

“De bouwstenen, die werkzaam zijn voor de medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal, om de hulpvragen van kinderen van 0-7 jaar te achterhalen en om te zetten in een passend hulpaanbod.”

Afstudeeronderzoek

Kernopgave 16: onderzoeksverslag

Ede, 18 mei 2017

Student 1: Annelien Doornenbal | 130531
Student 2: Marlinda Geschiere | 130437
Hogeschool: Christelijke Hogeschool Ede
Opleiding: Sociaal Pedagogische Hulpverlening

Opdrachtgever: Myriam Bieringa
Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal
Afstudeerbegeleider: Anne Pals
Eerste beoordelaar: Jan van der Kolk

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt het document dat het onderzoek voor Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal beschrijft. Als studenten van de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening aan de Christelijke Hogeschool Ede hebben we veel plezier beleefd aan het in de praktijk brengen van de opgedane kennis en vaardigheden tijdens onze studie. De periode waarin het onderzoek plaatsvond betreft januari tot en met mei 2017.

Het onderzoeksdoel betrof het formuleren van een antwoord op de gestelde hoofdvraag, namelijk: *“Welke bouwstenen van de eerdere Integrale Vroeghulp Utrecht zijn voor medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal werkzaam en wat moet daaraan toegevoegd worden om de hulpvragen van kinderen van 0 - 7 jaar te achterhalen en om te zetten in een passend hulpaanbod?”*, om ten slotte medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal een aantal aanbevelingen aan te reiken.

In grote lijnen bestaat de opbouw van het voor u liggende document allereerst uit de aanleiding en achtergrond van het probleem. Deze resulteren in de probleemstelling. Uit deze onderdelen is de vraagstelling voor het onderzoek geformuleerd en zijn de doelstellingen, de doelgroep en de beoogde resultaten beschreven. Vervolgens zal in een betoog de beantwoording van de deelvragen plaatsvinden, wat resulteert in een samenvattende conclusie, waarin de resultaten uit de deelvragen met elkaar verbonden worden. Vanuit de conclusie zullen een achttal aanbevelingen voortvloeien, die aangereikt worden aan Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal. Tenslotte is de discussie en evaluatie opgenomen in dit verslag, om te eindigen met de bronnenlijst.

Als studenten willen wij onze waardering uitspreken richting verschillende partijen, die bij het onderzoek betrokken waren. Allereerst Myriam Bieringa. We bedanken haar voor het bieden van een onderzoeksvraag en de waardevolle feedback die zij ons gaf, waardoor dit onderzoeksresultaat mede mogelijk gemaakt werd. Daarnaast ook Anne Pals, onze afstudeerbegeleider, hartelijk bedankt! We waarderen de manier waarop je betrokken was bij ons proces en hoe je ons warm, eerlijk en kritisch feedback gaf. Als laatste bedanken we onze respondenten, die dit onderzoek voor een groot deel mogelijk hebben gemaakt; de professionals van voormalig Integrale Vroeghulp Utrecht, van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal en de professionals van andere centra voor Jeugd en Gezin uit de regio. Bedankt voor jullie welwillendheid en eerlijkheid.

We wensen u als lezer veel plezier met het doornemen van dit onderzoeksverslag!

Met vriendelijke groet,

Annelien Doornenbal
Marlinda Geschiere

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Inhoudsopgave	3
1. Methodologie	7
1.1 Aanleiding en achtergrond, resulterend in de probleemstelling	7
1.1.1 Centra voor Jeugd en Gezin.....	7
1.1.2 Transitie Jeugdzorg.....	7
1.1.3 Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal	7
1.1.4 Huidige werkwijze	8
1.1.5 Onduidelijkheid	8
1.1.6 De meerwaarde van het voorgenomen onderzoek	8
1.1.7 Probleemstelling.....	8
1.1.8 Begrippen	9
1.2 Hoofd- en deelvragen.....	9
1.2.1 Hoofdvraag.....	9
1.2.2 Deelvragen.....	9
1.3 Beschrijving en verantwoording van de gekozen onderzoeksmethoden	9
1.3.1 Type onderzoek	9
1.3.2 Onderzoeksmethoden.....	10
1.3.2 Wijze van analyseren.....	12
1.4 Doelstellingen, doelgroep en beoogde resultaten.....	12
1.4.1 Microniveau.....	12
1.4.2 Mesoniveau	12
1.4.3 Macroniveau.....	13
1.5 Resultaten.....	13
1.6 Beredenerende inhoudsopgave	13
2. Deelvraag 1: “Hoe zag de aanpak van de eerdere Integrale Vroeghulp Utrecht eruit en wat leverde het op?”	15
2.1 Werkwijze Integrale Vroeghulp.....	15
2.1.1 Doelstellingen.....	15
2.1.2 De zeven bouwstenen van Integrale Vroeghulp Utrecht	15
2.1.3 Betrokkenen	17

2.1.4 Benodigde competenties	18
2.2 Wat het oplevert	19
2.3 Overdracht naar de gemeenten	19
2.4 Samenvatting.....	20
3. Deelvraag 2: "Wat is de huidige aanpak van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal en wat levert het op om hulpvragen van kinderen van 0-7 jaar met problematiek op meerdere ontwikkelingsgebieden en/of medische problematiek te achterhalen en om te zetten in een passend hulpaanbod?"	21
3.1 Werkwijze Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal	21
3.1.1 Doelstellingen.....	21
3.1.2 Stappen van aanmelding tot hulpaanbod	22
3.1.3 Betrokkenen	22
3.1.4 Benodigde competenties	23
3.2 Wat het oplevert	23
3.2.1 Werkwijze algemeen	23
3.2.2 Expertise	23
3.2.3 Samenwerking met betrokkenen	24
3.2.4 Bekendheid.....	24
3.2.5 Waarborging kwaliteit	24
3.3 Samenvatting.....	25
4. Deelvraag 3: "Op welke wijze hebben andere gemeenten de aanpak van de eerdere Integrale Vroeghulp Utrecht een plek gegeven in hun beleid en wat levert het op?"	26
4.1 Het gemeentelijk geïntegreerd jeugdmodel	26
4.1.1 De werkwijze van Noord-Veluwe	26
4.1.2 De werkwijze van gemeente Scherpenzeel.....	27
4.1.3 De werkwijze van gemeente Ede	29
4.2 Veldpartijenmodel.....	31
4.2.1 De werkwijze gemeente Gouda	31
4.2.2 De werkwijze gemeente Barneveld.....	32
4.2.3 De Werkwijze gemeente Zeist.....	33
4.3 Het (regionaal) gezondheidsmodel	35
4.3.1 De werkwijze van gemeente IJsselstein	35
4.4 Samenvatting.....	35
5. Deelvraag 4: "Wat staat er in de literatuur beschreven over problematiek op meerdere ontwikkelingsgebieden en/of medische problematiek bij kinderen van 0-7 jaar en wat is nodig om hierbij de juiste hulp te kunnen bieden?"	37

5.1 Normale en afwijkende ontwikkeling.....	37
5.1.1 Het kind kennen	37
5.1.2 Ontwikkelingsopgaven	37
5.1.3 Chronische ziekten	39
5.1.4 Enkelvoudige of meervoudige handicap	39
5.2 Bruikbare bouwstenen voor het bieden van de juiste hulp.....	39
5.2.1 De individuele werker	39
5.2.2 Werken in de organisatie	40
5.3 Samenvatting.....	42
6. Conclusie	43
6.1 Bouwsteen 1: Vroege signalering.....	43
6.2 Bouwsteen 2: Multidisciplinaire diagnostiek	43
6.3 Bouwsteen 3: Multidisciplinair adviesplan.....	44
6.4 Bouwsteen 4: Informatie en advies voor gezinnen en trajectbegeleiding.....	44
6.5 Bouwsteen 5: (preventieve) Gezinsondersteuning.....	44
6.6 Bouwsteen 6: Zorg en onderwijs.....	45
6.7 Bouwsteen 7: Ketennetwerk.....	45
7. Aanbevelingen	47
7.1 Eenduidige werkwijze.....	47
7.1.1 Aanbeveling 1	47
7.1.2 Aanbeveling 2	47
7.1.3 Aanbeveling 3	47
7.2 Profilering.....	47
7.2.1 Aanbeveling 4	47
7.2.2 Aanbeveling 5	47
7.3 Multidisciplinair werken.....	48
7.3.1 Aanbeveling 6	48
7.4 Samenwerking	48
7.4.1 Aanbeveling 7	48
7.4.2 Aanbeveling 8	48
7.5 Voorbeelduitwerking.....	48
8. Discussie.....	50
8.1 Formulering deelvragen	50
8.2 Provincie Utrecht.....	50

8.3 Hoeveelheid interviews.....	51
8.4 Interview Kinder Company.....	51
8.5 Fragmentenschema's	51
8.6 Ontwikkelingen.....	51
8.7 Deelvraag vijf.....	51
8.8 Eerder onderzoek	52
8.9 Vervolgonderzoek	52
9. Productevaluatie en procesevaluatie	53
9.1 Doelstellingen.....	53
9.1.1 Doelstelling 1	53
9.1.2 Doelstelling 2	53
9.1.3 Doelstelling 3	54
9.1.4 Het eindproduct	54
9.2 Het proces	54
9.2.1 De beginsituatie.....	54
9.2.2 De planning.....	55
9.2.3 De communicatie.....	55
10. Bronvermelding	56
11. Bijlagen.....	59
11.1 Bijlage 1: Huidige werkwijze aanmeldingen.....	59
11.2 Bijlage 2: Handreiking Regio Noord-Veluwe	60
11.3 Bijlage 3: Handreiking Regio Midden-Holland.....	61
11.4 Bijlage 4: Handreiking gemeente IJsselstein	64

1. Methodologie

1.1 Aanleiding en achtergrond, resulterend in de probleemstelling

“Ouders vragen zich regelmatig af ‘of ze het goed doen’, hoe zij hun opvoeding kunnen aanpassen aan ‘de moderne tijd’, en zoeken informatie over opvoeden. Het komt soms ook voor dat ouders of een kind professionele steun nodig hebben om een goede ontwikkeling van het kind mogelijk te maken. Mijn jeugdbeleid richt zich op beide: stimuleren van gezond en veilig opgroeien en opvoeden én het op tijd signaleren en aanpakken van belemmeringen in de ontwikkeling van een kind. Gemeenten hebben de regie over het lokale jeugdbeleid. Zij staan het dichtst bij de inwoners van hun gemeente en kennen hun wensen het beste. Gemeenten zijn dan ook prima in staat om kinderen en gezinnen waar nodig te ondersteunen en de samenwerking met professionals te organiseren. Lokaal maatwerk vormt hiervoor het uitgangspunt.”, aldus een citaat van Andre Rouvoet (Rouvoet, 2009, p. 3)

1.1.1 Centra voor Jeugd en Gezin

In 2007 werd André Rouvoet beëdigd als minister voor Jeugd en Gezin. Zijn focus lag onder andere op het realiseren van Centra voor Jeugd en Gezin. Ouders, kinderen, jongeren en professionals kunnen hier terecht met al hun vragen op het gebied van opvoeden en opgroeien. In 2008 werden de eerste Centra voor Jeugd en Gezin verwezenlijkt. Gemeenten voeren zelf regie over en geven een eigen invulling aan deze centra (Rijksoverheid, 2009).

1.1.2 Transitie Jeugdzorg

Begin 2015 was er een verandering gaande op macroniveau door de transitie van de Jeugdzorg, waardoor op mesoniveau ook wijzigingen hebben plaatsgevonden. Om de grote druk op gespecialiseerde zorg in Nederland te verminderen en de verkokerde manier van werken binnen jeugdzorg aan te pakken, heeft het kabinet ervoor gekozen een stelselwijziging door te voeren. De verantwoordelijkheid voor Jeugdzorg werd per januari 2015 overgeheveld naar de gemeenten (Movisie, 2015).

Deze decentralisatie zorgt ervoor dat het aanbod dichterbij de burger georganiseerd wordt: daar waar de vraag zich feitelijk voordoet. De gemeente is als geen ander in staat om verbindingen te leggen en krijgt in het huidige beleid steeds meer mogelijkheden om op lokaal, microniveau een samenhangend beleid te voeren (Roos, 2012). Het jeugdbeleid richt zich steeds meer op preventief en vroegtijdig handelen. Het uitgangspunt hierbij is dat kinderen en ouders snel, integraal en in hun vertrouwde omgeving extra ondersteuning krijgen.

Ook in de doelstellingen van de nieuwe Jeugdwet is dit terug te lezen:

1. Eerder de juiste hulp op maat bieden om jeugdigen en gezinnen zo snel mogelijk, zo dichtbij mogelijk en zo effectief mogelijk hulp te bieden met aandacht voor de (kosten)effectiviteit van de geboden hulp.
2. Integrale hulp aan gezinnen volgens het uitgangspunt één gezin, één plan, één regisseur (Movisie, 2015).

1.1.3 Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal

Door bovengenoemde transitie hebben gemeenten de opdracht om voor alle doelgroepen de juiste hulpverlening op te zetten. De gemeente Veenendaal heeft een aantal bouwstenen van de eerdere aanpak van Integrale Vroeghulp Utrecht een plaats gegeven in het huidige beleid van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal. Zij hopen dat deze bouwstenen van meerwaarde zijn in hun aanpak, om ook kinderen van 0-7 jaar een plek te geven binnen de hulpverlening. Integrale Vroeghulp Utrecht bood voorheen ondersteuning aan gezinnen met jonge kinderen met ontwikkelingsachterstand en/of gedragsproblematiek.

In gesprek met Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal werd duidelijk dat zij de volgende doelstellingen hanteren:

1. Kinderen (0-7 jaar) die zorg nodig hebben zijn of komen vroegtijdig in beeld;
2. Er wordt gekeken naar de verschillende ontwikkelingsgebieden van het kind en er worden verbanden gelegd met de verschillende expertises en disciplines;
3. Er wordt samen een lijn uitgezet, een plan van aanpak gemaakt en ouders worden daarin meegenomen.

1.1.4 Huidige werkwijze

De huidige werkwijze van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal kan als volgt omschreven worden: Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal bestaat uit vier verschillende jeugdteams. Deze vier jeugdteams zijn verdeeld over vier verschillende wijken in Veenendaal. Elk jeugdteam bestaat uit ongeveer tien medewerkers. Vanuit elk jeugdteam neemt iemand zitting in het expertiseteam. Deze mensen hebben specifieke kennis met betrekking tot het jonge kind en zijn ontwikkeling. Het expertiseteam bestaat uit vier mensen van de jeugdteams en hebben een netwerk om zich heen staan van verschillende experts, die zij in kunnen schakelen wanneer dat wenselijk is.

Aanmeldingen voor Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal kunnen gedaan worden door ouders of verzorgers en door verwijzers met toestemming van ouders/verzorgers. Deze meldingen komen binnen via het algemene telefoonnummer, het algemene e-mailadres of het aanmeldingsformulier op de website. Het secretariaat verdeelt deze meldingen over de verschillende jeugdteams, uitgaande van de postcode van het aangemelde kind. In het desbetreffende jeugdteam wordt de casus in het wekelijkse overleg besproken. In dit overleg wordt besloten of de casus door één van de teamleden wordt opgepakt of doorgestuurd wordt naar het expertiseteam. Het expertiseteam bespreekt de casus in het maandelijkse overleg opnieuw. Dit doen zij desgewenst met experts uit het netwerk zoals een kinderarts, een fysiotherapeut of een gedragsdeskundige. Vervolgens kunnen zij ervoor kiezen om de casus met advies terug te leggen bij het jeugdteam of hier zelf mee aan de slag te gaan. De jeugdteams en het expertiseteam hebben de mogelijkheid om de cliënt door te verwijzen naar andere instanties voor verdere gespecialiseerde hulp. Een duidelijk overzicht van de huidige werkwijze is te vinden in bijlage 1. De teams richten zich op de doelgroep kinderen in de leeftijd van 0-7 jaar met problematiek op meerdere ontwikkelingsgebieden en/of medische problematiek.

1.1.5 Onduidelijkheid

Medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal hebben aangegeven dat het onduidelijk is welke bouwstenen van de eerdere Integrale Vroeghulp Utrecht zinvol zijn om de hulpvragen te achterhalen en om te weten op welke wijze de hulpvragen omgezet kunnen worden in een passend hulpaanbod.

1.1.6 De meerwaarde van het voorgenomen onderzoek

De meerwaarde van dit onderzoek heeft te maken met de transitie die in 2015 heeft plaatsgevonden, waardoor Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal geprobeerd heeft de aanpak van de Integrale Vroeghulp een plek te geven in het huidige beleid. In dit onderzoek is nagegaan in hoeverre de huidige aanpak van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal zinvol en werkzaam is om de doelgroep op de juiste manier te blijven bedienen. Het eindresultaat is van waarde, aangezien Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal meer inzicht heeft gekregen in de huidige aanpak en de mogelijkheid heeft om deze aanpak te verbeteren en te verantwoorden.

1.1.7 Probleemstelling

Zoals hierboven beschreven is het voor de medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal onduidelijk welke bouwstenen van de eerdere Integrale Vroeghulp Utrecht werkzaam kunnen zijn en wat er aan toegevoegd moet worden om de hulpvragen van kinderen van 0-7 jaar te achterhalen en om te zetten in een passend hulpaanbod.

1.1.8 Begrippen

Centrum voor Jeugd en Gezin in Veenendaal:

“Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal is er voor ouders of opvoeders, kinderen, jongeren (tot 18 jaar) en professionals in Veenendaal.” (Gemeente Veenendaal, 2017) Voor allerlei vragen kunnen ouders bij hen terecht over opgroeien en opvoeden zoals: slapen, zindelijkheid, voeding, pesten, alcohol, school(keuze), relaties, seksualiteit, et cetera. In dit onderzoek wordt toegespitst op de vier jeugdteams en het expertiseteam van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal.

Eerdere Integrale Vroeghulp Utrecht:

Er zijn veel verschillende organisaties die ondersteuning bieden aan gezinnen met jonge kinderen met een ontwikkelingsachterstand of gedragsproblemen. Bij Integrale Vroeghulp werkten een aantal organisaties samen zoals MEE, kinderrevalidatie en kinderdagcentra. De integrale werkwijze was zichtbaar in de samenwerking die ervoor zorgde dat een ieder zijn of haar eigen deskundigheid meebracht en er vanuit alle kanten naar de situatie werd gekeken. Zo werd geprobeerd vragen snel, gericht en doeltreffend te beantwoorden (Integrale Vroeghulp, Integrale Vroeghulp).

Bouwstenen:

Aspecten of onderdelen van de aanpak van eerdere Integrale Vroeghulp Utrecht.

Kinderen van 0-7 jaar:

Kinderen van 0-7 jaar vormen in het onderzoek de doelgroep. Deze kinderen hebben problematiek op meerdere ontwikkelingsgebieden en/of medisch gebied.

Passend hulpaanbod:

Hulpverlening die aansluit bij de hulpvraag.

1.2 Hoofd- en deelvragen

1.2.1 Hoofdvraag

De hoofdvraag van dit afstudeeronderzoek luidt: “Welke bouwstenen van de eerdere Integrale Vroeghulp Utrecht zijn voor medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal werkzaam en wat moet daaraan toegevoegd worden om de hulpvragen van kinderen van 0-7 jaar te achterhalen en om te zetten in een passend hulpaanbod?”

1.2.2 Deelvragen

1. Hoe zag de aanpak van de eerdere Integrale Vroeghulp Utrecht eruit en wat leverde het op?
2. Wat is de huidige aanpak van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal en wat levert het op om hulpvragen van kinderen van 0-7 jaar met problematiek op meerdere ontwikkelingsgebieden en/of medische problematiek te achterhalen en om te zetten in een passend hulpaanbod?
3. Op welke wijze hebben anderen gemeenten de aanpak van de eerdere Integrale Vroeghulp Utrecht een plek gegeven in hun beleid en wat levert het op?
4. Wat staat er in de literatuur beschreven over problematiek op meerdere ontwikkelingsgebieden en/of medische problematiek bij kinderen van 0-7 jaar en wat is nodig om hierbij de juiste hulp te bieden?

1.3 Beschrijving en verantwoording van de gekozen onderzoeksmethoden

1.3.1 Type onderzoek

Er zijn twee soorten onderzoeken: kwalitatief en kwantitatief. In het geval van een open onderzoeksvraag wordt er gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek. Bij deze vorm van onderzoek

gaat het vooral om het verkrijgen van inzichten en minder om harde, getalsmatig onderbouwde feiten zoals bij kwantitatief onderzoek het geval is (Baarda, 2013).

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de kwalitatieve onderzoeksmethode. Dit is een vorm van onderzoek waarbij het gaat over achterliggende motieven, achtergronden, emoties en gedrag. Daarnaast is kwalitatief onderzoek interpretatief en subjectief. Voor deze onderzoeksmethode is gekozen, vanwege het feit dat er geïnventariseerd wordt op welke wijze de medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal de doelgroep het beste kunnen bedienen.

1.3.2 Onderzoeksmethoden

Op basis van de verzamelde informatie van de deelvragen is er een antwoord geformuleerd op de hoofdvraag. Om tot de juiste beantwoording te komen, is er gebruik gemaakt van triangulatie. Dit wil zeggen dat er verschillende dataverzamelmethode zijn benut. Het doel hiervan is de geldigheid van het onderzoek te bevorderen (Baarda, 2013). De twee dataverzamelmethode die gebruikt zijn in dit onderzoek, zijn interviews en literatuuronderzoek.

1.3.2.1 Interviews

Om na te gaan hoe de aanpak van de Integrale Vroeghulp Utrecht eruitzag, maar vooral welke resultaten dit gaf (deelvraag 1), zijn er drie semigestructureerde interviews afgenomen met personen die bij deze instantie hebben gewerkt. Dit betreffen Nicole Becker, Susan Osterop en Gertine Leijenhorst. Hiervoor is het netwerk van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal benut.

Om helder te krijgen wat de huidige aanpak van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal is en wat de resultaten daarvan zijn (deelvraag 2), zijn er zes semigestructureerde interviews met medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal gehouden. De medewerkers zijn Nicole Becker, Myriam Bieringa, Carisia Veldstra, Marieke Hendriks, Sandra Hertog en Gertine Leijenhorst.

Ten slotte is er naar een antwoord gezocht op de vraag op welke wijze andere gemeenten de aanpak van de eerdere Integrale Vroeghulp Utrecht een plek hebben gegeven in hun beleid en wat daarvan het resultaat is (deelvraag 3). Hiervoor zijn vier semigestructureerde interviews afgenomen met Karina van Triest (Barneveld), Ine Grotelaar (Scherpenzeel), Christa Graafland (Zeist) en José van der Linden (Ede).

