

# Financiering KOPP/KVO

Een inventarisatie



Ferry Goossens  
Paula Speetjens

## **Financiering KOPP/KVO**

Een inventarisatie

Trimbos-instituut, Utrecht, 2011

## **Colofon**

*Projectleiding*  
Paula Speetjens

*Uitvoering*  
Ferry Goossens

*Productiebegeleiding*  
Joris Staal

*Omslagontwerp*  
Ladenius Communicatie BV Houten

*Opdrachtgever / Financier*  
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Deze uitgave is te downloaden via [www.trimbos.nl/webwinkel](http://www.trimbos.nl/webwinkel) met artikelnummer **AF1069**

Trimbos-instituut  
Da Costakade 45  
Postbus 725  
3500 AS Utrecht  
T: 030-2971100  
F: 030-2971111  
[www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)

© 2011, Trimbos-instituut, Utrecht.

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

## **Inhoud**

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1 Onderzoeksopzet</b>	<b>9</b>
1.1 Aanleiding	9
1.2 Achtergrondinformatie	9
1.3 Doel- en vraagstelling	9
1.4 Onderzoeksmethode	10
<b>2 Literatuurstudie</b>	<b>13</b>
2.1 Resultaten	13
<b>3 Inventarisatie</b>	<b>15</b>
3.1 Resultaten	15
<b>4 Interviews</b>	<b>21</b>
4.1 Resultaten	21
<b>5 Terugkoppeling</b>	<b>29</b>
5.1 Resultaten Landelijk GGZ Preventiehoofdenoverleg	29
5.2 Resultaten Landelijk Platform KOPP/KVO	30

## **Literatuur**

### **Bijlage 1** Overzicht interventies KOPP/KVO



## Samenvatting

### *Aanleiding*

Nederland telt jaarlijks 864.000 ouders met psychische en/of verslavingsproblemen. Gezamenlijk hebben deze ouders 1.6 miljoen kinderen jonger dan 22 jaar, hiervan zijn er 900.000 jonger dan twaalf jaar en 400.000 jonger dan vier jaar. Voor deze kinderen zijn diverse preventieve programma's ontwikkeld om hen te ondersteunen in het omgaan met hun verslaafde ouder dan wel ouder met psychische problemen. Op 22 maart 2011 heeft het Tweede Kamerlid Bouwmeester vragen gesteld aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over knelpunten in de financiering van deze interventies. De minister heeft toegezegd hier nader onderzoek naar te doen en het ministerie van VWS heeft het Trimbos-instituut vervolgens gevraagd om in kaart te brengen in hoeverre de huidige financieringsstructuur leidt tot problemen in het aanbod. In dit rapport leest u het resultaat van dit onderzoek.

### *Onderzoeksvragen*

- 1) Hoe financieren GGZ/IVZ instellingen momenteel KOPP/KVO activiteiten?
- 2) Hoe financieren GGZ/IVZ instellingen de komende jaren KOPP/KVO activiteiten?
- 3) Bij hoeveel GGZ/IVZ instellingen heeft de financieringstructuur een negatieve invloed op de kwantiteit of kwaliteit van KOPP/KVO activiteiten?
- 4) Bij hoeveel GGZ/IVZ instellingen is de financiering succesvol geregeld?
- 5) In hoeverre zijn de werkwijzen van succesvolle financiering implementeerbaar in andere regio's?
- 6) Waarom komen de problemen rondom financiering op dit moment naar voren?
- 7) In hoeverre heeft er de afgelopen 5 jaar een verandering plaatsgevonden van het aantal KOPP/KVO interventies dat is uitgevoerd?
- 8) Hoe komt het dat deze verandering heeft plaatsgevonden?
- 9) Worden er alternatieven aangeboden die wel gefinancierd worden? Zo ja, welke en op welke wijze worden die gefinancierd?
- 10) Is er een verschil in financiering tussen KOPP interventies en KVO interventies?

### *Onderzoeksmethoden*

Middels een drietal onderzoeksmethoden is antwoord verkregen op deze vragen. Een literatuurstudie, een inventarisatie onder de preventiehoofden GGZ/IVZ en een zestal verdiepende gesprekken bij instelling waar de financiering adequaat geregeld is c.q. niet adequaat geregeld is. De resultaten van deze onderzoeksmethoden zijn gebundeld in onderstaande antwoorden.

### *Antwoorden*

<b>1) Hoe financieren GGZ/IVZ instellingen momenteel KOPP/KVO activiteiten?</b>
---

Ruim één vijfde van de instellingen geeft aan dat de activiteiten vanuit de gemeenten (WMO) worden vergoed. Bij één vijfde van de instellingen verloopt de financiering volledig via de zorgverzekeraar. In meer dan de helft van de gevallen worden de activiteiten gefinancierd door zowel gemeenten (WMO) als zorgverzekeraars. In een aantal gevallen wordt die financiering aangevuld met fondsen, eigen gelden of vanuit bemoeizorg. Eén zorgaanbieder geeft aan de reguliere activiteiten volledig uit eigen gelden te financieren. Eén zorgaanbieder is gestopt met het aanbieden van KOPP/KVO activiteiten. De instelling geeft aan dat de financiering niet meer op te brengen was.

**2) Hoe financieren GGZ/IVZ instellingen de komende jaren KOPP/KVO activiteiten?**

Over het algemeen worden de bestaande financieringsstructuren gebruikt (zie antwoord op vraag 1). Voor veel instellingen is er echter nog geen duidelijkheid over de omvang van de financiering van de interventies vanaf 2012 en verder.

**3) Bij hoeveel GGZ/IVZ instellingen heeft de financieringstructuur een negatieve invloed op de kwantiteit of kwaliteit van KOPP/KVO activiteiten?**

Het overgrote deel van instellingen maakt zich zorgen over de toekomst om het voortbestaan van alle KOPP/KVO interventies voor zowel de groepen als individuele contacten. Een groot deel van de instellingen krijgt momenteel niet alle groepen gefinancierd die ze zouden willen draaien. In één geval worden er helemaal geen activiteiten meer aangeboden omdat er geen financiering is. Een ander veelgenoemd probleem betreft het ontbreken van financiering voor vroegsignalering, verwijzing en toeleiding. Ook taken die buiten het primaire proces vallen, worden niet altijd gefinancierd. Te denken valt aan deskundigheidsbevordering, coördinatie, reiskosten. Een aantal instellingen geeft aan dat ze individuele gesprekken met KOPP/KVO kinderen niet gefinancierd krijgen. Tenslotte worden ook de E-health interventies genoemd als onderdeel waarvoor niet altijd een financier is te vinden. De invloed op de kwaliteit en kwantiteit van de interventies is wisselend. Soms wordt het tekort in financiering aangevuld vanuit eigen middelen, soms worden taken niet langer meer uitgevoerd.

**4) Bij hoeveel GGZ/IVZ instellingen is de financiering succesvol geregeld?**

Bij 2/3<sup>e</sup> van de instellingen zijn afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars. De mate waarin die afspraken zijn geconcretiseerd verschilt sterk. De afspraken variëren van algemene afspraken over preventie (dus niet concreet over KOPP/KVO) tot zeer specifieke afspraken over welke activiteiten op welke wijze gedeclareerd kan worden. Indien er afspraken zijn gemaakt met zorgverzekeraars ervaart de helft deze afspraken als voldoende en de helft als onvoldoende. Ongeveer 2/3 van de instellingen heeft afspraken met (centrum)gemeenten gemaakt. Een kleine meerderheid van die instellingen vindt de afspraken onvoldoende. Onzekerheid over toekomst, te weinig budget voor de uitvoering en te weinig budget voor toeleiding zijn de meest genoemde redenen voor ontevredenheid.

**5) In hoeverre zijn de werkwijzen van succesvolle financiering implementeerbaar in andere regio's?**

Uit de inventarisatie zijn geen werkwijzen naar voren gekomen die eenvoudig implementeerbaar zijn in andere gemeenten. Enerzijds vanwege de verschillen tussen instellingen. Zo hebben sommige instellingen met name te maken met één grote gemeente en anderen met veel kleine gemeenten. Anderzijds lijkt het succesvol regelen van de financiering met name sterk samen te hangen met commitment van belangrijke stakeholders (wethouder, zorgverzekeraar, hoofd afdeling preventie, etc.).

**6) Waarom komen de problemen rondom financiering op dit moment naar voren?**

Op basis van de inventarisatie zijn er twee factoren aan te wijzen. Enerzijds de komende bezuinigingen bij gemeenten. Zorgaanbieders merken en vrezen dat deze bezuinigingen een negatieve invloed zullen hebben op het aanbod. Ten tweede lijken zorgverzekeraars scherper toe te gaan zien op het naleven van de afspraak dat KOPP/KVO activiteiten niet door zorgverzekeraars vergoed worden. Deze beide ontwikkelingen lijken de reden te zijn dat de problemen op dit moment naar voren komen.

**7) In hoeverre heeft er de afgelopen 5 jaar een verandering plaatsgevonden van het aantal KOPP/KVO interventies dat is uitgevoerd?**

Op basis van de Aard en Omvang studie verslavingspreventie GGZ en IV is op dit moment niet eenduidig en betrouwbaar vast te stellen in hoeverre er sprake is van een toe-/afname van het bereik van de doelgroep.

**8) Hoe komt het dat deze verandering heeft plaatsgevonden?**

Op deze vraag valt geen antwoord te geven i.v.m. het ontbreken van eenduidige en betrouwbare bereikgegevens (zie vraag 7).

