie waar de groep gehouden wordt kan een preventie- of jeugdafdeling zijn (geringe reistijd begeleiders). Door jongeren kan het echter prettiger en minder beladen zijn om naar een buurthuis te gaan waar veel ontspanningsactiviteiten mogelijk zijn. Op deze manier wordt ook onderstreept dat de ouders problemen hebben en niet de jongeren. (Vos e.a., 2002)

Aantal en structuur van de bijeenkomsten

De pubergroep bestaat uit acht bijeenkomsten van ieder anderhalf uur. Er is ook nog een terugkombijeenkomst na twee tot drie maanden. Elke bijeenkomst heeft een vaste opbouw. Tijdens de bijeenkomsten komen afwisselend inspannende en ontspannende werkvormen aan bod. De bijeenkomst begint met een kringgesprek waar wordt bijgepraat over de afgelopen week. Na het bijpraten en het bespreken van de huiswerkopdrachten komt het thema van de week aan de orde. De acht thema's zijn als volgt: kennismaking, praten over en uiten van gevoelens, gevolgen in de dagelijkse situatie bespreken, sociale netwerk leren gebruiken en uitbreiden, omgaan met reacties uit de omgeving, oefenen van sociale vaardigheden en afscheid nemen. Naar aanleiding van een thema wordt gepraat, geoefend en gewerkt in spelvormen. De bijeenkomst sluit af met een ontspannende activiteit. (Vos e.a., 2002)

Grootte en samenstelling groep

Een optimale groepsgrootte is zes tot acht jongeren. Bij een kleinere groep wordt de indruk gewekt dat er maar weinig jongeren zijn met dezelfde problemen en zijn er maar weinig herkenningmogelijkheden. Bij grotere groepen worden de pubers onrustiger, omdat ze lang op hun beurt moeten wachten en er weinig is om in te gaan op wat zij vertellen. (Vos e.a., 2002)

Begeleiders en tijdsinvestering

Twee begeleiders – een preventiewerker en jeugdmedewerker – verzorgen de groep. De voorkeur gaat uit naar een man-vrouwkoppel (geslachtsrol-identificatie). De begeleiders moeten zich kunnen inleven in de leefwereld van jongeren. De tijdsinvestering voor het uitvoeren van de groep en de ouderbijeenkomsten wordt gerekend op 64 uur (uitvoeringstijd, voorbereidingstijd, afsluiting en evaluatie). (Vos e.a., 2002)

Werving

Uit de praktijk blijkt dat pubers van ouders met psychische problemen een moeilijk te bereiken groep is. (Vos, Berg, Geutjes, van Sambeek)

Om KOPP/KVO-activiteiten te laten slagen spelen preventiewerkers en hulpverleners van de jeugd- en volwassenzorg een belangrijke rol. Preventiewerkers zijn belast met de coördinatie van het project en hulpverleners zullen de volwassen cliënten met kinderen uiteindelijk moeten aanspreken op hun ouderrol. De hulpverlener kan gezien worden als de intermediair tussen de preventiewerker en de ouders en kinderen (Bool, van Dousum, van der Zanden, 2005). De hulpverlener zorgt dus voor de werving van kinderen. Naast deze (interne) werving is ook externe werving belangrijk, onder andere via school- en huisartsen, de GGD en buurt- en clubhuizen. (Vos e.a., 2002)

Aanmelding en kennismaking

Bij voorkeur melden de ouders en/of jongeren zichzelf aan. Na de aanmelding neemt één van de begeleiders telefonisch contact op met de ouder(s) voor uitleg over de verdere procedure en voor het plannen van een kennismakingsgesprek met de ouders en de jongere. Voor jongeren betekent het kennismakingsgesprek dat zij toestemming krijgen van hun ouders om over de thuissituatie te praten. Voor de ouders betekent het dat zij zien bij wie hun kinderen terechtkomen en hoe hun kinderen op de eerste kennismaking reageren. Voor de begeleiders betekent het dat zij van beide partijen kunnen horen wat er thuis aan de hand is en wat er zoal plaatsvindt. Tijdens het gesprek moet besproken worden dat de privacy van de jongeren in principe beschermd wordt als zij iets vertellen in de groep: er wordt niet steeds teruggekoppeld naar de ouders. Als er reden is tot (grote) zorg dan wordt dit gemeld aan de ouders. Ook moet in het gesprek benadrukt worden dat de jongere alle bijeenkomsten moet volgen en dat de ouderbijeenkomsten van essentieel belang zijn omdat ouders en kind dan beter op elkaar kunnen inspelen. (Vos e.a., 2002)