1.3.2.1.1 Verantwoording en risico's interviews

Volgens Baarda (2013) zijn er twee soorten interviews: gestructureerd en ongestructureerd. Bij een gestructureerd interview staan de vragen en de volgorde hiervan vast en bij een ongestructureerde aanpak niet. In dit onderzoek zijn er semigestructureerde interviews gehouden. Dit betekent dat de vragen en antwoorden niet vastliggen, maar de onderwerpen wel. Dit is noodzakelijk aangezien er tijdens de interviews op deze manier doorgevraagd is naar onderliggende aspecten. Er zijn kwalitatieve en diepe vragen gesteld, waarbij een algemeen interviewschema is gebruikt. Tijdens de interviews is hier wel van afgeweken. Hierdoor is er meer gedetailleerdere informatie verkregen.

Het aantal interviews stond niet vast. Met de interviews van deelvragen één en twee is doorgegaan tot saturatie (verzadiging) op is getreden. Dit betekent dat zich geen nieuwe inzichten meer voordoen (Baarda, 2013). Dit is gecontroleerd op het moment van uitwerken en labelen van elk gehouden interview. Op het moment dat er geen nieuwe labels voordoen, is het verzadigingspunt bereikt. Wanneer dit punt nog niet was bereikt, zouden er meer interviews gehouden moeten zijn dan eerder genoemd. Dit aantal was slechts een richtlijn.

Bij interviews van deelvraag drie lag dit anders, aangezien het hierbij draaide om het verkrijgen van een aantal praktijkvoorbeelden. Het verzadigingspunt was hierbij niet van toepassing.

Er zijn op drie niveaus interviews afgenomen, wat de reikwijdte van het onderzoek heeft vergroot: eerdere Integrale Vroeghulp Utrecht, Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal en andere gemeenten.

Een risico van het houden van interviews was kokervisie. Dit houdt in dat er door de onderzoekers te snel een aanname gedaan wordt, waardoor de vraagstelling te gericht wordt. Dit is geprobeerd te voorkomen door een objectieve topiclijst en vragenlijst op te stellen. Deze lijsten zijn ter controle voorgelegd aan de afstudeerbegeleider. Hij heeft dit gecontroleerd op objectiviteit.

Een ander risico bestond in het uitwerken van de interviews. De mogelijkheid bestond dat er een te snelle interpretatie gedaan zou worden, waardoor verkeerde conclusies zijn getrokken. Om dit te voorkomen zijn alle interviews letterlijk getranscribeerd, geschraapt en gelabeld. Bij het labelen is zoveel mogelijk van de letterlijke tekst uitgegaan en is er zo dicht mogelijk bij de letterlijke tekst gebleven. Hierdoor is een te vroege interpretatie van de interviews voorkomen.

Tevens is er gebruik gemaakt van een fragmentenschema. Deze is voorgelegd aan alle vroeghulpteamleden, door hen doorgelezen en ingevuld. Het doel hiervan was te toetsen welke bevindingen door meerdere vroeghulpteamleden gedragen werden. Hierdoor zijn er sterkere conclusies neergezet en is een eigen interpretatie door de onderzoekers voorkomen.

Een laatste risico was non-respons. Dit leidt er toe dat er minder data verzameld zal worden dan van tevoren beoogd was. Non-respons kan ontstaan door drie zaken: non-respons als gevolg van geen contact, non-respons als gevolg van weigering en non-respons als gevolg van niet in staat. (Bethlehem, 2009) In deelvraag drie zijn twee zaken van non-respons van toepassing geweest, namelijk non-respons als gevolg van geen contact en non-respons van weigering. Door gebruik te maken van het netwerk van de opdrachtgever, zijn er toch voldoende interviews gerealiseerd.

1.3.2.2 Literatuuronderzoek

De tweede onderzoeksmethode is literatuuronderzoek. Er zijn drie redenen om gebruik te maken van deze onderzoeksmethode:

- A. Het definiëren en meten van kenmerken;
- B. Het maken van een onderzoeksopzet;
- C. Het ontwikkelen van een theorie (Baarda, 2013).

In de vierde deelvraag is er een antwoord gezocht op de vraag wat er bekend is over ontwikkelingsproblematiek bij kinderen van 0-7 jaar op meerdere ontwikkelingsgebieden en/of medische problematiek en de manier waarop de hulpvragen te achterhalen zijn. Dit sluit aan bij de reden dat er literatuuronderzoek is gedaan voor het definiëren en meten van kenmerken. Er is op verschillende wijzen gezocht:

- Er is gebruikt gemaakt van de databank Bolas, om wetenschappelijke en betrouwbare bronnen te bemachtigen. Daarnaast is er ook gebruikt gemaakt van de zoekmachine Google Scholar en Google Books.
- De zoektermen waarmee gezocht is: “ontwikkelingsproblematiek”, “medische problematiek kinderen”, “problemen ontwikkelingsvoortgang”, “vroegsignalering”, “aanpak vroegsignalering”, “achterhalen hulpvraag kinderen” of “hulpaanbod vroeghulp”.
Tevens zijn er Engelse zoektermen gebruikt. Voorbeelden zijn: “development issues” of “signaling development issues”.

De deelvragen één tot en met drie zijn grotendeels beantwoord door data verzameld uit interviews. Deze data is onderbouwd met literatuur. Dit heeft de validiteit bevordert van het onderzoek, aangezien praktijk en theorie aan elkaar gekoppeld zijn.

1.3.2.2.1 Verantwoording en risico's literatuuronderzoek

In het onderzoek is een antwoord gegeven op de vraag welke bouwstenen van de eerdere Integrale Vroeghulp Utrecht werkzaam zijn voor medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal en wat daaraan toegevoegd moet worden om de hulpvragen van kinderen van 0-7 jaar te achterhalen en om te zetten in een passend hulpaanbod. Het was van belang bevindingen die beschreven zijn in de literatuur te betrekken in dit onderzoek. Dit heeft een bredere kijk op desbetreffende zaken gegeven en voorkwam heronderzoek naar iets dat reeds bekend was.

Er is gebruik gemaakt van de databank Bolas om wetenschappelijke en betrouwbare bronnen te vinden en te verwerken in dit onderzoek. Dit heeft de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd. Van risico's was in dit geval geen sprake.

1.3.2 Wijze van analyseren

Analyse heeft plaatsgevonden door interviews op te delen in fragmenten, te labelen en onder te verdelen in kernlabels. Hierdoor ontstond een overzicht van alle verzamelde data uit de interviews. De informatie verkregen vanuit Integrale Vroeghulp zijn vergeleken met de werkwijze van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal. Vervolgens heeft er een vergelijking plaatsgevonden met de werkwijze van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal en andere centra voor Jeugd en Gezin. Deze vergelijkingen leidden tot een genuanceerde conclusie.

Het analyseren van de literatuur is gedaan met als leidraad de zeven bouwstenen van de eerdere Integrale Vroeghulp. Dit vormde een kader waarbinnen het literatuuronderzoek plaats kon vinden en leverde bruikbare informatie voor dit onderzoek op.

1.4 Doelstellingen, doelgroep en beoogde resultaten

1.4.1 Microniveau

Doelstelling 1:

Aan het einde van dit onderzoek hebben de medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal een overzicht van geslaagde handelingswijzen van de eerdere Integrale Vroeghulp en andere gemeenten, waarvan zij gebruik kunnen maken om te komen tot een werkzame manier van hulpverlening, om ontwikkeling van kinderen van 0-7 jaar met problematiek op meerdere ontwikkelingsgebieden en/of medische problematiek te vergroten.

Kinderen van 0 - 7 jaar met problematiek op meerdere ontwikkelingsgebieden en/of medische problematiek vormden de doelgroep van dit onderzoek. Het beoogde onderzoeksdoel omvatte de resultaten van dit onderzoek, die ten uitvoer gebracht konden worden in de werkwijze van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal. Dit beoogde doel is gerealiseerd, doordat er overzicht is ontstaan van de handelingswijzen van de eerdere Integrale Vroeghulp en handelingswijzen van Centra voor Jeugd en Gezin van andere gemeenten. Er is nagegaan hoe deze handelingswijzen verbonden en samengevoegd konden worden met de werkwijze van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal. De verwachting is dat de aanbevelingen, die voortgevloeid zijn uit het betoog, bij zal dragen aan een betere werkwijze voor Centrum voor Jeugd en Gezin, wat het komen tot een passend hulpaanbod zal bevorderen en bij zal dragen aan het vergroten van een zo optimaal mogelijke ontwikkeling van de kinderen.

1.4.2 Mesoniveau

Doelstelling 2:

Aan het einde van dit onderzoek hebben de medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal een overzicht van geslaagde handelingswijzen van de eerdere Integrale Vroeghulp en andere gemeenten, waarvan zij gebruik kunnen maken om te komen tot een werkzame manier van hulpverlening, zodat tijd en geld bespaard worden en mogelijk meer werkplezier ervaren wordt.

Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal heeft de vraag voorgelegd op welke wijze zij de hulpvraag van kinderen in de leeftijd van 0 - 7 jaar kunnen achterhalen en om kunnen zetten in een passend hulpaanbod. Om te voorkomen dat de hulpverlening zijn doel mist, was het goed om een antwoord op de voorgelegde vraag te formuleren. Door de aanbevelingen uit dit onderzoek te implementeren in de werkwijze van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal, komt mogelijk een snellere effectieve hulpverlening op gang. Het voordeel hiervan is dat zij tegelijkertijd een preventief onderdeel in zicht heeft en mogelijk tijdsruimte voor andere zaken vergroot en geld bespaart. Ook kan dit resulteren in een hogere mate van werkplezier bij de werknemers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal, aangezien beoogde resultaten eerder behaald kunnen worden.

1.4.3 Macroniveau

Doelstelling 3:

Aan het einde van dit onderzoek hebben de medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal de mogelijkheid om het onderzoeksverslag en de onderzoeksresultaten voor te leggen aan andere Centra voor Jeugd en Gezin in Nederland. Op deze manier kunnen zij hen informeren over een werkzame aanpak, waarbij de hulpvragen van kinderen van 0 - 7 jaar achterhaald worden en omgezet kunnen worden in een passend hulpaanbod en hen te stimuleren ook gebruik te maken van deze aanpak.

Bij de doelstellingen op macroniveau is ervoor gekozen om verschillende Centra voor Jeugd en Gezin in Nederland te betrekken. Elk Centrum voor Jeugd en Gezin in Nederland had of heeft immers de vraag voorgelegd gekregen op welke manier zij de doelstellingen uit de nieuwe Jeugdwet een plaats kunnen geven in de aanpak. De betreffende doelstellingen in het verband van dit onderzoek waren:

- Eerder de juiste hulp op maat te bieden om jeugdigen en gezinnen zo snel mogelijk, zo dichtbij mogelijk en zo effectief mogelijk hulp te bieden met aandacht voor de (kosten)effectiviteit van de geboden hulp;
- Integrale hulp aan gezinnen volgens het uitgangspunt één gezin, één plan, één regisseur (Movisie, 2015).

Andere Centra voor Jeugd en Gezin zouden hun voordeel kunnen doen met de resultaten van dit onderzoek.

1.5 Resultaten

De resultaten die uit bovengenoemde doelstellingen ontstaan zijn, omvatten een betoog met daarin beschreven uitkomsten van de vier deelvragen, een conclusie en een achttal aanbevelingen in antwoord op de gestelde hoofdvraag: *Welke bouwstenen van de eerdere Integrale Vroeghulp Utrecht zijn voor medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal werkzaam en wat moet daaraan toegevoegd worden om de hulpvragen van kinderen van 0-7 jaar te achterhalen en om te zetten in een passend hulpaanbod?*

Daarnaast is er een praktische uitwerking gemaakt van de eerste drie aanbevelingen, om medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal een opzet te geven om praktisch aan de slag te gaan met de aanbevelingen en dit te implementeren in de aanpak.

1.6 Beredenerende inhoudsopgave

Na het verzamelen van data aan de hand van literatuuronderzoek en interviews, is de informatie geanalyseerd en verwerkt. Dit is op de volgende manier uitgewerkt in het onderzoeksverslag.

Hoofdstuk 1 omvat de methodologie. Allereerst wordt achtergrond van het probleem geschetst, wat resulteert in de probleemstelling. De probleemstelling is omgeklapt tot vraagstelling, waaronder vier deelvragen geformuleerd zijn. Dan volgt een beschrijving en verantwoording van de gekozen

onderzoeksmethoden en zullen de doelstellingen, de doelgroep en de beoogde resultaten verwoord worden.

Hoofdstuk 2 gaat in op deelvraag één: “Hoe zag de aanpak van de eerdere Integrale Vroeghulp Utrecht eruit en wat leverde het op?” Data, verzameld door middel van interviews en literatuuronderzoek, zijn in deze deelvraag uitgewerkt.

Hoofdstuk 3 vermeldt een antwoord op deelvraag twee: “Wat is de huidige aanpak van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal en wat levert het op om hulpvragen van kinderen van 0 - 7 jaar met problematiek op meerdere ontwikkelingsgebieden en/of medische problematiek te achterhalen en om te zetten in een passend hulpaanbod?” De uitwerking is gemaakt aan de hand van een rapport en de gehouden interviews met medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal.

Hoofdstuk 4 geeft antwoord op deelvraag drie: “Op welke wijze hebben anderen gemeenten de aanpak van de eerdere Integrale Vroeghulp Utrecht een plek gegeven in hun beleid en wat levert het op?” Deze deelvraag is uitgewerkt aan de hand van drie gemeentelijke modellen, waaronder de werkwijzen van andere Centra voor Jeugd en Gezin geschikt zijn. Deze informatie over de werkwijzen is verzameld door middel van interviews en uit de literatuur.

Hoofdstuk 5 geeft tenslotte antwoord op deelvraag vier: “Wat staat er in de literatuur beschreven over problematiek op meerdere ontwikkelingsgebieden en/of medische problematiek bij kinderen van 0 - 7 jaar en wat is nodig om hierbij de juiste hulp te bieden?” Hierbij is overzicht gecreëerd over de normale en de afwijkende ontwikkeling van kinderen. Daarnaast beschrijft dit hoofdstuk wat nodig is om als individuele werker en als organisatie de juiste hulp te kunnen bieden aan deze doelgroep.

In hoofdstuk 6 volgt een conclusie, die opgesteld is aan de hand van de uitgewerkte deelvragen één tot en met vier.

Hoofdstuk 7 vloeit voort uit hoofdstuk zes, waarin een achttal aanbevelingen concreet beschreven worden.

Hoofdstuk 8 is een discussie, waarin alle gewijzigde onderdelen en voornemens beschreven en verantwoord worden.

Hoofdstuk 9 bevat de evaluatie van het product en het onderzoeksproces, waarin duidelijk wordt hoe het proces van dit onderzoek verlopen is.

Hoofdstuk 10 omvat de bronvermelding.

Hoofdstuk 11 tenslotte geeft een overzicht van alle bijlagen.

2. Deelvraag 1: “Hoe zag de aanpak van de eerdere Integrale Vroeghulp Utrecht eruit en wat leverde het op?”

In dit hoofdstuk wordt informatie weergegeven over de aanpak van de eerdere Integrale Vroeghulp van de provincie Utrecht en wat deze aanpak opleverde. De informatie is uit de gehouden interviews gehaald, te vinden in het bronnenboek, en aangevuld met informatie uit literatuur. Er hebben een drietal interviews plaatsgevonden, waarvan één met de landelijke coördinator van Integrale Vroeghulp Susan Osterop en twee met trajectbegeleiders van Integrale Vroeghulp: Nicole Becker en Gertine Leijenhorst. De doelstellingen resulterend in zeven bouwstenen worden vermeld. Eveneens worden de betrokken partijen bij deze werkwijze en de competenties van de professionals in kaart gebracht. Ter afsluiting wordt de overdracht van de Integrale Vroeghulp naar de gemeenten toegelicht.

2.1 Werkwijze Integrale Vroeghulp

2.1.1 Doelstellingen

De landelijke coördinator, Osterop, omschrijft in het interview de Integrale Vroeghulp als volgt: *“Integrale Vroeghulp is een netwerkorganisatie met allemaal verschillende partners, die werken volgens het principe van de zeven bouwstenen.”* (I2F2). De zeven bouwstenen, vermeld op de website van Integrale Vroeghulp, zijn:

1. Vroege signalering
2. Multidisciplinaire diagnostiek
3. Multidisciplinair adviesplan
4. Informatie en advies voor gezinnen en trajectbegeleiding
5. Gezinsondersteuning
6. Zorg en onderwijs
7. Ketennetwerk

Deze bouwstenen zijn voortgekomen uit een innovatie, Vroeg Voortdurend Integraal (VVI), op de eerdere Integrale Vroeghulp. Er waren knelpunten in het systeem van de Integrale Vroeghulp, waarvoor verbetering nodig was. Hieruit is de VVI ontstaan, bestaande uit de zeven bovengenoemde bouwstenen (Vroeghulp, De bouwstenen in beeld, 2014).

Integrale Vroeghulp bestond landelijk uit multidisciplinaire netwerken die zorgden voor het vroege signaleren, diagnosticeren en het ondersteunen van problemen rondom de ontwikkeling van jonge kinderen (0-7jaar) en een ontwikkelingsachterstand hebben als gevolg van een beperking (Ministerie van Veiligheid en Justitie, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, & Integrale Vroeghulp, 2014). Voorbeelden van deze beperkingen zijn: chronische ziekte, handicap of meervoudige handicap.

De Integrale Vroeghulp was, volgens Osterop, zo georganiseerd dat alle partners betrekking hadden op deze bouwstenen. De zeven bouwstenen werden gezien als een kapstok waar de expertise rondom het jonge kind met meervoudige vragen gebundeld waren (I2F6, I2F8).

2.1.2 De zeven bouwstenen van Integrale Vroeghulp Utrecht

2.1.2.1 Bouwsteen 1: Vroege signalering

De handreiking Integrale Vroeghulp (2014) geeft aan dat het bij vroege signalering gaat om het nog vroeger signaleren van kinderen (0-7 jaar) met een beperking. Hierdoor wordt er op tijd diagnostiek, zorg en ondersteuning geboden, zodat de ontwikkeling van een kind optimaal gestimuleerd wordt en grotere problemen worden voorkomen. Signaleren gebeurt op plaatsen waar het jonge kind en de ouders komen, te denken aan: peuterspeelzalen, kinderopvang, consultatiebureau, artsen, wijk- en gebiedsteams, revalidatie-instellingen en instellingen voor gehandicaptenzorg.

Osterop geeft in het interview aan dat het van belang is wanneer ouders of professionals problemen signaleren, zij weten bij wie zij terecht kunnen. Het moet duidelijk zijn waarnaar doorverwezen kan worden. Het consultatiebureau en ziekenhuizen hadden hierbij een belangrijke regiefunctie voor het vroege signaleren (I2F12).

2.1.2.2 Bouwsteen 2: Multidisciplinaire diagnostiek

De hulpvraag, vaak op meerdere gebieden, komt altijd vanuit de ouders. Met ouders wordt besproken wat de daadwerkelijke hulpvraag is. Vanuit verschillende disciplines wordt samengewerkt om tot een samenhangende diagnose te komen. Osterop zegt het volgende over bouwsteen twee: *“Het belangrijkste van deze bouwsteen is dat iemand die regiehouder van een casus is, weet wat er allemaal voor diagnostiek mogelijk is en wie daarvoor ingeschakeld moet worden. Het is een sociale kaart van de diagnostiek op het gebied van kinderen van 0-7 jaar met ernstige problematiek.”* (I2F15). De handreiking (2014) geeft een aanvulling op hetgeen Osterop zegt over bouwsteen twee. Om de hulpvraag te verduidelijken en tot een samenhangende diagnose te komen is er een multidisciplinair overleg nodig. Bij een multidisciplinair overleg zijn altijd de medische kant (kinderarts of revalidatiearts), gedragswetenschappers, de regiehouder van het gezin, de coördinator en de ouders met het kind aanwezig. In sommige situaties is het noodzakelijk om een fysiotherapeut of logopediste uit te nodigen bij het overleg.

2.1.2.3 Bouwsteen 3: Multidisciplinair adviesplan

Het advies vanuit verschillende disciplines wordt gebundeld tot één plan, waarin aandacht is voor zorg en onderwijs voor het kind en ondersteuning voor het gezin. Osterop (I2F23) geeft aan dat ouders altijd de regie hebben in de gehele keten. De ouders hebben de rol van regisseur. De handreiking (2014) beschrijft wat er in dit plan beschreven staat:

- De inzet die ouders en kind zelf kunnen leveren.
- De (tijdelijke) ondersteuning die nodig is.
- De professionele inzet die geleverd wordt.

2.1.2.4 Bouwsteen 4: Informatie, advies en trajectbegeleiding

Op de website van de Integrale Vroeghulp (2014) staat vermeld dat een trajectbegeleider wordt gekoppeld aan een gezin. Deze trajectbegeleider begeleidt, ondersteunt en adviseert ouders. Deze begeleiding is beschikbaar gedurende het hele traject, van hulpvraag tot de realisatie van een passend hulpaanbod, en kan meerjarig zijn. Voor ouders is er één loket waar zij informatie en advies kunnen inwinnen over hun kind.

2.1.2.5 Bouwsteen 5: (Preventieve) gezinsondersteuning

Het gezin wordt ondersteund door middel van preventieve programma's. De programma's helpen om de ontwikkeling van het kind te stimuleren en ouders te helpen bij de opvoeding (Vroeghulp, 2014). Volgens Osterop werd ernaar gestreefd dat de trajectbegeleider de sociale kaart van de (preventieve) gezinsondersteuning kent (I2F27). Het moet duidelijk zijn welke partners uit het netwerk methodieken, interventies en het aanbod voor gezinnen hebben. Ter aanvulling hierop zijn in figuur 1 de vormen van de gezinsondersteuning uit de handreiking (2014) te zien.

Figuur 1

Preventieve programma's:
• Preventieprogramma's jeugdgezondheidszorg. • Praktische pedagogische gezinsbegeleiding (PPG) en andere vormen van ambulante begeleiding en behandeling door zorgaanbieders.
Praktische ondersteuning:
• Peuterdagcentra (bijv. Een therapeutische groep bij peuteropvang). • Thuiszorg door zorgaanbieders (lichamelijk verzorging, pedagogische begeleiding, ontwikkelingsstimulering). • Gezinsondersteuning (opvoedingsondersteuning/ontwikkelingsstimulering) door MEE. • Cliëntondersteuning (netwerk gezin versterken, accepteren).
Vormen van behandeling
• KDC (KinderDienstenCentrum), vroegbehandeling. • KDC, behandeling groep voor kinderen met ernstige meer-voudige beperkingen of een ernstige verstandelijke handicap.