**9) Worden er alternatieven aangeboden die wel gefinancierd worden? Zo ja, welke en op welke wijze worden die gefinancierd?**

Dit bleek over het algemeen niet het geval. De enige twee projecten die genoemd werden waren Sociale Vaardigheidstrainingen en Huiselijk Geweld. Deze laatste werd eigenlijk alleen gebruikt als die problematiek ook aanwezig was. Indien er geen sprake is van huiselijk geweld voegt men een KOPP/KVO kind ook niet aan deze groepen toe i.v.m. het stigma wat daar aan hangt.

**10) Is er een verschil in financiering tussen KOPP interventies en KVO interventies?**

Bij sommige IVZ organisaties is de financiering voor KVO traditioneel al geregeld via de gemeente. Dit maakt dat bij het aanvragen van de financiering KVO activiteiten "automatisch" meegenomen worden via de centrumgemeente. Dit in tegenstelling tot sommige GGZ organisaties waarbij het KOPP onderwerp nieuw is voor gemeenten en meer tijd gestoken dient te worden in het onder de aandacht brengen van het onderwerp (zowel intern als extern). Echter wordt opgemerkt dat dit niet immer het geval is, zoals ook bleek uit de inventarisatie. Enkele IVZ's krijgen ook bij de gemeente geen of beperkte financiën voor KVO activiteiten.





# 1 Onderzoeksofzet

## 1.1 Aanleiding

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft tijdens het vragenuur van 22 maart 2011 aan de Tweede Kamer toegezegd uit te zoeken waar de financiering van KOPP/KVO activiteiten een knelpunt vormt. (KOPP/KVO activiteiten zijn preventieve interventies voor kinderen van ouders met psychische/verslavingsproblemen.) Aanleiding hiervoor zijn vragen van het Tweede Kamerlid Bouwmeester waarin zij stelt dat de financiering van KOPP/KVO activiteiten niet structureel geregeld is. Naar aanleiding hiervan heeft het ministerie van VWS het Trimbos-instituut gevraagd om in kaart te brengen in hoeverre de huidige financieringsstructuur leidt tot problemen in het aanbod.

## 1.2 Achtergrondinformatie

Nederland telt jaarlijks 864.000 ouders met psychische en/of verslavingsproblemen. Gezamenlijk hebben deze ouders 1.6 miljoen kinderen jonger dan 22 jaar, hiervan zijn er 900.000 jonger dan twaalf jaar en 400.000 jonger dan vier jaar (Trimbos, 2007). Deze zogenaamde KOPP/KVO-kinderen hebben een 1,5 keer zo grote kans op het ontwikkelen van een psychiatrische stoornis op enig moment in hun leven (50%) dan andere kinderen (30%). Van de kinderen waarvan beide ouders een psychisch probleem hebben, krijgt 66% ooit in hun leven een psychiatrische stoornis (Trimbos, 2007). Kinderen van ouders met psychiatrische stoornis lopen een aanzienlijk risico op het ontwikkelen van geestelijke gezondheidsproblemen zoals: depressie, angststoornissen of mogelijk schizofrenie. Daarbij blijkt uit onderzoek ook een verhoogd risico voor deze kinderen om verslaafd te raken aan middelen als alcohol, tabak (nicotine) en drugs (Bijl e.a., 2002). Over het algemeen hebben deze kinderen verminderde communicatieve vaardigheden en hebben ze vaker problemen met relaties en intimiteit dan andere kinderen. Kinderen van alcoholische ouders trouwen eerder met iemand die een ook een verslavingsprobleem heeft (Trimbos, 2007; Cuijpers e.a., 1999; Goodman, e.a., 2002).

## 1.3 Doel- en vraagstelling

### Doelstelling

Beschrijven van de invloed van de financieringsstructuur van KOPP/KVO activiteiten op de huidige en toekomstige kwantiteit van KOPP/KVO activiteiten.

### Vraagstellingen

- 1) Hoe financieren GGZ/IVZ instellingen momenteel KOPP/KVO activiteiten?
- 2) Hoe financieren GGZ/IVZ instellingen de komende jaren KOPP/KVO activiteiten?
- 3) Bij hoeveel GGZ/IVZ instellingen heeft de financieringsstructuur een negatieve invloed op de kwantiteit of kwaliteit van KOPP/KVO activiteiten?
- 4) Bij hoeveel GGZ/IVZ instellingen is de financiering succesvol geregeld?
- 5) In hoeverre zijn de werkwijzen van succesvolle financiering implementeerbaar in andere regio's?
- 6) Waarom komen de problemen rondom financiering op dit moment naar voren?
- 7) In hoeverre heeft er de afgelopen 5 jaar een verandering plaatsgevonden van het aantal KOPP/KVO interventies dat is uitgevoerd?

- 8) Hoe komt het dat deze verandering heeft plaatsgevonden?
- 9) Worden er alternatieven aangeboden die wel gefinancierd worden? Zo ja, welke en op welke wijze worden die gefinancierd?
- 10) Is er een verschil in financiering tussen KOPP interventies en KVO interventies?

## 1.4 Onderzoeksmethode

De onderzoeksvragen zijn beantwoord middels een viertal onderzoeksmethoden:

- 1) Een analyse van de Aard en Omvang GGZ- en Verslavingspreventie studies, (onderzoeksvraag 7).
- 2) Een inventarisatie onder de hoofden van de preventieafdelingen van GGZ's en IVZ's, (onderzoeksvragen 1 t/m 6).
- 3) Zes interviews met managers/preventiewerkers van GGZ's/IVZ's die zich bezighouden met KOPP/KVO, (onderzoeksvragen 5, 6 en 8).
- 4) Een bespreking van de inventarisatie binnen het Landelijk GGZ Preventiehoofdenoverleg (onderzoeksvragen 5, 6 en 8) alsmede het Landelijk Preventie Platform KOPP/KVO (onderzoeksvragen 9 en 10).

In de verschillende onderzoeksmethoden is steeds ingegaan op een aantal deelvragen. Soms werd er door de respondenten rechtstreeks antwoord gegeven op de deelvragen, soms kon het antwoord gedestilleerd worden op basis van de antwoorden. De onderzoeksmethoden waren aanvullend aan elkaar en dienden ertoe om één beeld te schetsen van de situatie. Aangezien het geheel meer is dan de som der delen wordt niet in ieder hoofdstuk apart ingegaan op de deelvragen, maar worden deze in één keer in de samenvatting beantwoord.

### 1.4.1 Literatuurstudie

Om een beeld te kunnen scheppen van de toe- of afname van het aantal KOPP/KVO interventies dat de afgelopen jaren is gegeven zijn de Aard en Omvang GGZ- en Verslavingspreventie studies van 2006, 2007, 2008 en 2009 bestudeerd. De cijfers van 2010 zijn naar verwachting in het najaar beschikbaar en konden dus niet worden meegenomen in deze rapportage.

### 1.4.2 Inventarisatie

Alle hoofden van GGZ/IVZ preventieafdelingen is per mail de volgende vragen gesteld:

- A. Hoe is de financiering van KOPP/KVO activiteiten op jullie afdeling geregeld? Wie is/zijn de financiers?
- B. Waar loop je tegen aan in overleg met de gemeente of zorgverzekeraars betreffende afspraken over de financiering van KOPP/KVO activiteiten?
- C. Met welke zorgverzekeraars hebben jullie afspraken en vinden jullie die afspraken voldoende om een goed aanbod te kunnen leveren?
- D. Heb je met gemeenten afspraken en vinden jullie die afspraken voldoende om een goed aanbod te kunnen leveren?
- E. Welke activiteiten / interventies krijg je niet gefinancierd en waarom niet?
- F. Van welke activiteiten / interventies verwacht je dat de financiering van de KOPP/KVO in de toekomst in de knel komt?
- G. Welk advies heb je m.b.t. de verwezenlijking van de financiering van KOPP/KVO in de toekomst?

Van de ontvangen reacties is een samenvatting gemaakt.

#### *1.4.3 Interviews*

Met zes instellingen (managers/preventiewerkers) die gereageerd hebben op de inventarisatie is een verdiepend gesprek gevoerd. Op basis van de inventarisatie zijn drie instellingen geselecteerd waar de financiering adequaat verloopt en drie instellingen waar de financiering een knelpunt vormt. In de gesprekken is ingegaan op de financieringsproblemen of de wijze waarop instellingen hun financiering succesvol hebben geregeld.

#### *1.4.4 Terugkoppeling*

Als derde stap is een samenvatting van de inventarisatie besproken in zowel het Landelijke GGZ Preventiehoofdenoverleg (9 juni 2011) alsmede het Landelijk Preventie Platform KOPP/KVO (16 juni 2011). Belangrijkste doelstelling was het duiden van de antwoorden die gegeven waren tijdens de inventarisatie alsmede het beantwoorden van de deelvragen 9 en 10.



## 2 Literatuurstudie

### 2.1 Resultaten

In hoeverre heeft er de afgelopen 5 jaar een verandering plaatsgevonden van het aantal KOPP/KVO interventies dat is uitgevoerd? (Onderzoeksvraag 7)

Voor de vaststelling van het bereik van KOPP/KVO interventies is gebruik gemaakt van de Aard en Omvang GGZ- en VZ-preventie studies van 2006 t/m 2009 (Van der Veen & Voordouw, 2007; De Jonge & Ruiter, 2008; De Jonge & Ruiter, 2009; Dijkstra & Ruiter, 2010). De data van 2010 was tijdens het schrijven van deze rapportage nog niet gereed.