Evaluatie

De pubergroep wordt geëvalueerd door de deelnemers, de ouders en door de begeleiders. Als tijdens de evaluatie blijkt dat jongeren nog meer behoefte hebben aan ondersteuning, kan er verwezen worden naar andere vormen van hulp of ondersteuning. Dit kan in de vorm van individuele hulpverlening of een preventieaanbod (bijvoorbeeld assertiviteitstraining). Ook kunnen ze gestimuleerd worden om deel

te nemen aan activiteiten buiten de zorg (bijvoorbeeld sport- of ontspanningsactiviteiten). (Vos e.a., 2002)

Bijlage 3 Talk 'N Joy

Tactus Verslavingszorg – regio Twente – voert al jaren doe- en praatgroepen uit. Echter, bij het uitvoeren van doe- en praatgroepen zijn Tactus Verslavingszorg een aantal zaken opgevallen. Praktijkervaring leerde dat het sterk gestructureerde karakter van de doe- en praatgroepen en de grote hoeveelheid praten kinderen van verslaafde ouders afschrikt. Zij haken daardoor vaker dan gemiddeld af. Bovendien vinden kinderen van verslaafde ouders (KVO) niet zo gemakkelijk aansluiting bij kinderen van ouders met psychiatrische problemen (KOPP) als vaak gedacht. Tot slot heeft Tactus nog geconstateerd dat voor veel kinderen en jongeren de groepen niet lang genoeg duren. Wanneer ze zich niet veilig voelen en vrienden hebben gemaakt in de groep, dan is deze alweer afgelopen. Op grond van deze ervaringen wil Tactus een laagdrempelige club – genaamd Talk 'N Joy – voor kinderen en jongeren van verslaafde ouders gaan aanbieden. Deze club is geen gespreksgroep, maar een activiteitenclub waar kinderen en jongeren van 8 tot en met 23 jaar elkaar wekelijks kunnen ontmoeten en leuke dingen kunnen ondernemen. De nadruk ligt dus op ontspanning. Talk 'N Joy staat nog in de kinderschoenen. Er ligt een projectplan op tafel en in mei 2007 is er een pilot gestart in Almelo voor 12-16 jarigen. Bij succes wordt de groep gecontinueerd en worden er ook clubs gestart voor 8-12 jarigen en 16-23 jarigen. (Den Ouden, 2007)

Doelgroep en doelen

Talk 'N Joy is er voor kinderen en jongeren van 8 t/m 23 jaar die opgroeien in een gezin met tenminste één ouder met verslavingsproblemen. Er wordt rekening gehouden met de leeftijd en ontwikkelingsfase van de kinderen, zodat ze aansluiting vinden bij elkaar. Deelname aan Talk 'N Joy is gewenst voor kinderen die:

- Onvoldoende ondersteuning ontvangen door anderen dan de ouders
- Gevoelens onvoldoende kunnen uiten
- Onvoldoende aandacht, informatie of hulp kunnen vragen
- Onvoldoende grenzen kunnen stellen
- Niet om weten te gaan met negatieve reactie uit de omgeving
- Een negatief zelfbeeld hebben
- Schuld- en schaamtegevoelens hebben
- Sterke verantwoordelijkheidsgevoelens hebben

Talk 'N Joy richt zich op drie leeftijdscategorieën: 8-12 jaar, 12-16 jaar en 16-23 jaar. Het belangrijkste doel van de activiteitenclub is het vergroten van de veerkracht (resilience) van kinderen van verslaafde ouders. Op deze manier willen ze bijdragen aan het voorkomen van ernstige psychosociale problemen bij deze kinderen. Het doel moet bereikt worden door het beïnvloeden van de beschermende factoren in het kind zelf en in de directe omgeving van het kind. Er worden ook nog een aantal subdoelen nagestreefd, te weten: weerstand kunnen bieden in risicovolle omstandigheden, vaardigheden aanleren om een leven positief uit te bouwen in moeilijke omstandigheden, ontwikkelen van het vermogen om op lange termijn een levensperspectief te ontwikkelen, het leren omgaan met emoties als boosheid, angst, blijdschap en verdriet, het doorbreken van isolement van kinderen van verslaafde ouders, het verkrijgen van informatie over verslavingsproblemen en de invloed daarvan op de directe omgeving, het kind weer leren kind te zijn en te genieten van goede en mooie dingen. (Den Ouden, 2007)

Interventieontwikkeling

Talk 'N Joy vindt plaats in een buurtcentrum, school of andere plaats die voor kinderen en jongeren goed bereikbaar en toegankelijk is. De club komt wekelijks bij elkaar. Talk 'N Joy is een halfopen groep. Dit betekent dat er elke maand één moment is waarop deelnemers kunnen besluiten te stoppen en waarop nieuwe deelnemers kunnen instromen. De club wordt gedurende het hele jaar aangeboden. Jongeren kunnen minimaal twee maanden en maximaal een jaar deelnemen. Er kan een vervolggroep gecreëerd worden als deelnemers daar behoefte aan hebben.