2.1.2.6 Bouwsteen 6: Zorg en onderwijs

Het gaat in deze bouwsteen om de samenwerking tussen zorg en scholen en sluit nauw aan op de preventieve gezinsondersteuning. Voor het vinden van een passende plek van onderwijs en zorg is de samenwerking met partners van groot belang, ook voor de ouders. Ouders krijgen hulp en ondersteuning bij de toeleiding naar zorg en onderwijs (Vroeghulp, 2014).

2.1.2.7 Bouwsteen 7: Ketennetwerk

Het vormen van duurzame besturingsnetwerken zorgt voor betrouwbare schakels tussen alle zes de bouwstenen (Vroeghulp, 2014). Het ketennetwerk wordt gecoördineerd door een coördinator die al de contacten met de netwerkpartners onderhoudt, weet welke gezinnen er aangemeld zijn en waar de kinderen uitstromen (I2F33).

2.1.3 Betrokkenen

Binnen de werkwijze van Integrale Vroeghulp zijn de betrokkenen aan de hand van verkregen informatie van de respondenten één, twee en drie en de handreiking (2014) in kaart gebracht (figuur 2). De betrokkenen bij de Integrale Vroeghulp worden verdeeld in drie groepen:

- De doorverwijzende instanties waardoor het kind binnenkwam bij Integrale Vroeghulp.
- Het multidisciplinaire team bestaande uit standaard aanwezige disciplines en, indien noodzakelijk, ingeschakelde disciplines.
- Aanbieders in het werkveld voor een passend hulpaanbod.

Figuur 2

De doorverwijzende instanties
1. Jeugd Gezondheidszorg: consultatiebureaus en Schoolgezondheidszorg
2. Kinderopvang en Vroeg- en Voorschoolse Educatie
3. Onderwijs: scholen
Het multidisciplinaire team
Standaard aanwezige disciplines:
1. Gedragswetenschappers
2. Kinderartsen, revalidatieartsen en klinisch geneticus
3. Coördinator en trajectbegeleider
4. Jeugd Gezondheidszorg
Disciplines indien nodig:

5. Gespecialiseerde diagnostiek academisch ziekenhuis
6. Logopedisten en fysiotherapeuten
7. Jeugd GGZ
8. Audiologisch centrum
9. Jeugdarts

Aanbieders in het werkveld
1. Kinderdienstencentrum (KDC)
2. Observatie-diagnostiek groepen
3. Revalidatiecentra
4. Vroeg behandeling
5. Ouder- en kind wijkteams (met expertise rondom het jonge kind)
6. Peuterdagcentra
7. Thuiszorg door zorgaanbieder (lichamelijke verzorging, pedagogische begeleiding en ontwikkelingsstimulering)
8. Gezinsondersteuning door MEE

2.1.4 Benodigde competenties

De competenties van de professionals zijn gesplitst in competenties van de trajectbegeleiders en de coördinatoren.

Volgens Osterop (I2F26) moeten trajectbegeleiders enige werkervaring en expertise hebben met betrekking tot het jonge kind. Evenzo moeten zij weten hoe ouders benaderd moeten worden en uiteindelijk het overzicht kunnen houden (I2F26). De handreiking sluit aan bij hetgeen wat Osterop vermeldt. Hierin staat het volgende: *“De trajectbegeleiders zijn specialisten in hulpvraagverduidelijking en in gesprekken over jonge kinderen met ontwikkelingsachterstanden. Ze kennen de sociale kaart van diagnostiek en vroegtijdige interventies en hebben contacten met het onderwijs. De trajectbegeleiders hanteren een beproefde werkwijze en worden geleverd door onder andere MEE, zorgaanbieders, GGZ en JGZ.”* (Ministerie van Veiligheid en Justitie, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, & Integrale Vroeghulp, 2014)

Vervolgens zegt Osterop het volgende over de coördinator: *“De coördinator weet precies waar het netwerk uit bestaat en wat ingeschakeld kan worden in welke situatie en die de netwerken kan onderhouden en verbinden. De coördinator organiseerde bepaalde dingen voor partners om innoverend te blijven.”* (I2F37). Aanvullend wordt er in de folder *Coördinatie Integrale Vroeghulp* (2014) vermeld dat de coördinator een ketenregisseur van het IVH-netwerk wordt genoemd, waarbij diegene verschillende coördinerende taken heeft. Deze taken zijn gericht op de ouders, het netwerk, de expertise en de kwaliteit van de afzonderlijke schakels en de gehele IVH-keten.

In figuur 3 is een overzicht te vinden van de competenties van de trajectbegeleiders en de coördinatoren aan de hand van de informatie van Osterop, de handreiking (2014) en de folder (2014).

Figuur 3

Trajectbegeleiders	Coördinatoren
Werkervaring en expertise jonge kind	Vraagverheldering kunnen doen
Ouders op een juiste manier kunnen benaderen	Advies kunnen geven
Overzicht kunnen houden	Netwerken kunnen organiseren
Specialist zijn in hulpvraagverduidelijking	Kwaliteit kunnen bewaken
Kennis hebben van de sociale kaart van diagnostiek	Beleidszaken kunnen doen voor de stuurgroep
Kennis hebben van de sociale kaart vroegtijdige interventies	Netwerkcontacten kunnen onderhouden
Kennis hebben van de contacten met het onderwijs	Administratieve werkzaamheden kunnen doen
Hanteren van een beproefde werkwijze	

2.2 Wat het oplevert

Becker benoemt in het gehouden interview dat er duidelijke kaders waren wat betreft de werkwijze van de Integrale Vroeghulp (I1F2). Het effect van de aanpak was dat er echt al in een vroeg stadium vanuit verschillende invalshoeken naar het kind gekeken werd (I1F12). Becker geeft aan dat juist de eerste levensjaren van belang zijn, dus hoe sneller je erbij bent hoe beter (I1F14). Tevens werd er in een teamoverleg, waarbij meerdere disciplines aanwezig waren, kritische vragen aan elkaar gesteld (I1F13). Er vonden daarnaast altijd evaluatiemomenten in zo'n traject plaats rond de twaalf weken (I1F17). Echter geeft Becker aan dat het voor ouders soms wel een vragenvuur leek wanneer er in het eerste gesprek de casemanager een hulpvraagverduidelijking deed (I1F3). Hiervoor werden lijsten gebruikt, waarmee de hele ontwikkeling van het kind en de gezinssituatie in kaart werden gebracht. Eveneens kwam het voor, wanneer er een nieuwe aanmelding was, dat er pas een bespreking gepland stond over vier of zes weken. De afspraak was dat de trajectbegeleider in zo'n geval vast een eerste gesprek plande met de ouders om reeds wat lijnen te kunnen uitzetten. Op het multidisciplinair overleg, met daarbij het advies dat daaruit zou komen, moest een aantal weken gewacht worden (I1F4).

Volgens Osterop is de meerwaarde van meerdere disciplines bij elkaar, dat het helder is wat de daadwerkelijke hulpvraag, diagnose en het passende hulpaanbod is. Daarbij leren de verschillende disciplines veel van elkaar. Het gaat om een kwetsbare doelgroep, waarbij het vroege signaleren grotere problemen op latere leeftijd kan voorkomen (I2F20).

Leijenhorst zag als groot voordeel van deze werkwijze dat ouders betrokken werden bij het hele proces, dus de vraag van ouders stond echt centraal. Daarbij bleef de casemanager als het ware een beetje buiten schot, aangezien het advies vanuit het hele team kwam en niet alleen vanuit de casemanager (I3F8, I3F14). Daarentegen geeft Leijenhorst aan dat het voor sommige ouders heftig was wanneer zij in het teamoverleg zoveel disciplines bij elkaar zagen. Het kwam voor dat ouders daarvan angstig werden en niet helemaal tot hun recht kwamen (I3F17).

2.3 Overdracht naar de gemeenten

In de periode van 2013 tot 2016 is er een landelijke Taskforce Integrale Vroeghulp opgericht in een landelijk stelsel van regionale netwerken Integrale Vroeghulp. Met de transitie van januari 2015 is er gewerkt aan een aansluiting op het gemeentelijk sociaal domein om de expertise, samenwerking en kwaliteit op het gebied van Integrale vroeghulp te borgen (Osterop, 2016).

In de periode van 15 februari 2013 tot en met 31 december 2016 is gewerkt aan de volgende doelstellingen (2016):

1. Borgen en bevorderen van de kwaliteit van de Integrale Vroeghulp met de innovatie Vroeg, Voortdurend en Integraal (VVI).

2. Betrokkenheid van alle partners of belangenorganisaties op het gebied van Integrale Vroeghulp organiseren en behouden.
3. Richtlijnen, normen en kaders ontwikkelen.
4. Een landelijk dekkend netwerk stimuleren en faciliteren naar gemeenten.

In de praktijk zijn er verschillende brochures, ook wel handreikingen genoemd, over het beleid dat gemaakt is voor de gemeenten. Zo zijn er drie modellen ontworpen, waarmee aangeduid kan worden welke plaats de Integrale Vroeghulp binnen de gemeente heeft gekregen (Osterop, 2016):

- Het gemeentelijk geïntegreerd jeugdmodel
- Het veldpartijenmodel
- Het (regionaal) jeugdgezondheidsmodel

Verdere informatie over deze drie modellen volgt in hoofdstuk vier.

Leijenhorst geeft aan dat er nog een landelijk platform en bepaalde netwerken bestaan. Evenzo worden er bijeenkomsten georganiseerd om te kijken of de zorg voor kinderen van 0-7 jaar met problematiek op meerdere ontwikkelingsgebieden binnen de gemeenten geborgd wordt (I3F20).

2.4 Samenvatting

Samengevat bestond de werkwijze van Integrale Vroeghulp uit zeven bouwstenen die gezien werden als een kapstok waar expertises gebundeld waren. De bouwstenen zijn vroege signalering, multidisciplinaire diagnostiek en adviesplan, informatie en advies voor gezinnen en trajectbegeleiding, gezinsondersteuning, zorg en onderwijs en het ketennetwerk. Hierbij zijn er drie betrokken partijen te onderscheiden, namelijk de doorverwijzende instanties, het multidisciplinaire team en de aanbieders in het werkveld.

Volgens Becker, Osterop en Leijenhorst omvatte de werkwijze de volgende elementen:

- Er waren duidelijke kaders.
- Kritische vragen werden gesteld.
- Evaluatiemomenten vonden plaats.
- De daadwerkelijke hulpvraag, diagnose en hulpaanbod waren snel helder.
- De ouders werden betrokken in het hele proces en stonden centraal.
- Het kon zijn dat ouders lang op het multidisciplinair overleg moesten wachten.
- Wanneer het overleg plaatsvond kon het voor ouders heftig zijn met zoveel disciplines geconfronteerd te worden.

Om de zorg voor deze doelgroep te waarborgen zijn er drie modellen ontworpen: het gemeentelijke geïntegreerd jeugdmodel, het veldpartijenmodel en het (regionaal) jeugdgezondheidsmodel.

3. Deelvraag 2: "Wat is de huidige aanpak van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal en wat levert het op om hulpvragen van kinderen van 0-7 jaar met problematiek op meerdere ontwikkelingsgebieden en/of medische problematiek te achterhalen en om te zetten in een passend hulpaanbod?"

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de werkwijze van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal en waar deze werkwijze in resulteert. Ten eerste komen de gestelde doelstellingen van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal langs, vervolgens de stappen van aanmelding tot hulpaanbod, de betrokken partijen en de competenties van de medewerkers in deze. Tot slot wordt weergegeven wat deze aanpak oplevert, gebaseerd op bevindingen van medewerkers. De informatie voor deze deelvraag is verworven uit interviews met medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal, te vinden in het bronnenboek, en is aangevuld met literatuur. Er hebben zes interviews plaatsgevonden, waarvan vier met ambulant jeugdwerkers die ook plaatsnemen in het vroeghulpteam, namelijk Gertine Leijenhorst, Nicole Becker, Sandra Hartog en Marieke Hendriks. De andere twee interviews hebben plaatsgevonden met Myriam Bieringa, coördinator van een jeugdteam en Carisia Veldstra, ambulant jeugdwerker.

3.1 Werkwijze Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal

3.1.1 Doelstellingen

Na de beëindiging van de Integrale Vroeghulp wilde Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal in 2016 de methodiek Integrale Vroeghulp (of een vorm hiervan) implementeren in de jeugdteams. Het systematisch oppakken van casussen waar sprake is van medische problematiek, forse gedragsproblematiek en trauma's gebeurde tot die tijd niet in Veenendaal (Becker & Leijenhorst, 2016, p. 6).

Volgens Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal zijn kinderen met een (dreigende) ontwikkelingsachterstand en/of ernstige gedragsproblemen geholpen als hun problematiek zo snel mogelijk wordt gesignaleerd. Tegelijkertijd geldt dat de problematiek in een vroeg stadium vaak nog diffuus en meervoudig is. Kinderen en ouders lopen gevaar om van de ene deskundige naar de andere deskundige te worden doorgestuurd, waarbij vragen onbeantwoord blijven en antwoorden ongrijpbaar (Becker & Leijenhorst, 2016, p. 6).

Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal (2016, p. 6) had een viertal voornemens om met een multidisciplinaire aanpak sneller tot oplossingen te komen, waardoor gedragsproblemen zouden worden voorkomen:

- Gerichte diagnostiek op hulpvraag van ouders.
- Ouders krijgen begeleiding en ondersteuning.
- Eén samenhangend plan voor het hele gezin.
- Adviezen vanuit verschillende invalshoeken, ouder kiest wat bij hen past.

Daarnaast heeft Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal (2016, p. 10) vier eisen voor zichzelf gesteld waaraan vroeghulp moet voldoen, namelijk:

- Laagdrempeligheid
- Multidisciplinair werken
- Observatie en diagnostiek borgen
- Inzet vroeghulpteam (daar waar nodig)

Om alle gestelde doelen te halen, had Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal het voornemen een vroeghulpteam op te zetten, bestaande uit medewerkers van eerdere Integrale Vroeghulp Utrecht en/of andere expertises, die ervaring hebben met het werken met het jonge kind. De kracht van zo'n vroeghulpteam is naar eigen zeggen het aansluiten op de behoeften van ouders, laagdrempeligheid, aansluiten op proces van ouders, snelheid van handelen en eigen kracht/regie model (Becker & Leijenhorst, 2016, p. 6).

3.1.2 Stappen van aanmelding tot hulpaanbod

De werkwijze van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal ziet er als volgt uit. Aanmeldingen komen centraal binnen bij het Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal. De aanmelders kunnen ouders zelf zijn of andere instanties, maar altijd met toestemming van ouders (I5F1). De aanmeldingen worden op basis van postcodes verdeeld over vier jeugdteams. Elk jeugdteam bestaat uit ongeveer tien ambulant jeugdwerkers. Eén jeugdwerker uit het jeugdteam neemt een nieuwe aanmelding op in zijn caseload en begint een traject met desbetreffende ouder(s) en het kind (I4F8, I6F1).

In elk jeugdteam zit een ambulant jeugdwerker met expertise rondom het jonge kind. Deze vier jeugdwerkers samen vormen het vroeghulpteam. Wanneer een casus wordt aangemeld, dat een jong kind met complexe problematiek betreft, neemt over het algemeen het vroeghulpteamlid deze casus op in haar caseload (I4F21, I6F3). Het kan echter ook voorkomen dat een andere ambulant jeugdwerker uit het jeugdteam de casus oppakt (I4F8).

De trajectbegeleider die deze casus in zijn of haar caseload heeft, gaat op huisbezoek bij de ouder(s) en het kind. Daar wordt geprobeerd de hulpvraag duidelijk te krijgen. Hulpvraagverduidelijking vindt plaats op basis van het stellen van vragen en observatie tijdens het huisbezoek. Het stellen van vragen gebeurt soms aan de hand van een vragenlijst die gebruikt werd bij de eerdere Integrale Vroeghulp (I4F20, I4F27, I6F7).

Het vroeghulpteam heeft een maandelijks overleg, waarin complexe casussen kunnen worden besproken. De ambulant jeugdwerker kan ervoor kiezen de desbetreffende complexe casus in te brengen in het vroeghulpteam. Door de andere vroeghulpteamleden wordt meegekeken en meegedacht (I4F22, I6F5). Ook kan de ambulant jeugdwerker ervoor kiezen een overleg te laten plaatsvinden, waarbij andere disciplines worden uitgenodigd (I4F34, I6F4). De ingeschakelde discipline(s) kijken en denken mee over het juiste hulpaanbod waar het kind mee geholpen zou zijn. Ook ouders kunnen uitgenodigd worden voor zo'n overleg (I4F11). De ambulant jeugdwerker beslist, in samenspraak met ouders, welk hulpaanbod past bij het kind (I5F11).

De ambulant jeugdwerker blijft gedurende het hele traject de trajectbegeleider, ook als het kind wordt doorverwezen naar een instantie uit het professionele netwerk (I6F9). Dit houdt in dat de ambulant jeugdwerker verantwoordelijk is en blijft voor de casus en het proces, in samenspraak met ouders. Hij of zij is ook verantwoordelijk voor het inbrengen van de casus in bepaalde overleggen en/of het beleggen van een overleg (I5F11). Het traject wordt afgesloten wanneer het kan (I1F11, I9F36).

Het vroeghulpteam werkt met een lijst waarop wordt bijgehouden welke kinderen binnen het vroeghulpteam zijn opgenomen (I4F18) (I4F25).

Verdere registratie van elke handeling vindt plaats in het registratiesysteem WMO-NED (I4F29). Na elk begeleidingstraject wordt de kwaliteit van zorg gemeten door middel van een evaluatie bij het gezin (I8F38). De ouders en jongeren boven twaalf jaar vullen dit in (I7F9).

3.1.3 Betrokkenen

De betrokkenen van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal zijn te verdelen in drie categorieën:

- Doorverwijzende instanties, waardoor het kind binnenkomt bij Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal.
- In te schakelen disciplines, om mee te kijken naar complexe casussen.

- Aanbieders in het werkveld voor een passend hulpaanbod.

Dit betreft onder andere het consultatiebureau, huisartsen, scholen, kinderopvangcentra, logopedisten, ergotherapeuten, een gedragswetenschapper van MEE en instanties als Reinaerde, Youké en Kiekeboe (I4F4, I4F12, I4F42). De doorverwijzing gebeurt zo lokaal mogelijk (I9F34).

3.1.4 Benodigde competenties

De medewerkers uit de jeugdteams zijn allemaal hbo-geschoold en hebben de opleiding Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling gevolgd (I5F17). Daarnaast heeft iedereen het Oplossingsgericht Werken in zijn of haar pakket (I5F18). De vroeghulpteamliden hebben allemaal persoonlijke werkervaring met het jonge kind (I4F3, I4F35). Twee vroeghulpteamliden werkten voorheen bij de Integrale Vroeghulp Utrecht, één vroeghulpteamlid werkte bij kinderopvang Kiekeboe en één vroeghulpteamlid werkte bij MEE (I9F42).

3.2 Wat het oplevert

In de gehouden interviews zijn bevindingen over de huidige werkwijze van zes medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin aan bod gekomen. Deze bevindingen zijn nadien geverifieerd, aan de hand van een schema met fragmenten, die aan de medewerkers van het vroeghulpteam zijn voorgelegd. Hen is gevraagd aan te kruisen wat door hen gedragen wordt, waardoor de belangrijkste, gezamenlijke bevindingen duidelijk in beeld zijn gekomen. Het schema is opgenomen in het bronnenboek. Hieronder volgen de gezamenlijke bevindingen, onderverdeeld in de algemene werkwijze, expertise, samenwerking met betrokkenen, bekendheid en waarborging van de kwaliteit.

3.2.1 Werkwijze algemeen

De huidige werkwijze van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal brengt volgens alle leden van het vroeghulpteam voordelen met zich mee. Zo is het werk volgens hen lokaal geregeld en passend bij ouders (I9F34). Ouders krijgen meer regie in vergelijking met de eerdere Integrale Vroeghulp, waarbij de zorg over het algemeen ook korter is (I9F35).

De vroeghulpteamliden vinden dat op dit moment de juiste mensen (Leijenhorst, Becker, Hartog, Hendriks en Veldstra) aan het jonge kind gekoppeld zijn (I4F37). Met hun eerdere werkervaring komen ze, naar eigen zeggen, samen sneller tot de kern van wat speelt en ontstaan er meer ideeën (I8F4), doordat de expertise met elkaar gedeeld wordt en er overlegd kan worden (I8F7, I8F9).

De meerderheid van het team geeft aan behoefte te hebben aan een meer vastgelegde werkwijze (I9F43). Vaste richtlijnen bestaan er nu namelijk niet (I4F30, I4F33, I4F45, I8F36, I9F32, I9F37). Met een vastgelegde werkwijze bedoelt men: *“We willen bijvoorbeeld duidelijkheid hebben over een eindverslag. Als je dan een traject ingaat, wat gebeurt er dan?”* (I9F45). Dit is volgens hen van belang, vanwege het volgende: *“Op dit moment kan het wel een meerwaarde zijn, omdat je dan hetzelfde uitdraagt naar buiten. Dat is belangrijk, aangezien iedereen dan op eenzelfde manier benaderd en behandeld wordt.”* (I4F45).

De casusbespreking is momenteel maandelijks gepland. Dit zou volgens iedereen frequenter mogen plaatsvinden (I9F39).

3.2.2 Expertise

Er liggen op dit moment lijntjes met andere organisaties binnen Veenendaal om hulp in te schakelen van andere expertises. Deze expertise wordt als voldoende ervaren (I7F26). Men wordt gedwongen van tevoren goed onderzoek te doen naar wat speelt, om zo de juiste expertise in te kunnen schakelen (I6F22). Tegelijkertijd geeft de meerderheid aan dat er meer deskundigheid zou mogen zijn in de schil om het vroeghulpteam heen (I6F21). Zo wordt er in sommige gevallen een ontwikkelingspsycholoog, pedagoog of kinderarts gemist (I6F21, I8F23, I9F20, I9F33).

3.2.3 Samenwerking met betrokkenen

Zoals hierboven benoemd liggen er lijntjes met andere organisaties om expertise te kunnen inschakelen (I7F26). De samenwerking is nu soms wat zoeken, dat blijkt uit het volgende fragment: *“De samenwerking is altijd nog een beetje zoeken. We werken, als Centrum voor Jeugd en Gezin, heel graag en heel nauw met iedereen samen, die rondom het jonge kind zit. En dat proberen we ook zoveel mogelijk, maar ook dat is vaak weer afhankelijk van personen en van beleid van school (...). Maar dat is het nog niet allemaal, er zijn nog niet hele duidelijke gebaande wegen, die moet je soms nog een beetje vinden.”* (I6F9).