In deze studies wordt ingegaan op het bereik van preventieve interventies waaronder KOPP/KVO. Het Trimbos-instituut zet hiervoor jaarlijks vragenlijsten uit bij alle preventiehoofden GGZ/IVZ. Ongeveer driekwart van de instellingen vult gemiddeld de vragenlijst in. Onder het bereik vallen zowel gestandaardiseerde interventies (bijv. moeder-baby interventie, Beardslee, Doe-praatgoepen, Groepscurssussen) alsmede niet gestandaardiseerde interventies (bijv. kindergesprekken, adviesgesprekken, huisbezoeken en deskundigheidsbevordering). E-health interventies zijn voor deze inventarisatie buiten beschouwing gelaten. Bezoekers van de websites kunnen namelijk op meerdere niveaus als bereikte doelgroep worden beschouwd (bezoeker, e-mailservice, online cursus en forum leden). Niet al deze aspecten zijn ieder jaar gemeten, waardoor de vergelijkbaarheid over de jaren heen niet goed mogelijk is.

Verder dient opgemerkt te worden dat de cijfers onderling enkel met veel nuancering te vergelijken zijn. Zo is in de loop der jaren de meetmethode verbeterd, is de respons niet ieder jaar exact hetzelfde en zijn er nieuwe interventies bijgekomen. Daar komt bij dat het bereik via de IVZ in 2008 niet gemeten is.

	<b>GGZ</b>	<b>IVZ</b>	<b>Totaal</b>
<b>2006</b>	2606	299 + 28 gezinnen	2905
<b>2007</b>	4930	5049	9979
<b>2008</b>	3156	Onbekend	3156 + ???
<b>2009</b>	3957	1110	5067

Tabel 1. Bereik KOPP/KVO interventies

Wanneer alleen na het bereik wordt gekeken door de GGZ (deze is het meest consistent gemeten) dan valt daar geen consistente daling/stijging uit op te maken over de afgelopen vijf jaar (zie tabel 1). Op de vraag "In hoeverre heeft er de afgelopen 5 jaar een verandering plaatsgevonden van het aantal KOPP/KVO interventies dat is uitgevoerd?" is op dit moment dus geen eenduidig en betrouwbaar antwoord te geven.



## 3 Inventarisatie

### 3.1 Resultaten

Alle hoofden van de preventieafdelingen van reguliere GGZ/IVZ instellingen is een aantal vragen gesteld over de financiering van KOPP/KVO interventies. Van de 60 aangeschreven instellingen is er namens 38 gereageerd. Onderstaande antwoorden vormen een samenvatting van hun antwoorden.

<b>Hoe is de financiering van KOPP/KVO activiteiten op jullie afdeling geregeld? Wie is/zijn de financiers?</b>
---

#### **Financiering door gemeenten**

Ruim één vijfde (n=8) van de instellingen geeft aan dat de activiteiten vanuit de gemeenten (WMO) worden vergoed. In twee gemeenten (vier instellingen) is er overleg geweest tussen de zorgverzekeraar en de gemeente en is overeengekomen dat de gemeente de KOPP/KVO activiteiten bekostigt. Andere instellingen (n=4) die alleen door een gemeente worden gefinancierd zijn in overleg of in overleg geweest met zorgverzekeraars. De uitkomst daarvan is wisselend, soms is de zorgverzekeraar niet bereid te betalen en verwijst naar de WMO, soms is er ruimte voor overleg.

#### **Financiering door zorgverzekeraars**

Bij één vijfde (n=7) van de instellingen verloopt de financiering volledig via de zorgverzekeraar. De wijze waarop gedeclareerd wordt verschilt. Soms worden DBC's geopend en soms is afgesproken dat het gedeclareerd kan worden onder "overige producten". Indien de betreffende ouder cliënt is van de GGZ/IVZ valt het onder "zorggerelateerde preventie".

#### **Combinatie van gemeenten en zorgverzekeraars**

In meer dan de helft van de gevallen (n=21) worden de activiteiten gefinancierd door zowel gemeenten (WMO) als zorgverzekeraars. In een aantal gevallen wordt die financiering aangevuld met fondsen, eigen gelden of vanuit bemoeizorg. De wijze van declareren bij zorgverzekeraars verschilt. Over het algemeen worden de volgende opties genoemd: openen van DBC's, via zorggerelateerde preventie, onder het kopje depressiepreventie of onder overige producten. Welke activiteiten door de gemeenten c.q. de zorgverzekeraar worden vergoed verschilt per instelling. In een aantal gevallen gaan de afspraken niet specifiek over KOPP/KVO, wat het soms makkelijker maakt om activiteiten uit te voeren. In één geval is de afspraak dat de gemeente alles vergoed wat niet vanuit de zorgverzekeraar wordt vergoed (met een maximum). In enkele gevallen vergoedt de gemeente de universele/incidentele activiteiten (bijv. broertjes/zusjes dag) en de zorgverzekeraar de groepen als geïndiceerde preventie. Tevens wordt één keer aangegeven dat de toeleiding door de gemeente wordt betaald en de uitvoering door de zorgverzekeraar. Activiteiten die de instellingen niet vergoed krijgen worden bekostigd vanuit eigen gelden of niet meer uitgevoerd.

#### **Financiering door zorgaanbieder**

Eén zorgaanbieder geeft aan de reguliere activiteiten volledig uit eigen gelden te financieren. Daarnaast krijgt ze incidentele activiteiten gefinancierd middels projectsubsidies vanuit gemeenten.



### ***Geen financiering***

Eén zorgaanbieder is gestopt met het aanbieden van KOPP/KVO activiteiten. De instelling geeft aan dat de financiering (uit eigen budget) niet meer op te brengen was.

<b>Waar loop je tegen aan in overleg met de gemeente of zorgverzekeraars betreffende afspraken over de financiering van KOPP/KVO activiteiten?</b>
--

Bijna alle zorgaanbieders lopen tegen problemen aan rondom de financiering. Hieronder een overzicht, in volgorde van meest genoemde problemen.

### ***Beperkte budgetten & bezuinigingen bij gemeenten***

Een probleem dat veel instellingen noemt zijn de bezuinigingen bij gemeenten c.q. het beperkte budget dat gemeenten voor de activiteiten vrijmaken (n=11). Instellingen geven aan minder uit te kunnen voeren dan gewenst en men voorziet flinke bezuinigingen bij gemeenten voor 2012. Soms zien gemeenten het probleem wel, maar heeft zij onvoldoende middelen of stelt zij onvoldoende middelen beschikbaar om de kosten te dragen c.q. het gewenste aanbod te kunnen leveren. Een aantal keer wordt genoemd dat de gemeente de KOPP/KVO doelgroep niet als hun verantwoordelijkheid ziet of de urgentie van het probleem niet ziet (n=6). In één geval stelt een gemeente dat "als dit onderdeel uit de basisverzekering gaat dat dat nog niet wil zeggen dat de gemeente het overneemt".

### ***Onduidelijkheid toekomst***

Veel instellingen noemen de onzekerheid over de toekomstige financiering als een probleem (n=8). Enerzijds door de bezuinigingen bij gemeenten, anderzijds doordat zorgverzekeraars aangeven activiteiten niet meer te willen vergoeden. Verder speelt dat voor sommige instellingen pas in de loop van het jaar duidelijk wordt of gemeentelijke financiering wordt gehonoreerd. Dit maakt het lastig om continuïteit te bieden en zorgt voor een investeringsrisico bij de zorgaanbieder. In een aantal gevallen blijkt uit de antwoorden dat de financiering voor 2011 redelijk dekkend is, maar voor 2012 problemen worden voorzien.

### ***Gemeenten en zorgverzekeraars wijzen naar elkaar***

Een ander veelgenoemd probleem is dat gemeenten en zorgverzekeraars naar elkaar wijzen voor de financiering (n=6). In sommige gevallen vinden beiden het niet hun primaire verantwoordelijkheid.

### ***Gemeenten willen alleen voor eigen inwoners betalen***

Indien gemeenten willen betalen voor de activiteiten wordt een aantal keer genoemd dat de gemeenten enkel voor hun eigen inwoners willen betalen (n=4). Dit levert in de praktijk lastige situaties op omdat de meeste GGZ/IVZ instellingen niet gemeentelijk werken, maar regionaal. Voorbeelden zijn administratieve lasten en het weigeren van kinderen of ouders omdat ze niet in een gemeente wonen die de activiteiten financiert.

### ***Geen budget toeleiding, deskundigheidsbevordering, individuele gesprekken***

Enkele instellingen geven aan dat er problemen zijn om de activiteiten zoals toeleiding, deskundigheidsbevordering en individuele gesprekken te financieren (n=3). Gemeenten willen bijvoorbeeld wel de uitvoer van de cursussen vergoeden, maar niet de activiteiten die nodig zijn voor opsporing en toeleiding. Instellingen geven aan dat dit met name bij deze doelgroep tijdsintensief is en het lastig is om die kosten volledig zelf te dragen.

### ***Inschrijving via DBC is drempelverhogend***

Sommige instellingen (n=3) geven aan dat inschrijving via een DBC drempelverhogend werkt. Ze vinden dit niet passen bij preventie.

### ***E-Health wordt niet vergoed***

Een aantal keer wordt E-health genoemd als belangrijk onderdeel van het preventieaanbod (n=3). Echter, door de huidige financieringsstructuur en de anonimiteit van de bezoekers is financiering moeilijk. Zowel gemeenten als zorgverzekeraars zijn niet geneigd deze anonieme vorm van preventie te vergoeden omdat zicht op de gebruikers ontbreekt. Gemeenten en zorgverzekeraars weten namelijk niet of de bezoeker uit hun gemeente of onder hun verzekerden valt.

### ***Administratieve lastendruk***

Uit de antwoorden van de respondenten blijkt tenslotte dat de huidige financieringsstructuur veel administratieve lasten oplevert wat ten koste gaat van de uitvoering (n=3). Met name wanneer er sprake is van meerdere financiers (bijvoorbeeld meerdere gemeenten of zowel gemeenten als zorgverzekeraars) of wanneer de instelling veel verschillende KOPP/KVO producten aanbiedt is de administratieve lastendruk groot.

