

## KOPP/KVO

Resultaten van een Rondgang in de Uitvoeringspraktijk van preventie, zorg en ondersteuning voor kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) en kinderen van verslaafde ouders (KVO)



# Resultaten Rondgang in de KOPP/KVO Praktijk

## Resultaten praktijkvoering rond preventie, zorg en ondersteuning voor kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) en kinderen van verslaafde ouders (KVO)

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Rianne van der Zanden  
Merel Haverman  
Agnes van der Poel

Trimbos-instituut, december 2016

## Inhoudsopgave

1. Samenvatting	3
2. Inleiding	5
3. Resultaten Regiobijeenkomsten	6
4. Resultaten interviews Gemeenten	8
5. Resultaten interviews Zorgverzekeraars	10
6. Conclusies en aanbevelingen	11
Bijlage 1: Verslag Regiobijeenkomsten	16
Bijlage 2: Verslag Interviews gemeenten	19
Bijlage 3: Verslag Interviews zorgverzekeraars	22

# 1. Samenvatting

## *De opdracht*

Nederland telt jaarlijks 577.000 minderjarige KOPP/KVO-kinderen die een aanmerkelijk verhoogd risico lopen om zelf een psychische stoornis of verslaving te ontwikkelen. Het ministerie van VWS heeft, in nauwe samenwerking met VNG, aan het Trimbos-instituut de opdracht gegeven een rondgang in de praktijk uit te voeren die inzicht geeft in de uitvoeringspraktijk rond KOPP/KVO. Daartoe zijn vijf regiobijeenkomsten met ketenzorgpartners en interviews met 11 gemeenten en vier grote zorgverzekeraars uitgevoerd. Beoogd werd om middels de rondgang inzicht te krijgen in de volgende aspecten: mate van helderheid in verantwoordelijkheden, mate van samenwerking, beschikbaarheid en inkoop van KOPP/KVO-aanbod, uitvoering van de KOPP-richtlijn en de Kindcheck.

## *Resultaten*

De resultaten van de rondgang tonen aan dat de verantwoordelijkheidsverdeling tussen gemeenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars rond KOPP/KVO op hoofdlijnen helder is voor deze stakeholders. Maar uit de rondgang blijkt ook dat de verantwoordelijkheden niet goed worden opgepakt en ingevuld: de meeste gemeenten hebben het thema niet geagendeerd en opgenomen in beleid, de meeste zorgaanbieders werken niet conform de KOPP-richtlijn en de Kindcheck en het inkoopbeleid van KOPP/KVO-aanbod is na de invoering van de Jeugdwet niet goed overgedragen van zorgverzekeraars naar gemeenten. De volgende – met elkaar samenhangende – belemmeringen spelen hierbij een bepalende rol, blijktens de rondgang:

1. Er is sprake van **onbekendheid van KOPP/KVO-problematiek** (en KOPP/KVO-aanbod), vooral bij gemeenten. Iets dat onbekend is, kan niet geagendeerd en geprioriteerd worden.
2. Het **ontbreekt aan regie** op lokale/regionale samenwerking, organisatie van een sluitende ketenaanpak **en communicatie tussen en binnen de stakeholders** gemeenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Er is daarmee geen kennisuitwisseling over KOPP/KVO, noch afstemming over en systematische uitvoering van de ketenaanpak (van signalering, doorverwijzing tot uitvoering en monitoring omtrent KOPP/KVO).

Gemeenten en zorgaanbieders geven aan dat de gebrekkige samenwerking en uitvoering deels te wijten is aan de transitiefase waarin zij verkeren na de invoering van de Jeugdwet. Dat lijkt plausibel, partijen hebben veel nieuwe taken en verantwoordelijkheden gekregen. Toch lijkt onbekendheid met KOPP/KVO-problematiek van groter belang. Gebrekkige communicatie tussen de stakeholders: gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders, speelt hierin een rol. Na eenmaal kennis te hebben genomen van de omvang van de doelgroep en de ernst van de problematiek (zoals in de regiobijeenkomsten), erkennen gemeenten en zorgaanbieders dat de organisatie van ketensamenwerking rond KOPP/KVO bij hun beleid en uitvoering behoren. Ook erkennen deze stakeholders dat regie nodig is op ketensamenwerking, mede vanwege de hoeveelheid ketenpartners. Daarbij benadrukken vooral de zorgaanbieders dat aan randvoorwaarden zoals tijd en deskundigheid (rond KOPP/KVO en programmatisch samenwerken) moet worden voldaan.

Opgemerkt dient te worden dat de uitvoeringspraktijk omtrent de KOPP/KVO-doelgroep met zichtbare problemen beter lijkt te lopen (denk bijvoorbeeld aan een huisarts die een KOPP/KVO kind met een depressie- of angststoornis doorverwijst naar de jeugd-GGZ), dan voor de KOPP/KVO-kinderen zonder zichtbare problemen. Deze laatste groep heeft evenwel een aanmerkelijk verhoogd risico op een psychische stoornis en heeft een veel grotere omvang dan de eerste groep.

## *Conclusie*

Knelpunten in de praktijkvoering rond KOPP/KVO worden niet veroorzaakt door een systeemfout, maar door met elkaar samenhangende factoren, namelijk onbekendheid met de problematiek en een gebrekkige regie op de ketensamenwerking en gebrekkige communicatie tussen stakeholders.

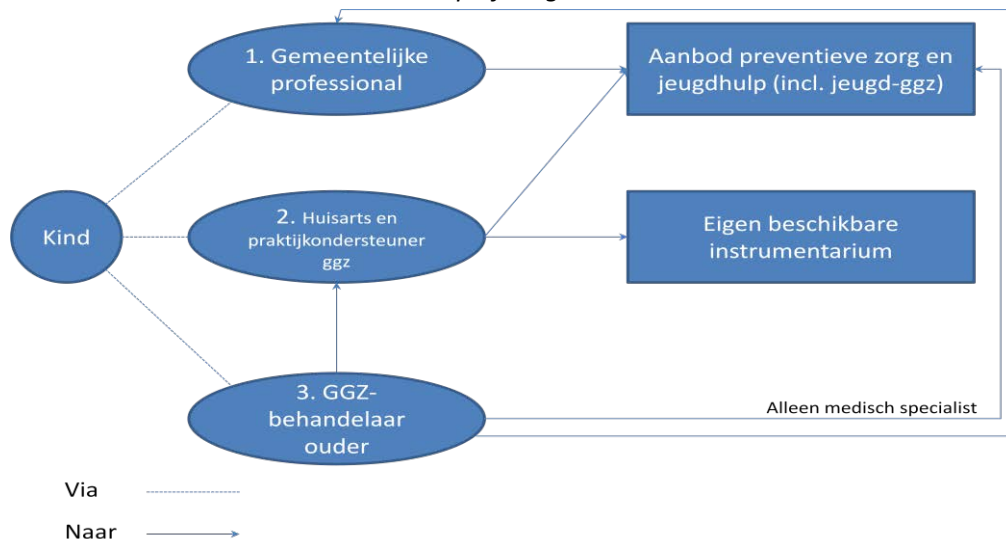
### Aanbevelingen

De generieke aanbeveling is dat de gemeente als primaire regievoerder op preventie, zorg en ondersteuning voor de KOPP/KVO-doelgroep, intern en met zorgaanbieders afspraken maakt over:

- Regie. Wie is binnen de gemeente de concrete regievoerder op de ketensamenwerking, het aanbod en de uitvoering rondom de preventie, zorg en ondersteuning voor deze risicogroep? Welke taken en bevoegdheden heeft deze regievoerder en hoe kan deze daarop aangesproken worden? Daarbij kan de gemeente ook regietaken op KOPP/KVO delegeren aan een specifieke zorgaanbieder, die bijvoorbeeld een KOPP/KVO-ambassadeur kan aanwijzen.
- Opdrachtgever- en opdrachtnemerschap. Hoe is de relatie gedefinieerd tussen opdrachtgever (gemeente) en opdrachtnemer (zorgaanbieder)? Wat mogen zij precies van elkaar verwachten rond KOPP/KVO en hoe spreken zij elkaar daarop aan?
- Randvoorwaarden. Wat zijn de randvoorwaarden voor programmatisch samenwerken binnen de KOPP/KVO-zorgketen? Wat is nodig aan tijd en deskundigheid en hoe wordt dit georganiseerd?

Vanuit deze basis kunnen de gedetecteerde knelpunten ten aanzien van samenwerken (onvoldoende samenwerking tussen en binnen stakeholders), aanbod (in veel gemeenten niet ingekocht) en uitvoering (onvoldoende toepassing Kopp-richtlijn en Kindcheck) systematisch worden opgepakt en de aangedragen oplossingsrichtingen uit de regiobijeenkomsten (paragraaf 3 en bijlage 1) worden geïmplementeerd. Daarbij kan iedere stakeholder eigen acties uitvoeren, zoals beschreven in de conclusies en aanbevelingen. Tijdens de rondgang werd duidelijk dat er bij de stakeholders, en met name bij de zorgaanbieders, grote animo is om de praktijkvoering rond KOPP/KVO te verbeteren. Wij verwachten dat zij, met ondersteuning middels een aanpak van ‘samen leren door samen doen’, in een relatief korte periode de integrale aanpak voor KOPP/KVO kunnen realiseren. Onbekendheid over KOPP/KVO wordt daarmee weggenomen, en regie en samenwerking kunnen, met onderstaand schema als basis, worden ingevuld, opgezet en uitgevoerd.