De samenwerking zou volgens vier leden van het vroeghulpteam verbeterd worden, wanneer er richtlijnen zouden bestaan in deze samenwerking. Richtlijnen waardoor mensen elkaar beter weten te vinden en dat duidelijk is wie welke functie heeft en waarvoor je diegene kunt benaderen (I6F10).

Drie mensen vinden het netwerksysteem momenteel kwetsbaar: *“(...) Dus het gaat toch ook een beetje met mensen die bekend zijn met mensen die in het team zitten. Het is ook wel kwetsbaar als je het zo doet, want op een moment dat iemand ergens anders gaat werken, zijn die lijntjes misschien ook weg. Dus misschien moet daarin toch ook een soort structuur.”* (I8F40). Dit betekent dat het netwerksysteem staat of valt met de huidige medewerkers van het vroeghulpteam.

3.2.4 Bekendheid

Iedereen van het vroeghulpteam is het erover eens dat het Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal zich meer mag profileren. Hiermee wordt bedoeld dat de mensen intern, maar ook het netwerk om het Centrum voor Jeugd en Gezin heen, meer weet hebben van datgene wat Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal doet voor het jonge kind. Dat zij bekender zijn onder deze instanties, met name als het gaat over de bekendheid van het vroeghulpteam (I6F17, I7F25, I8F32, I9F24).

Twee van hen vinden ook dat dit niet duidelijk in beeld is: *“Ik heb het gevoel dat ik niet duidelijk kan uitleggen aan mijn collega's en aan de professionals om ons heen wat wij nou precies doen binnen het vroeghulpteam. Ik kan het wel zo noemen: de deskundigheidsbevordering, casuïstiek bespreken en we kunnen mensen die daarbuiten, dus collega's van ons, coachen in het traject en we kunnen zelf kinderen begeleiden. Maar ik heb niet het idee dat het duidelijk in beeld is, en dat mensen daar ook goed gebruik van maken.”* (I8F34). De ervaring is dus dat het er geen eenduidige werkwijze is die gecommuniceerd kan worden, zowel intern als extern.

3.2.5 Waarborging kwaliteit

Over de waarborging van de geboden kwaliteit wordt verschillend gedacht. De kwaliteit wordt gemeten aan de hand van evaluaties in het gezin: *“Het wordt wel gemeten door evaluaties met het gezin, dat doen we in alle gevallen. Dus in die zin is er wel echt zicht en is er wel een vorm van controle. Maar als je specifiek dit soort problematiek bekijkt, zou je misschien nog wel op een andere manier moeten evalueren. Misschien nog wel samen met die netwerkpartners, dat we daarin ook iets kunnen vertellen.”* (I8F38). Dit betekent dat een aantal medewerkers van het Vroeghulpteam vinden dat er een andere evaluatiemanier gevonden moet worden als het gaat over de problematiek van het jonge kind.

Aangezien elk vroeghulpteamlid zelf mag beslissen welke expertise ingeschakeld wordt om mee te kijken naar een casus, ligt de verantwoordelijkheid volgens drie teamleden erg bij de individuele werker: *“De verantwoordelijkheid ligt heel erg bij de individuele werker. Je gaat er vanuit dat diegene het goed kan inschatten wanneer het nodig is. Ik weet niet of dat altijd goed gebeurt.”* (I8F30) en: *“Stel je brengt een casus in en je krijgt een advies, wat ga je er dan mee doen? Dat is eigenlijk aan jou. Dus dat zou je ook weer terug moeten laten komen. Voor zover ik weet is dat niet echt heel duidelijk, wat is er nu gedaan? Want daar kun je met elkaar weer van leren.”* (I6F15). Het komt er op neer dat men

momenteel erg uit gaat van de eigen verantwoordelijkheid van de individuele werker. Daarbij stellen vroeghulpteamleden de vraag of dat goed is voor de kwaliteit van de zorg.

Volgens iedereen is kritische bevraging een onderdeel van het waarborgen van de kwaliteit van de geboden zorg (I8F19). Een tweetal medewerkers vindt dat de kritische bevraging misschien te minimaal is op dit moment: *“Als wij met z’n vieren een casus bespreken, gaat het heel vaak heel goed. We zijn vier personen met allemaal kennis in huis. Toch kennen we elkaar ook goed. Wat ik net zei over hele kritische bevraging en discussies, die ontstaan niet meer zo zoals destijds. Dat vind ik dan soms jammer.”* (I4F16).

Om de kwaliteit te waarborgen draagt iedereen het belang van kennisvergroting en het op peil houden van deze kennis (I4F15).

3.3 Samenvatting

Samengevat is de werkwijze van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal als volgt te duiden. Het Centrum voor Jeugd en Gezin bestaat uit een centraal punt waar alle aanmeldingen binnen komen. Deze aanmeldingen worden verdeeld over vier jeugdteams. Degene die de casus oppakt is de casemanager. In elk jeugdteam zit iemand met expertise op het jonge kind. Zij vormen samen het vroeghulpteam. De complexe casussen van jonge kinderen worden zoveel mogelijk door henzelf opgepakt. Gezamenlijk wordt er één keer per maand overlegd, waarin casussen worden besproken. Wanneer het door de betrokken casemanager nodig geacht wordt, kan er expertise ingeschakeld worden bij dit overleg.

Deze werkwijze omvat volgens de medewerkers:

- Zorg die dichtbij de burger is georganiseerd.
- Een grotere eigen regie voor ouders ten opzichte van de Integrale Vroeghulp.
- Efficiëntie vanwege het feit dat de juiste mensen aan het jonge kind zijn gekoppeld en samen sneller de kern bereikt wordt.
- Geen eenduidigheid.
- Niet genoeg frequentie als het gaat om besprekingen in het team.
- Te weinig expertise op het medische en gedragswetenschappelijk gebied.
- Geen concrete richtlijnen in de samenwerking met betrokken partijen.
- Een kwetsbaar netwerksysteem.
- Onvoldoende bekendheid en profilering, zowel intern als extern.
- Nog geen goede evaluatiemanier.
- Verantwoordelijkheid die erg bij de individuele werker ligt.
- Weinig kritische bevraging.

4. Deelvraag 3: “Op welke wijze hebben andere gemeenten de aanpak van de eerdere Integrale Vroeghulp Utrecht een plek gegeven in hun beleid en wat levert het op?”

In dit hoofdstuk wordt informatie weergegeven over de aanpak van andere gemeenten als het gaat om vroeghulp bij kinderen van 0-7 jaar met complexe problematiek. Deze informatie wordt gerangschikt en beschreven aan de hand van de drie gemeentelijke geïntegreerde modellen, zoals in hoofdstuk twee beschreven staat: het gemeentelijk geïntegreerd jeugdmodel, het veldpartijenmodel en het (regionaal) jeugdgezondheidsmodel. De informatie is verworven uit literatuur en interviews, te vinden in het bronnenboek. Een viertal interviews hebben plaatsgevonden met medewerkers van andere Centra voor Jeugd en Gezin, genoemd Karina van Triest, coördinator Centrum voor Jeugd en Gezin Barneveld, Ine Grotelaar, medewerker van Centrum voor Jeugd en Gezin Scherpenzeel, Christa Graafland, coördinator Centrum voor Jeugd en Gezin Zeist en José van der Linden, coördinator Centrum voor Jeugd en Gezin Ede.

Er zijn verschillende handreikingen, die de eerdere Integrale Vroeghulp heeft opgesteld. Deze handreikingen dienen als voorbeeld van de drie gemeentelijke modellen en zullen hieronder ook toegelicht worden. De werkwijzen van de verschillende Centra voor Jeugd en Gezin zullen onder deze modellen geschaard en uitgelegd worden. Hierbij zal het proces van aanmelding tot hulpaanbod beschreven worden, de betrokkenen en ten slotte de bevindingen.

4.1 Het gemeentelijk geïntegreerd jeugdmodel

Er worden een aantal kenmerken weergegeven van het geïntegreerd jeugdmodel vanuit de handreiking *Borging Integrale Vroeghulp* (2016):

1. De integrale en multidisciplinaire werkwijze van de Integrale Vroeghulp bij kinderen van 0-7 jaar is ingebed in de gemeentelijke basisteams of wijkteams.
2. Deze basisteams of wijkteams dienen als eerste aanspreekpunt voor alle hulpvragen in de regio.
3. De werkwijze van Integrale Vroeghulp wordt gebruikt als uitgangspunt voor alle hulpvragen en zorgvragen.
4. De casemanagers van de Integrale Vroeghulp zitten in deze basisteams of wijkteams en dragen de kennis over aan overige medewerkers.
5. Zorgvragen komen via de huisarts, school of de kinderopvang binnen bij de basisteams of wijkteams. Van daaruit is er toegang via het Centrum voor Jeugd en Gezin naar de Consultatie en Advies tafel, een expertteam of een specialistenkamer.

Hieronder volgt de aanpak van Noord-Veluwe, Scherpenzeel en Ede. Hun werkwijze heeft de meeste raakvlakken met het gemeentelijk geïntegreerd jeugdmodel.

4.1.1 De werkwijze van Noord-Veluwe

De gekozen aanpak in Noord-Veluwe staat beschreven in de handreiking voor de regio Noord-Veluwe (2015), een voorbeeld van het gemeentelijk geïntegreerd jeugdmodel. De regio Noord-Veluwe is een samenwerkingsverband van de gemeenten Harderwijk, Elburg, Oldebroek, Nunspeet, Ermelo en Putten (Vroeghulp, IVH wordt ingebed in de basisteams van Regio Noord-Veluwe, 2015).

4.1.1.1 Van hulpvraag tot hulpaanbod

Volgens de handreiking van Noord-Veluwe (2016) hebben de gemeenten vanaf 2016 de werkwijze van Integrale Vroeghulp in de gemeentelijk basisteams en een gezamenlijke regionale specialistische Consultatie en Advies tafel geïntegreerd. De gemeenten werken met basisteams, die dienen als aanspreekpunt voor alle zorg- en hulpvragen in de regio. De gemeenten Harderwijk, Elburg, Oldebroek, Nunspeet en Ermelo hebben de gezamenlijke Stichting Jeugd Noord-Veluwe opgericht. De medewerkers van deze stichting vormen de basisteams met de lokale Centra voor Jeugd en Gezin en

een aantal andere partners (JGZ, GGD en MEE). Gemeente Putten heeft een eigen Buurtzorg Jong. In de hele regio Noord-Veluwe worden de zeven bouwstenen van Integrale Vroeghulp gebruikt als uitgangspunt voor alle hulpvragen. De casemanagers van de eerdere Integrale Vroeghulp zijn in de basisteams begrepen en dragen kennis over aan de overige medewerkers.

Eveneens wordt er in de handreiking (2016) vermeld dat sinds januari 2016 de Integrale Vroeghulp ondergebracht is bij de zogenoemde “Specialistische Consultatie en Advies tafel.” Dit is een tafel die regionaal werkt voor de regio Noord-Veluwe en wordt gevuld met expertise op maat. Er wordt per casus bekeken welke disciplines erop aan moeten sluiten. Standaard zitten de regionale gecontracteerde zorgaanbieders aan deze tafel.

De zorgvragen van de basisteams komen binnen via de huisarts, scholen of de kinderopvang. Hierin worden casussen besproken en indien noodzakelijk doorverwezen naar de Specialistische Consultatie en Advies tafel via het Centrum voor Jeugd en Gezin. Icare, een stichting die staat voor het verlenen van zorg en bijdraagt aan de kwaliteit van leven, heeft de coördinatie over de specialistische Consultatie en Advies tafel (Vroeghulp, 2016).

4.1.1.2 Betrokkenen

Zoals eerder genoemd komen zorgvragen bij de basisteams binnen via de huisarts, scholen of de kinderopvang. Dit zijn de doorverwijzende instanties waardoor het kind binnen kan komen bij de basisteams. De basisteams bestaan uit de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG), de Jeugdgezondheidszorg (JGZ), de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) en de organisatie MEE. Wanneer aanvullende expertise noodzakelijk is, kan er op declaratiebasis ook audiologie of revalidatie ingeschakeld worden. Ten slotte is Icare een betrokkene, aangezien de coördinatie van de tafel apart is ingekocht bij Icare.

4.1.1.3 Wat het oplevert

Volgens Marco Daudeij, een beleidsmedewerker Jeugdzorg van de gemeente Putten, zijn er veel veranderingen geweest. Toch is hij nog steeds enthousiast over de werkwijze van de Integrale Vroeghulp en de wijze waarop de expertise geborgd is in de regio Noord-Veluwe. Hij geeft aan dat er op deze manier een goede samenwerking is voor de jongste kinderen met problemen. Eerder was er moeite om deze kinderen op tijd te vinden en te helpen, maar dit gaat nu voorspoedig. Hij maakt duidelijk dat de regio Noord-Veluwe het inmiddels goed op de rails heeft (Vroeghulp, 2016).

4.1.2 De werkwijze van gemeente Scherpenzeel

In een gesprek heeft Ina Grotelaar, een medewerker van Centrum voor Jeugd en Gezin Scherpenzeel, de werkwijze van gemeente Scherpenzeel geschetst. Deze werkwijze heeft de meeste kenmerken die passen bij het geïntegreerd jeugdmodel. Met deze aspecten past de gemeente Scherpenzeel onder dit model:

- Centrum voor Jeugd en Gezin Scherpenzeel heeft een lokaal ambulant team wat integraal en multidisciplinair te werk gaat (kenmerk 1).
- Centrum voor Jeugd en Gezin Scherpenzeel en het lokaal ambulant team dienen als aanspreekpunt voor alle hulpvragen (kenmerk 2).
- Zorgvragen kunnen binnenkomen via ouders of verwijzers (huisartsen, scholen of de kinderopvang) (kenmerk 5).

4.1.2.1 Van aanmelding tot hulpaanbod

Volgens Grotelaar komen de aanmeldingen binnen via twee kanalen: het Centrum voor Jeugd en Gezin of de klantmanager (I12F7). Ouders en verwijzers kunnen telefonisch of via de website contact opnemen of op spreekuur komen om een hulpvraag voor te leggen (I12F8, I12F14). Bij het Centrum voor Jeugd en Gezin Scherpenzeel kunnen ouders met al hun vragen terecht. Grotelaar omschrijft de vervolgstap als volgt: *“Als we een casus hebben dan kijken we eerst: wat weten we zelf, wat kunnen we zelf, wat kunnen we aanbieden en waar denken wij aan? Als we er dan niet uitkomen, leggen we het voor aan het lokaal ambulant team.”* (I12F4).

Het lokaal ambulant team bestaat uit medewerkers die bij Centrum voor Jeugd en Gezin Scherpenzeel werkzaam zijn of via andere organisaties. De gemeente Scherpenzeel heeft medewerkers in dienst van bureau Jeugdzorg of Youké (I12F11). Youké biedt specialistische hulp aan kinderen en jongeren van 0 tot 23 jaar. Wanneer er een casus wordt doorverwezen naar het lokaal ambulant team worden deze verdeeld door de klantmanagers (I12F19). Grotelaar geeft de volgende definitie van de klantmanagers: *“Klantmanagers zijn mensen met een achtergrond op gebied van jeugd en zij maken een indicatiestelling wanneer er geïndiceerde zorg nodig. Sommige klantmanagers voeren ook zorg uit. Klantmanagers zitten altijd in het ambulante team.”* (I12F20).

Grotelaar maakt onderscheid tussen preventieve zorg die Centrum voor Jeugd en Gezin Scherpenzeel biedt en de geïndiceerde zorg die geboden wordt door het lokaal ambulant team (I12F9, I12F16). Centrum voor Jeugd en Gezin Scherpenzeel geeft vooral lichte opvoedondersteuning zonder een diagnose te stellen, terwijl het lokaal ambulant team ondersteuning en een passend hulpaanbod geeft wat verder reikt dan dat.

Gemeente Scherpenzeel is aangesloten bij de gemeente Ede. Gemeente Ede heeft een multidisciplinair vroeghulpteam, waar de gemeente Scherpenzeel een samenwerkingsverband mee heeft (I12F3). Het is tot nu toe niet voorgekomen dat Centrum voor Jeugd en Gezin Scherpenzeel een casus binnen dit team in Ede heeft ingebracht.

Samengevat komen de eerste aanmeldingen binnen bij Centrum voor Jeugd en Gezin Scherpenzeel. Wanneer er lichte opvoedondersteuning nodig is, geeft Centrum voor Jeugd en Gezin Scherpenzeel dit zelf. Wanneer er een aanmelding binnenkomt waarbij het niet duidelijk is welke hulp er geboden moet worden of het hulpaanbod verder reikt, wordt de casus ingebracht in het lokaal ambulant team. Dit team geeft ondersteuning of geïndiceerde zorg. Indien er een casus voor dit lokaal ambulant team onduidelijk blijft en er meer hulp nodig is vanuit verschillende disciplines kan de casus ingebracht worden binnen het Vroeghulpteam in Ede.

4.1.2.2 Betrokkenen

Van alle betrokken in de omgeving van de gemeente Scherpenzeel is een sociale kaart opgesteld en inzichtelijk gemaakt (I12F21). Daarnaast is er een folder waarin een overzicht staat welke personen in het lokaal ambulant team werken. Grotelaar geeft aan dat zij hier regelmatig gebruik van maakt, door personen uit het lokaal ambulant team in te schakelen (I12F22). Naast het Centrum voor Jeugd en Gezin Scherpenzeel, het lokaal ambulant team en de samenwerking met het Vroeghulpteam Ede heeft Scherpenzeel een welzijnsteam. Dit welzijnsteam bestaat uit gezondheidszorg medewerkers, huisartsen, maatschappelijk werkers, verpleging, verzorging, fysiotherapeuten, ergotherapie en zelfs predikanten (I12F22).

4.1.2.3 Wat het oplevert

De meerwaarde van de werkwijze van de gemeente van Scherpenzeel is, volgens Grotelaar, dat de lijntjes kort zijn (I12F23). Hierdoor weten medewerkers elkaar goed te vinden en kan er gebruik gemaakt worden van elkaars expertise en kracht. Evenzo kan de juiste hulp snel geboden worden (I12F30). Daarentegen geeft Grotelaar als gevaar aan dat er teveel in een eigen kring gekeken wordt naar mensen die ingeschakeld kunnen worden, terwijl daarbuiten ook mensen ingeschakeld kunnen worden (I12F24).

Grotelaar hoopt dat door het inschakelen van andere disciplines, er geen blinde vlekken blijven of ontstaan (I12F34). Wanneer er blinde vlekken zijn, weet diegene niet wat er gemist wordt en welke disciplines er eventueel ingeschakeld moeten worden (I12F35). Hoe blinde vlekken volledig voorkomen kunnen worden weet Grotelaar niet (I12F35).

4.1.3 De werkwijze van gemeente Ede

Doormiddel van de notitie van Vroeghulp Ede (2017) en het gesprek met Van der Linden, de coördinator van Centrum voor Jeugd en Gezin Ede, is de werkwijze van gemeente Ede in kaart gebracht. Deze werkwijze past het meest bij het geïntegreerd jeugdmodel, omdat de volgende kenmerken met elkaar overeenkomen:

- Ede heeft diverse integrale en multidisciplinaire teams: de vindplaatsgerichte teams, het VV-team, het observatieteam en het MDO+ (kenmerk 1).
- De vindplaatsgerichte teams, het VV-team en het observatieteam dienen als aanspreekpunt voor alle hulpvragen in de regio (kenmerk 2).
- Zorgvragen komen via de huisarts, scholen, peuterspeelzalen of kinderdagverblijven binnen bij de verschillende teams binnen Centrum voor Jeugd en Gezin Ede. Daarnaast is er toegang tot een expertteam (Vroeghulp Ede, voornamelijk MDO+) (kenmerk 5).

4.1.3.1 Van aanmelding tot hulpaanbod

Volgens Van der Linden is er geen vaste locatie waar aanmeldingen binnenkomen, maar levert Centrum voor Jeugd en Gezin Ede maatwerk (I14F6). Maatwerk wordt geleverd door op de vindplaatsen aanwezig te zijn (I14F8). Aanmeldingen kunnen binnenkomen op de vindplaatsgerichte plekken of via de e-mail. Van der Linden definieert de vindplaatsgerichte plekken als volgt: *“Vindplaatsen bestaan uit wijken, scholen, kinderdagverblijven en peuterspeelzalen. Op deze vindplaatsen zijn er kleine CJG teams aanwezig bestaande uit iemand vanuit de medische en de systeemgerichte kant. Deze teams dienen als aanspreekpunt voor ouders en kunnen licht pedagogische ondersteuning bieden voor de niet complexe casussen.”* (I14F3, I14F5).

Bovendien heeft Centrum voor Jeugd en Gezin Ede een speciale werkwijze die zich richt op kinderen in de leeftijd 0-7 jaar en hun ouders. Vroeghulp wordt gezien als een poot van Centrum voor Jeugd en Gezin Ede, bestaande uit verschillende onderdelen, die naar maatwerk ingezet kan worden (I14F8). Van der Linden, aangevuld met informatie uit de notitie Vroeghulp Ede (2017), noemt de volgende onderdelen:

1. Het VV-team (voorschoolse voorzieningen team)

Dit team is beschikbaar voor alle voorschoolse voorzieningen. Het team bestaat uit een jeugdmaatschappelijk werker en een jeugdverpleegkundige (I14F5). Deze teams dienen als aanspreekpunt en vormen een brug van voorschoolse voorzieningen naar de hulpverlening. Er vindt een analyse plaats waar het gezinssysteem en alle factoren van school aan de orde komen (I12F37).

2. Het observatieteam

Dit team heeft de mogelijkheid om binnen peuterspeelzalen en kinderdagverblijven of thuis te observeren. Het team bestaat uit twee pedagogisch medewerkers, ondersteund door een gedragswetenschapper vanuit Youké (I14F11). Ouders kunnen aanmelden via de huisarts, het consultatiebureau, school, peuterspeelzaal of kinderdagverblijf. Deze schakelen het VV-team of het basisschoolteam in door het invullen van een aanvraagformulier van het observatieteam.

3. Trajectbegeleiding

Wanneer een complexe casus binnenkomt, worden vanuit het Centrum voor Jeugd en Gezin Ede trajectbegeleiders via het VV-team ingeschakeld. Zij zorgen voor casusregie en waar nodig stemmen zij af met andere professionals om de zorg te regelen. De trajectbegeleiders zijn werkzaam vanuit MEE, Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden (VGGM) en 's Heerenloo met specifieke kennis en ervaring van kinderen van 0-7 jaar (I14F17).