<b>Met welke zorgverzekeraars hebben jullie afspraken en vinden jullie die afspraken voldoende om een goed aanbod te kunnen leveren?</b>
--

### ***Wel afspraken***

Bij 2/3<sup>e</sup> van de instellingen (n=26) zijn afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars. De mate waarin die afspraken zijn geconcretiseerd verschilt sterk. De afspraken variëren van algemene afspraken over preventie (dus niet concreet over KOPP/KVO) tot zeer specifieke afspraken over welke activiteiten op welke wijze gedeclareerd kan worden. Bij vier instellingen is tussen de zorgverzekeraar en de gemeente afgesproken dat de gemeente de activiteiten bekostigt. Indien er afspraken zijn gemaakt met zorgverzekeraars ervaart de helft deze afspraken als voldoende en de helft als onvoldoende.

### ***Geen afspraken***

Bij 1/3<sup>e</sup> van de instellingen (n=12) zijn er geen afspraken met zorgverzekeraars gemaakt. In de helft van die gevallen omdat de gemeente de financiering verzorgt of omdat er geen KOPP/KVO activiteiten worden aangeboden. De andere helft opent DBC's om de activiteiten vanuit te bekostigen.

### ***Zorgverzekeraars***

In de antwoorden van de minister worden AGIS en UVIT genoemd als voorbeelden waar het goed gaat. Deze worden daarom apart behandeld.

### ***Agis***

Voor Agis geldt dat zij in de ene regio de financiering op zich heeft genomen en in een ander gebied met de gemeente is overeengekomen dat de gemeente de activiteiten financiert. Uit de antwoorden valt af te lezen dat beide constructies positief worden gewaardeerd. Bij enkele andere instellingen zijn er voor 2011 ook afspraken met Agis gemaakt, maar is de financiering voor 2012 nog onzeker. Eén instelling antwoordt dat "de minister in het antwoord op de Kamervragen stelt dat het bij Agis goed geregeld is,

*maar wij hebben in onze gemeente een ander antwoord van Agis gekregen op onze vraag om financiering van KOPP. Gemeente en zorgverzekeraar wijzen naar elkaar."*

### **UVIT**

Ook UVIT wordt een aantal keer (n=7) genoemd als financier. Drie instellingen geven aan dat de afspraken onvoldoende zijn en één instelling stelt dat de afspraken voldoende zijn. Van de drie andere instellingen is onduidelijk in hoeverre ze de afspraken (on)voldoende vinden. Tevens geven drie instellingen aan dat de financiering voor 2012 nog onduidelijk is.

### **Andere zorgverzekeraars**

Tenslotte worden CZ, Menzis, Achmea, Zorg en Zekerheid, Univé, VGZ, IZA, Trias en De FrieslandZorgverzekeraar genoemd. De afspraken per zorgverzekeraar verschillen per werkgebied, net zoals bij Agis en UVIT. Een zorgverzekeraar verwijst in het ene gebied naar de WMO en houdt zich in het andere gebied aan de depressiepreventieregel. Ongeveer de helft is tevreden en een evenzo groot deel ontevreden over de afspraken.

<b>Heb je met gemeenten afspraken en vinden jullie die afspraken voldoende om een goed aanbod te kunnen leveren?</b>
--

### **Wel afspraken**

Ongeveer 2/3 van de instellingen (n=24) heeft afspraken met (centrum)gemeenten gemaakt. Een kleine meerderheid van die instellingen vindt de afspraken onvoldoende (n=13). Onzekerheid over toekomst, te weinig budget voor de uitvoering en te weinig budget voor toeleiding zijn de meest genoemde redenen voor ontevredenheid.

### **Geen afspraken**

Een derde van de instellingen (n=13) heeft geen afspraken met gemeenten gemaakt. Over het algemeen omdat de financiering volledig vanuit de zorgverzekeraar plaatsvindt. In een enkel geval worden de activiteiten wel door de gemeente gefinancierd, maar gebeurt dat uit algemene WMO middelen en zijn er geen productieafspraken rondom KOPP/KVO over gemaakt.

<b>Welke activiteiten / interventies krijg je niet gefinancierd en waarom niet?</b>
---

### **Specifieke Groepen**

Een groot deel van de instellingen (n=10) krijgt niet alle groepen gefinancierd die ze zouden willen draaien. Genoemde voorbeelden zijn zowel de reguliere groepen als specifieke interventies zoals "Gezin aan bod", "Piep zei de Muis" en KOPP kinderen van 18 jaar en ouder. In één geval worden er helemaal geen activiteiten meer aangeboden omdat er geen financiering is.

### **Vroegsignalering, verwijzing en toeleiding**

Een ander veelgenoemd probleem (n=7) betreft vroegsignalering, verwijzing en toeleiding. De KOPP/KVO groep is een groep die via andere afdelingen (anders dan de preventieafdelingen) instroomt. Het is daarvoor van belang dat betrokken zorgverleners op de hoogte zijn van het aanbod. De financiering voor dergelijke activiteiten ontbreekt.

### **Deskundigheidsbevordering en coördinatie**

Ook taken die buiten het primaire proces vallen, worden niet altijd gefinancierd (n=5). Te denken valt aan deskundigheidsbevordering, coördinatie, reiskosten.

### **Individuele gesprekken**

Een aantal instelling (n=3) geeft aan dat ze individuele gesprekken met KOPP/KVO kinderen niet gefinancierd krijgen.

### **E-Health**

Tenslotte worden ook de E-health interventies genoemd als onderdeel waarvoor niet altijd een financier is te vinden (n=2).

<b>Van welke activiteiten / interventies verwacht je dat de financiering van de KOPP/KVO in de toekomst in de knel komt?</b>
--

### **Groepen en individuele contacten**

Het overgrote deel van instellingen (n=24) maakt zich zorgen om het voortbestaan van alle KOPP/KVO interventies voor zowel de groepen als individuele contacten. Voor veel instellingen is er nog geen duidelijkheid over de financiering van de interventies vanaf 2012 en verder. De voornaamste redenen die genoemd worden zijn de gemeentelijke bezuinigingen, (en de keuzes die de gemeenten vervolgens maken) alsmede de opstelling van de zorgverzekeraars. Sommige voorzien dat de regels bij zorgverzekeraars (dat interventies strikt voor depressiepreventie dienen te zijn) strenger gehandhaafd worden waardoor bestaande werkwijzen en afspraken voor declaratie in de toekomst niet meer mogelijk zijn. De instellingen geven aan dat indien deze zich strenger aan de regel voor depressiepreventie houden de financiering voor zowel de groepen als individuele contacten in gevaar komt.

### **Vroegsignalering, toeleiding, deskundigheidsbevordering en coördinatie**

Een aantal instellingen (n=9) geeft aan dat men in het bijzonder problemen ziet voor toeleiding, voorlichting over vroegsignalering, verwijzing en de andere activiteiten die buiten het primaire proces vallen.

### **E-Health**

Tevens worden ook de E-health interventies genoemd als bron van zorg (n=3).

<b>Welk advies heb je m.b.t. de verwezenlijking van de financiering van KOPP/KVO in de toekomst?</b>
--

### **Duidelijke landelijke afspraken over financiering**

Veel instellingen (n=11) geven aan dat ze het vooral belangrijk vinden dat er duidelijkheid komt. Heldere afspraken over wie wat financiert. Momenteel is het voor instellingen niet helder wie waarvoor verantwoordelijk is en schuiven zorgverzekeraar en gemeenten de verantwoordelijkheid op elkaar af. Deze afspraken kunnen wat betreft de instellingen zowel landelijk overeengekomen worden als per werkgebied, instellingen denken daar verschillend over. Ook over de vraag wie de financiering zou moeten dragen zijn de meningen wisselend (zie hieronder), sommige instellingen zien zowel financiering via de ZVW als de WMO als optie en geven geen specifieke voorkeur aan. Instellingen vinden het bovenal belangrijk dat er heldere afspraken komen.

### ***Financiering via ZVW***

Het meest genoemde advies van de instellingen (n=17) is om de financiering via de ZVW te regelen. Het is voor instellingen makkelijker dan om met alle gemeenten afzonderlijk te moeten onderhandelen. Daarbij menen ze dat de continuïteit meer is gewaarborgd en er beter afgestemd kan worden op de vraag. Een deel geeft er de voorkeur aan om het onder geïndiceerde preventie te laten vallen. Het openen van een DBC ziet een deel als een belangrijke drempel. Verder wordt de optie genoemd voor een landelijk preventiefonds waaruit de activiteiten bekostigd kunnen worden.

### ***Financiering via gemeenten***

Instellingen die (een tweede) voorkeur hebben om de financiering door de (centrum)gemeenten plaats te laten vinden, vinden het vooral van belang dat het om geormerkt/structureel geld gaat (n=9). Ze stellen dat er altijd KOPP/KVO kinderen zijn en het dus een structureel probleem betreft waarvan de uitvoering gecontinueerd dient te worden, ook in tijden van bezuinigingen. Tevens adviseren ze om in dat geval de financiering regionaal/collectief te regelen. Met name voor instellingen met veel gemeenten in hun werkgebied is dit van belang.

## 4 Interviews

### 4.1 Resultaten

Op basis van de inventarisatie zijn drie instellingen geselecteerd waar de financiering adequaat geregeld is (GGz Centraal, Yulius Preventie, PuntP) en drie instelling waar de financiering een knelpunt vormt (Iriszorg, Indigo Drenthe, anoniem). Onderstaande tekst vormt een samenvatting van het gesprek aangevuld met informatie uit de inventarisatie.