Schema: Verschillende routes naar hulp of zorg



Bron: Tweede Kamer vergaderjaar 2015-2016, Kamerstuk 31 839 nr. 525

(<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-31839-525.html>)

## 2. Inleiding

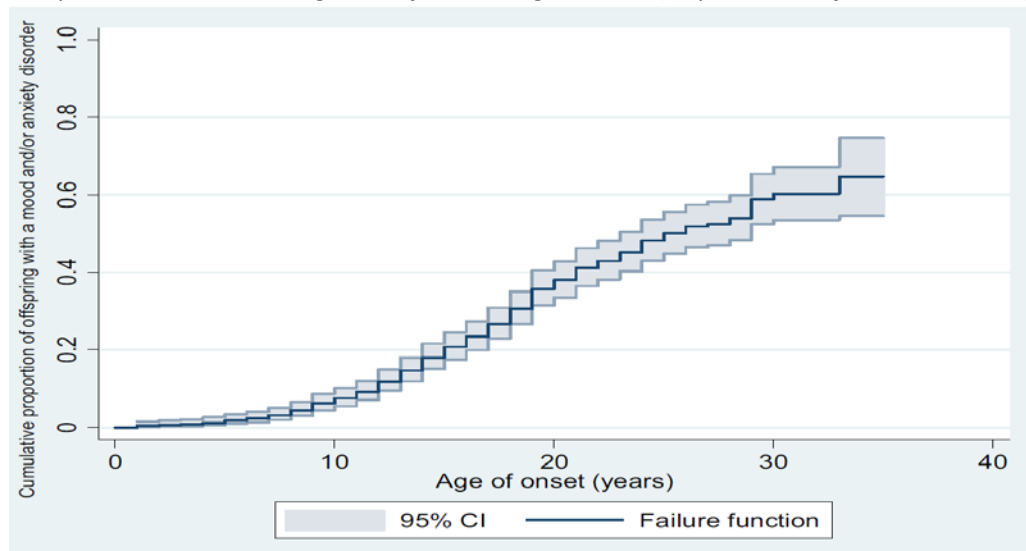
### 2.1 De risicogroep KOPP/KVO

Ons land telt jaarlijks 577.000 minderjarige kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen (KOPP/KVO). KOPP/KVO-kinderen lopen een verhoogd risico om zelf ook een psychische stoornis of verslaving te ontwikkelen. De problemen worden van generatie op generatie overgedragen binnen families. Naast biologische factoren spelen sociale factoren, waaronder opvoeding, een rol.

Onderzoek toont aan dat in ons land tweederde deel van de kinderen van ouders met een depressie of angststoornis op 35-jarige leeftijd zelf een depressie of angststoornis heeft of heeft gehad (Havinga et al., 2016)<sup>1</sup>. In de normale populatie is dit een kwart (De Graaf et al., 2010)<sup>2</sup>. De grafiek van depressie- en angststoornissen bij deze KOPP-kinderen loopt geleidelijk op van 0% bij 0-jarigen, 8% bij 10-jarigen, 38% bij 20-jarigen naar 65% bij 35-jarigen (zie figuur 1). Dit toont aan dat binnen deze doelgroep ook jonge kinderen zonder stoornis, een aanzienlijk risico lopen. Het risico is het grootst bij meisjes, als beide ouders een stoornis hebben, als de stoornis van de ouder op jonge leeftijd is ontstaan, of bij een minder adequaat gezinsfunctioneren. Een cumulatie van deze factoren geeft een ultra hoog risico.

De risico- en beschermende factoren die beïnvloedbaar zijn vormen aangrijpingspunten voor preventie, zorg en ondersteuning. Onderzoek toont aan dat KOPP/KVO-interventies effectief zijn en de kans op stoornissen met 40% doet afnemen (Siegenthaler et al., 2012)<sup>3</sup>.

*Figuur 1: Cumulatieve incidentie van een angst en/of stemmingsstoornis bij kinderen van patiënten met een angst en/of stemmingsstoornis (Kaplan-Meier failure estimate)*



Bron<sup>1)</sup>

<sup>1</sup> Havinga PJ, Boschloo L, Bloemen AJP, Nauta MH, de Vries SO, Penninx BWJH, Schoevers RA, Hartman CA. (2016). Doomed for disorder? High incidence of mood and anxiety disorders in offspring of depressed and anxious patients: A prospective cohort study. *J Clin Psychiatry*, e1-10.

<sup>2</sup> Graaf R de, Have M ten, Dorsselaer S van. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.

<sup>3</sup> Siegenthaler E, Munder T, Egger M. (2013). Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 51(1):8-17.

## 2.2 De opdracht

In de zomer van 2016 is in opdracht van het ministerie van VWS een landelijk KOPP/KVO-project gestart, in nauwe samenwerking met VNG. De aanleiding is de brief van de minister van juni 2016 aan de Tweede Kamer over KOPP/KVO. Daarin stelt zij dat:

- KOPP/KVO-kinderen per definitie in een kwetsbare situatie verkeren;
- we niet moeten wachten totdat het mis gaat met het kind;
- eventuele zorg en ondersteuning niet afhankelijk mag zijn van het zorgaanbod voor de ouders.

Ook constateert zij dat er al veel gebeurt aan hulp via de gemeente, de huisarts en de GGZ, en dat er hulpmiddelen beschikbaar zijn voor signalering, waaronder de KOPP-richtlijn en de Kindcheck. Maar zij realiseert zich ook dat wat op papier goed is geregeld, in de praktijk niet zomaar is geïmplementeerd.

Het Trimbos-instituut heeft van VWS de opdracht gekregen om inzicht te geven in de uitvoeringspraktijk rond KOPP/KVO. Dit inzicht is verkregen via een rondgang in de praktijk, bestaande uit regiobijeenkomsten met vertegenwoordigers van KOPP/KVO-ketenpartners en uit interviews met gemeenten en zorgverzekeraars. De rondgang was gericht op de volgende vragen:

- Wat is de mate van bekendheid met het stelsel/systeem (met name sinds invoering van de Jeugdwet) en wie waarvoor verantwoordelijk is?
- Hoe is de samenwerking binnen de zorgketen rond KOPP/KVO?
- Wat is de beschikbaarheid en inkoop van KOPP/KVO aanbod?
- Hoe is de bekendheid met en mate van toepassing van de KOPP-richtlijn en de Kindcheck?

In het eerste deel van dit document worden de resultaten van de regiobijeenkomsten en de interviews met gemeenten en zorgverzekeraars beschreven (paragraaf 3 t/m 5). In het tweede deel volgen de conclusies en aanbevelingen (paragraaf 6). De bijlagen tot slot bevatten een uitgebreidere verslaglegging van de rondgang.

## 3. Resultaten regiobijeenkomsten

### 3.1. Opzet regiobijeenkomsten

Er zijn vijf KOPP/KVO-regiobijeenkomsten georganiseerd in september 2016: in Twente (Enschede), Drenthe (Assen), Utrecht (stad Utrecht), Noordooost-Brabant (Den Bosch) en Haaglanden (Den Haag). Alle bijeenkomsten kenden een hoge opkomst. Per bijeenkomst waren in totaal gemiddeld 18 vertegenwoordigers aanwezig uit onderwijs, sociaal wijkteam, JGZ, huisartsen, praktijkondersteuners GGZ (POH-GGZ), , jeugdzorg, jeugd-GGZ, volwassenen-GGZ, verslavingszorg en gezondheidscentra asielzoekers. Daarnaast was bij drie bijeenkomsten een ervaringsdeskundige aanwezig en bij vier bijeenkomsten de gemeente. Zorgverzekeraars waren helaas verhinderd.

De bijeenkomsten richtten zich op de hierboven genoemde kernvragen: helderheid in verantwoordelijkheden rond KOPP/KVO, mate van samenwerking, beschikbaarheid KOPP/KVO-aanbod, toepassing KOPP-richtlijn en Kindcheck. De opzet was als volgt: na een kennismakingsronde en introductie over het project gingen de participanten aan de slag: per aandachtspunt noteerden zij op post-its de zaken die goed gaan en de knelpunten. Deze werden opgeplakt op flapovers gevolgd door een plenaire discussie. Tot slot benoemde iedere participant één oplossingsrichting voor een belangrijk knelpunt. Naderhand werden per regiobijeenkomst de post-its samen met de oplossingsrichtingen uitgewerkt tot een verslag.



## 3.2 Resultaten regiobijeenkomsten

### *Verantwoordelijkheden*

De verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars is op hoofdlijnen duidelijk, maar de verantwoordelijkheden worden niet goed opgepakt. Zo is binnen de zorgketen niet duidelijk wie signaleert, wie doorverwijst, wie preventie, zorg en ondersteuning biedt rondom KOPP/KVO. De doelgroep blijkt ook niet opgenomen in lokaal gemeentebestuur. Het lijkt te ontbreken aan regie op samenwerking, beschikbaarheid van aanbod en de uitvoering van preventie, zorg en ondersteuning voor deze risicogroep. Of een ketenpartner verantwoordelijkheden oppakt hangt af van individuen. Daarbij wordt de verantwoordelijkheid binnen de zorgketen voor KOPP/KVO-kinderen met zichtbare problemen beter opgepakt (denk bijvoorbeeld aan doorverwijzing van een KOPP/KVO-kind met zichtbare problemen door de huisarts naar de jeugd-GGZ), dan voor de risicogroep KOPP/KVO-kinderen zonder zichtbare problemen.