De clubmeetings duren anderhalf tot twee uur. De bijeenkomst begint altijd met een half uurtje binnenkomen, theedrinken en kletsen over de afgelopen week en daarna wordt met de activiteit van de week begonnen. De activiteiten kunnen onder andere betrekking hebben op sport en spel en drama en toneel. Elke activiteit heeft een thema of doel, bijvoorbeeld humor, zinging, gedragenheid en

eigenwaarde. Door middel van de verschillende activiteiten zal getracht worden om de vaardigheden en zelfredzaamheid van kinderen van verslaafde ouders te vergroten. De kinderen komen op speelse wijze in aanraking met begrippen als zingeving en humor en thema's als emoties, loyaliteit en sociaal netwerk worden door het programma heen geweven. Door deelname aan Talk 'N Joy worden de deelnemers veel positieve ervaringen aangeboden, die hun eigenwaarde versterkt en waardoor zij uit hun isolement worden gehaald. Bovendien hebben de activiteiten als doel om de onderlinge band tussen de deelnemers te vergroten. De nadruk ligt vooral op ontspanning.

Twee beroepskrachten verzorgen in eerste instantie de begeleiding. Er wordt op een positieve manier met kinderen omgegaan, de kinderen krijgen complimenten en ze worden gewaardeerd en gestimuleerd. Dit komt het zelfvertrouwen van de kinderen ten goede. Daarnaast moeten de begeleiders mede zorgen voor een veilige sfeer.

De werving gaat veelal via het cliëntenbestand van Tactus Verslavingszorg. Cliënten wordt gevraagd naar hun ouderrol en hoe ze aankijken tegen het ouderschap. Tevens wordt er beoordeeld welke risico- en beschermende factoren aanwezig zijn. Vervolgens vindt er een kennismakingsgesprek plaats met de begeleiders van Talk 'N Joy. Via scholen, jongerencentra en instellingen voor jeugdhulpverlening wordt extern geworven. (Den Ouden, 2007)

Bijlage 4 Vragenlijst

Introductie: Voorstellen

Doel onderzoek toelichten: groepsaanbod opzetten in Harderwijk

1. Wat is uw functie binnen de organisatie?

2. Is het onderwerp 'kinderen van verslaafde ouders' bekend bij u? Zijn de landelijke KOPP/KVO-groepen u bekend?

3. Wordt er wat georganiseerd voor kinderen van verslaafde ouders? (voorzieningenaanbod)

3a

Zo ja, op wat voor manier? (KOPP/KVO-groepen?)

Hoe loopt het voorzieningenaanbod?

Wordt er samengewerkt met andere organisaties?

3b

Zo nee, waarom niet?

Is er in het verleden wel aandacht geweest voor kinderen van verslaafde ouders? Zo ja, waarom is dat niet voortgezet?

4. Waar moet het aanbod voor kinderen van verslaafde ouders volgens u aan voldoen? Wat vindt u belangrijk? Waar moet rekening mee houden? (ervaringen, positieve kanten, negatieve kanten/knelpunten)

5. Binnen preventie is Talk 'N Joy bedacht, in plaats van KOPP/KVO.

Kent u Talk 'N Joy?

Zo nee, dan uitleg geven over Talk 'N Joy

6. Wat vindt u van Talk 'N Joy?

Is het een verbetering ten opzichte van KOPP/KVO? / Kan het een verbetering zijn? Waarom wel/niet? (Maakt het u uit, KOPP/KVO of Talk 'N Joy)

7. Ziet u mogelijkheden/kansen voor Talk 'N Joy of KOPP/KVO-groepen?

7a

Zo nee, waarom niet? Wat is er wel nodig om u enthousiast te maken?

7b

Zo ja:

- Zijn er voorwaarden om mee te doen?
- Zijn er van jullie uit mogelijkheden om bij te dragen? Bijvoorbeeld: financiële middelen, personeel (deskundigheid, motivatie), locatie, tijd, samenwerkingspartner(s), beleidskaders.
- Kunnen jullie zorgen voor instroom van de doelgroep?
 - Zo ja, hoe en hoeveel?
 - Zo nee, hoe kunnen we dan werven?