#### 4.1.1 Henk de Niet – Preventiewerker - GGz Centraal, lokatie Rembrandthof

##### *Situatieschets*

Voor 2011 is voor de regio Gooi en Vechtstreek met AGIS overeengekomen dat geïndiceerde KOPP/KVO activiteiten vanuit de zorgverzekeringswet vergoed worden. Binnen de productieafspraken met AGIS is een vast budget overeengekomen voor ondersteuning van de 1e lijns geneeskundige zorg (POH-GGZ). De POH-GGZ kan vanuit het budget doorverwijzen naar GGz Centraal<sup>1</sup> voor deelname aan KOPP groepscursussen. Deelname wordt verrekend met het eigen risico en een verwijzing van de huisarts is hiervoor nodig. Met AGIS is op basis van dezelfde constructie overeengekomen preventie van depressie en overmatig gebruik van alcohol te kunnen uitvoeren. Daarnaast zijn regionale afspraken gemaakt met Hilversum en de negen gemeenten in het werkgebied voor de uitvoering van selectieve preventieactiviteiten.

##### *Zorgverzekeraar*

Met AGIS is voor 2011 overeengekomen dat enkele geïndiceerde KOPP/KVO activiteiten binnen de 1<sup>e</sup> lijns geneeskundige zorg uitgevoerd kunnen worden. Hiervoor is een verwijzing van de huisarts benodigd. De exacte details rondom selectiecriteria en activiteiten zijn niet vooraf vastgelegd tussen GGz Centraal en AGIS, wel worden de activiteiten die uitgevoerd worden geregistreerd, zodat verantwoording achteraf mogelijk is. Doorverwijzing door de huisarts op basis van het dossier is momenteel het selectie criterium. De POH-GGZ kan ofwel zelf enkele gesprekken voeren met ouders en/of KOPP/KVO kinderen aanmelden voor cursussen die aangeboden worden door GGz Centraal.

Hoewel de toeleiding voor deze doelgroep een probleem blijft volgens GGz Centraal, heeft de inzet van het budget als voordeel dat de toeleiding via de huisarts en vervolgens de POH-GGZ verloopt. Problemen die blijven bestaan rondom de toeleiding zijn o.a. onwil van ouders, niet iedere huisartsenpost heeft een POH-GGZ en sommige ouders/kinderen melden zich na doorverwijzing niet aan bij de POH-GGZ.

De reden dat het gelukt is om financiering voor KOPP/KVO te verkrijgen via de zorgverzekeraar ligt volgens Henk de Niet besloten in een tweetal factoren. Enerzijds een directeur van GGz Centraal die preventie een warm hart toedraagt, anderzijds de wens van AGIS om meer in de 1<sup>e</sup> lijn te investeren teneinde kosten te kunnen besparen in de 2<sup>e</sup> lijn. De KOPP/KVO activiteiten pasten daar goed binnen en zorgen voor een commitment tussen beide partijen.

---

<sup>1</sup> GGz Centraal is ontstaan uit een fusie tussen de SYmfora groep en Meerkanten GGz.

### *Kleine gemeenten*

Naast de activiteiten die via de zorgverzekeraar worden vergoed, waarvoor een doorverwijzing van de huisarts nodig is, biedt GGz Centraal ook KOPP/KVO activiteiten aan die gefinancierd worden door de gemeenten. Het betreft daarbij selectieve preventieactiviteiten met doel toeleiding tot de geïndiceerde preventie. Met de centrumgemeente en de negen kleine gemeenten is op regionaal niveau afspraken gemaakt rondom KOPP/KVO. GGz Centraal heeft één aanbod gepresenteerd aan alle gemeenten. Alle gemeenten hebben, nadat het voorstel is besproken in een regionale werkgroep, ingestemd met het aanbod. De financiering is daarbij gebaseerd op het aantal inwoners per gemeente. Uitgangspunt is het solidariteitsprincipe dat de ene gemeente het ene jaar wat meer gebruik maakt van de regionale financiering en het jaar daarop mogelijk weer wat minder. Voordeel voor GGz Centraal is dat niet met alle gemeenten afzonderlijk afspraken gemaakt hoeven te worden of dat jaarlijks per gemeente verantwoord hoeft te worden wat er geleverd is aan die gemeente, wat veel administratieve lasten bespaard. Tevens zorgt het er voor dat het aanbod niet afgestemd hoeft te worden op de instroom uit één bepaalde gemeente. Hierdoor kan er een completer aanbod geleverd worden.

In 2011 gaat echter één gemeente een andere werkwijze hanteren waardoor er met deze gemeente wel aparte afspraken gemaakt dienen te worden. De gemeente vraagt tevens om specifiek inzicht in de persoonsgegevens van de deelnemers. GGz Centraal meent dat dit niet past binnen de privacywetgeving en gaat hierover in conclaaf met de betreffende gemeente.

Henk de Niet is tevreden over de afspraken zoals die in 2010 zijn gemaakt en er nu liggen met de gemeenten en de zorgverzekeraar. Ze zijn voldoende om een aanbod te kunnen leveren en de administratieve lastendruk blijft beperkt. De financiering voor toeleiding en bijscholing is nog wel beperkt. Gemeenten hebben wel een goed idee welk aanbod ze kunnen leveren als een klant zich bij het WMO loket heeft gemeld, maar nog niet wat er voor nodig is om burgers bij het loket te krijgen. Zeker voor deze doelgroep is daarvoor veel inspanning nodig. Met betrekking tot 2011 is het afwachten wat in overleg met één gemeente bereikt gaat worden en in hoeverre de overige gemeenten dit voorbeeld gaan volgen in 2012.

### *Toekomst*

De afspraken voor 2012 en verder zijn nog niet helder. Met AGIS zijn nog geen concrete afspraken gemaakt, deze zullen onder ander afhangen van de ervaringen in 2011. De verwachting is wel dat AGIS genegen blijft om in de 1<sup>e</sup> lijn te investeren. Ook met de gemeenten zijn voor 2012 nog geen afspraken gemaakt.

#### *4.1.2 Mirjam van Dongen – Hoofd Yulius Preventie - Yulius Preventie*

### *Situatieschets*

De KOPP/KVO financiering loopt bij Yulius Preventie via de zorgverzekeraar (UVIT). Met UVIT is de afspraak gemaakt om de activiteiten te declareren in overige producten.

### *Zorgverzekeraar*

Met UVIT is een totaalbedrag afgesproken waaruit de activiteiten bekostigd kunnen worden. Yulius preventie heeft de vrijheid om het budget te verdelen over de verschillende KOPP/KVO activiteiten die ze aanbieden, evenals te investeren in toeleiding. Aan het eind van het jaar wordt een overzicht geboden van de activiteiten waarin geïnvesteerd is. Doordat de activiteiten gedeclareerd kunnen worden in overige

producten, hoeven mensen niet aan een DBC gekoppeld te worden wat Van Dongen een goede zaak vindt.

De reden dat er afspraken met UVIT gemaakt kunnen worden betreffende KOPP/KVO preventieactiviteiten ligt volgens haar in drie zaken besloten. Enerzijds heeft Yulius preventie veel tijd geïnvesteerd in relatiebeheer met UVIT. Hierdoor is het gelukt om argumenten voor het voetlicht te brengen waarom de zorgverzekeraar zou moeten investeren in preventie. Daarnaast heeft UVIT zich welwillend opgesteld. Tenslotte is het budget dat UVIT investeert relatief klein ten opzichte van het totale zorgbudget waardoor de besluitvorming over toekenning mogelijk eenvoudiger verloopt. Doordat er een totaalbudget is afgesproken heeft Yulius Preventie wel te maken met een productieplafond waardoor er keuzes gemaakt dienen te worden in het aanbod.

#### *Gemeenten*

Rondom KOPP zijn momenteel geen afspraken met gemeenten.

#### *Toekomst*

Op dit moment zijn de afspraken goed, maar de toekomst is onzeker. Het is onzeker wie in de toekomst de financiering op zich gaat nemen. Hoewel gewenst is het geen vanzelfsprekendheid dat UVIT de preventieactiviteiten blijft bekostigen. Yulius preventie vindt het van belang dat er heldere afspraken komen tussen zorgverzekeraar en gemeente om af te stemmen wie de financiering in de toekomst op zich gaat nemen. Ze maakt zich daarbij wel zorgen om de bezuinigingen waar gemeenten mee te maken hebben.

#### *4.1.3 Jaap Jamin – Manager - Punt P*

##### *Situatieschets*

In Amsterdam is vanaf 2011 voor het eerste jaar de gehele financiering van KOPP/KVO overgenomen door de gemeente, Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling (WMO). De zorgverzekeraar (AGIS) en de gemeente hebben dit met elkaar afgestemd.

##### *Gemeente*

De keuze om KOPP/KVO interventies uit te voeren komt door Jamin in eerste instantie door politieke wil. De portefeuillehouder Jeugdzorg heeft jeugd en de preventie van opgroei problemen als belangrijk uitgangspunt genomen in zijn beleid. KOPP/KVOP activiteiten maken daar ook deel van uit en hiervoor zijn dan ook de benodigde financiële middelen beschikbaar gesteld.

In 2011 is door de gemeente een projectgroep samengesteld om stedelijk te kijken naar het KOPP/KVO aanbod van 2012 (samen met GGZ instelling Prezens). Deze komen driemaandelijks bijeen waarin afspraken worden gemaakt over de huidige uitvoering en de plannen voor de toekomst. In dit overleg zijn zowel de gemeente, de zorgverzekeraar alsmede de zorgaanbieders verenigd. Daarnaast vindt er tussen de uitvoerende organisaties overleg plaats over het standaardiseren van de interventies alsmede kwaliteitsverbetering en onderzoek naar de interventies.