### *Samenwerking*

De samenwerking rond KOPP/KVO is gering, zowel binnen de zorgketen als tussen de stakeholders: gemeenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Binnen de zorgketen zijn er veel partners (CJG, wijkteam, huisarts en POH-GGZ, ZAT-team, jeugd-GGZ, JGZ, verslavingszorg, verslavingspreventie etc.) waardoor men het overzicht mist wie zij zijn, en wat zij doen voor de KOPP/KVO-doelgroep. Een gestructureerde samenwerking komt niet tot stand door gebrek aan tijd en kennis. Daarbij gaat het zowel om inhoudelijke kennis over KOPP/KVO als om kennis hoe een programmatische samenwerking op te zetten. Participant (met kennis over KOPP/KVO): 'Alle tijd gaat op aan cliëntcontacten en wegwerken van de wachtlijst.'

### *KOPP/KVO-aanbod*

KOPP/KVO-aanbod blijkt in de ene gemeente wel en in de andere niet ingekocht te worden. Waar geen aanbod is, is men blij met landelijk e-health aanbod voor deze doelgroep zoals Survivalkid en Kopstoring. Waar wel aanbod is, vindt men het bereik vaak gering. Als oorzaken hiervan worden genoemd dat het aanbod niet bekend is bij sommige ketenpartners en dat met name KOPP/KVO-kinderen die geen zichtbare problemen hebben onvoldoende worden gesignaleerd. Deze kinderen vormen evenwel een risicogroep (zie 1.1.). Participant: 'Pas als het kalf verdronken is, dempt men de put'. Ook mist men cultuursensitief aanbod.

### *KOPP-richtlijn voor Jeugdhulp en Jeugdbescherming<sup>4</sup>*

De KOPP-richtlijn is bij veel professionals (verspreid over de beroepsgroepen) onbekend, maar men is hier wel in geïnteresseerd. Degenen die de KOPP-richtlijn wel kennen passen deze niet altijd toe vanwege gebrek aan tijd en de grote hoeveelheid andere protocollen. De risico-analyse en interventiekeuze uit de richtlijn kosten tijd die niet beschikbaar is, aldus een participant. Een andere participant merkt op dat de KOPP-richtlijn juist een helder en praktisch ingestoken instrument is, die zij aanraadt te gebruiken.

### *Kindcheck<sup>5</sup>*

De Kindcheck is beter bekend dan de KOPP-richtlijn, maar ook hier zijn er professionals, verspreid over de keten, die er niet eerder van hebben gehoord. Degenen die de Kindcheck wel kennen, passen deze lang niet altijd toe. Gebrek aan vaardigheden bij met name professionals uit de volwassenen-GGZ om de vijf vragen over ouderschap en kinderen aan de orde te stellen, wordt als een belangrijke oorzaak benoemd. Er is onduidelijkheid welke professionals de Kindcheck moeten toepassen. Ook is

---

<sup>4</sup>Richtlijn Kinderen van ouders met Psychische Problemen (KOPP) (2014). In opdracht van NIP, NVO en BPSW. Utrecht: Trimbos-instituut. [http://richtlijnenjeugdhulp.nl/wp-content/uploads/2016/03/Richtlijn\\_KOPP.pdf](http://richtlijnenjeugdhulp.nl/wp-content/uploads/2016/03/Richtlijn_KOPP.pdf)

<sup>5</sup>Kindcheck. <https://www.augeo.nl/kindcheck>

er onduidelijkheid of de Kindcheck alleen voor opsporen van kindermishandeling en onveilige situaties is bedoeld, of ook voor preventie, zorg en ondersteuning bij KOPP/KVO-kinderen. Als dat laatste niet wettelijk is bepaald, dan wordt gepleit voor een 'KOPP-check', naast de Kindcheck, die meer gericht is op preventie, zorg en ondersteuning bij KOPP/KVO-kinderen en waarbij de KOPP-richtlijn het vervolg is.

#### *Oplossingsrichtingen*

Er werden veel oplossingsrichtingen aangedragen (zie bijlage 1), waarvan de volgende in alle regiobijeenkomsten door meerdere participanten werden genoemd:

- Goed beleggen van de regie voor KOPP/KVO.
- Agendasetting KOPP/KVO, zowel binnen gemeenten als binnen zorgorganisaties.
- Tijd beschikbaar stellen voor opbouwen van kennis over KOPP/KVO en over programmatisch samenwerken binnen zorgorganisaties en zorgketen.
- Ontwikkeling van een e-learningmodule ter ondersteuning van de toepassing van de KOPP-richtlijn.
- Systeemgericht werken. Zowel binnen de jeugdhulp als de volwassenenzorg moet er een omslag komen van individugerichte naar systeemgerichte preventie, zorg en ondersteuning. Als een ouder in behandeling is, dient er (preventieve) aandacht te zijn voor het kind, en als een kind in zorg is, dient er aandacht te zijn voor eventuele psychische of verslavingsproblemen van de ouder.

## **4. Resultaten interviews gemeenten**

### **4.1. Opzet interviews**

In oktober 2016 zijn telefonische interviews gehouden met zorginkopers of beleidsmedewerkers jeugd van de volgende gemeenten of regio's: Enschede, Haarlem, Eindhoven, Almere, Assen, Utrecht, Den Haag, Noordoost-Brabant (19 gemeenten), Noord-Veluwe (6 gemeenten), Midden-Limburg Oost en West (7 gemeenten), en regio Groningen (23 gemeenten). De vragenlijst, opgesteld in samenwerking met VNG, werd van tevoren gemaild zodat de contactpersoon antwoorden kon afstemmen met collega's. Het interview was gericht op: bekendheid met KOPP/KVO, helderheid in verantwoordelijkheden, samenwerking, inkoop van KOPP/KVO-aanbod, bekendheid met KOPP-richtlijn en Kindcheck. In de resultatenparagraaf worden de geïnterviewden met 'gemeente' aangeduid, ook als het om een regio met verschillende gemeenten gaat. Bijlage 2 bevat een uitgebreider verslag.

### **4.2. Resultaten**

#### *Bekendheid KOPP/KVO-doelgroep*

De KOPP/KVO-doelgroep is bij de meeste gemeenten bekend, echter de helft voert er beleid op. Eén gemeente neemt een sturende rol op zich en verbindt instellingen met elkaar en bespreekt hoe het bereik van deze risicogroep te vergroten is. Waar KOPP/KVO-beleid ontbreekt, worden als redenen opgegeven: niet op de hoogte zijn van de omvang van de doelgroep, gemeenten zien het niet als hun taak KOPP/KVO-beleid te maken ('zorgaanbieders bepalen zelf hoe zij hun budgetten besteden'), of de afstanden binnen een regio zijn te groot om dichtbij huis KOPP/KVO-groepsaanbod aan te bieden. Bijna alle gemeenten vinden dat KOPP/KVO gezien de omvang meer geprioriteerd zou moeten worden in inhoudelijk beleid, en sommigen vinden ook in financieel beleid (verschuiven van een deel van het budget voor behandeling naar preventie).

### *Verantwoordelijkheden*

8 van de 11 gemeenten vinden de taken en verantwoordelijkheden helder. Daarbij valt op dat een aantal gemeenten sinds de transitie de nadruk heeft gelegd op het inrichten van de jeugdhulp (voor kinderen met problemen); preventie van problemen bij KOPP/KVO-kinderen lijkt daarbij minder prioriteit te hebben gekregen. Ook plaatsen gemeenten de kanttekening dat zowel zorgaanbieders als gemeenten de verantwoordelijkheden niet altijd op het juiste moment inzetten en dat de expertise rond KOPP/KVO soms ontbreekt. Enkele gemeenten vinden een aantal aspecten minder helder: wat valt onder de Jeugdwet en wat onder de WMO (valt KOPP/KVO-aanbod voor 18+ nog onder jeugdbeleid of onder sociaal domein). En welk KOPP/KVO-aanbod valt binnen de DBC van de ouder en welk aanbod onder de gemeente.

### *Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars*

Er is weinig contact tussen gemeenten en zorgverzekeraars; als er contact is gaat dit over continuïteit van zorg voor 18-/18+. KOPP/KVO is nauwelijks een thema. Dat er weinig contact is, heeft deels te maken met de gemeente zelf en de drukte rond de transitie. Het komt echter ook voor dat gemeenten wel contact zoeken, ook over KOPP/KVO, maar dat de zorgverzekeraar de boot afhoudt. Het gezamenlijke belang van een integraal KOPP/KVO-aanbod, waarin preventie, zorg en ondersteuning goed op elkaar zijn afgestemd, wordt onvoldoende gevoeld door zorgverzekeraars, aldus een van de gemeenten. Thema's waarover deze en enkele andere gemeenten graag zouden willen afstemmen met zorgverzekeraars zijn: 1) belang van aandacht voor kinderen van ouders die in behandeling zijn, en 2) opname van het gesprek over 'ouderschap, kinderen en opvoeding' in de DBC van de ouder.

### *Samenwerking gemeenten en zorgaanbieders*

De meeste gemeenten schetsen een positief beeld over de samenwerking tussen de ketenpartners, die volop in ontwikkeling is (zie bijlage 2). Daarbij is KOPP/KVO nauwelijks een thema. Gemeenten stimuleren samenwerking door bijvoorbeeld overlegtafels. De sturing gaat volgens een gemeente beter met ketenpartners met wie er een inkooprelatie is, zoals de JGZ, wijkteams en GGZ, dan met bijvoorbeeld huisartsen en scholen. Een duurzame inkooprelatie en aanbod worden van belang gevonden om continuïteit in samenwerking tussen ketenpartners te realiseren. Er worden ook veel knelpunten genoemd, waaronder het nog onvoldoende systeemgericht werken van professionals en casuïstiek die ofwel te lang blijft hangen in de generalistische zorg, of die de specialistische GGZ te lang bij zich houdt. Zie ook bijlage 2.