4. MDO + (multidisciplinair overleg plus)

Het multidisciplinair team rondom het jonge kind is onafhankelijk en wordt ingeschakeld indien er breed gekeken moet worden vanwege onduidelijkheden over de casus. Het team bestaat uit specialisten uit de regio, zoals een kinderarts (vanuit Gelderse Vallei), jeugdarts, kinderpsychiater, revalidatiearts, orthopedagoog (vanuit 's Heerenloo) en een psycholoog met

kennis op het gebied van spraak/taal (vanuit Pento) (I14F14). Het overleg wordt voorgezeten door Van der Linden en vindt ieder kwartaal plaats. Tevens gaan aanmeldingen en (voor)besprekingen ook via de voorzitter Van der Linden.

4.1.3.2 Betrokkenen

Volgens Van der Linden bestaat er een sociale kaart van alle betrokkenen binnen de gemeente Ede, maar is het onbekend of deze kaart compleet is (I14F38). Er bestaat een website “Socialekaart Ede” die aangevuld kan worden (I14F41). Daarnaast bestaan er wijken in Ede die zelf iets opgezet hebben om overzicht te krijgen wat er binnen hun wijk te vinden is (I14F41). De betrokkenen van Centrum voor Jeugd en Gezin Ede bestaan uit huisartsen, scholen, consultatiebureaus, peuterspeelzalen, kinderdagverblijven, jeugdmaatschappelijk werkers, schoolmaatschappelijk werkers, jeugdverpleegkundigen, pedagogisch medewerkers, gedragswetenschappers, trajectbegeleiders, kinderpsychiater, revalidatiearts, orthopedagogen en psychologen (I14F5, I14F11, I14F17, I14F14).

Er is een samenwerkingsverband, zo geeft Van der Linden aan, met de gemeenten Nijkerk en Scherpenzeel. Het gaat met name om het MDO+. Wanneer Nijkerk of Scherpenzeel een complexe casus heeft, kunnen zij dit inbrengen in het MDO+ van Ede. Sinds mei 2016 is dit nog niet voorgekomen, maar de mogelijkheid is er wel (I14F42).

4.1.3.3 Wat het oplevert

Door de zorg met elkaar te doen, wordt er volgens Van der Linden gezorgd voor kwaliteitsverbetering (I14F32). Bovendien ziet van der Linden het maken van een analyse als voordeel, aangezien ouders eerder op de juiste plek kunnen komen. Er komt een realistisch plan dat werkt en past bij ouders (I14F33).

Daarentegen duren de trajecten langer, waardoor sommige ouders uit het zicht verdwijnen. Een goede analyse voorkomt niet dat ouders twee keer een verhaal moeten doen. Van der Linden geeft aan dat zij nog zoekende zijn om de analyse zo laagdrempelig mogelijk te houden, maar zo dat het wel op een grondige manier gedaan kan worden (I14F35). Tevens is het voor de hele jonge kinderen soms onmogelijk om een analyse te maken, doordat het meer tijd nodig heeft (I14F36).

4.2 Veldpartijenmodel

Het tweede model is het veldpartijenmodel. Het veldpartijenmodel kenmerkt zich als volgt:

1. Gemeenten doen een beroep op veldpartijen in (medische) zorg, GGZ, onderwijs en Welzijn voor taken binnen het sociaal domein, waaronder de taken van Integrale Vroeghulp.
2. Er is een regionaal expertiseteam Integrale Vroeghulp 0-7 jaar en een specifiek casemanagement Integrale Vroeghulp. Zo'n expertiseteam bestaat uit een vaste kern en een aantal vakspecialisten die op afroep beschikbaar zijn voor advies. De vakspecialisten nemen 'zonder last of ruggespraak' met de eigen organisaties deel aan het expertiseteam. Ze geven de professionals in de wijkteams een zwaarwegend, onafhankelijk advies.
3. De uitvoering ligt bij meerdere partijen in het sociaal domein, te denken aan MEE, Jeugdgezondheidszorg en andere aanbieders.

(Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 2016)

4.2.1 De werkwijze gemeente Gouda

Zoals vermeld staat in de handreiking over de gemeente Gouda, opgesteld door Integrale Vroeghulp (2016), is de gemeente Gouda een voorbeeld dat volgens het veldpartijenmodel werkt. Er zijn veertien organisaties in de regio Midden-Holland waar de gemeente Gouda mee samenwerkt en wat tegelijkertijd het expertiseteam vormt.

4.2.1.1 Aanmelding tot hulpaanbod

In de handreiking (2016) wordt vermeld dat aanmelding gebeurt aan de hand van een vragenlijst, die ouders invullen. De toegewezen trajectbegeleider verzorgt het intakegesprek waarbij het kind zelf ook aanwezig is. Dit gesprek wordt schriftelijk uitgewerkt en eventueel aangevuld met informatie van derden. Vervolgens worden ouders en het kind uitgenodigd op de poli, waar het kind ongeveer twintig minuten door de kinderarts, revalidatiearts en/of gedragswetenschapper geobserveerd en onderzocht wordt.

Na deze observatie volgt er een bespreking met het expertiseteam. Uit dit overleg komt een advies en geen diagnose. Dit advies wordt binnen twee weken met ouders besproken door de trajectbegeleider en een deskundige uit het expertiseteam. De ouders beslissen uiteindelijk zelf of ze met dit advies aan de slag willen. De trajectbegeleider begeleidt ouders met doorverwijzing naar en/of aanmelding bij andere instanties.

4.2.1.2 Betrokkenen

De samenwerkingspartners van Integrale Vroeghulp Midden-Holland zijn het Groene Hart Ziekenhuis, MEE Midden-Holland, CuriumLUMC Gouda, ASVZ, Centrum Autisme Rivierduinen, De Banjaard, Gemiva SVGGroep, GGD Hollands Midden, Rivierduinen, GGZ kinderen en jeugd, Vrijgevestigd Logopedist, Onderwijsadvies, Sophia Revalidatie Gouda, Stek Jeugdhulp en Koninklijke Auris Groep (Community Integrale Vroeghulp, 2016).

De gemeente Gouda maakt daarnaast gebruik van het digitaal platform Integrale Vroeghulp (Community Integrale Vroeghulp, 2016).

4.2.1.3 Wat het oplevert

Door deze aanpak komen, zoals vermeldt staat in de genoemde handreiking (2016), inzichten naar voren, die anders vaak achterwege blijven. Dit komt met name door de verschillende betrokken disciplines, die in een zeer kort tijdsbestek een totaalbeeld vormen. Volgens de coördinator van de Integrale Vroeghulp is het voorgekomen dat een kind al twee jaar zonder succes aan het 'dokteren' was en na een bezoek aan de zogenoemde "Goudvispoli" wel snel werd verwezen naar de juiste hulp. Doordat er vanuit verschillende invalshoeken op hetzelfde moment naar een kind gekeken wordt, kan het totaalplaatje volgens haar ineens duidelijk zijn en dit werkt kostenbesparend.

4.2.2 De werkwijze gemeente Barneveld

In gesprek met Van Triest, coördinator Centrum voor Jeugd en Gezin Barneveld, is duidelijk geworden dat de werkwijze te positioneren is onder het veldpartijenmodel. Er is een expertiseteam dat bestaat uit een vaste kern en een aantal vakspecialisten die op afroep beschikbaar zijn (kenmerk 2). Ook ligt de uitvoering van de zorg bij meerdere partijen in het sociaal domein (kenmerk 3).

De gemeente Barneveld heeft de vroeghulp op onderstaande manier geïntegreerd in haar aanpak.

4.2.2.1 Van aanmelding tot hulpaanbod

Aanmeldingen kunnen binnenkomen langs volgende wegen:

- Het consultatiebureau (I11F15).
- Inloopsprekuren waarbij de ouders elke werkdag van negen tot twaalf uur kunnen binnenlopen en hun vragen en/of problemen kunnen voorleggen aan de medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Barneveld (I11F8).
- Aanwezigheid op scholen en Vroegschoolse Voorzieningen. Centrum voor Jeugd en Gezin Barneveld werkt hierbij met contactpersonen op scholen en Vroegschoolse Voorzieningen waar ouders, leid(st)ers en leerkrachten met hun vragen en/of problemen wat betreft het kind naar toe kunnen gaan (I11F9).

Wanneer het noodzakelijk geacht wordt, kiest de medewerker van Centrum voor Jeugd en Gezin Barneveld ervoor dat een kind wordt ingebracht in het multidisciplinair overleg jonge kind. In het multidisciplinair overleg jonge kind worden zogenoemde puzzelkinderen van 0-6 jaar integraal besproken en er wordt gekeken naar wat nodig is (I11F10, I11F13). In het MDO zitten standaard verschillende disciplines en kunnen eventueel andere disciplines extra worden betrokken (I11F12). Ook ouders worden uitgenodigd voor zo'n overleg. Ouders nemen in de werkwijze een belangrijke plaats in. Van Triest zegt: *"Als ouders niet willen, heb je geen poot om op te staan. Je bent wel afhankelijk van die samenwerking, dus daar investeren we heel erg in als CJG."* (I11F25).

Centrum voor Jeugd en Gezin Barneveld noemt zichzelf voornamelijk verantwoordelijk voor het preventieve gedeelte in de te bieden hulp. Indicering, waarbij het draait om zwaardere zorg, vindt plaats door een gespreksvoerder vanuit de gemeente die ook plaatsneemt in het MDO (I11F14).

Daarnaast werkt Centrum voor Jeugd en Gezin Barneveld met prescreening. Dit houdt in dat een gedragsdeskundige uitzoekt of opvoedondersteuning en/of opvoedkundige adviezen toereikend zijn, of dat er verder onderzoek gedaan moet worden naar het kind (I11F19) (I11F20).

Terugkoppeling van de genomen vervolgstappen vindt altijd plaats in het MDO (I11F23).

Om de kwaliteit te waarborgen zijn alle medewerkers geregistreerd bij het SKJ (I11F26). Daarnaast worden er allerlei cursussen en trainingen aangeboden. Zo is de methodiek oplossingsgericht werken opgenomen in intervisie, werkbegeleidingen en trainingen (I11F27). Ook maakt Centrum voor Jeugd en Gezin Barneveld gebruik van een risicotaxatie-instrument (I11F27).

Tot slot maakt Centrum voor Jeugd en Gezin Barneveld gebruik van een sociale kaart, waarin gegevens van organisaties waarmee zij samenwerken te vinden zijn, maar ook hun beschikbare diensten. Op de website is de sociale kaart verwerkt, waar de betreffende organisaties zelf hun gegevens up-to-date moeten houden (I11F28).

4.2.2.2 Betrokkenen

Medewerkers die in dienst zijn van Centrum voor Jeugd en Gezin Barneveld zijn schoolmaatschappelijk werkers, ambulant hulpverleners en vroege jeugdzorgaanbieders (I11F2).

Het MDO bestaat standaard uit een contactpersoon vanuit het onderwijs, een orthopedagoog en een contactpersoon vanuit de Voorschoolse Voorziening die ook werkzaam is bij het consultatiebureau (I11F11). Andere disciplines die ingeschakeld kunnen worden zijn onder andere iemand met kennis over kinderpsychiatrie en een huisarts (I11F12).

Ook is HomeStart betrokken bij Centrum voor Jeugd en Gezin Barneveld. HomeStart biedt complete preventieve opvoedingsondersteuning (I11F7).

4.2.2.3 Wat het oplevert

Centrum voor Jeugd en Gezin Barneveld investeert veel in vroegsignalering door op een laagdrempelige manier aanwezig te zijn in bijvoorbeeld scholen en Vroegschoolse Voorzieningen. Er wordt naar gestreefd er zo vroeg mogelijk bij te zijn, zodat het niet uit de hand loopt (I11F9).

De samenwerking wordt volgens Van Triest verbeterd doordat men elkaar ontmoet tijdens het MDO. Hierdoor worden de lijnen korter en weet men elkaar beter te vinden (I11F17, I11F29). De huidige werkwijze is daarnaast ook goedkoper dan voorheen, omdat alles meer lokaal geregeld is (I11F32).

Van Triest hoopt tevens dat de huidige werkwijze voor ouders oplevert dat zij minder hoeven 'te shoppen'. Er wordt vroegtijdig gesignaleerd wat er met het kind aan de hand is, zodat duidelijk is wat nodig is om verantwoord op te groeien (I11F31).

Tot slot noemt van Triest het voordeel van een gedragsdeskundige in het team. Een gedragsdeskundige heeft volgens haar meer expertise en kijkt meer overstijgend dan een hbo-professional (I11F33).

4.2.3 De Werkwijze gemeente Zeist

In gesprek met Graafland, coördinator Centrum voor Jeugd en Gezin Zeist, is de werkwijze van de gemeente Zeist inzichtelijk geworden. Hun werkwijze is te scharen onder het veldpartijenmodel, vanwege alle kenmerken die hierboven benoemd zijn.

Centrum voor Jeugd en Gezin Zeist noemt zichzelf een netwerkorganisatie, waarbij medewerkers vanuit verschillende organisatie gedetacheerd zijn en hun werk uitvoeren binnen Centrum voor Jeugd en Gezin Zeist (I13F11).

4.2.3.1 Aanmelding tot hulpaanbod

Aanmeldmogelijkheden zijn er bij Centrum voor Jeugd en Gezin Zeist door telefonisch contact, per email of gewoon door zich te melden bij het centrum. Dit kan elke werkdag van negen tot vijf uur. Medewerkers uit het team vangen de eerste vraag op, doen een goede uitgebreide vraagverheldering en handelen af wat direct af te handelen is. Aanmeldingen die vragen om een langer traject, worden op de aanmeldlijst geplaatst. Deze aanmeldingen worden door de coördinator, samen met de administratief ondersteuner, toegewezen aan één van de negenendertig medewerkers uit het team (I13F1). Deze medewerkers zijn vanuit verschillende organisaties gedetacheerd en voeren hun werk uit binnen Centrum voor Jeugd en Gezin Zeist (I13F11). Wanneer een aanmelding door één van de medewerkers wordt opgepakt, is diegene vanaf dat moment de trajectcoördinator en het aanspreekpunt (I13F40, I13F41).

De casussen van kinderen met problemen op meerdere gebieden (ook wel puzzelkinderen genoemd door Centrum voor Jeugd en Gezin Zeist) kunnen op twee manieren verlopen:

- Via de observatie- en diagnostiegroep waarbij kinderen worden verwezen naar deze groep en gedurende drie maanden worden geobserveerd en eventueel gediagnostiseerd. Na dit traject wordt gekeken wat bij het kind past: bijvoorbeeld een peuterspeelzaal, regulier onderwijs of speciaal onderwijs. Ook kan er gekozen worden voor verder onderzoek (I13F2).
- Via het overleg puzzelkind waarbij kinderen worden besproken. Bij dit overleg zijn standaard verschillende expertise vertegenwoordigd. Ook ouders zijn aanwezig en waar het nodig geacht

wordt worden bovendien andere betrokkenen uitgenodigd voor dit overleg (I13F3). Met elkaar wordt gekeken naar welke informatie al duidelijk is, wat er nog mist en welke adviezen ouders gegeven kunnen worden (I13F4).

De trajectcoördinator blijft gedurende het hele traject betrokken, ook wanneer er wordt verwezen naar aanbieders (I13F40).

De kwaliteit van de geboden zorg wordt volgens Graafland gewaarborgd door de volgende aspecten:

- Evaluaties met cliënten (I13F14).
- Tevredenheidsonderzoeken (I13F13).
- Kwaliteitstevredenheidsonderzoek, zowel regionaal als landelijk (I13F17, I13F19).
- Veiligheidsregister en klachtenregistratie bij AKJ (I13F16, I13F20).
- Kwartaalgesprekken met elke medewerker (I13F21).

4.2.3.2 Betrokkenen

Centrum voor Jeugd en Gezin Zeist heeft een grote groep betrokkenen. Zo zijn er bij het overleg puzzelkind de volgende expertises betrokken: een jeugdarts van het consultatiebureau, een gedragswetenschapper vanuit het Centrum voor Jeugd en Gezin, de coördinator van de observatie- en diagnostiekgroep, het schoolondersteuningsteam en een intern begeleider van de plaatselijke peuterspeelzaal (I13F3). Daarnaast heeft Centrum voor Jeugd en Gezin Zeist korte lijntjes met de moederorganisaties van de gedetacheerde medewerkers (I13F12).

4.2.3.3 Wat het oplevert

Volgens Graafland is het grote voordeel van een netwerkorganisatie als Centrum voor Jeugd en Gezin Zeist dat medewerkers vanuit hun moederorganisatie geschoold worden waardoor zij deskundig worden en blijven op hun eigen vakgebied. Daarbij komt dat de lijntjes met deze deskundige organisaties kort zijn en men elkaar goed weet te vinden (I13F9, I13F12).

4.3 Het (regionaal) gezondheidsmodel

Het derde en laatste model is het (regionaal) gezondheidsmodel. Dit model heeft de volgende kenmerken:

1. De jeugdgezondheidszorg speelt een coördinerende rol. Zij zorgt voor expertise en coördinatie en het beheren van het dossier van de Integrale Vroeghulp. Ook levert zij een secretariaat.
2. De jeugdarts fungeert als schakel naar andere expertises en participeert in het wijkteam of het Centrum voor Jeugd en Gezin.
3. Naast de coördinatie op casusniveau is er een provinciale coördinatie, die vervuld wordt door de jeugdgezondheidszorg. De provinciale coördinatie is op het samenwerkingsverband gericht.

(Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 2016)

4.3.1 De werkwijze van gemeente IJsselstein

De gemeente IJsselstein is een voorbeeld dat volgens het (regionaal) gezondheidsmodel werkt. De werkwijze staat beschreven in een handreiking, opgesteld door de Integrale Vroeghulp (2016), dat als voorbeeld van het gezondheidsmodel gesteld wordt.

4.3.1.1 Van aanmelding tot hulpaanbod

In de handreiking van de gemeente IJsselstein (2016), wordt weergegeven hoe de werkwijze verloopt. Aanmeldingen worden gedaan door ouders of andere instanties. Na aanmelding gaat een jeugdverpleegkundige op bezoek bij het gezin, die daarmee tevens de trajectbegeleider van het gezin wordt. Wanneer nodig wordt er een huisbezoek gepland waarbij hulpvraagverduidelijking plaatsvindt. Hiervan wordt een verslag opgesteld, ter voorbereiding op het volgende gesprek.

Het volgende gesprek is met het team en dat bestaat in de gemeente IJsselstein uit een lokale jeugdarts, een jeugdverpleegkundige en één of twee (regionale) professionals met expertise. Dit team wordt aangestuurd door een procesregisseur van het Centrum voor Jeugd en Gezin IJsselstein. Op wens van ouders kunnen ook andere betrokkenen worden uitgenodigd. In dit gezamenlijke overleg wordt de hulpvraag besproken en geeft het team advies op maat. De jeugdarts is tijdens het hele traject verantwoordelijk voor het inschakelen of consulteren van eventuele andere expertises.

Na het gesprek wordt er met ouders een plan opgesteld door de jeugdverpleegkundige. Deze bewaakt tevens de voortgang. De jeugdarts verzorgt zo nodig de verwijzing naar andere instanties. De jeugdverpleegkundige biedt soms tijdelijk extra ondersteuning om wachtlijsten te overbruggen.

4.3.1.2 Betrokkenen

Betrokken partijen zijn gespecialiseerde (para)medische expertise zoals de kinderarts, kinderpsychiater, arts verstandelijk gehandicapten, revalidatiearts, audioloog, logopedist of fysiotherapeut. Daarnaast is er ook aanvullende expertise op het gebied van passend onderwijs, vrijwilligersorganisaties, POH jeugd GGZ, thuisbegeleiding en Video Home Trainers (Integrale Vroeghulp, Signalering en Vroeghulp in IJsselstein, 2016).

4.4 Samenvatting

De werkwijzen van de gemeenten Scherpenzeel, Ede, Gouda, Barneveld, Zeist en IJsselstein en de regio Noord-Veluwe zijn onder de drie gemeentelijke modellen te scharen. In de onderstaande overzichten is te zien hoe de gemeenten de aanpak van de eerdere Integrale Vroeghulp Utrecht een plek hebben gegeven, geschaard onder de drie modellen, en wat hiervan de resultaten zijn.

Gemeentelijk geïntegreerd jeugdmodel

Regio of gemeente	Resultaten
Regio Noord-Veluwe	- Goede samenwerking - Jonge kinderen op tijd vinden - Jonge kinderen op tijd helpen
Gemeente Scherpenzeel	- Korte lijntjes; er wordt gebruik gemaakt van elkaars expertise en kracht - De juiste hulp wordt snel geboden - Er kan teveel in eigen kring gekeken worden
Gemeente Ede	- Kwaliteitsverbetering door zorg met elkaar te doen - Een realistisch plan, passend bij ouders - Trajecten duren lang(er)

Het veldpartijenmodel

Gemeente	Resultaten
Gemeente Gouda	- Inzichten komen snel naar voren - Goede samenwerking met verschillende betrokkenen - Snelle doorverwijzing naar de juiste hulp - Totaalplaatje kan duidelijk en kostenbesparend zijn
Gemeente Barneveld	- Vroege signalering door laagdrempelig aanwezig te zijn - Verbeterde samenwerking - De werkwijze is goedkoper en meer lokaal geregeld - Gedragsdeskundige in het team met meer expertise
Gemeente Zeist	- Medewerkers geschoold vanuit hun moederorganisaties, waardoor deskundigheid blijft - Korte lijntjes met deskundige organisaties

Het (regionaal) gezondheidsmodel

Gemeente	Resultaten
Gemeente IJsselstein	- Eén aanspreekpunt voor het gezin (jeugdverpleegkundige)

5. Deelvraag 4: “Wat staat er in de literatuur beschreven over problematiek op meerdere ontwikkelingsgebieden en/of medische problematiek bij kinderen van 0-7 jaar en wat is nodig om hierbij de juiste hulp te kunnen bieden?”