Punt P verantwoord aan het einde van het jaar de uitgaven die gedaan zijn voor KOPP/KVO. Doordat er één financieringsbron is, is het mogelijk om enerzijds zelf keuzes te maken voor welke interventies worden ingezet en anderzijds tekorten en overschotten tussen interventies te vereffenen. Dit maakt de uitvoering eenvoudiger en administratief minder complex. Een knelpunt is nog wel dat Punt P jaarlijks pas heel laat zekerheid



krijgen of de groepen doorgaan. *"We proberen de groepen zoveel mogelijk ruim van te voren te plannen, waarmee we als organisatie een risico moeten nemen. Voor 2012 verwachten we hier wel verbetering, maar de essentie blijft overeind staan dat voor een goede planning en instroom eerder duidelijkheid zou mogen komen voor continuering."*

Verder wordt aangegeven dat enkel de vraag naar uitbreiding voor KOPP/KVO consultatie-uren op Ouder en Kind Centra niet gefinancierd is. De Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling heeft aangegeven dat consultatie hetzelfde als behandeling is en daardoor dus door AGIS gefinancierd zou moeten worden.

Een groot voordeel van de afspraken tussen de gemeente en Agis vindt Jamin dat doordat de gemeente en Agis goed samenwerken er geen gat zit tussen de twee financiers en ze een probleem ook willen 'adresseren'.

#### *Toekomst*

De intentie van de gemeente is om de financiering door te laten gaan in 2012. Wel wordt de financiering gedecentraliseerd waardoor de stadsdelen de subsidies gaan toekennen. De verwachting van Jamin is dat zij waarschijnlijk nog wel centraal inkopen zodat het aanbod kan blijven doorlopen. Gezien de veranderende organisatie van de OKC's is momenteel wel onduidelijk naar welke interventies een blijvende vraag zal zijn, of dat deze vraag meer of minder zal worden. Het is nog onduidelijk in hoeverre dit voor problemen zal kunnen zorgen. Ook is het onduidelijk wat de invloed is van de decentralisatie van taken en verantwoordelijkheden.

Hoewel de afspraken op dit moment naar tevredenheid zijn stelt Punt P dat opname van KOPP/KVO in het basispakket bij de zorgverzekeraar wellicht meer zekerheid zal geven over het realiseren van het aanbod voor kinderen en ouders, omdat dan ook het aanbod aangepast kan worden aan de vraag (meer leveren als dat gewenst is).

Een andere belangrijke stap die volgens Jamin nog gemaakt moet worden is de stap van preventie naar zorg. Veel deelnemers hebben volgens Jamin reeds dusdanige problemen dat zorg benodigd is. Vaak stromen die jongeren niet door. Enerzijds doordat ze zich dan moeten inschrijven, anderzijds doordat er een gat zit tussen preventie en zorg. Preventiespecialisten en behandelaars werken momenteel nog teveel apart van elkaar. Wanneer deze samenwerking beter zou zijn zou dit verbeterd kunnen worden.

#### *4.1.4 Martine Jurriens – Afdelingsmanager - Iriszorg*

##### *Situatieschets*

Iriszorg geeft aan in 2011 gestopt te zijn met KOPP/KVO activiteiten omdat hiervoor geen financiering meer beschikbaar was. In de voorgaande jaren waren de KOPP/KVO activiteiten ondergebracht op de poliklinieken. Het Maatschappelijk Werk voerde daarbij KOPP/KVO activiteiten uit middels speciale KOPP/KVO teams. Deze teams zijn echter opgeheven, waardoor het aanbod weg viel.

Vanuit de behandelafdelingen is vervolgens besloten om de zorg voor deze kinderen te integreren in de behandelmethodiek. Daarin staat het systeemgericht werken centraal en dus ook de zorg voor kinderen. Gevolg is echter dat hierdoor maar een klein deel van de potentiële doelgroep behandeld wordt omdat niet alle ouders zijn aangemeld bij Iriszorg. Daar komt bij dat specifieke cursussen zoals de KOPP/KVO groepen ook niet binnen het aanbod vallen. Jurriens stelt dat het huidige aanbod binnen Iriszorg, dus als onderdeel van de behandelmethodiek, niet te vergelijken is met het aanbod dat elders beschikbaar

is. Verder stelt ze dat de focus bij Iriszorg meer ligt op curatie dan op preventie, waardoor het aanbod ook minder van de grond komt.

Naast dit traject werden de afgelopen jaren ook KOPP/KVO activiteiten ingekocht door collega-instellingen. Echter is ook deze inkoop verdwenen, waardoor er geen aanbod meer geleverd kan worden.

#### *Zorgverzekeraar*

Er zijn nog geen gesprekken geweest met de zorgverzekeraar om te kijken in hoeverre zij bereid zijn om te investeren in KOPP/KVO.

#### *Gemeenten*

Jurriens ziet beperkte mogelijkheden bij gemeenten. Ze stelt dat KOPP/KVO momenteel niet in het aanbod zit voor gemeenten. Dit komt omdat tot vorig jaar de uitvoering geregeld was middels de KOPP/KVO teams. Omdat de onderhandelingen met de gemeenten al in een vergevorderd stadium waren, werd het niet meer haalbaar geacht om daar nog KOPP/KVO activiteiten aan toe te voegen. Het opnemen van deze activiteiten voor 2012 zou een eerste stap kunnen zijn. Echter stelt ze dat gemeenten ook moeten bezuinigen. Als KOPP/KVO activiteiten meer op de voorgrond geschoven zouden worden dan gaat dit ten koste van andere activiteiten zoals genotmiddelenpreventie of deskundigheidsbevordering. Verder merkt ze op dat gemeenten niet geneigd zijn om gemeenteoverstijgende activiteiten te financieren. Ze verwacht dat dit voor KOPP/KVO activiteiten ook problemen zal opleveren.

#### *Toekomst*

Jurriens stelt voor de toekomst dat het van belang is dat de krachten gebundeld worden en dat er landelijke afspraken over de financiering gemaakt moeten worden.

### *4.1.5 Jaap te Velde – Manager & preventiefunctionaris - Indigo Drenthe*

#### *Situatieschets*

In 2011 worden de KOPP/KVO activiteiten van Indigo Drenthe volledig gefinancierd uit de overhead en via DBC's in het kader van behandeling. Activiteiten die uitgevoerd worden zijn [survivalkid.nl](http://survivalkid.nl), [survivalkid.nl](http://survivalkid.nl), KOPP groepen en specialistische KOPP teams.

#### *Zorgverzekeraar*

Tot en met 2010 werden de KOPP/KVO activiteiten bij Indigo Drenthe gefinancierd uit lumpsum budgetten die met de zorgverzekeraar (Achmea) waren afgesproken. Hieruit werden onder andere preventieactiviteiten betaald voor de KOPP/KVO doelgroep; preventie en dienstverlening. Vanaf 2011 wordt er door de zorgverzekeraar gewerkt met een plafond in de budgetten, en declaratie middels DBC's. Aangezien het CVZ heeft gesteld dat selectieve preventie niet door zorgverzekeraars wordt gefinancierd komen veel KOPP/KVO activiteiten hierdoor niet in aanmerking voor een DBC. De mogelijkheden die voor Indigo overblijven zijn via een DBC in het kader van behandeling, zorggerelateerde preventie (indien de ouder staat ingeschreven als cliënt) of het openen van een "Overige Product preventie", indien er sprake is van depressiepreventie of alcoholpreventie. Beide zijn niet altijd het geval. Daar komt bij dat niet alle ouders van KOPP/KVO kinderen staan ingeschreven bij Indigo Drenthe en niet iedereen zich als cliënt wil inschrijven om deel te kunnen nemen aan een preventieve cursus.

Verder merkt Indigo op: "Als een kind klachten heeft valt het onder de zorgverzekeringwet. Zo simpel is het niet voor deze doelgroep. Uit onderzoek onder een groep van 287 jongeren die steun zochten op [www.survivalkid.nl](http://www.survivalkid.nl) blijkt dat 80% van de

kinderen klachten hebben. Toch is het overgrote deel niet bekend in de hulpverlening omdat er vele redenen zijn dat ze deze hulp niet zoeken.”

#### *Kleine gemeenten*

Tegelijkertijd zien de gemeenten in Drenthe (in 2011) de doelgroep als GGZ zorg en niet als onderdeel van WMO Prestatieveld 2: Preventieve Ondersteuning Jeugd dan wel Prestatieveld 4: Mantelzorg en Vrijwilligers. Gemeenten reserveren daarom geen (of nauwelijks) interventiebudget voor KOPP/KVO. Indigo Drenthe heeft daarnaast te maken met relatief veel kleine gemeenten. Die gemeenten stellen dat de doelgroep in hun gemeente zo klein is dat de activiteiten geen aparte financiering behoeven, maar hun inziens meegenomen kunnen worden binnen de reguliere activiteiten van bijvoorbeeld het maatschappelijk werk. Indigo Drenthe stelt dat zij niet gemerkt hebben dat er binnen de gemeenten inderdaad op deze manier een aanbod is gerealiseerd. Verder stelt zij dat gemeenten onderschatten wat het belang van deskundigheidsbevordering is bij zorgverleners om de doelgroep tijdig te herkennen. Financiering hiervoor verwerven bij gemeenten is nog niet gelukt. Tevens is het afstemmen met de gemeenten zeer tijdsintensief voor Indigo Drenthe, zeker wanneer het gaat om kleinere gemeenten. Verder is het van tevoren niet exact te voorspellen hoeveel deelnemers er uit de betreffende gemeente zullen komen, wat het lastig maakt om vooraf concrete financieringsafspraken te maken met gemeenten. De financiering regelen voor met de kleine gemeenten is daardoor verhoudingsgewijs kostbaar. Voor 2011 heeft Indigo mede daarom besloten om de financiering tijdelijk zelf te bekostigen. Voor 2012 vindt Indigo dit niet meer houdbaar en is voornemens alleen nog KOPP/KVO activiteiten uit te voeren die vergoed worden vanuit DBC's of de gemeenten. Zij stelt dat dit wel voor een lastige situatie zorgt in gevallen waarin preventie wel gewenst is, maar er geen financiering beschikbaar is.