### *Samenwerking binnen gemeenten*

Binnen sommige gemeenten is er sprake van gescheiden werelden tussen de secties 'Inkoop' en 'Beleid/inhoud' en tussen de secties 'Jeugdhulp' en 'Preventie'. Dit heeft onder andere tot gevolg dat de sectie Inkoop minder goed op de hoogte is van inhoudelijke kwesties en dat beleidsafdelingen niet goed weten welke producten wel of niet worden ingekocht.

### *KOPP/KVO-aanbod*

Het KOPP/KVO-aanbod is, op enkele uitzonderingen na, niet bekend. Sommigen weten dat er wel KOPP/KVO-aanbod wordt ingekocht, maar meestal niet welk aanbod. De meeste gemeenten kopen aanbod in per contract, vaak op basis van historische data en sommige gemeenten rekenen 'lump sum' af. Eén gemeente garandeert bepaalde vormen van zorg en preventie zonder vooraf het volume af te spreken. Voordeel hiervan is dat de zorg beter afgestemd is op de hulpvraag, maar zorgaanbieders vinden het lastig omdat zij van tevoren meer zekerheid willen. Het bereik van het aanbod wordt door de meeste gemeenten niet gemonitord. Sommigen vinden dat monitoring wel tot hun taak behoort. Een gemeente doet dit wel, ook specifiek op KOPP/KVO, en een andere gemeente alleen in brede zin op afname producten, maar niet specifiek op KOPP/KVO.

### *Bekendheid KOPP-richtlijn voor Jeugdhulp en Jeugdbescherming*

De KOPP-richtlijn is bij 7 van de 11 gemeenten bekend. De gemeenten geven aan het een goed kwaliteitsinstrument te vinden voor de inkoop. Een gemeente vindt dat per jeugdregio beleid zou moeten worden opgezet waarin richtlijnen, zoals de KOPP-richtlijn, standaard worden opgenomen. Bij enkele gemeenten is er enige aarzeling over sturing op de toepassing van de KOPP-richtlijn omdat dit een zaak van de zorgaanbieders wordt gevonden: de gemeente bepaalt 'wat' moet gebeuren, de zorgaanbieders 'hoe' dit ingevuld wordt. Een andere gemeente zegt juist kennis te willen nemen van de KOPP-richtlijn omdat *'je als gesprekspartner van zorgaanbieders moet weten waarover je het hebt en zonodig de toepassing van de richtlijn kunt opnemen als voorwaarde bij de inkoop'*.

### *Bekendheid Kindcheck*

De Kindcheck is bij 7 van de 11 gemeenten bekend. Deze zijn van mening dat de implementatie ervan beter kan; dit heeft continue aandacht nodig, evenals de meldcode kindermishandeling. Een gemeente zegt dat door de transitie de Kindcheck buiten beeld is geraakt, maar dat zij deze weer meer onder de aandacht wil brengen. Een ander zegt dat de Kindcheck weinig wordt toegepast vanwege handelingsverlegenheid bij professionals en angst om de cliënt te verliezen. Sturing op de toepassing ervan vinden veel gemeenten lastig omdat het primair een taak is van de zorgaanbieders, maar het kan wel aan de orde worden gebracht in het contact tussen zorgaanbieders en gemeente.

## **5. Resultaten interviews met zorgverzekeraars**

### **5.1 Opzet interviews**

In oktober 2016 zijn telefonische interviews gehouden met zorginkopers GGZ of beleidsmedewerkers GGZ van vier grote zorgverzekeraars. De vragenlijst werd van te voren gemaaild, zodat de contactpersoon antwoorden kon afstemmen met collega's. Het interview was gericht op de volgende items: bekendheid met KOPP/KVO-doelgroep, helderheid in verantwoordelijkheden, samenwerking, inkoop van KOPP/KVO-aanbod, bekendheid met KOPP-richtlijn en Kindcheck. Hieronder de resultaten. Bijlage 3 bevat een uitgebreider verslag.

### **5.2. Resultaten**

#### *Bekendheid doelgroep*

De KOPP/KVO-doelgroep is bekend bij de zorgverzekeraars, maar er wordt geen beleid meer op gevoerd sinds de invoering van de Jeugdwet. Zij beschouwen dit sindsdien als de verantwoordelijkheid van gemeenten. De kennis over deze doelgroep neemt daardoor af.

#### *Verantwoordelijkheden*

De verantwoordelijkheden rond KOPP/KVO worden in grote lijnen helder gevonden: gemeenten zijn verantwoordelijk voor de opdracht aan zorgaanbieders voor de uitvoering van preventie en behandeling van kinderen onder de 18 jaar en preventie voor volwassenen; zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van preventie, zorg en ondersteuning voor jeugd en volwassenen; zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de opdracht aan zorgaanbieders voor de uitvoering van zorg voor volwassenen. In de intake van de volwassene bij de GGZ en verslavingszorg kan ook 'ouderschap en kinderen' aan de orde komen. Een apart kind- of gezinsgesprek kan ook gefinancierd worden vanuit de DBC van de ouder, in het kader van systeemtherapie. Een zorgverzekeraar geeft aan dat er wel meer helderheid is over curatie dan over preventie.

### *Samenwerking*

Er wordt weinig samengewerkt tussen zorgverzekeraars en gemeenten. Als er samenwerking met de gemeente plaatsvindt, is dit vooral in regio's waar de zorgverzekeraar een groot marktaandeel heeft. KOPP/KVO is daarbij nauwelijks een thema en er zijn bij zorgverzekeraars geen knelpunten aangekaart over KOPP/KVO. Als samenwerking rond KOPP/KVO wenselijk is, vinden zorgverzekeraars de volgende criteria van belang: a) het initiatief ligt bij zorgaanbieders en gemeenten omdat deze primair gaan over preventie en jeugdhulp, b) de zorgverzekeraar wil niet op de stoel van de zorgaanbieder zitten, c) een heldere probleemanalyse en helder plan (infographics waarin probleem en plan beknopt in beeld worden gebracht, vallen goed), d) continuïteit in contactpersonen en e) terugkoppeling van resultaten.

### *KOPP/KVO-aanbod*

De zorgverzekeraars kennen een deel van het KOPP/KVO-aanbod, omdat zij voor de invoering van de Jeugdwet KOPP/KVO-aanbod inkochten, en dat onder de DBC van de ouder in behandeling onderbrachten. Eén zorgverzekeraar is van mening dat goede zorg voor KOPP/KVO-kinderen impliceert: a) integrale zorg, waarin preventie, zorg en de omgeving van de cliënt geïntegreerd zijn en b) goede organisatie van de zorg, die door betere samenwerking tot stand komt. Deze zorgverzekeraar heeft ervaring met een KVO-pilot in samenwerking met de gemeente.

### *KOPP-richtlijn voor Jeugdhulp en Jeugdbescherming*

De KOPP-richtlijn is niet bekend bij twee van de vier zorgverzekeraars, maar zij gaan er vanuit dat zorgaanbieders richtlijnen toepassen, dus ook de KOPP-richtlijn. Zij zien een bescheiden rol in het stimuleren van de toepassing van de KOPP-richtlijn; zij vinden het een goed idee om bij de contractering het belang van aandacht voor de kinderen van de cliënten in de volwassenen-GGZ te benoemen.

### *Kindcheck*

Geen van de zorgverzekeraars kent de Kindcheck. Bij nadere uitleg hierover vinden zij dit een goed initiatief, maar vragen zich af hoe de monitoring en handhaving is geregeld. Zij zien een bescheiden rol in het stimuleren van de toepassing van de Kindcheck; bij de contractering van zorgaanbieders en de inkoop van zorg voor volwassenen kunnen zorgverzekeraars de Kindcheck onder de aandacht brengen bij de zorgaanbieders. Zorgverzekeraars kunnen het belang benadrukken van het bespreekbaar maken van ouderschap in de intake en in de behandeling van cliënt-ouders. Controle op de toepassing van de Kindcheck zien zorgverzekeraars niet als hun taak; deze hebben ook geen toegang tot de dossiers.

## **6. Conclusies en aanbevelingen**

### **6.1 Verantwoordelijkheden helder, maar niet opgepakt**

Uit de rondgang in de praktijk blijkt dat de verantwoordelijkheidsverdeling omtrent KOPP/KVO tussen zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars op hoofdlijnen helder wordt bevonden. Samenvattend:

- Gemeenten zijn financier en opdrachtgever van de uitvoering van de Wpg, de Wmo en de Jeugdwet en daarmee verantwoordelijk voor effectieve preventie (gezondheidsbevordering) voor jeugd en volwassenen en voor de zorg en ondersteuning voor jeugd tot 18 jaar.
- Zorgverzekeraars zijn financier en opdrachtgever van de uitvoering van de Zvw en de Wlz en daarmee verantwoordelijk voor effectieve geïndiceerde preventie in de huisartsenzorg voor jeugdigen en volwassenen en GGZ voor volwassenen.

- Zorgaanbieders zijn als opdrachtnemer van gemeenten en zorgverzekeraars verantwoordelijk voor adequate en effectieve uitvoering van de preventie, zorg en ondersteuning voor hun cliënten.

Hoewel de hoofdlijnen duidelijk en helder zijn, blijkt eveneens uit de rondgang dat de verantwoordelijkheden omtrent de KOPP/KVO-doelgroep niet goed opgepakt en ingevuld worden, met name waar het gaat om de KOPP/KVO-doelgroep zonder zichtbare problemen (het merendeel van de doelgroep), die evenwel een duidelijk verhoogd risico lopen hierop:

- De meeste gemeenten hebben KOPP/KVO niet geagendeerd en opgenomen in lokaal beleid.
- De meeste zorgaanbieders werken niet conform de KOPP-richtlijn voor de jeugdhulp en de Kindcheck.
- Het beleid op inkoop van KOPP/KVO-aanbod is na de invoering van de Jeugdwet niet goed overgedragen van zorgverzekeraars naar gemeenten.