Om te komen tot een evenwichtige visie over hulpverlening aan kinderen met problematiek op meerdere gebieden, is ervoor gekozen een literair kader te vormen. Binnen dit kader worden de bevindingen van medewerkers binnen Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal geplaatst, getoetst en onderbouwt. Ten eerste wordt een weergave gegeven van de normale en afwijkende ontwikkeling van kinderen van 0-7 jaar. Wat nodig is om de juiste hulp te kunnen bieden bij deze problematiek is een veelomvattende vraag. Daarom is ervoor gekozen de bevindingen uit deelvraag twee als uitgangspunt te nemen en uit te zoeken wat hierover beschreven staat in de literatuur. De resultaten hiervan worden hieronder weergegeven en zijn opgesplitst in twee categorieën. Ten eerste wat het van de individuele werker vraagt om de juiste hulp te kunnen bieden en ten tweede wat het van de organisatie vraagt.

5.1 Normale en afwijkende ontwikkeling

5.1.1 Het kind kennen

Volgens Nieuwboer (2010) moet een professional verschillende tools kunnen bieden om aan te sluiten bij de behoeften van ouders. Eén van deze tools luidt: je kind kennen. Het is volgens Nieuwboer zinvol om te werken aan realistische verwachtingen van de cliënt.

Soms wordt er gedrag van een kind verwacht wat hij nog niet geleerd heeft of waar het kind simpelweg (nog) niet toe in staat is. Het is voor de professional daarom noodzakelijk kennis te hebben van een normale en afwijkende ontwikkeling (Nieuwboer, 2010).

5.1.2 Ontwikkelingsopgaven

In een handreiking van het Nederlands Jeugdinstituut (2011), geschreven door Meij, wordt aangeduid dat in de ontwikkeling van kinderen verschillende thema's te onderscheiden zijn die kenmerkend zijn voor een bepaalde periode in de ontwikkeling. Meij gebruikt hiervoor de term ontwikkelingsopgaven die in 1948 is geïntroduceerd door Havighurst (Havighurst, 1948). Meij definieert het als volgt: *“Ontwikkelingsopgaven zijn psychologische opdrachten waarmee elk mens in de loop van zijn ontwikkeling in een min of meer vaste volgorde geconfronteerd wordt. Door die opdrachten goed te vervullen doet een mens kennis en vaardigheden op en ontwikkelt zich (Meij, 2011, p. 4).”*

Wanneer ontwikkelingsopgaven niet goed zijn opgelost, heeft dit gevolgen voor latere ontwikkelingsopgaven. De ontwikkelingsopgaven van kinderen tot twaalf jaar zijn opgedeeld in drie fasen: kinderen van 0 -2 jaar, 2 - 4 jaar en 5 - 12 jaar (Meij, 2011; Yperen, 2009).

5.1.2.1 De fase van 0 -2 jaar

Meij (2011) geeft aan dat het opbouwen van een veilige gehechtheidsrelatie met volwassenen in deze fase de belangrijkste ontwikkelingsopgave is. Rondom het tweede jaar worden autonomie en individuatie steeds belangrijker. Tevens geeft Meij aan dat er meer initiatief genomen wordt en kan het kind onafhankelijk succes bereiken. In deze fase wordt een basis gelegd wat betreft het vertrouwen in anderen en vertrouwen in de eigen competentie.

Van Yperen (2009) maakt in deze fase onderscheid in normale problemen en ernstige problemen. De normale problemen zijn:

- Voedingsproblemen
- Slaapproblemen
- Scheidingsangst
- Angst voor vreemden, donkerte en geluiden

Ernstige problemen, die in deze fase voor een afwijkende ontwikkeling kunnen zorgen, zijn:

- Eet- of slaapstoornis
- reactieve hechtingsstoornis: extreem ongepaste vormen van sociale verbondenheid in verschillende contexten, te onderscheiden in geremde en ontremde typen (Meer, 2010)
- Een huil-baby

5.1.2.2 De fase van 2 -4 jaar

Meij (2011) wijst aan dat het kind in de fase van 2 - 4 jaar het vermogen heeft zich iets voor te stellen buiten het hier en nu. Eveneens komt het vermogen tot imitatie en de taalontwikkeling op gang. Het beheersen van communicatieve vaardigheden wanneer er een conflict ontstaat met leeftijdsgenootjes, ontwikkelt in deze fase. Tevens voegt Meij eraan toe dat het vermogen om aan te passen aan de eisen van de opvoeders, zich dan ontwikkelt. Hij sluit af met een centraal thema in deze fase, de identificatie met de sekse-rol als jongen en meisje.

Van Yperen (2009) maakt eveneens in deze fase onderscheid in normaal problemen en ernstige problemen. Onder normale problemen verstaat Van Yperen:

- Angst voor vreemden, donkerte, geluiden
- Koppigheid
- Driftbuien
- Agressie
- Ongehoorzaamheid
- Druk gedrag of overactiviteit
- Angst in samenwerking met sekse rol en identiteit
- Niet zindelijk

De ernstige problemen worden onderscheiden in:

- Scheidingsangst
- Fobische of sociale angststoornis
- Stoornis in taal, spraak en/of motoriek
- Encopresis (broekpoepen)
- ADHD
- Gedragsstoornis beperkt tot gezin
- Oppositionele gedragsstoornis jonge kind (ODD)

5.1.2.3 De fase van 5 -12 jaar

Volgens Meij (2011) neemt in deze fase de autonomie bij de kinderen toe. Praktisch wordt onder autonomie het zorgen voor zichzelf verstaan, te denken aan het zelf wassen, eten en aan- en uitkleden. Tevens voegt Meij eraan toe dat kinderen leren om andermans perspectief te zien. Schoolse vaardigheden, zoals lezen, schrijven of rekenen, worden van de kinderen in deze fase verwacht. Meij voegt hieraan toe dat het vermogen om wederkerige relaties op te bouwen met vrienden en geaccepteerd worden door de groep belangrijke ontwikkelingstaken zijn.

Volgens Van Yperen (2009) omvatten de normale problemen in deze fase:

- Ruzies
- Concentratieproblemen
- Laag prestatieniveau
- Schoolweigering
- Stelen of vandalisme als incident
- Ritualistisch gedrag

Tevens omschrijft Van Yperen de ernstige problemen als volgt:

- Enuresis (bedplassen)
- Stoornissen in schoolvaardigheden
- Sociale terugtrekking
- Persistente (blijvende) schoolweigering
- Stoornissen in geslachtsidentiteit
- Gedragsstoornis of vroege delinquentie
- Neurosen en somatoforme stoornissen (geen lichamelijke klachten of ziekten)

Oosterop heeft in het gesprek, eerder genoemd in deelvraag één, de doelgroep van kinderen met ontwikkelingsachterstanden als gevolg van een beperking onderverdeeld in chronische ziekte, handicap en meervoudige handicap (I2F10). Aan de hand van deze drie onderdelen wordt hieronder de medische problematiek in kaart gebracht.

5.1.3 Chronische ziekten

In een project, uitgevoerd door het Emma Kinderziekenhuis en het AMC Amsterdam (2006), wordt er gesproken over chronische aandoeningen bij kinderen wanneer er aan alle onderstaande vier criteria is voldaan:

1. Aandoening komt voor bij kinderen tot 19 jaar.
2. De aandoening is vast te stellen met behulp van medische wetenschap, door middel van een meetproces die valide en reproduceerbaar is.
3. De aandoening is (nog) niet te genezen.
4. De aandoening bestaat tenminste drie maanden of langer of er zijn afgelopen jaren drie ziekte episoden geweest.

Er heeft een onderzoek plaatsgevonden door twee artsen en drie kinderartsen uit het AMC, waarbij een lijst is voorgelegd met alle aandoeningen uit de ICD-10. *“De ICD-10 is een classificatie voor ziekten en andere gezondheidsproblemen om op een systematische wijze gegevens te verzamelen, analyseren, interpreteren en vergelijken tussen verschillende landen, gebieden en periodes (Emma Kinderziekenhuis & AMC Amsterdam, 2006, p. 7).”* Dit onderzoek bevat een lijst van 284 diagnoses en clusters van diagnoses die beschouwd worden als chronische aandoeningen bij kinderen.

5.1.4 Enkelvoudige of meervoudige handicap

In een onderzoek, uitgevoerd door Tierolf en Oudenampsen (2013), naar kinderen met een handicap, wordt onderscheid gemaakt tussen enkelvoudige en meervoudige handicaps. De enkelvoudige handicaps zijn verdeeld in drie soorten: een lichamelijke, verstandelijke en zintuiglijke handicap. De meervoudige handicaps zijn voornamelijk combinaties van lichamelijke en verstandelijke handicaps.

In hetzelfde onderzoek worden er drie selecties gemaakt als het gaat om de meervoudige handicaps. Allereerst komt een lichamenlijk handicap in combinatie met een verstandelijke handicap voor. Een andere optie is een lichamenlijk handicap gecombineerd met een zintuiglijke handicap. Ten slotte een verstandelijk handicap met een zintuiglijk handicap (Tierolf & Oudenampsen, 2013).

5.2 Bruikbare bouwstenen voor het bieden van de juiste hulp

5.2.1 De individuele werker

5.2.1.1 Aanvullende vaardigheden

Puur en alleen kennis over normale en afwijkende ontwikkeling is niet genoeg. Centrum voor Jeugd en Gezin Den Haag heeft een landelijke handreiking opgesteld, waarin handvatten geboden worden voor het werken in Centra voor Jeugd en Gezin. Eén handvat draait om het versterken van de kracht van jeugdigen en gezinnen (Jeugd en Gezin, 2012, p. 12). Hiervoor zijn onder andere de volgende vereiste competenties opgesteld, die gevraagd worden van de medewerkers van Centra voor Jeugd en Gezin:

- Vraaggericht werken

Er wordt uitgegaan van (al dan niet expliciete) vragen, wensen en behoeften.

- Klantversterkend werken

Er wordt een beroep gedaan op de eigen kracht en het probleemoplossend vermogen.

- Omgevingsgericht werken

Er worden individuele problemen en maatschappelijke ontwikkelingen gesignaleerd. Op basis daarvan wordt door de professional initiatief genomen.

- Samenwerkingsgericht werken

Er wordt op een effectieve manier samengewerkt, waarbij de nadruk ligt op vertrouwen tussen professionals, kennis over elkaars expertise en eenduidigheid in taalgebruik.

- Werken in een netwerkorganisatie

Professionals weten waar ze voor staan, onderschrijven de visie en dragen deze uit in hun manier van werken met ouders en jeugdigen.

5.2.1.2 Transparantie

De deelcompetentie samenwerkingsgericht werken heeft te maken met het verantwoorden van de handelwijze van de professional: *De professional in het Centrum voor Jeugd en Gezin is in staat zich inhoudelijk en materieel te verantwoorden aan de jeugdige, opvoeders, haar organisatie, professionals van andere disciplines, beroepsverenigingen en juridische instanties, zodat inzicht ontstaat in de gevolgde handelwijze* (Jeugd en Gezin, 2012, p. 23).

Ook het Landelijk Uitstroomprofiel Jeugdzorgwerker gaat hierop in: *De jeugdzorgwerker is in staat om planmatig, methodisch en gestructureerd te werken, waardoor de jeugdige en/of opvoeders en/of de (leef)groep zicht hebben op de behandeldoelen en de aanpak, en het beoogde resultaat wordt gehaald* (Snel, Koeter, & Jansen, 2010, p. 46).

Het is dus in meerdere documenten vastgelegd dat een professional die werkt met jeugdigen en gezinnen transparant dient te zijn in zijn handelen, om inzicht te creëren in datgene wat hij doet.

5.2.1.3 Benadering cliënt

Tevens moet de professional, volgens Laarakker & Brinkman (2014), in staat zijn samen te werken met de cliënt. Samenwerking met, in dit geval het gezin, wordt gestimuleerd wanneer de hulpverlener zich niet boven, maar naast de cliënt opstelt. Hierbij is vertrouwen in de oplossingsvaardigheden van de cliënt essentieel. Het wezenlijke in de samenwerking is om de cliënt als samenwerkingspartner te zien (Laarakker & Brinkman, 2014).

In een opgestelde handreiking van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, die het belang van zelfmanagement en eigen regie van cliënten ondersteunt, wordt aangeduid dat zelfmanagement onder andere betekent dat de cliënt mede richting kan geven aan hoe beschikbare zorg wordt ingezet (Kenniscentrum Duurzame Zorg, Kenniscentrum HAN Sociaal, & Kc RAS, 2015).

Samenvattend is een samenwerkende benadering, waarbij de nadruk ligt op eigen regie en zelfmanagement, geschikt om vooruit te komen in het hulpverleningsproces van het kind.

5.2.2 Werken in de organisatie

Werken in een vroeghulpteam wordt niet alleen gedaan. Er wordt samengewerkt met professionals uit het team, de eigen organisatie en andere organisaties. De volgende aspecten bij het werken in een organisatie worden in kaart gebracht:

5.2.2.1 Multidisciplinaire aanpak

In een handreiking van Integrale Vroeghulp wordt beschreven dat een goede beoordeling van de hulpvraag vraagt om multidisciplinaire aanpak (Integrale Vroeghulp, Handreiking Integrale Vroeghulp voor gemeenten, 2014). Multidisciplinair heeft betrekking op meerdere disciplines en verschillende beroepsgroepen (Ensie, 2016). Multidisciplinair betekent in dit geval minimaal een kinder(revalidatie)arts, gedragswetenschapper en zorgcoördinator of casemanager. Afhankelijk van de hulpvraag kunnen andere disciplines worden ingeschakeld (Integrale Vroeghulp, Handreiking Integrale Vroeghulp voor gemeenten, 2014).

Om zodoende tot een juiste inschatting van de hulpvraag te komen en te zorgen voor een passend hulpaanbod, kan een multidisciplinaire benadering nuttig zijn.

5.2.2.2 Vaardigheden in multidisciplinaire samenwerking

Laarakker is psycholoog en zorgcoördinator. Laarakker (2014) ondersteunt organisaties bij het vormgeven en uitvoeren van multidisciplinaire samenwerking. Zij stelt dat samenwerking met andere organisaties, in onder andere de jeugdzorg, vraagt om de volgende vaardigheden:

- Hulpverleners met een helikopterview.
- De belangen en visies op tafel krijgen.
- Onderhandelen vanuit gemeenschappelijke doelen.
- Regie nemen.
- Het hulpverleningsproces monitoren.

In een uitgave van het vaktijdschrift Sozio (2015) wordt hier verder op ingegaan. Wanneer er samengewerkt wordt met meerdere organisaties is het van belang de eventueel verschillende visies voor ogen te hebben. Onderlinge tegenwerking wordt dan voorkomen.

Samengevat betekent dit dat een goede multidisciplinaire samenwerking tot stand kan komen wanneer aandacht besteed wordt aan verschillende vaardigheden, hierboven benoemd.

5.2.2.3 Kennisdeling en teamleren

Volgens Swart (2013) heeft iedereen in de sector Zorg en Welzijn tegenwoordig de individuele professionele autonomie op een belangrijke plaats staan. Swart is echter voorstander van nieuwsgierige, kritische en dialogische bevraging. Het is volgens haar zaak ieders opvatting grondig te bevragen, totdat de onderliggende professionele kennis, ervaring en waarden en normen duidelijk worden. Dit leidt tot een professionele analyse van een casus en tot een genuanceerde conclusie waarin alle opvattingen meegenomen worden. Dit wordt kennisdeling en teamleren genoemd.

Hieruit kan opgemaakt worden dat het bevorderlijk is om als professionals elkaar kritisch te bevragen om tot een weloverwogen plan te komen.

5.2.2.4 Lokale zorg

In een handreiking over krachtgerichte sociale zorg van Pennix&Sprinkhuizen, mede tot stand gebracht door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2011), wordt beschreven dat de sociale zorg tegenwoordig ligt in effectieve oplossingen in en door de eigen omgeving van de burger. Die oplossingen laten de cliënt in zijn eigen leefwereld, waarbij gebruik wordt gemaakt van de daarin aanwezige krachten. Volgens Pennix&Sprinkhuizen moet er een einde komen aan de toestand waarin oplossingen in een wirwar van partijen en procedures ingewikkeld worden gemaakt.

Prof. dr. van Regenmortel, aangesteld als lector 'Empowerment en maatschappelijk kwetsbare groepen' aan de Fontys Hogeschool, stelt dat nabije, lokale zorg de minst ingrijpende middelen benut (Van Regenmortel, 2008).

Concluderend is het ongecompliceerder wanneer de zorg dichtbij de burger wordt georganiseerd en hierbij de minst ingrijpende middelen benut worden.

5.2.2.5 In kaart brengen van netwerk

Verbeek (2013) benadrukt het belang van een sociale kaart na de komst van grote decentralisaties in onder andere de jeugdzorg. Volgens hem is de sociale kaart het meest effectief, wanneer deze geïntegreerd is in meerdere informatiesystemen. Hij noemt dat wijkteams de sociale kaart vaak wel globaal helder hebben voor zichzelf, maar het bijhouden en up-to-date houden van deze informatie niet vanzelf gaat.

Ook in de bovengenoemde handreiking, opgesteld door Centrum voor Jeugd en Gezin Den Haag, wordt de sociale kaart benoemd bij de vaardigheid *omgevingsgericht werken*: De professional in het CJG dient kennis te hebben van de sociale kaart en kan deze toepassen (Jeugd en Gezin, 2012).

De sociale kaart kan zodoende een goed hulpmiddel zijn om omgevingsgericht te werken en de juiste professionals te betrekken bij de hulpvraag.

5.3 Samenvatting

Het is van belang kennis te hebben van normale en afwijkende ontwikkeling, om te kunnen werken aan realistische verwachtingen van de cliënt. Elk kind heeft in zijn of haar leven te maken met ontwikkelingsopgaven. Wanneer deze ontwikkelingsopgaven niet zijn volbracht, is dit vaak een oorzaak van problemen op latere leeftijd. Per leeftijdscategorie zijn normale en ernstige problemen te onderscheiden. Medische problemen zijn daarnaast te onderscheiden in chronische ziekte, handicap en meervoudige handicap.

Het bieden van de juiste hulp aan deze doelgroep vraagt vaardigheden van de individuele werker én een juiste aanpak van de organisatie. De individuele werker dient te beschikken over de competenties vraaggericht werken, klantversterkend werken, omgevingsgericht werken, samenwerkingsgericht werken en werken in een netwerkorganisatie. Daarnaast is een transparante werkhouding en een samenwerkende benadering richting het gezin essentieel in het hulpverleningsproces.

Van de organisatie vraagt het een multidisciplinaire aanpak en vaardigheid in het werken met deze aanpak. Het is daarnaast bevorderlijk voor het proces van hulpverlening wanneer de organisatie ervoor zorgt dat er aan kennisdeling en teamleren wordt gedaan. Ook zorg die lokaal en zo dicht mogelijk bij de burger wordt georganiseerd, waarbij zo weinig mogelijk ingrijpende middelen worden benut, draagt hieraan bij. Tot slot is de sociale kaart een goed hulpmiddel om omgevingsgericht te werken en de juiste professionals te betrekken bij de hulpvraag.

6. Conclusie

“Welke bouwstenen van de eerdere Integrale Vroeghulp Utrecht zijn voor medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal werkzaam en wat moet daaraan toegevoegd worden om de hulpvragen van kinderen van 0-7 jaar te achterhalen en om te zetten in een passend hulpaanbod?”

Samengevat stellen we dat de werkwijze van Integrale Vroeghulp met de zeven bouwstenen goed bruikbaar is. De bouwstenen vormen de ordening voor de werkwijze van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal, zoals beschreven is in antwoord op deelvraag één en twee.

Op basis van deze ordening concluderen we welke onderdelen uit de bouwstenen aanwezig zijn en welke gemist worden in de werkwijze van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal. Tevens wordt aangegeven welke aspecten uit de werkwijzen van andere gemeenten bruikbaar kunnen zijn om invulling te geven aan de gemiste onderdelen van de werkwijze van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de beschreven literatuur, documenten vanuit andere plaatsen en bevindingen uit de interviews.

6.1 Bouwsteen 1: Vroege signalering

Samengevat is vroege signalering het op tijd diagnostiek, zorg en ondersteuning bieden, door te signaleren op plaatsen waar het jonge kind en ouders komen. Bij Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal is dit terug te zien bij het vroeghulpteam, waarbij de professionals de casussen wat betreft jonge kinderen met complexe problematiek in hun caseload krijgen. Deze aanmeldingen komen vanuit de algemene aanmeldingen die in het wekelijks overleg met het jeugdteam worden besproken.

Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal heeft iets van deze vroege signalering opgenomen in haar werkwijze. Door de professional van het vroeghulpteam moet er een inschatting gemaakt worden welke casus binnen het jeugdteam blijft of door moet stromen naar het vroeghulpteam. De vroeghulpteamleden geven aan dat zij nog onvoldoende bekend zijn, zowel intern en extern, bij betrokkenen en kunnen zich daarin nog profileren. Concluderend zou Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal nog stappen kunnen ondernemen om de vroege signalering zo optimaal mogelijk te maken.

Bruikbaar is hierbij de werkwijze van Centrum voor Jeugd en Gezin Ede, die vindplaatsgericht werkt. Deze werkwijze kenmerkt zich door teams, die dienen als aanspreekpunt voor alle hulpvragen in de regio en een brug zijn naar hulpverlening. Ook Centrum voor Jeugd en Gezin Barneveld profileert zich nadrukkelijk door aanwezig te zijn op scholen en Vroegschoolse Voorzieningen. Tevens werken Centrum voor Jeugd en Gezin Barneveld en Centrum voor Jeugd en Gezin Zeist beide met dagelijkse inloopspreekuren, waar ouders laagdrempelig hun vragen kunnen neerleggen.

6.2 Bouwsteen 2: Multidisciplinaire diagnostiek

Wat betreft deze bouwsteen is het noodzakelijk om vanuit verschillende disciplines te werken om de hulpvraag te verduidelijken en tot een diagnose te komen. De Integrale Vroeghulp stelt als eis dat bij het overleg minimaal een medische kant, een gedragswetenschappelijke kant, de regiehouder van het gezin, het kind en de ouders aanwezig moeten zijn. Andere disciplines moeten, indien nodig, ingeschakeld kunnen worden.

Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal heeft het vroeghulpteam in leven geroepen om multidisciplinair te kunnen werken. Medewerkers van centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal geven zelf aan dat de medische en de gedragswetenschappelijke kant gemist worden. Daarnaast geven zij aan dat op dit moment wel de juiste mensen aan het jonge kind gekoppeld zijn, maar dat door kritische bevraging van elkaar de hulp geoptimaliseerd kan worden. Eveneens wordt vanuit de literatuur

kennisdeling en teamleren aanbevolen om tot een professionele analyse van een casus en genuanceerde conclusies te kunnen komen.