#### *Toekomst*

Voor de gemeenten in Drenthe is het nog onduidelijk in hoeverre ze bereid zijn om KOPP/KVO activiteiten te financieren voor 2012 en verder. Wel geven de gemeenten al aan dat ze alleen voor hun eigen inwoners willen betalen. Momenteel probeert Indigo Drenthe mede daarom om op provinciaal niveau afspraken te maken over de financiering van KOPP/KVO activiteiten.

#### *Survivalkid*

De financiering van [www.survivalkid.nl](http://www.survivalkid.nl) is voor Indigo Drenthe eveneens een knelpunt. Op [www.survivalkid.nl](http://www.survivalkid.nl) vinden jongeren informatie, verhalen van jongeren in een soortgelijke situatie, oefeningen, tests en mogelijkheden om met elkaar, en/of met een coach te chatten. Ook bestaat de mogelijkheid om met een coach te e-mailen. De chatroom is op vaste tijden open en wordt begeleid door medewerkers van Indigo en GGZ Drenthe. De doelgroep die komt is heel divers. Jongeren die informatie zoeken, jongeren die problemen ervaren en willen weten hoe ze met hun familielid om moeten gaan, jongeren die (ernstig) klem zitten en zelf diverse klachten hebben ontwikkeld, jongeren die al hulp hebben maar zich daar niet door geholpen voelen. De insteek vanuit survivalkid is preventief. Empowerment staat centraal. Mocht een jongere echt meer hulp nodig hebben dan wordt er gecoacht richting passende hulp in hun omgeving. Op basis van de ervaringen met survivalkid is in juni 2010 survialkidXL gelanceerd. Voor jongeren die een gezinslid hebben die op grond van psychische problemen of een verslaving een strafbaar feit hebben gepleegd.

Indigo stelt dat de ziektekostenverzekeraar tot op heden geen anonieme e-health wil financieren. Op [survialkid.nl](http://survialkid.nl) komen jongeren anoniem. Indigo stelt dat de meesten niet

meer zullen komen wanneer ze hun verzekeringsnummer moeten opgeven en hun ouders hiervan op de hoogte worden gebracht. Gemeentes staan ook niet te springen om ergens aan mee te betalen waar ook jongeren uit allerlei andere gemeentes gebruik van maken. En gemeentes vinden het handiger om een concrete activiteit te financieren (bv. Fundag voor jonge mantelzorgers, een cursus voor jongeren die getuigen zijn geweest van huiselijk geweld) dan aan een pakket van activiteiten. Tenslotte is het moeilijk om de kostprijs precies te berekenen per bezoeker. Sommige jongeren komen incidenteel in het buurthuis, anderen zijn frequente bezoekers en maken veel gebruik van begeleide chatsessies en hebben mail en chatcontact met een coach. In contact met VWS is gebleken dat bekostiging van anonieme ehealth voor risicogroepen niet door VWS wordt gesubsidieerd. Samengevat stelt Indigo dat de website een belangrijke functie heeft voor deze doelgroep, maar de financiering er van moeilijk te regelen is.

#### *Toekomst*

Jaap te Velde stelt dat de overheid een verplichtend kader moet formuleren voor samenwerking zorgverzekeraars en gemeenten. "Als dit niet gebeurt dan zullen de meeste activiteiten verdwijnen. Als medewerkers alleen nog maar bezig zijn om ergens potjes met geld te vinden komen ze aan het inhoudelijke werken niet meer toe. Dan is het wachten tot deze kinderen zijn vastgelopen of dat ze op volwassen leeftijd vastlopen. Dan melden ze zich aan, krijgen een diagnose en een behandeling met alle persoonlijke en maatschappelijke schade. Intergenerationele overdracht van problemen moet worden aangepakt. Er zijn zeer goede mogelijkheden, middelen, deskundigheid maar dat vereist een facilitering door overheid, ziektekostenverzekeraars en gemeentes."

#### *4.1.6 Manager - GGZ Instelling – Middelgrote gemeente*

##### *Situatieschets*

Het programma Piep zei de Muis wordt gefinancierd uit gemeentegelden maar staat momenteel vanwege grote bezuinigingen bij de gemeente op de tocht. De KOPP/KVO groepen zijn nu noodgedwongen (vanwege het feit dat het uit de basisverzekering is gehaald) aangevraagd in het kader van de WMO aanvraag 2012. De gemeente denkt momenteel na of ze deze financiering voor haar rekening wil nemen.

##### *Zorgverzekeraar*

Agis zegt het wel te willen financieren maar het niet te kunnen omdat ze er mogelijk op worden afgerekend.

##### *Gemeente*

De grootste gemeente in ons werkgebied moet 20 miljoen bezuinigen en dat zal met ingang van 1 januari 2012 een forse bezuiniging voor onze activiteiten betekenen. Ik schat in dat we moeten stoppen met activiteiten voor Familieleden en mantelzorgers en dat de activiteiten op het gebied van Huiselijk geweld en van KOPP minstens zullen worden gehalveerd. Het verminderen of stoppen van activiteiten op het gebied van huiselijk geweld en KOPP/KVO is een slechte keuze. Het zijn de toekomstige GGZ-cliënten. "Ik vind het erg korte termijn denken." Eind mei zijn de bezuinigingsvoorstellen in de gemeenteraad besproken en is er een amendement aangenomen dat ervoor zorgt dat de GGZ Jeugdpreventieprojecten vooralsnog lijken te worden ontzien.

Van de kleinere gemeenten heb ik nog niet van dergelijk drastische bezuinigingen gehoord, maar mogelijk gaan deze ook volgen. In het antwoord van de minister op de Kamervragen stelt ze dat het bij Agis goed geregeld is. Wij hebben in onze centrumgemeente echter een ander antwoord van Agis gekregen op onze vraag om

financiering van KOPP. Agis zou wel willen financieren vanuit het oogpunt van de preventieve (en kostenbesparing in de zorgconsumptie later) maar wijst naar de opstelling van de NZA te gaan handhaven op deze beleidsregel. In de G4 is er grote stedenbudget voor deze projecten maar in de andere steden is dat budget niet beschikbaar. Gemeente en zorgverzekeraar wijzen dus naar elkaar. Agis hanteert voor de grote steden Amsterdam en Utrecht een ander preventief beleid dan voor onze centrumgemeente. Deze gemeente kan dus geen aanspraak maken op het programma grote steden. Voor de gemeente is overname van KOPP/KVO door de gemeente geen vanzelfsprekendheid.

#### *Toekomst*

De manager adviseert geormerkte middelen voor selectieve preventie. Gemeenten kunnen dan uiteraard hun prioriteiten aangeven maar risicogroepenbeleid (vooral op het gebied van kwetsbare jeugd) is onmisbaar, ook in tijden van bezuinigingen. Een andere mogelijkheid die overblijft is KOPP voor kinderen van ingeschreven cliënten van de GGZ. Momenteel is dat ongeveer de helft van de bereikte kinderen, wat betekent dat we de andere helft niet meer zullen bereiken. *"De verwijfsstroom vanuit de Jeugdzorg en het onderwijs missen we dan. Ook wijkinterventies als Piep zei de Muis zullen vanwege bezuinigingen mogelijk verdwijnen, waardoor zorgmijdende (veelal multiprobleemgezinnen) niet bereikt worden in de preventieve zorg die zo nodig is voor kinderen die opgroeien in dergelijke kwetsbare gezinssituaties."*

## 5 Inventarisatie

### 5.1 Resultaten Landelijk GGZ Preventiehoofdenoverleg

Tijdens het landelijk preventiehoofdenoverleg is de inventarisatie zoals beschreven in hoofdstuk 3 besproken. Gevraagd is of de hoofden zich konden vinden in de beschrijving. Dit bleek het geval. Wel werd opgemerkt dat uit de beschrijving de aard van de problematiek onvoldoende duidelijk werd. De deelnemers aan bijvoorbeeld Piep zei de Muis, Kopstoring, KOPP/KVO groepen en Survivalkid vertonen over het algemeen zware problematiek (Van Santfoort et al, in TSG 2011:1, blz 16-19). In veel gevallen is er sprake van ernstige (klinische) problematiek. Tijdens de inventarisatie werd over Survivalkid het volgende opgemerkt:

- Als een kind klachten heeft valt het onder de zorgverzekeringswet. Zo simpel is het niet voor deze doelgroep: Uit onderzoek onder een groep van 287 jongeren die steun zochten op [www.survivalkid.nl](http://www.survivalkid.nl) blijkt dat 80% van de kinderen klachten hebben. Toch is het overgrote deel niet bekend in de hulpverlening omdat er vele redenen zijn dat ze deze hulp niet zoeken. Diverse onderzoeken zijn gedaan wat de redenen zijn dat kinderen van ouders met psychiatrische of verslavingsproblemen zelf geen hulp zoeken.
- Bekend is dat deze doelgroep 5 keer zo vaak in de GGZ terecht komen. Preventieve activiteiten gericht op voorkomen en vroegtijdig onderkennen zijn belangrijk. Op grond van de praktijk in Drenthe, waar we jongeren boven de 12 jaar slecht bereikten met het bestaande groepsaanbod (5 tot 10 jongeren per jaar), is in 2006 het online steunpunt [www.survivalkid.nl](http://www.survivalkid.nl) opgericht. Op dit moment zitten we op een bereik van 480 jongeren per jaar. Het is innovatief en aansluitend bij waar jongeren op welk moment dan ook behoefte aan hebben.
- De doelgroep die komt is heel divers. Jongeren die informatie zoeken, jongeren die problemen ervaren en willen weten hoe ze met hun familielid om moeten gaan, jongeren die (ernstig) klem zitten en zelf diverse klachten hebben ontwikkeld, jongeren die al hulp hebben maar zich daar niet door geholpen voelen. De insteek vanuit survivalkid is preventief. Empowerment staat centraal. Mocht een jongere echt meer hulp nodig hebben dan wordt er gecoacht richting passende hulp in hun omgeving.
- Op basis van de ervaringen met survivalkid is in juni 2010 survivalkidXL gelanceerd. Voor jongeren die een gezinslid hebben die op grond van psychische problemen of een verslaving een strafbaar feit hebben gepleegd. Voor deze groep kinderen is het een dubbele belasting en een dubbel taboe. Denk aan huiselijk geweld, criminaliteit, gevangenisstraf of gedwongen hulpverlening.