De volgende – met elkaar samenhangende – belemmeringen spelen hierbij een bepalende rol, blijkens de rondgang:

1. **Er is sprake van onbekendheid van KOPP/KVO-problematiek en KOPP/KVO-aanbod, vooral bij gemeenten.** Iets dat onbekend is, kan niet geagendeerd en geprioriteerd worden.
2. **Het ontbreekt aan regie op lokale/regionale samenwerking, organisatie van een sluitende ketenaanpak, en communicatie tussen en binnen de stakeholders (gemeenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars).** Er is daarmee geen kennisuitwisseling, noch afstemming over en systematische uitvoering van de ketenaanpak (van signalering, doorverwijzing tot uitvoering en monitoring omtrent KOPP/KVO).

Gemeenten en zorgaanbieders geven aan dat de gebrekkige samenwerking en uitvoering deels te wijten is aan de transitiefase waarin zij verkeren na de invoering van de Jeugdwet. Dat lijkt plausibel, partijen hebben veel nieuwe taken en verantwoordelijkheden gekregen. Toch lijkt onbekendheid met KOPP/KVO-problematiek van groter belang. Gebrekkige communicatie tussen de stakeholders gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders speelt hierin een rol. Eenmaal kennis hebben genomen van de omvang van de doelgroep en de ernst van de problematiek (zoals in de regiobijeenkomsten), erkennen gemeenten en zorgaanbieders dat de organisatie van ketensamenwerking rond KOPP/KVO bij hun beleid en uitvoering behoren. Ook erkennen de stakeholders dat regie nodig is op ketensamenwerking, mede vanwege de hoeveelheid ketenpartners. Daarbij benadrukken vooral de zorgaanbieders dat aan randvoorwaarden zoals tijd en deskundigheid (rond KOPP/KVO en programmatisch samenwerken) moet worden voldaan.

#### *Geen systeemfout*

Hiermee wordt geconcludeerd dat knelpunten in de praktijkvoering rond KOPP/KVO niet veroorzaakt worden door een systeemfout, maar door met elkaar samenhangende factoren, namelijk onbekendheid met de problematiek en een gebrekkige regie op de ketensamenwerking en gebrekkige communicatie tussen stakeholders.

## **6.2 Aanbevelingen en oplossingsrichtingen**

### *Ad 1. Onbekendheid*

Onbekend maakt onbemind. Het verspreiden van kennis en expertise over de problematiek en de doelgroep kan de onbekendheid verminderen en aandacht voor deze kwetsbare kinderen vergroten. Alle stakeholders kunnen daar - passend bij hun taken en verantwoordelijkheden – een bijdrage aan leveren. De vernieuwde handreiking KOPP/KVO die wordt opgeleverd als een van de eindproducten van deze opdracht zal hieraan in elk geval een bijdrage leveren. Hierin worden kennis, instrumenten, aanbod, goede voorbeelden en informatie over het landelijke KOPP/KVO-platform bij elkaar

gebracht. Beroepsgroepen, patiëntenverenigingen, gemeenten en verzekeraars kunnen het bestaan van deze handreiking onder de aandacht van hun leden en achterban brengen. Ook kennisinstituten zoals het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut kunnen hieraan bijdragen. Het ministerie van VWS kan verspreiden van kennis faciliteren door bijvoorbeeld een impuls te geven aan deskundigheidsbevordering.

#### *Ad 2. Regie over ketensamenwerking*

Met betrekking tot de gebrekkige ketensamenwerking is de generieke aanbeveling dat de gemeente, als primaire regievoerder op preventie, zorg en ondersteuning voor de KOPP/KVO-doelgroep, afspraken maakt binnen de interne organisatie en met zorgaanbieders over regie, opdrachtgever en -nemerschap en randvoorwaarden:

- Regie. Wie is of zijn binnen de gemeente de concrete regievoerder(s) op de ketensamenwerking, het aanbod en de uitvoering rondom de preventie, zorg en ondersteuning voor deze risicogroep? Welke taken en bevoegdheden heeft of hebben deze regievoerder(s) en hoe kan of kunnen deze daarop aangesproken worden? Daarbij kan de gemeente ook regietaken op KOPP/KVO delegeren aan zorgaanbieders, die bijvoorbeeld KOPP/KVO-ambassadeurs kunnen aanwijzen.
- Opdrachtgever- en opdrachtnemerschap. Hoe is de relatie gedefinieerd tussen opdrachtgever (gemeente) en opdrachtnemer (zorgaanbieders)? Wat mogen zij precies van elkaar verwachten rond KOPP/KVO en hoe spreken zij elkaar daarop aan?
- Randvoorwaarden. Wat zijn de randvoorwaarden voor programmatisch samenwerken binnen de KOPP/KVO-zorgketen? Wat is nodig aan tijd en deskundigheid en hoe wordt dit georganiseerd?

Vanuit deze basis kunnen de gedetecteerde knelpunten uit de rondgang ten aanzien van samenwerken (onvoldoende samenwerking tussen en binnen stakeholders), aanbod (in veel gemeenten niet beschikbaar) en uitvoering (onvoldoende toepassing van de KOPP-richtlijn voor de jeugdhulp en de Kindcheck) systematisch worden opgepakt en de aangedragen oplossingsrichtingen uit de rondgang, worden geïmplementeerd. Hieronder volgen per stakeholder een aantal suggesties om nadere invulling te geven aan de aanbevelingen.

#### *Opllossingsrichtingen voor de landelijke overheid*

- Landelijke agendasetting van KOPP/KVO en stimuleren van lokale samenwerking.
- Dat kan worden gerealiseerd door:
- Ondersteuning van lokale of regionale initiatieven, door bijvoorbeeld een campagne te steunen of door een impuls te geven aan (landelijk uit te rollen) deskundigheidsbevordering via een te ontwikkelen e-learning met betrekking tot de KOPP-richtlijn.
  - Verhelderen of de Kindcheck wel of niet ingezet moet worden voor signaleren van KOPP/KVO-problematiek. Onduidelijkheid hierover belemmert de ontwikkeling van signalerings- en verwijzroutes (en daarmee ketensamenwerking rond KOPP/KVO).

#### *Opllossingsrichtingen voor gemeenten*

- Agenderen en opnemen in lokaal beleid, en indien dat er is, dit beleid en uitvoering ervan periodiek evalueren. Gezien de omvang van de doelgroep en de opgebouwde kennis hierover, is het raadzaam KOPP/KVO als doelgroep in beleid op te nemen.

Om dit te realiseren zijn onderstaande acties van belang:

- Aanwijzen van een interne regievoerder op het thema KOPP/KVO. Gemeenten kunnen eventueel regietaken aan specifieke zorgaanbieder(s) delegeren, die een aandachtsfunctionaris of ambassadeur kunnen aanwijzen.
- Interne kennislacunes over KOPP/KVO aanpakken.
- Versterken van verbinding tussen de secties Inkoop en Beleid (inhoud). Beleidskaders dienen leidend te zijn voor de inkoop van aanbod. Bij contractering raden wij aan de KOPP-richtlijn als maatstaf te nemen en de Kindcheck aan de orde te stellen. .

- Overleg voeren met zorgverzekeraars: welk KOPP/KVO-aanbod kochten zij in, welk beleid kan overgenomen worden en hoe is samen te werken rond een integrale KOPP/KVO-aanpak?
- Overleg voeren met zorgaanbieders: welke knelpunten zijn er rond de uitvoering van de KOPP-richtlijn voor de jeugdhulp en de Kindcheck. Wij raden gemeenten aan om als opdrachtgever dichter op de uitvoeringspraktijk te gaan zitten en opdrachtnemers aan te spreken op verantwoordelijkheden. Ook zorgaanbieders hebben hierin een verantwoordelijkheid (zie volgend kopje).
- Bevorderen van lokale samenwerking (gesteund door de VNG en VWS). Zorgaanbieders kunnen bijvoorbeeld gestimuleerd worden om gezamenlijk een overzicht van KOPP/KVO-ketenpartners en -aanbod op te stellen, van waaruit (lokale) routes van signaleren, verwijzen en interventies kunnen ontstaan.

#### *Oplossingsrichtingen voor zorgaanbieders*

- Uitvoering van de KOPP-richtlijn voor de jeugdhulp en de Kindcheck. Dit is de primaire verantwoordelijkheid van professionals uit betrokken beroepsgroepen en de zorgaanbieders die dit moeten faciliteren.
- Stimuleren door beroepsverenigingen van opname van het thema KOPP/KVO in het curriculum van zorgopleidingen.

Om dit te realiseren zijn onderstaande acties van belang:

- Opzetten van samenwerking met KOPP/KVO-ketenpartners, verwijzroutes opstellen, afspraken maken over consultatie en kennisuitwisseling. Gemeenten (als opdrachtgever) en zorgaanbieders (als opdrachtnemers) kunnen met een pilot starten, van waaruit de samenwerking kan groeien. Elkaar aanspreken op verantwoordelijkheden hoort hier expliciet bij.
- Knelpunten met betrekking tot randvoorwaarden (zoals tijd en deskundigheid) aankaarten bij opdrachtgevers.
- Deskundigheidsbevordering (bijvoorbeeld een e-learning) organiseren rond uitvoering van de KOPP-richtlijn voor de jeugdhulp, waaronder signaleren van KOPP/KVO-problematiek, risico-taxatie, gespreksvoering over ouderschap.
- Monitoren van het aantal KOPP/KVO-kinderen en het bereik met de verschillende interventies, in overleg met de opdrachtgever gemeente.
- Blijvend actualiseren van de KOPP-richtlijn voor de jeugdhulp door de beroepsverenigingen.