De multidisciplinaire aanpak van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal kan niet volledig geschaard worden onder de multidisciplinaire diagnostiek van deze bouwsteen. Medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal hebben aangegeven dat er verschillende disciplines ingeschakeld kunnen worden, wanneer dit nodig blijkt te zijn. Zij beschikken echter (nog) niet over een vaste kern van betrokkenen, waarover gesproken wordt in deze bouwsteen. Er ontbreekt binnen het vroeghulpteam een medische en gedragswetenschappelijke discipline. Wanneer er vanuit verschillende invalshoeken en expertises naar een casus, en dus naar elkaar, gekeken wordt, zal automatisch kennisdeling en teamleren op gang gebracht worden. Dit draagt bij aan het optimaliseren van multidisciplinaire diagnostiek.

Centrum voor Jeugd en Gezin Zeist en Centrum voor Jeugd en Gezin Barneveld kunnen hierbij als model fungeren wanneer het gaat over multidisciplinaire diagnostiek. Zij hebben maandelijks een overleg, waarbij standaard de vaste kern vertegenwoordigd is. Op afroep zijn eventueel aanvullende vakspecialisten beschikbaar.

Een andere mogelijkheid die als voorbeeld gesteld kan worden is een aspect uit de werkwijze van Centrum voor Jeugd en Gezin Scherpenzeel. Omdat Scherpenzeel een kleine gemeente is hebben zij zich aangesloten bij het MDO+ in Ede.

6.3 Bouwsteen 3: Multidisciplinair adviesplan

De Integrale Vroeghulp bundelde alle adviezen tot één plan waarin de inzet van ouders en het kind, de benodigde ondersteuning en de professionele inzet beschreven stond. Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal heeft hier een eigen invulling aan gegeven, aangezien zij de ingeschakelde disciplines benutten door hen vooral mee te laten kijken en denken over het juiste hulpaanbod. In samenspraak met ouders maakt de trajectbegeleider uit het vroeghulpteam een plan op basis van eventuele adviezen uit andere expertises. Een bevinding van de professionals uit het vroeghulpteam is hierbij dat de verantwoordelijkheid bij de individuele werker ligt. Teamleren en kennisdeling kan ook in dit geval bruikbaar zijn, waardoor de individuele werker kritisch bevraagd wordt en een weloverwogen plan gemaakt kan worden.

Tevens is er nog geen duidelijkheid over wat er in het eindverslag aan bod moet komen. Er kan gesteld worden dat Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal een eigen invulling heeft gegeven aan het adviesplan en dat het nog in ontwikkeling is.

6.4 Bouwsteen 4: Informatie en advies voor gezinnen en trajectbegeleiding

Deze bouwsteen heeft betrekking op de casemanager van Integrale Vroeghulp, die het gezin begeleidt, ondersteunt en adviseert gedurende het hele traject en op een informatiepunt waar informatie en advies voor ouders verkregen kan worden.

Het Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal werkt met deze vierde bouwsteen. Trajectbegeleiders begeleiden de ouders en het kind gedurende het gehele traject en zijn in samenspraak met ouders verantwoordelijk voor de casus en het proces. De trajectbegeleider is tevens contactpersoon, waarbij informatie en advies verkregen kan worden.

6.5 Bouwsteen 5: (preventieve) Gezinsondersteuning

In deze vijfde bouwsteen gaat het over ondersteuning van gezinnen door preventieve programma's en praktische ondersteuning aan te bieden waarbij de ontwikkeling van het kind en een goede opvoeding van ouders gestimuleerd worden. Daarnaast is de trajectbegeleider van Integrale Vroeghulp bekend met de sociale kaart van (preventieve) gezinsondersteuning.

Concluderend kan gesteld worden dat Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal de vijfde bouwsteen voor een groot deel heeft opgenomen in haar werkwijze. Als het gaat over preventieve programma's, is dit bij Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal in de vorm van ambulante begeleiding en behandeling. Praktische ondersteuning wordt geboden in gezinsondersteuning en cliëntondersteuning. Daarnaast hebben professionals uit het vroeghulpteam weet van lokale aanbieders, maar maken hierbij geen gebruik van een officiële sociale kaart.

In de literatuur en in een brochure van Centrum voor Jeugd en Gezin Den Haag wordt bevestigd dat een sociale kaart bruikbaar is om omgevingsgericht te werken en de juiste professionals te betrekken. Hieruit kan de conclusie getrokken worden dat Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal een verbeterslag zou kunnen maken, wanneer zij gebruik maakt van een sociale kaart.

De Centra voor Jeugd en Gezin Barneveld, Ede en Scherpenzeel maken gebruik van een sociale kaart. Bruikbaar is hierbij de werkwijze van Centrum voor Jeugd en Gezin Barneveld, die het up-to-date houden uitbesteed heeft aan de organisaties zelf.

6.6 Bouwsteen 6: Zorg en onderwijs

In deze bouwsteen gaat het om samenwerking tussen zorg en scholen, die nauw aansluit op preventieve gezinsondersteuning en de te bieden ondersteuning bij toeleiding naar zorg en onderwijs.

Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal vindt het van belang dat er een goede samenwerking is tussen zorg en onderwijs. Zij heeft samenwerking met verschillende partijen, wat zo lokaal mogelijk georganiseerd is.

Gesteld kan worden dat er geen duidelijke richtlijnen over deze samenwerking bestaan, waardoor niet altijd kennis is van elkaars expertise en men elkaar niet altijd even goed weet te vinden.

Theoretisch wordt onderbouwd dat samenwerkingsgericht werken verbeterd kan worden wanneer de nadruk ligt op vertrouwen tussen professionals en kennis over elkaars expertise.

De werkwijze van Noord-Veluwe omvat onder meer samenwerkingsverbanden met verschillende andere gemeenten uit de regio, wat naar eigen zeggen een goede samenwerking voor het jonge kind oplevert. Ook Centrum voor Jeugd en Gezin Scherpenzeel is zo'n samenwerkingsverband aangegaan met Centrum voor Jeugd en Gezin Ede, zoals hierboven reeds benoemd. Centrum voor Jeugd en Gezin Zeist werkt met MDO's, wat de samenwerking volgens hen verbetert, doordat de lijnen korter zijn en men elkaar beter weet te vinden. Deze samenwerkingsverbanden zijn bruikbaar voor Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal, om de eigen samenwerking te verbeteren en te bevorderen.

6.7 Bouwsteen 7: Ketennetwerk

In de laatste bouwsteen gaat het over het vormen van duurzame ketennetwerken. Dit netwerk wordt gecoördineerd door een coördinator van de Integrale Vroeghulp die al de netwerkpartners onderhoudt en weet welke gezinnen er aangemeld worden en waar de kinderen uitstromen.

De medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal weten welke kinderen aangemeld zijn binnen het vroeghulpteam. De trajectbegeleider houdt daarnaast zicht op de uitstroming van de kinderen in haar caseload.

Daarentegen heeft Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal geen vaste coördinator die zicht heeft op alle aanmeldingen, de kinderen die uitstromen en alle netwerkpartners.

Bruikbaar is de werkwijze van Centrum voor Jeugd en Gezin Zeist, die dit wel heeft. Aanmeldingen komen binnen op één centraal punt. Aanmeldingen die vragen om een langer traject worden door de coördinator, samen met de administratief ondersteuner, verdeeld over de medewerkers uit het team.

7. Aanbevelingen

De antwoorden op de deelvragen één tot en met vier vormen samen de hierboven beschreven conclusie. Dit resulteert in een achttal aanbevelingen, als antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek: *“Welke bouwstenen van de eerdere Integrale Vroeghulp Utrecht zijn voor medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal werkzaam en wat moet daaraan toegevoegd worden om de hulpvragen van kinderen van 0 - 7 jaar te achterhalen en om te zetten in een passend hulpaanbod?”*

7.1 Eenduidige werkwijze

Bij vroege signalering, bouwsteen één, draait het om tijdige diagnostiek, zorg en ondersteuning. Bij Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal wordt door een medewerker van het vroeghulpteam een inschatting gemaakt welke casus binnen het jeugdteam blijft, wordt opgenomen in haar eigen caseload of ingebracht wordt in het overleg van het vroeghulpteam. Hiervoor bestaan geen eenduidige richtlijnen, waardoor de verantwoordelijkheid bij de individuele werker ligt en niet inzichtelijk is welke stappen genomen worden. Deze richtlijnen zijn wel van belang om de kans te vergroten dat de daadwerkelijke hulpvraag achterhaald wordt en omgezet kan worden in een passend hulpaanbod.

7.1.1 Aanbeveling 1

Formuleer duidelijke richtlijnen die helpen om casussen terecht te laten komen bij de juiste persoon in het team.

7.1.2 Aanbeveling 2

Zorg voor duidelijke richtlijnen, wanneer een casus terecht is gekomen bij één van de vroeghulpteamleden. Maak als vroeghulpteamlid een analyse om te kunnen onderbouwen en verantwoorden welke andere disciplines ingeschakeld dienen te worden. Zie ter illustratie hierbij de werkwijze van Centrum voor Jeugd en Gezin Ede.

7.1.3 Aanbeveling 3

Benut alle disciplines binnen het vroeghulpteam standaard bij een nieuwe casus, om tot een genuanceerde conclusie te komen. Beperk het niet tot alleen de individuele werker.

7.2 Profilering

Er is onvoldoende bekendheid van het vroeghulpteam bij betrokkenen, zowel intern als extern. Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal kan zich hierin profileren door de volgende aanbevelingen uit te voeren.

7.2.1 Aanbeveling 4

Bevorder interne profilering door medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal te informeren, door middel van een bijeenkomst, over de mogelijkheden van het vroeghulpteam.

7.2.2 Aanbeveling 5

Stimuleer externe profilering door de volgende stappen te ondernemen:

- Maak een overzicht van alle organisaties binnen Veenendaal waar het jonge kind en de ouders te vinden zijn, te denken aan kinderdagverblijven, scholen, peuterspeelzalen, et cetera.
- Stel een PR-medewerker aan, welke een bezoek brengt aan deze organisaties en zorgt voor bekendheid en (verdere) introductie van het vroeghulpteam.
- Laat de PR-medewerker tegelijkertijd onderzoeken op welke van deze organisaties mogelijkheden zijn voor inloopsprekken. Bruikbaar zijn de werkwijzen van Centrum voor Jeugd en Gezin Barneveld, Ede en Zeist.

7.3 Multidisciplinair werken

Multidisciplinaire diagnostiek is van belang om tot een goede hulpvraagverduidelijking en diagnose te komen. Multidisciplinair werken vraagt minimaal een medische en gedragswetenschappelijke discipline, de regiehouder van het gezin, het kind en de ouders. Tevens brengt dit kritische bevraging onder de professionals op gang, wat leidt tot een professionele analyse van een casus.

7.3.1 Aanbeveling 6

De medische en gedragswetenschappelijke disciplines worden binnen het vroeghulpteam gemist. Voeg deze disciplines als vaste kern toe. Investeer daardoor ook in teamleren en kennisdeling.

7.4 Samenwerking

Bouwsteen zes benadrukt het belang van een goede samenwerking tussen zorg en scholen. Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal heeft geen duidelijke richtlijnen rondom deze samenwerking.

7.4.1 Aanbeveling 7

Maak een officiële sociale kaart, waar minimaal de volgende domeinen op te vinden zijn:

- Kinderopvang
- Vroeg- en Voorschoolse Educatie
- (jeugd) Gezondheidszorg
- Onderwijs

Besteed het up-to-date houden ervan uit aan de organisaties zelf. Bruikbaar is hierbij de werkwijze van Centrum voor Jeugd en Gezin Barneveld.

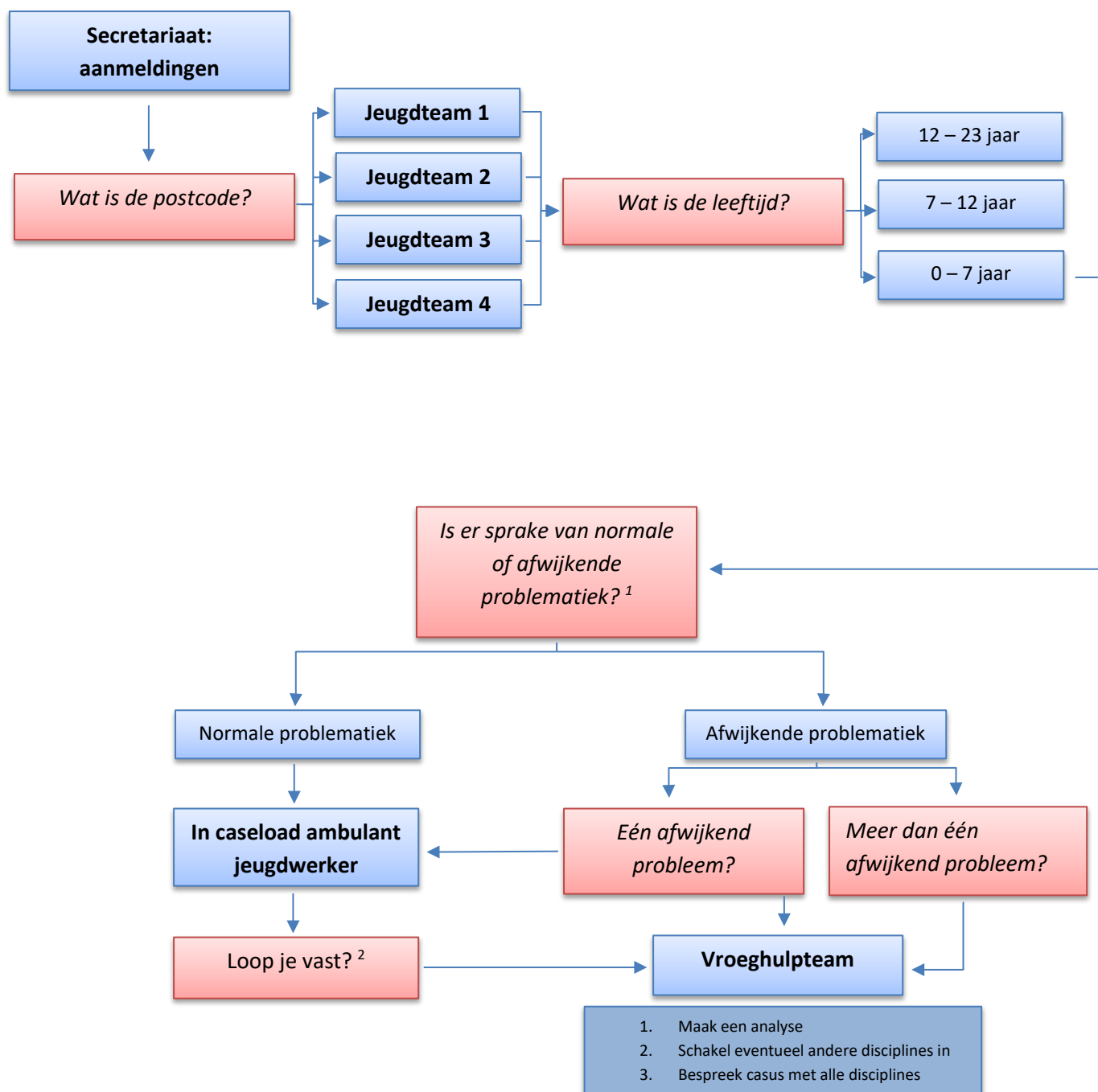
7.4.2 Aanbeveling 8

Maak een stroomschema waarin duidelijk wordt welke doorverwijzingsmogelijkheden er zijn.

7.5 Voorbeelduitwerking

Voor een voorbeelduitwerking van de aanbevelingen één, twee en drie, zie figuur 4 op de volgende pagina.

Figuur 4



¹ Bespreek met elkaar wanneer er sprake is van normale of afwijkende problematiek. Lees voor meer informatie deelvraag vier.

² Creëer richtlijnen zodat duidelijk is hoe een ambulant jeugdwerker een casus kan inbrengen in het vroeghulpteam.

8. Discussie

In dit hoofdstuk wordt een kritische evaluatie van ons onderzoeksverslag beschreven. Tijdens het doen van onderzoek is er voor gekozen een aantal zaken te wijzigen, die ten goede komen aan het eindresultaat. Dit omvat onder andere de formulering van de deelvragen, de reikwijdte van ons onderzoek, de hoeveelheid gehouden interviews, het benutten van extra schema's als aanvulling op de interviews en het negeren van ontwikkelingen gedurende het onderzoek.

8.1 Formulering deelvragen

Bij de deelvragen één tot en met drie was in de eerste instantie gekozen voor de formulering: “(...) en wat leverde dit op?”. Deze formulering lijkt te doelen op resultaten van een bepaalde aanpak op lange termijn. Tijdens het uitwerken van de deelvragen kwamen we tot de conclusie dat deze resultaten niet toetsbaar zijn. Aangezien de Integrale Vroeghulp Utrecht nog maar recent is stopgezet en de gemeenten nog maar kort gebruikmaken van hun nieuwe werkwijzen, of zelfs nog bezig zijn deze te implementeren, zijn deze resultaten niet te meten. Resultaten meten is daarnaast in omvang zo groot, dat het niet haalbaar is voor dit type onderzoek. Deze uitleg van resultaten beoogden wij dan ook niet. Waar wij vanaf het begin op doelden is waar een bepaalde werkwijze in resulteert, wat het oplevert. Denk hierbij met name aan bevindingen van medewerkers. We hebben er daarom voor gekozen de formulering van de deelvragen één, twee en drie te wijzigen in het volgende, om betekenisverwarring te voorkomen:

1. Hoe zag de aanpak van de eerdere Integrale Vroeghulp Utrecht eruit en wat leverde het op?
2. Wat is de huidige aanpak van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal en wat levert het op om hulpvragen van kinderen van 0-7 jaar met problematiek op meerdere ontwikkelingsgebieden en/of medische problematiek te achterhalen en om te zetten in een passend hulpaanbod?
3. Op welke wijze hebben andere gemeenten de aanpak van de eerdere Integrale Vroeghulp een plek gegeven in hun beleid en wat levert het op?

Daarnaast is ook de formulering van deelvraag vier gewijzigd. Deelvraag vier luidde eerst: “Wat staat er in de literatuur beschreven over problematiek op meerdere ontwikkelingsgebieden en/of medische problematiek bij kinderen van 0-7 jaar en op welke manier deze problemen te achterhalen zijn?” Het achterhalen van problemen duidt op een specifiek stuk hulpverlening, waarbij vaardigheden rondom hulpvraagverduidelijking nodig zijn. Tijdens het uitwerken van deze deelvragen kwamen we tot de conclusie dat dit te specifiek is en te weinig toevoegt aan de hoofdvraag van dit onderzoek. Gekozen is daarom voor een herformulering, die als volgt is:

4. Wat staat er in de literatuur beschreven over problematiek op meerdere ontwikkelingsgebieden en/of medische problematiek bij kinderen van 0-7 jaar en wat is nodig om hierbij de juiste hulp te kunnen bieden?”

Deze formulering omvat meer mogelijkheden en geeft daarmee beter antwoord op de hoofdvraag van het onderzoek.

8.2 Provincie Utrecht

De oplettende lezer heeft nog een andere wijziging in de formulering van deelvraag drie opgemerkt. Om ons onderzoek beperkt, behapbaar en zo lokaal mogelijk te houden, was in eerste instantie gekozen voor interviews met centra voor Jeugd en Gezin uitsluitend binnen de provincie Utrecht. Vanwege non-respons van centra voor Jeugd en Gezin binnen de provincie Utrecht, hebben we uiteindelijk besloten ook interviews binnen de provincie Gelderland te houden. De keuze is op de provincie Gelderland gevallen, omdat deze dichtbij de provincie Utrecht ligt en we het onderzoek op

deze manier nog steeds lokaal konden houden. Hierdoor is de formulering van deelvraag drie veranderd in:

3. Op welke wijze hebben andere gemeenten de aanpak van de eerdere Integrale Vroeghulp een plek gegeven in hun beleid en wat levert het op?

8.3 Hoeveelheid interviews

Aan de start van ons onderzoek waren we voornemens drie interviews te houden met medewerkers van de eerdere Integrale Vroeghulp, vijf met medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal en zeven met medewerkers van centra voor Jeugd en Gezin van andere gemeenten.

Er is een wijziging doorgevoerd in dit aantal interviews. We hebben ten eerste gekozen om zes in plaats van vijf interviews met medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal te houden. Deze beslissing is genomen, vanwege het feit dat dit een completer beeld zou geven, met name wat de werkwijze oplevert.

Ten tweede is gekozen voor vier in plaats van zeven interviews met medewerkers van andere centra voor Jeugd en Gezin. Zoals hierboven reeds benoemd, hadden we te maken met non-respons. Dit was echter niet de belangrijkste reden om het interviewaantal te beperken. Op de website van de eerdere Integrale Vroeghulp waren tientallen handreikingen te vinden over de werkwijze van andere gemeenten, die nuttig en bruikbaar waren om op te nemen in ons onderzoek.

8.4 Interview Kinder Company

We hadden in de eerste instantie gekozen voor interviews op drie niveaus, namelijk: Integrale Vroeghulp, Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal en Centra voor Jeugd en Gezin uit andere gemeenten. Tijdens het proces dachten we hierbij het belang van het kind uit het oog te verliezen. We wilden dichtbij de bron blijven; het kind en de ouders.

Om meer te weten te komen over de problematiek van jonge kinderen en de juiste benaderingswijze richting dit jonge kind en de ouders, hebben we een interview gehouden met Simone Smaal van de Kinder Company in Ede. Dit interview leverde echter geen relevante en bruikbare informatie op. Daarom hebben we uiteindelijk besloten dit interview niet te gebruiken in ons betoog. Het interview is wel opgenomen in het bronnenboek, vanwege het feit dat de coderingen van de interviews reeds verder genummerd waren en verwerkt in het onderzoek.

8.5 Fragmentenschema's

Om sterkere conclusies te kunnen trekken uit de gehouden interviews met een zestal medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal, hebben we gekozen om gebruik te maken van een fragmentenschema. Medewerkers hebben fragmenten uit de interviews van collega's voorgelegd gekregen, waarin zij aan konden geven welke van deze uitspraken door hen individueel gedragen werden. Dit is extra toegevoegd aan ons onderzoek, om hiermee betrouwbaardere conclusies te kunnen trekken en de validiteit van het onderzoek te vergroten.

8.6 Ontwikkelingen

Het vroeghulpteam van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal was gedurende ons onderzoek nog in ontwikkeling. Na de gehouden interviews met de medewerkers, kwam zo nu en dan informatie naar ons toe over deze ontwikkelingen, wat ons weer een ander beeld van het vroeghulpteam en haar werkwijze opleverde. Omdat de informatie uit de interviews vaak reeds verwerkt was, hebben we besloten ons te beperken tot die informatie, die verkregen was uit de interviews en verdere kennisgevingen te negeren. De data, verzameld uit de interviews, is hierin voor ons leidend geweest.