Verder werd opgemerkt dat voor de bereikcijfers het beste de Aard en Omvang studies gebruikt konden worden (welke in hoofdstuk 1 staan beschreven).

## 5.2 Resultaten Landelijk Platform KOPP/KVO

In het Landelijk Platform KOPP/KVO van 16/06 zijn de resultaten uit de inventarisatie besproken. De leden konden zich vinden in de samenvatting. Tijdens het overleg is nader ingegaan op de volgende vragen.

“Indien er problemen zijn met de financiering van KOPP/KVO interventies, bieden jullie dan andere interventies aan die wel/eenvoudiger gefinancierd worden? Zo ja, welke en op welke wijze worden die gefinancierd?” (Onderzoeksvraag 9)

Dit bleek over het algemeen niet het geval. De enige twee projecten die genoemd werden waren Sociale Vaardigheidstrainingen en Huiselijk Geweld. Deze laatste werd eigenlijk alleen gebruikt als die problematiek ook aanwezig was. Indien er geen sprake is van huiselijk geweld voegt men een KOPP/KVO kind ook niet aan deze groepen toe i.v.m. het stigma wat daar aan hangt.

“Is er een verschil in financiering(sproblemen) tussen KOPP interventies en KVO interventies?” (Onderzoeksvraag 10)

Op deze antwoord viel door de aanwezigen geen eenduidig antwoord te geven. Bij sommige IVZ organisaties is de financiering voor KVO traditioneel al geregeld via de gemeente. Dit maakt dat bij het aanvragen van de financiering KVO activiteiten “automatisch” meegenomen worden via de centrumgemeente. Dit in tegenstelling tot sommige GGZ organisaties waarbij het KOPP onderwerp nieuw is voor gemeenten en meer tijd gestoken dient te worden in het onder de aandacht brengen van het onderwerp (zowel intern als extern). Echter wordt opgemerkt dat dit niet immer het geval is, zoals ook bleek uit de inventarisatie. Enkele IVZ's krijgen ook bij de gemeente geen of beperkte financiën voor KVO activiteiten.

## Literatuur

Bijl, R.V., Cuijpers, P., Smit F. (2002). Psychiatric disorders in adult children of parents with a history of psychopathology. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology*, 37, 7–12.

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*, 10, 1489-1498.

De Jonge, M. & Ruiter, M. (2008). *Aard en Omvang GGZ- en VZ-preventie 2007. Ontwikkelingen in de organisatie, omvang en inhoud van de GGZ- en VZ-preventie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

De Jonge, M. & Ruiter, M. (2009). *Aard en Omvang GGZ- en VZ-preventie 2008. Ontwikkelingen in de organisatie, omvang en inhoud van de GGZ- en VZ-preventie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Dijkstra, M. & Ruiter, M. (2010). *Aard en Omvang GGZ- en VZ-preventie 2009. Ontwikkelingen in de organisatie, omvang en inhoud van de GGZ- en VZ-preventie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Goodman, S.H., & Gotlib, I.H. (2002). *Children of Depressed Parents: Alternative Pathways to Risk for Psychopathology*. Washington, DC: American Psychological Association Press.

Trimbos (2007). Factsheet Preventie. Kinderen van ouders met psychische problemen. Utrecht: Trimbos instituut. Downloadbaar via [www.trimbospreventie.nl](http://www.trimbospreventie.nl)

Van der Veen, C. & Voordouw, I. (2007). *Aard en Omvang GGZ- en VZ-preventie 2006. Ontwikkelingen in de organisatie, omvang en inhoud van de GGZ- en VZ-preventie*. Utrecht: Trimbos-instituut.





## Bijlage 1

Overzicht gestandaardiseerde preventieve interventies in Nederland voor KOPP/KVO.

Aanbod	Leeftijdrange & doelgroep	Inhoud
<b>Kipizivero informatiereeks</b>	Alle leeftijden kinderen en hun ouders	De Kipizivero reeks is een informatie reeks met folders voor ouders met psychische problemen over het opvoeden van hun Kinderen. De serie sluit aan op verschillende levensfasen van kinderen en hun ouders, zo zijn er folders voor ouders tijdens: zwangerschap, baby, kleuter, basisschoolkinderen en tieners. En voor kinderen is er op verschillende niveaus informatie over de ziekte van hun ouders. Van deze serie is ook een Duitse vertaling gemaakt.
<b>Moeder Baby Interventie</b>	0-1.5 jaar	Dit video home trainingsprogramma is special ontwikkeld voor jonge moeders met post-partum depressie om sensitieve responsiviteit van moeder te verhogen en de negatieve effecten van de depressie op interactie tussen moeder en baby's te verminderen.
<b>Piep zei de muis</b>	4-8 jaar	Piep zei de muis is een laagdrempelig programma dat in lage SES wijken wordt aangeboden. Het programma bevordert beschermende factoren binnen en vermindert risicofactoren door de combinatie van training van de copingsvaardigheden voor kinderen en opvoedvaardigheden voor ouders.
<b>Speel-Doe-groep 6-8 jarigen</b>	6-8 jaar	Werkgroep voor KOPP/KVO kinderen. Hierin wordt op speelse wijze met de kinderen gesproken over de problematiek thuis, vinden kinderen herkenning in de verhalen van anderen, leren ze dat de problematiek van hun ouders niet hun schuld is en leren ze hoe met lastige situaties om te gaan. Dit gebeurt op een leeftijdsadequate manier, waarbij werkvormen aansluitend op de groep gekozen worden.
<b>Doe-Praat-groep 8-12 jaar</b>	8-12 jaar	Vergelijkbaar met bovenstaand voor oudere doelgroep.
<b>Tiengroep KOPP/KVO</b>	12-16 jaar	De tiengroep heeft een preventief karakter en is geen hulpverleningsgroep. Het doel van de tiengroep is om psychische problemen als gevolg van de situatie waarin jongeren van ouders met psychische- of verslavingsproblemen opgroeien te voorkomen, door de beschermende factoren te

		versterken en de risicofactoren te verminderen. In dit groepsaanbod wordt op ontspannen en creatieve wijze gerichte informatie gegeven en worden vaardigheden.
<b>Opgroeien bij ouders met psychische- of verslavingsproblemen</b>	16-25 jaar	Het doel van de cursus is een bijdrage te leveren aan het voorkomen van psychische problemen door de psychische of verslavingsproblemen van één of beide ouders. Door het aanleren van bepaalde vaardigheden worden beschermende factoren versterkt en risicofactoren verminderd.
<b>Kopstoring.nl</b>	16-25 jaar	Online informatie voor kinderen, chatbox sessies met professionals, forum op ervaringen op te delen met andere Kinderen.
<b>Survivalkid.nl</b>	12-24 jaar	Online informatie en hulpverlening voor jongeren (12-24 jaar) die een vader, moeder, broer of zus hebben met psychische problemen of een verslaving.
<b>SurvivalkidXL.nl</b>	12-24 jaar	Online informatie en hulpverlening voor jongeren (12-24 jaar) die een gezinslid hebben dat op grond van psychische problemen een strafbaar feit heeft gepleegd.
<b>Kopopouders.nl</b>	Ouders	Online informatie over de invloed van ouderlijke problematiek op de ontwikkeling van kinderen en opvoedingsondersteuning voor KOPP/KVO ouders om een betere opvoedomgeving aan hun kind te bieden.
<b>Kop op ouders! Face-to-face</b>	Ouders	Opvoedingsondersteuning gelijk aan bovenstaand maar dan in een groep face-to-face aangeboden binnen preventie afdelingen van GGZ en IVZ instellingen.
<b>Psycho-educatieve gezinsinterventies KOPP (Beardslee Gezinsinterventie, - KOPP gezinsinterventie, Psycho-educatieve gezinsinterventie)</b>	Gezinsinterventie	Kortdurende gezinsinterventies, veelal aan huis voor gezinnen met ouders met psychische problematiek waarbij psycho-educatie, inzicht in de gevolgen van problematiek voor rest van het gezin en bevorderen van onderlinge communicatie centraal staan.
<b>Strenghtening families – Gezin aan Bod</b>	Gezinsinterventie voor gezinnen met jongeren 12-18 jaar	Intensieve gezinsinterventie gebaseerd op Strenghtening Families voor ouders met onverantwoord middelengebruik. De cursus bestaat uit een ouderdeel bestaande uit opvoedingsondersteuning en een jongerendeel over sociale vaardigheden.