#### *Oplossingsrichtingen voor zorgverzekeraars*

- Bijdragen aan een integrale aanpak, door het thema KOPP/KVO niet ongenoemd te laten bijvoorbeeld bij de zorginkoop.

Dit kan worden gerealiseerd door:

- Kennis overdragen aan gemeenten over inkoop en beleid rond KOPP/KVO (van de periode voor de invoering van de Jeugdwet).
- Actief meedenken met gemeenten over integrale KOPP/KVO-aanpak, waarin preventie, zorg en ondersteuning, inclusief het netwerk van de cliënt, geïntegreerd zijn.
- Bij contractering en inkoop stimuleren dat er aandacht is voor kinderen van patiënten/cliënten in de GGZ en verslavingszorg, indachtig de KOPP-richtlijn en de Kindcheck. Daarbij informeren van zorgaanbieders en gemeenten dat een preventief (gezins)gesprek met een KOPP/KVO-kind wiens ouder in behandeling is bij de GGZ binnen de DBC mogelijk is.

Gezien de resultaten van de rondgang kunnen we vaststellen dat verantwoordelijkheden rond KOPP/KVO in grote lijnen helder zijn, maar niet goed worden opgepakt. De oorzaak hiervan ligt niet in een systeemfout, maar enerzijds in onbekendheid met het thema waarbij een gebrekkige communicatie tussen stakeholders een rol speelt, en anderzijds in gebrekkige ketensamenwerking en randvoorwaarden en de regie hierop. Aanbevolen wordt dat de gemeente deze regierol oppakt. De rondgang laat zien dat stakeholders een groot animo vertonen om de praktijkvoering rond



KOPP/KVO te verbeteren (eenmaal geïnformeerd over KOPP/KVO). Wij verwachten dat zij, met ondersteuning middels een aanpak van 'samen leren door samen doen', in een relatief korte periode de integrale aanpak voor KOPP/KVO kunnen realiseren. Het schema uit paragraaf 1 over de routes naar hulp of zorg kan daarbij als basis dienen.

## Bijlage 1: Verslag regiobijeenkomsten

### Bekendheid met stelsel/systeem en verantwoordelijkheden

#### Knelpunten:

- Verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars helder op hoofdlijnen
- Verantwoordelijkheidsverdeling binnen de zorgketen onduidelijk
- Regie niet goed belegd
- KOPP/KVO staat niet geagendeerd
- Oppakken verantwoordelijkheden rond KOPP/KVO afhankelijk van losse personen

#### Oplossingsrichtingen:

- Agendasetting (zorgaanbieders <>gemeente<>zorgverzekeraar)
- Regievoering (zorgaanbieders <> gemeente<>zorgverzekeraar)
- KOPP-Richtlijn centraal stellen; budget is volgend
- Handhaving regelen
- Ambassadeurs

De verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars is voor de participanten helder op hoofdlijnen, maar binnen de zorgketen is deze onduidelijk: wie doet wat aan signaleren, verwijzen, preventie, zorg en ondersteuning? Een programmatische aanpak ontbreekt. Volwassenen-GGZ: *'Ik vind het KOPP/KVO-veld ondoorzichtig en versnipperd, ik weet niet wie wat doet. Het is elke keer weer rondbellen en vragen'*. Als oorzaak wordt genoemd dat KOPP/KVO niet geagendeerd is en dat de regie niet goed is belegd bij de stakeholders. Sommige zorgaanbieders kijken naar de gemeente als regievoerder en sommige gemeenten kijken naar de zorgaanbieders die (problemen rond) KOPP/KVO moeten aanklaarten bij de gemeenten. Gemeente: *'Ik weet niet zoveel over KOPP/KVO, daarom ben ik aangeschoven'*. En: *'Voor de transitie was KOPP/KVO een pareltje en goed belegd. Na de reorganisaties: wie voelt zich eigenaar van het KOPP/KVO-kind?'* Als oplossingsrichting geven participanten aan dat de stakeholders gezamenlijk tot afspraken moeten komen over agendasetting, regievoering en handhaving rond KOPP/KVO.

### Samenwerking in de zorgketen rond KOPP/KVO

#### Knelpunten:

- Grote hoeveelheid samenwerkingspartners en weinig overzicht wie wat doet
- Gebrek aan overzicht wie wat doet
- Gebrek aan tijd en ruimte voor samenwerken
- Gebrek aan inhoudelijke en organisatorische kennis
- Privacy belemmert samenwerking
- Gebrek aan tijd en vaardigheden belemmeren toestemming vragen aan cliënt voor gegevensuitwisseling
- Scholen en naaste omgeving nauwelijks genoemd als partner; deze staan niet op het netvlies en worden weinig betrokken

#### Oplossingsrichtingen:

- Overzicht van KOPP/KVO ketenpartners
- Tijd beschikbaar stellen voor samenwerken en kennis opbouwen (inhoudelijk en organisatorisch)
- Een centraal aanspreekpunt voor vragen over KOPP/KVO

Door de grote hoeveelheid ketenpartners zijn professionals niet goed van elkaar op de hoogte wie ze zijn, wat ze doen en missen zij onderlinge afstemming, met als gevolg voorbeelden van tekortschietende preventie, zorg en ondersteuning voor KOPP/KVO-kinderen. Als oorzaak van de geringe samenwerking worden genoemd: gebrek aan tijd en gebrek aan kennis. Participant op: *'We willen wel samenwerken, maar alle tijd gaat op aan cliëntcontacten en aan het wegwerken van*

wachtlijsten'. Wat betreft gebrek aan kennis, gaat het zowel om inhoudelijke kennis over KOPP/KVO (feiten en cijfers, KOPP-richtlijn), als organisatorische kennis (hoe zet je een programmatische samenwerking op). De ingebrachte oplossingsrichtingen staan in bovenstaand kader. Wat betreft het punt van privacy komt naar voren dat met toestemming van de cliënt gegevens uitgewisseld kunnen worden, maar dat gebrek aan tijd en vaardigheden hierbij belemmerend werken.

### Beschikbaarheid KOPP/KVO-aanbod

Knelpunten:

- Wisselend beeld: in ene gemeente wel, in andere geen aanbod ingekocht
- Bereik doelgroep gering door:
  - Onvoldoende vroegsignalering door ketenpartners
  - Onvoldoende aandacht voor KOPP/KVO-kinderen zonder problemen
  - Niet aan de orde stellen van 'ouderschap en kinderen' in cliëntcontacten
  - Onbekendheid met de KOPP/KVO-doelgroep en het aanbod
  - Ontbreken cultuursensitief aanbod

Oplossingsrichtingen:

- Minimum aanbod vaststellen en inkopen
- Regionaal overzicht aanbod
- Bereik vergroten door meer systeemgericht werken en publiekscampagne

In de ene gemeente of regio is KOPP/KVO-aanbod beschikbaar en in de andere niet. Waar geen aanbod is, is men blij dat er nog landelijk e-health aanbod is zoals Survival Kid en Kopstoring. Waar wel aanbod is, wordt geconstateerd dat het bereik van ouders en kinderen te gering is. Hiervoor worden verschillende oorzaken genoemd, waaronder onvoldoende vroegsignalering. Het AZC opmerkt: *'Pas als het kalf verdrongen is, dempt men de put. Er heerst een veel te reactieve houding'*. En: *'KOPP/KVO staat niet op het netvlies van de professionals'*. Een ingebrachte oplossingsrichting voor het geringe bereik is een KOPP/KVO-publiekscampagne en een omslag van individu-gericht naar systeemgericht werken; dus meer oog voor gezin en ouderschap in cliëntcontacten. Verslavingszorg: *'Waar een ouder is, is een kind en omgekeerd'*.

### Bekendheid en toepassing KOPP-richtlijn

Knelpunten:

- Veel onbekendheid met de KOPP-richtlijn
- Weinig toegepast vanwege overload aan andere protocollen
- Risico-analyse uitvoeren kost tijd die niet beschikbaar is

Oplossingsrichtingen:

- KOPP-richtlijn breed implementeren (staat voorop; daarna protocollen)
- Tijd inruimen voor risico-analyse en interventiekeuze
- Deskundigheidsbevordering middels E-learning
- Opname KOPP-richtlijn in zorgopleidingen

Veel ketenpartners zijn niet bekend met de KOPP-richtlijn, maar zijn hier wel in geïnteresseerd. Degenen die de richtlijn wel kennen, passen deze niet altijd toe vanwege een overload aan andere protocollen. Ook wordt opgemerkt dat het uitvoeren van de risicoanalyse uit de KOPP-richtlijn tijd kost, die niet beschikbaar is. Anderzijds merkt een professional van een buurtteam op: *'Ik ken de KOPP-richtlijn goed en raad alle ketenpartners aan deze te gebruiken; heel handzaam, helder en praktisch ingestoken'*. Een van de ingebrachte oplossingsrichtingen is deskundigheidsbevordering over KOPP/KVO in de vorm van E-learning voor alle ketenpartners.

## Bekendheid en toepassing Kindcheck

### Knelpunten:

- Matige bekendheid en toepassing
- Vaardigheden ontbreken
- Onduidelijk: Kindcheck alleen voor Kindermishandeling en *directe* veiligheid inzetten, of ook voor preventie van problemen op *langere termijn* bij KOPP/KVO-kinderen?
- Werkt sociaal wenselijke antwoorden in de hand
- Internaliserende problemen bij kind worden niet gesignaleerd
- Het vervolg ontbreekt
- Vragen gericht op ouders, maar gesprek met kind ook belangrijk
- Onduidelijk voor welke professionals precies bedoeld

### Oplossingsrichtingen:

- Kindcheck inzetten om beweging van zorg naar voorzorg te stimuleren
- Kindcheck koppelen aan KOPP-richtlijn
- Preventieve aandacht voor KOPP/KVO-kinderen zonder problemen
- Opname Kindcheck in zorgopleidingen

De bekendheid met de Kindcheck is beter dan met de KOPP-richtlijn, maar wordt lang niet altijd toegepast door gebrek aan vaardigheden. Men is het erover eens dat de Kindcheck breder ingezet zou kunnen worden dan alleen voor opsporing van kindermishandeling en onveilige situaties. Ook preventie van problemen bij KOPP/KVO-kinderen zou meegenomen moeten worden. Participant: *'Het gaat erom dat er oog is voor de kinderen vanaf het moment dat de volwassen cliënt in zorg is'*. Als de Kindcheck hier niet voor bedoeld is, zou een aparte 'KOPP/KVO-check' ingevoerd moeten worden, met vragen over ouderschap die standaard in de intake aan de orde komen en met een meer preventieve focus. De ingebrachte knelpunten rond de Kindcheck staan vermeld in bovenstaand kader.

## Bijlage 2: Verslag interviews gemeenten

### Bekendheid met KOPP/KVO-doelgroep

- KOPP/KVO veelal bekend
- In de helft van de gevallen wordt er beleid op gevoerd
- Enorme omvang doelgroep is een eye-opener

De KOPP/KVO doelgroep is bij 9 van de 11 gemeenten bekend, maar in 5 gevallen wordt er specifiek beleid op gevoerd. Een gemeente ziet KOPP/KVO als duidelijke risicogroep en koopt KOPP/KVO-aanbod in via de volwassenen-GGZ omdat daar de kinderen in elk geval in beeld zijn. Een andere gemeente neemt een sturende rol en brengt instellingen op dit thema met elkaar in verbinding en bespreekt hoe het bereik van KOPP/KVO-aanbod is te vergroten. Een gemeente wil gaan werken met preventie-arrangementen, gebaseerd op de meest voorkomende problemen en risico- en beschermende factoren; KOPP/KVO behoort tot een duidelijke risicogroep.

Waar het thema bekend is maar beleid ontbreekt, zijn er de volgende redenen: de omvang van de risicogroep is onbekend, gemeenten zien het niet als hun rol om beleid op KOPP/KVO te maken (*'De zorgaanbieders bepalen hoe zij hun budgetten besteden'*) of grote afstanden binnen een gemeente/regio maakt het lastig om dichtbij huis KOPP/KVO-groepsaanbod aan te bieden. Bijna alle gemeenten vinden dat KOPP/KVO meer prioriteit zou moeten krijgen gezien de omvang, met name beleidsmatig en soms ook financieel. Daarbij gaat het om verschuiven van budget van de achterkant naar preventie.

### Wettelijk kader en verantwoordelijkheden

- Verantwoordelijkheden in grote lijnen helder
- Invulling verantwoordelijkheden loopt niet vanzelfsprekend goed
- Onderscheid WMO en Jeugdwet niet helder
- Welk aanbod door ZvW en welk door gemeente

8 van de 11 gemeenten vindt de taken en verantwoordelijkheden helder: signaleren en preventie, maar ook jeugdhulp als kind een stoornis ontwikkelt. Daarbij valt op dat een aantal gemeenten sinds de transitie de nadruk heeft gelegd op het inrichten van de jeugdhulp, preventie lijkt daarbij minder prioriteit te hebben gekregen. Verder wordt als kanttekening geplaatst: dat taken en verantwoordelijkheden helder zijn wil niet zeggen dat stakeholders die op het juiste moment inzetten of dat de expertise er is. En: zorginstellingen moeten zich herpakken met minder budget en zijn nog nauwelijks toegekomen aan de inhoud. Sommige gemeenten vinden de verantwoordelijkheden niet helder: wat valt onder de Jeugdwet en wat onder de WMO. Bijvoorbeeld KOPP/KVO-aanbod voor jongeren van 18+: is dit nog jeugdbeleid of sociaal domein? En welk KOPP/KVO-aanbod valt onder de DBC van de ouder en welk aanbod onder de gemeente? Dit moet beter afgestemd worden tussen zorgverzekeraar en gemeente.

### Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars

- Weinig contact
- Gezamenlijk belang onvoldoende gevoeld door ZV; investeren in preventie rendeert ook voor zorgverzekeraars
- Potentiële afstemmingsthema's:
  - Zorg voor jongeren in de overgang 18-/18+
  - Uitwisseling over belang van zorg voor kinderen van ouders in behandeling
  - Gesprek over 'ouderschap, kinderen, opvoeden' in DBC van de ouder

Er is weinig contact tussen gemeenten en zorgverzekeraars en als dit er is gaat het over afstemming over de zorg voor jongeren op de grens van 18-/18+. Dat er weinig contact is, heeft deels te maken met de gemeente zelf en de drukte rond de transitie. Maar het komt ook voor dat gemeenten wel graag contact willen, maar dat naar hun idee de zorgverzekeraar de boot afhoudt. Een gemeente geeft aan dat zorgverzekeraars meer integraal moeten kijken: *'De focus moet van functioneel herstel*

bij het individu naar maatschappelijk herstel, waarbij ook oog is voor de gezinscontext.' Thema's rond KOPP/KVO waarop afstemming met de zorgverzekeraar gewenst is voor de gemeente: a) belang van de zorg voor kinderen van ouders in behandeling en b) opname van het gesprek over 'ouderschap, kinderen en opvoeding' in de DBC van de ouder die in behandeling is bij de GGZ.

### Samenwerking tussen gemeenten en zorgaanbieders

- In ontwikkeling; men is bezig elkaar te leren kennen
- Systeemgericht werken beter invoeren
- GGZ en huisarts moeten wennen aan het 'naar voren bewegen'
- Nog veel knelpunten

Gemeenten schetsen een positieve ontwikkeling van de samenwerking met en tussen zorgaanbieders en stimuleren dit met bijvoorbeeld overlegtafels. Ketenpartners zijn bezig om kennis met elkaar te maken en afspraken te maken. Samenwerking komt onder andere tot stand tussen onderwijs en CJG, tussen gespecialiseerde GGZ, onderwijs en CJG, tussen gemeente en huisartsen, en tussen wijkteam en andere ketenpartners. De aansturing gaat volgens een gemeente beter met ketenpartners waarmee de gemeente een inkooprelatie heeft, zoals de CJG, wijkteams en GGZ, dan met de andere partners, zoals huisartsen en scholen. Een gemeente wijst erop dat een duurzame inkooprelatie en aanbod van belang zijn, om continuïteit in samenwerking tussen ketenpartners te kunnen realiseren. Knelpunten die worden genoemd:

- Inhoudelijke samenwerking tussen professionals gaat soms beter dan tussen bestuurders
- Aanbieders weten onvoldoende van elkaar wie welke expertise heeft
- Casuïstiek blijft te lang hangen bij de generalistische hulp
- Onduidelijk wanneer hulp op- en afgeschaald moet worden Er wordt nog te weinig systeemgericht gewerkt: *'Problemen worden te geïsoleerd bekeken. Als een man met schulden bij het wijkteam aanklopt, moeten professionals leren doorvragen: hoe gaat het verder met meneer? Zijn er kinderen? Hoe gaat het met moeder? Ervaren zij problemen in de opvoeding?'*
- Voorkomen dat wijkteam als verwijzer geen Bureau Jeugdzorg nieuwe stijl wordt met teveel bureaucratie en te weinig expertise
- CJG verwijst te veel door, of wordt soms gepasseerd door jeugd-GGZ; meer expertise binnen halen
- Vanwege privacy worden geen gegevens uitgewisseld terwijl dit wel kan met toestemming van de cliënt. Dit kost echter tijd en de vaardigheden ontbreken.
- Verbinding volwassenen-GGZ en jeugd-GGZ/jeugdhulp nog te weinig tot stand gekomen
- Afbakening van verantwoordelijkheden en taken tussen jeugdteam en wijkteam 0-88 is niet helder

### Samenwerking binnen gemeenten

- Gescheiden werelden:
- Inkoop versus Beleid/inhoud
  - Jeugdhulp versus Preventie

### KOPP/KVO-aanbod

- Bij meeste niet bekend
- Meestal inkopen per contract
- Nauwelijks monitoring

Het KOPP/KVO-aanbod is op een enkele uitzondering na niet bekend; 'er gaat geen belletje rinkelen'. Sommigen weten dat er wel KOPP/KVO-aanbod wordt ingekocht, maar meestal niet welk aanbod. De meeste gemeenten kopen aanbod in per contract, vaak op basis van historische data, en sommige gemeenten rekenen 'lump sum' af. Een gemeente garandeert bepaalde vormen van zorg en preventie zonder vooraf het volume af te spreken. Dit wordt wel lastig gevonden voor

zorgaanbieders omdat zij van te voren zekerheid willen; voordeel is dat de zorg beter afgestemd is op de hulpvraag. Het bereik van het aanbod wordt door de meeste gemeenten niet gemonitord. Sommigen vinden wel dat dit een taak is van de gemeente. Een gemeente doet dit wel en een andere alleen in brede zin op afname producten, maar niet specifiek op KOPP/KVO.

### **Bekendheid KOPP-richtlijn**

- Onbekend
- Goed kwaliteitscriterium bij de inkoop
- Sturen op toepassing KOPP-richtlijn is dilemma: gemeente bepaalt WAT moet gebeuren, niet HOE

De KOPP-richtlijn is bij de meeste gemeenten onbekend, maar zij vinden een richtlijn op zich wel een goed kwaliteitscriterium voor de inkoop. Een gemeente zegt dat er per jeugdregio preventief beleid zou moeten worden opgezet waarin richtlijnen, zoals de KOPP-richtlijn, worden opgenomen. Bij enkele gemeenten is er enige aarzeling over sturing op de toepassing van de KOPP-richtlijn; het wordt een zaak van de zorgaanbieders gevonden. De gemeente bepaalt 'wat' moet gebeuren, de zorgaanbieders 'hoe' dit ingevuld wordt. Een andere gemeente zegt juist kennis te willen nemen van de KOPP-richtlijn omdat je als gesprekspartner van zorgaanbieders moet weten waarover je het hebt en zonodig kan het toepassen van de richtlijn als voorwaarde worden opgenomen bij de inkoop.

### **Bekendheid Kindcheck**

- Bekend
- Implementatie kan beter

De Kindcheck is bij meer dan de helft van de gemeenten bekend. Deze zijn van mening dat de implementatie ervan beter kan; dit heeft continue aandacht nodig, evenals de meldcode kindermishandeling. Een gemeente zegt dat door de transitie de Kindcheck buiten beeld is geraakt, maar dat zij deze weer meer onder de aandacht wil brengen. Een ander zegt dat de Kindcheck weinig wordt toegepast vanwege handelingsverlegenheid, en angst om de cliënt te verliezen: *'De sleutel is deskundigheidsbevordering. Het gaat erom dat professionals het thema ouderschap kunnen en durven te bespreken.'* Sturing van de gemeente op de toepassing ervan is lastig, maar er kan wel naar gevraagd worden in contact tussen zorgaanbieders en gemeente.

## Bijlage 3: Verslag interviews Zorgverzekeraars

### Bekendheid met KOPP/KVO-doelgroep

- KOPP/KVO wel bekend
- Beleidsmatig niet meer geprioriteerd

De zorgverzekeraars zijn bekend met KOPP/KVO-kinderen, maar voeren er geen beleid meer op sinds de invoering van de Jeugdwet. Drie zorgverzekeraars vinden een hoge(re) politieke prioritering van deze risicogroep op landelijk niveau een goede zaak. Zorgverzekeraars zouden bij de inkoop kunnen stimuleren dat de volwassenen-GGZ aandacht heeft voor de kinderen van hun cliënten. Daar wordt nu niet op afgerekend. Als er een wettelijk kader is om dat wel te doen zou dat helpen, aldus een zorgverzekeraar. Een geïnterviewde twijfelt of prioritering in het eigen beleid gewenst is: *‘Ons beleid is erop gericht de houdbaarheid van ons verzekeringsstelsel te garanderen. De baten van KOPP/KVO-aanbod zijn pas op lange termijn zichtbaar; preventie is het domein van gemeenten’.*

### Wettelijk kader en verantwoordelijkheden

Verantwoordelijkheden zijn helder:

- Gemeenten: preventie en behandeling kinderen 18- en preventie voor 18+.
- Zorgaanbieders: signaleren, doorverwijzen, preventie, zorg en ondersteuning jeugd en volwassenen
- Zorgaanbieders: aandacht voor kind in intake volwassen cliënt
- Zorgverzekeraars: behandeling volwassen cliënt, inclusief intake
- Zorgverzekeraars: kind- of gezinsgesprek, als professional dit vanuit oogpunt van het gezinssysteem wenselijk acht

Het wettelijk kader en de verantwoordelijkheden rond KOPP/KVO wordt in grote lijnen helder bevonden (zie kader hierboven). Verder bepaalt het NZa wat er wel en niet geschreven mag worden op een DBC en bepaalt Zorginstituut Nederland (ZINL) de inhoud van het basispakket. Een zorgverzekeraar merkt op dat de verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgverzekeraar en gemeente voor curatieve zorg wel duidelijker is dan voor preventie: *‘Preventie vind ik wel een grijs gebied. Stel, een KOPP/KVO-jongere van 18+ wil als premiebetaler KOPP/KVO-aanbod, moet deze dan bij de gemeente zijn? Ik denk het dus wel, maar is dit wel zo helder voor alle stakeholders?’*

### Samenwerking zorgverzekeraars, gemeenten en zorgaanbieders

- Weinig samenwerking zorgverzekeraar en gemeente
- Bij zorgverzekeraars zijn geen knelpunten aangekaart rond KOPP/KVO
- Samenwerken bij voorkeur in regio's met groot marktaandeel
- Indien samenwerking gewenst is, dan is van belang:
  - Initiatief ligt primair bij zorgaanbieders en gemeenten
  - Zorgverzekeraar wil niet op stoel van zorgaanbieder zitten
  - Heldere probleemanalyse en helder plan (infographics)
  - Continuïteit in contactpersonen
  - Terugkoppeling van resultaten

De samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten is gering en beperkt tot gemeenten of regio's waar de zorgverzekeraar een groot marktaandeel heeft. KOPP/KVO is daarbij nauwelijks een thema; er zijn ook geen problemen bekend. Samenwerking met zorgverzekeraars rond KOPP/KVO zou bij voorkeur aan bovenstaande criteria moeten voldaan (zie kader). Het initiatief ligt primair bij de zorgaanbieders en gemeenten; benadrukt wordt dat zorgverzekeraars niet op de stoel van zorgaanbieders willen gaan zitten. Een geïnterviewde zegt dat zorgverzekeraars meer flexibele ruimte zouden mogen vrijmaken voor samenwerking, en dat deze meer value-based dan kostengestuurd mag zijn.



### **Bekendheid en inkoop KOPP/KVO-aanbod**

- Deel van KOPP/KVO-aanbod is bekend
- Een zorgverzekeraar koopt KOPP/KVO-aanbod in (moeder-baby interventie; gezinsinterventie)

De zorgverzekeraars kennen een deel van het KOPP/KVO-aanbod; voor de invoering van de Jeugdwet was de kennis hierover groter. Een zorgverzekeraar geeft aan dat het kind meebehandeld kan worden in de DBC van de ouder; dat kan als het kind psychische problemen heeft, of als het met het oogpunt van het gezinssysteem wordt aanbevolen door de behandelaar. Een andere benadrukt dat er veel vooruitgang is geboekt in de ontwikkeling van evidence-based KOPP/KVO-interventies. Deze geeft ook aan: *‘Als onze intentie is om KOPP/KVO-kinderen goede steun en zorg te bieden, dan moet 1) er integraal aanbod komen waarin preventie, zorg en het netwerk van de cliënt geïntegreerd worden en 2) de organisatie van de zorg verbeteren, door beter samen te werken’.*

### **Bekendheid met KOPP-richtlijn**


- Onbekend bij twee van de vier zorgverzekeraars
- Zorgverzekeraars gaan uit van toepassing richtlijnen door zorgaanbieders
- Toepassing KOPP-richtlijn stimuleren bij contractering

Twee van de vier zorgverzekeraars kennen de KOPP-richtlijn niet. De zorgverzekeraars kopen evidence-based zorg in en gaan er vanuit dat zorgaanbieders de richtlijnen kennen en zich eraan houden. Een zorgverzekeraar zegt dat richtlijnen op zich een belangrijke parameter zijn voor de inkoop. Alle vier zien een bescheiden taak in het stimuleren van de toepassing van de KOPP-richtlijn; bij de contractering kan gewezen worden op aandacht voor de kinderen van de cliënt en als de kwaliteit van de geleverde zorg tekortschiet, kan de zorgverzekeraar ook wijzen op de richtlijn.

### **Bekendheid met Kindcheck**

- Onbekend bij vier zorgverzekeraars
- Goed initiatief, maar hoe is handhaving geregeld?
- Toepassing Kindcheck verantwoordelijkheid van zorgaanbieder
- Toepassing Kindcheck stimuleren bij contractering

De zorgverzekeraars zijn niet bekend met de Kindcheck. Bij nadere uitleg zeggen twee van de vier de Kindcheck een goed instrument te vinden. Een zorgverzekeraar vraagt zich af hoe de handhaving is geregeld en schat in dat de rol van de inspectie bescheiden zal zijn; pas in gevallen waar het misgaat heeft deze een duidelijke rol. Drie van de vier zorgverzekeraars denken de toepassing van de Kindcheck te kunnen stimuleren door deze in de contractering onder de aandacht te brengen.



Hoe is het gesteld met de preventie, zorg en ondersteuning voor KOPP/KVO-kinderen sinds de invoering van de Jeugdwet?

En meer specifiek, hoe verloopt de samenwerking binnen de zorgketen en tussen zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars?

Zijn de verantwoordelijkheden helder rond KOPP/KVO? Zijn gemeenten bekend met het KOPP/KVO-aanbod en kopen zij dit in?

En passen zorgprofessionals de KOPP-richtlijn en de Kindcheck toe?

Deze vragen staan centraal in dit rapport. De resultaten zijn gebaseerd op een rondgang in de KOPP/KVO-uitvoeringspraktijk.

Deze leverde een schat aan inzichten op.

De rondgang is uitgevoerd door het Trimbos-instituut in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en in nauwe samenwerking met de VNG.