8.7 Deelvraag vijf

Deelvraag vijf luidde aan het begin van ons onderzoek:

5. Welke aanpassingen moeten er gedaan worden in de huidige aanpak van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal om de hulpvragen van kinderen van 0 - 7 jaar te achterhalen en om te zetten in een passend hulpaanbod?

Gedurende het onderzoek kwamen we tot het inzicht dat deze deelvraag heel dicht bij de conclusie ligt, wat uiteindelijk dubbele informatie op zou leveren. We hebben daarom, in overleg met onze afstudeerbegeleider, besloten deze deelvraag te schrappen. Het analyseren van data heeft plaatsgevonden in de conclusie, waaruit uiteindelijk logischerwijs de aanbevelingen zijn voortgevloeid.

8.8 Eerder onderzoek

Eerder onderzoek heeft plaatsgevonden door Integrale Vroeghulp, wat resulteerde in uitgewerkte werkwijzen die te vinden zijn in de handreikingen. Hiervan hebben wij gebruikt gemaakt in het onderzoeksverslag. Daarnaast heeft er verder geen onderzoek plaatsgevonden omtrent het implementeren van de werkwijze van Integrale Vroeghulp binnen Centra voor Jeugd en Gezin, aangezien Integrale Vroeghulp recent is gestopt.

8.9 Vervolgonderzoek

Voor een vervolgonderzoek kunnen de volgende vragen bruikbaar zijn:

- Wat wordt er binnen Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal verstaan onder de normale en afwijkende problematiek bij kinderen van 0 – 7 jaar en welke richtlijnen geven zij daarbij aan?
- Hoe kan een PR- medewerker het vroeghulpteam op de juiste manier presenteren en bekend maken bij andere organisaties?
- Op welke wijze kan Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal het multidisciplinaire werken optimaliseren?
- In hoeverre heeft Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal de afgelopen jaren geld en tijd bespaard?

9. Productevaluatie en procesevaluatie

In het Plan van Aanpak hebben wij, de onderzoekers, uitvoerig beschreven op welke wijze het onderzoek uitgevoerd zou worden. Daarin zijn de vraagstellingen, de doelstellingen, de afspraken en de planning beschreven. In dit hoofdstuk wordt de product- en procesevaluatie uitgevoerd om terug te kijken op het hele onderzoeksproces.

9.1 Doelstellingen

Om na te gaan of het gewenste resultaat is behaald, kijken wij terug op de eerder gestelde drie doelstellingen.

9.1.1 Doelstelling 1

Aan het einde van dit onderzoek hebben de medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal een overzicht van geslaagde handelingswijzen van de eerdere Integrale Vroeghulp en andere gemeenten, waarvan zij gebruik kunnen maken om te komen tot een werkzame manier van hulpverlening, om ontwikkeling van kinderen van 0-7 jaar met problematiek op meerdere ontwikkelingsgebieden en/of medische problematiek te vergroten.

Bij de eerste doelstelling gaat het om de resultaten die uiteindelijk ten invoer gebracht konden worden in de werkwijze van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal. Wanneer er overzicht zou zijn over de handelingswijzen van de eerdere Integrale Vroeghulp en Centra voor Jeugd en Gezin van andere gemeenten, zou het doel gerealiseerd zijn.

Wanneer we kijken naar het eindproduct wordt er in deelvraag één geslaagde handelingswijzen van Integrale Vroeghulp beschreven. Tevens is in deelvraag drie de geslaagde handelingswijzen van andere gemeenten te lezen. De toepassing voor Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal wat betreft deze handelingswijzen wordt gemaakt in de conclusie, resulterend in acht aanbevelingen.

Er kan gesteld worden dat er voldaan is aan deze doelstelling. De medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin hebben inzicht verkregen en kunnen hiervan gebruik maken om te komen tot een werkzame manier van hulpverlening.

9.1.2 Doelstelling 2

Aan het einde van dit onderzoek hebben de medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal een overzicht van geslaagde handelingswijzen van de eerdere Integrale Vroeghulp en andere gemeenten, waarvan zij gebruik kunnen maken om te komen tot een werkzame manier van hulpverlening, zodat tijd en geld bespaart worden en mogelijk meer werkplezier ervaren wordt.

Bij deze doelstelling gaat het er om dat de hulpverlening zijn doel mist en tijd en geld bespaard wordt. Er kan gesteld worden dat medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal inzicht hebben verkregen van geslaagde handelingswijzen en de uitgewerkte aanbevelingen kunnen implementeren in hun aanpak. Hierdoor zal er eenduidig en effectief gewerkt worden, wat de tijdsruimte vergroot voor andere zaken en geld bespaart. Tevens zal dit mogelijk zorgen voor een duidelijke en werkzame manier van hulpverlening wat meer werkplezier oplevert. In dit opzicht is het doel behaald.

Daarentegen is er niet gemeten in hoeverre het daadwerkelijk tijd en geld bespaart. Hiervoor zou een vervolgonderzoek of evaluatie noodzakelijk zijn. Er zal een terugblik plaats moeten vinden waarbij de kosten van de voorgaande jaren vergeleken worden met de kosten van aankomende jaren, waarin er aanpassingen zijn gemaakt in de werkwijze.

9.1.3 Doelstelling 3

Aan het einde van dit onderzoek hebben de medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal de mogelijkheid om het onderzoeksverslag en de onderzoeksresultaten voor te leggen aan andere Centra voor Jeugd en Gezin in Nederland. Op deze manier kunnen zij hen informeren over een werkzame aanpak, waarbij de hulpvragen van kinderen van 0-7 jaar achterhaald worden en omgezet kunnen worden in een passend hulpaanbod en hen te stimuleren ook gebruik te maken van deze aanpak.

Elk Centra voor Jeugd en Gezin in Nederland heeft de vraag gekregen op welke manier zij doelstellingen uit de nieuwe Jeugdwet een plaats geven in de aanpak. In het onderzoek zijn een aantal van deze werkwijzen van andere gemeenten uitgewerkt, met de genoemde bevindingen. Elk Centra voor Jeugd en Gezin heeft een eigen invulling gegeven aan het bedienen van de doelgroep 0 – 7 jaar met complexe problematiek.

De derde doelstelling is behaald, aangezien medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal de mogelijkheid hebben om dit onderzoek en de onderzoeksresultaten te presenteren aan andere Centra voor Jeugd en Gezin. Hiermee wordt er gewerkt aan kennisdeling, waardoor uiteindelijk toegewerkt kan worden naar een effectieve manier van hulpverlening waarbij hulpvragen van kinderen van 0 – 7 jaar achterhaald en omgezet worden in een passend hulpaanbod. Hierin kunnen andere Centra voor Jeugd en Gezin gestimuleerd worden om gebruik te maken van deze aanpak of enkele aanpassingen in hun huidige werkwijze doorvoeren.

9.1.4 Het eindproduct

Het eindresultaat voldoet aan het gestelde doel, genoemd in het Plan van Aanpak:

Het resultaat zal een onderzoeksverslag zijn met daarin de beschreven uitkomsten van vier deelvragen en aanbevelingen in antwoord op de gestelde hoofdvraag: “Welke bouwstenen van de eerdere Integrale Vroeghulp Utrecht zijn voor medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal werkzaam en wat moet daaraan toegevoegd worden om de hulpvragen van kinderen van 0-7 jaar te achterhalen en om te zetten in een passend hulpaanbod?”

Uit het onderzoeksverslag blijkt dat er een uitwerking is gemaakt van de deelvragen en een aantal aanbevelingen gedaan zijn om antwoord te geven op de hoofdvraag. Daaraan toegevoegd is er een praktische uitwerking gemaakt aan de hand van een drietal van deze aanbevelingen, zodat de medewerkers van Centrum voor Jeugd en Gezin gemakkelijk praktisch aan de slag kunnen gaan met de aanbevelingen en dit kunnen implementeren in de aanpak.

9.2 Het proces

9.2.1 De beginsituatie

Voorafgaand aan het officiële onderzoek is een Plan van Aanpak beschreven. De aanleiding van het onderzoek is hierin te lezen. Hieruit blijkt dat wij enige kennis hadden verworven over het onderwerp van dit onderzoek, namelijk de werkwijze van Integrale Vroeghulp en Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal. Al vrij snel is duidelijk geworden dat er op drietal niveaus interviews afgenomen konden worden en verdere informatie uit literatuur verkregen zou kunnen worden.

Door middel van het schrijven van het Plan van Aanpak is er duidelijkheid en overzicht geschetst over de uitvoering van het onderzoek. Hierdoor waren wij beiden gemotiveerd en enthousiast geworden om het onderzoek uit te voeren. Deze motivatie en enthousiasme hebben wij geprobeerd vast te houden gedurende het hele onderzoeksproces.

Vanaf de beginsituatie hadden we veel interesse in het onderwerp van het onderzoek. Dit heeft ervoor gezorgd dat wij met oprechte interesse de gesprekken met de respondenten hebben kunnen voeren.

Door de verkregen informatie uit de interviews, raakten we gemotiveerd om verder te gaan met de uitwerking hiervan.

9.2.2 De planning

Voor het onderzoek was er een overzicht gemaakt van de taken, verantwoordelijkheden en deadlines. Alle taken en deadlines hebben wij op tijd kunnen halen. Wekelijks bekeken we de planning, waardoor we onszelf goed aan de planning konden houden.

9.2.3 De communicatie

Onze opdrachtgever en afstudeerbegeleider zijn er voor ons geweest gedurende het hele proces. De communicatie verliep goed, waardoor de gemaakte afspraken werden nagekomen. Dit heeft voor geen enkele belemmering gezorgd.

Tevens verliep de communicatie met de respondenten voorspoedig. We hebben ervoor gekozen om, indien mogelijk, de respondenten telefonisch te bereiken. Dit heeft ervoor gezorgd dat wij duidelijk uitleg konden geven over ons onderzoek en er op korte termijn afspraken gepland konden worden.

Het in contact komen met Centra voor Jeugd en Gezin van andere gemeenten bleek lastiger te zijn dan wij in eerste instantie dachten. Wij hebben de hulp ingeschakeld van onze opdrachtgever, aangezien zij goede contacten had. Uiteindelijk, door het gebruik van het netwerk van onze opdrachtgever, is het gelukt om in contact te komen met andere gemeenten. Samenvattend verliep de communicatie, zowel intern als extern, voorspoedig en kunnen wij hier met een positief gevoel op terugkijken.

10. Bronvermelding

- Baarda, B. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff uitgevers.
- Becker, N., & Leijenhorst, G. (2016). *Projectplan preventie CJG*. Veenendaal: Centrum voor Jeugd en Gezin Veenendaal.
- Bethlehem, J. (2009). *Achtergronden / non-respons*. Opgeroepen op januari 13, 2017, van Survey-onderzoek: <http://www.survey-onderzoek.nl/nonresp.html>
- Community Integrale Vroeghulp . (2016). *Integrale Vroeghulp in Midden Holland: Goudviis*. Opgehaald van Integrale Vroeghulp: <https://integralevroeghulp.pleio.nl/file/download/45948502>
- Emma Kinderziekenhuis, & AMC Amsterdam. (2006, september 1). *Omvang en gevolgen van chronische aandoeningen bij kinderen*. Opgehaald van Zorg voor het zieke kind: https://www.zorgvoorhetziekekind.nl/media/files/Rapport_Mokkink_et_al.pdf.pdf
- Ensie. (2016, Juli 6). *Multidisciplinair*. Opgehaald van Ensie: <https://www.ensie.nl/redactie-ensie/multidisciplinair>
- Gemeente Veenendaal. (2017). *Over het CJG*. Opgeroepen op januari 11, 2017, van Centrum Jeugd en Gezin Veenendaal: <http://www.cjgveenendaal.nl/over-het-cjg>
- Havighurst, R. (1948). *Developmental tasks and education*. New York: McKay.
- Integrale Vroeghulp. (2014). *Handreiking Integrale Vroeghulp voor gemeenten*. Utrecht: Ministerie van Veiligheid en Justitie, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, VvNG, Integrale Vroeghulp.
- Integrale Vroeghulp. (2016). *Signalering en Vroeghulp in IJsselstein*. Opgehaald van VNG: https://vng.nl/files/vng/publicaties/2016/ivh-ijsselstein_nov._2016.pdf
- Integrale Vroeghulp. (sd). *Integrale Vroeghulp*. Opgeroepen op januari 11, 2017, van Integrale Vroeghulp: <http://www.integralevroeghulp.nl/ouders/integrale-vroeghulp/>
- Jeugd en Gezin. (2012). *Professionals in het Centrum voor Jeugd en Gezin*. Den Haag: Jeugd en Gezin.
- Kenniscentrum Duurzame Zorg, Kenniscentrum HAN Sociaal, & Kc RAS. (2015). Factsheet zelfmanagement & eigen regie. Arnhem/Nijmegen.
- Laarakker, H. (2014). *Samenwerking tussen organisaties*. Opgehaald van Laarakker advies & training: <http://www.hlaarakker.nl/samenwerking-tussen-organisaties/>
- Laarakker, H. (2015). Een leven als een kaartenhuis: stutten helpt niet. Cement tussen de muren wel! *Sozio 1*, 31-35.

- Laarakker, H., & Brinkman, F. (2014). *Wat doen we ná het keukentafelgesprek? Excellente samenwerking tussen professionals én cliënten weeft een stevig vangnet*. Malden: Laarakker advies & training.
- Linden, J. v. (2017). *Notitie Vroeghulp Ede*. Ede: Vroeghulp .
- Meer, L. v. (2010). *Kinderen met een reactieve hechtingsstoornis*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Meij, H. (2011, maart). *De basis van opvoeding en ontwikkeling*. Opgehaald van Opvoedingsondersteuning: <http://www.opvoedingsondersteuning.info/nl/Download-NJi/Normale-ontwikkeling-pdftekst.pdf>
- Ministerie van Veiligheid en Justitie , Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, & Integrale Vroeghulp. (2014, december). *Integrale Vroeghulp: "Hoe organiseer ik als gemeente goede zorg voor kwetsbare kinderen met een (dreigende) ontwikkelingsachterstand."* Opgehaald van Stelselwijziging Jeugd: https://vng.nl/files/vng/publicaties/2015/201412_handreiking_integrale_vroeghulp.pdf
- Movisie. (2015, april 15). *Transitie Jeugdzorg: een overzicht*. Opgeroepen op januari 10, 2017, van Movisie, kennis en aanpak van sociale vraagstukken: <https://www.movisie.nl/artikel/transitie-jeugdzorg-overzicht>
- Nieuwboer, C. (2010). *Niet achter het behang..., maar wat dan?* Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.
- Osterop, S. (2016, decemeber). *Integrale Vroeghulp een duurzaam netwerk*. Opgeroepen op maart 8, 2017, van Integrale Vroeghulp: <https://integralevroeghulp.pleio.nl/file/download/48391092>
- Penninx, K., & Sprinkhuizen, A. (2011). *Krachtgerichte sociale zorg, sociaal werk in de participatiesamenleving. Een verkenning*. Movisie, kennis en advies voor sociale ontwikkeling.
- Rijksoverheid. (2009, juni). *Samenwerken voor de jeugd; centrale helpdesk voor gemeenten*. Opgehaald van Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2009/07/15/samenwerken-voor-de-jeugd-centrale-helpdesk-voor-gemeenten>
- Roos, K. d. (2012). *Samen sterk voor jonge kinderen met ontwikkelingsproblemen*. Den Haag: Ministerie van VWS, Directie Jeugd.
- Rouvoet, A. (2009, juni). *Samenwerken voor de jeugd; centrale helpdesk voor gemeenten*. Opgeroepen op januari 10, 2017, van Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2009/07/15/samenwerken-voor-de-jeugd-centrale-helpdesk-voor-gemeenten>
- Snel, M., Koeter, L., & Jansen, I. (2010). *Landelijk Uitstroomprofiel Jeugdzorgwerker*. Sectorraad HSAO.

- Swart, F. (2013). *Effectief communiceren in zorgteams*. Rotterdam: Inholland, Lectoraat geïntegreerd pedagogisch handelen.
- Tierolf, B., & Oudenampsen, D. (2013, september). *Kinderen met een handicap in Tiel*. Opgehaald van Kinderen in Tiel: http://www.kinderenintel.nl/2013/images/Kinderen-met-een-handicap-in-Tel_2013%20def%20webversie.pdf
- Van Regenmortel, P. (2008). *Zwanger van empowerment*. Eindhoven: Fontys Hogescholen.
- Verbeek, M. (2013, juni 3). *De sociale kaart is onontbeerlijk in het Sociale Domein*. Opgehaald van Het Sociale Domein: <http://www.hetsocialedomein.nl/de-sociale-kaart-in-het-sociale-domein/>
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2016, september). *Borging Integrale Vroeghulp: gemeentelijke varianten*. Opgeroepen op maart 22, 2017, van VNG factsheet: https://vng.nl/files/vng/20160902_facsheet_borging_integrale_vroeghulp_def.pdf
- Vroeghulp, I. (2014, maart). *Coördinatie Integrale Vroeghulp*. Opgehaald van Integrale Vroeghulp: http://www.integralevroeghulp.nl/media/42457/coordinatie_ivh_21032014.pdf
- Vroeghulp, I. (2014, februari 6). *De bouwstenen in beeld*. Opgeroepen op maart 20, 2017, van Integrale Vroeghulp: <http://www.integralevroeghulp.nl/professionals/integrale-vroeghulp/de-bouwstenen-in-beeld/>
- Vroeghulp, I. (2015). *IVH wordt ingebed in de basisteams van Regio Noord-Veluwe*. Opgeroepen op april 11, 2017, van Integrale Vroeghulp: <https://integralevroeghulp.pleio.nl/file/download/40346252>
- Vroeghulp, I. (2016). *Noord-Veluwe werkt aan expertise op maat*. Opgeroepen op april 4, 2017, van Integrale Vroeghulp: https://vng.nl/files/vng/201607_noord_veluwe_expertise_op_maat.pdf
- Yperen, T. (2009). *Betere Ketens*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

11. Bijlagen

11.1 Bijlage 1: Huidige werkwijze aanmeldingen



11.2 Bijlage 2: Handreiking Regio Noord-Veluwe



IVH wordt ingebed in de basisteams van Regio Noord-Veluwe

De zes gemeenten binnen de Regio Noord-Veluwe werken sinds 1 januari met zes basisteams. Deze teams fungeren als eerste aanspreekpunt voor alle zorg- en hulpvragen binnen de regio. Integrale Vroeghulp valt daar dit jaar nog buiten. De coördinatie ligt nog steeds bij MEE, maar dat verandert vanaf 2016. "We bekijken nu hoe we IVH het beste kunnen inbedden in de basisteams."

Regio Noord-Veluwe is een samenwerkingsverband van de gemeenten Elburg, Ermelo, Harderwijk, Nunspeet, Oldebroek en Putten. Zij werken al jaren samen, ook op het gebied van Jeugdzorg. Sinds 1 januari zijn er binnen de regio zes basisteams actief. Zij vormen de eerste toegang tot alle zorg- en hulpverlening in de gemeenten en verlenen ook vrij toegankelijke zorg. "Het afgelopen jaar hebben we ons goed voorbereid op het werken in basisteams", vertelt Marco Daudeij, beleidsmedewerker afdeling Samenleving bij de gemeente Putten. "Tien zorgorganisaties in de regio hebben medewerkers naar voren geschoven, die samen fungeerden als multidisciplinair basisteam. Zij konden zorgvragen direct oppakken. Dat gaf ons de kans om te zien wat er werkte en wat er beter kon. Vanaf 2015 zijn alle leden van de basisteams ondergebracht in een nieuwe stichting, de Stichting Jeugd Noord-Veluwe. Voor de gemeente Putten zijn ze ondergebracht bij Buurtzorg Jong."

IVH is bewezen concept

Tot dit jaar werd Integrale Vroeghulp in de regio

gecoördineerd door MEE. Dat blijft dit jaar nog zo, maar de werkwijze verandert al wel. "We vinden het heel belangrijk dat de werkwijze van IVH behouden blijft voor onze regio", vertelt Marco. "Het is een bewezen concept en het is van groot belang dat problemen bij kinderen in een vroeg stadium herkend worden. Zo kan snel de juiste zorg ingezet worden. Vooral de multidisciplinaire aanpak van IVH is een sterk punt. We vinden het zelfs zo belangrijk, dat we de integrale werkwijze van IVH hebben uitgebreid. Tot dit jaar was IVH er alleen voor kinderen van nul tot zeven jaar, nu kunnen kinderen tot achttien jaar er gebruik van maken. Natuurlijk gaan de meeste vragen over jonge kinderen, maar ook bij oudere kinderen ontstaan soms specifieke problemen waar extra expertise voor nodig is."

Basisteams als eerste aanspreekpunt

Hoewel MEE dit jaar de IVH binnen de regio nog wel coördineert, is deze organisatie niet meer het eerste aanspreekpunt. Zorgvragen komen via de huisarts, scholen of de kinderopvang binnen bij de basisteams,



die indien nodig het netwerk IVH inschakelen. Dat stelt de diagnose en bepaalt de juiste aanpak en zorgverlening. Het basisteam blijft echter het eerste aanspreekpunt voor het gezin. "Vanaf 2016 willen we de werkwijze van IVH gaan inbedden in de basisteams", zegt Marco. "We bekijken hoe we dat het beste kunnen doen. Er worden nu in elk geval twee mensen per basisteam opgeleid op het gebied van IVH, want we willen graag stevig blijven inzetten op deze specialistische tak van jeugdzorg. Of we de term IVH blijven handhaven is nog bespreekpunt. We hebben voor ogen dat het integraal onderdeel wordt van de regionaal georganiseerde advies- en consultafel."

Lees dit interview ook op:
integralevroeghulp.pleio.nl

© Integrale Vroeghulp 2015

11.3 Bijlage 3: Handreiking Regio Midden-Holland

Integrale Vroeghulp in Midden Holland: GOUDVIIS

Veertien organisaties in de regio Midden-Holland werken samen in Integrale Vroeghulp/Goudvis. Goudvis staat voor Gouda - Vroeg – Integraal – Signaleren. Zij is er voor advies en coördinatie van hulp aan jonge kinderen met ontwikkelingsproblemen. Goudvis heeft expertise over kinderen tot 7 jaar ('puzzelkinderen') voor hun ouders die met complexe vragen zitten. Het gaat vaak om meervoudige problemen in de motoriek of sociaal-emotioneel, cognitief, zintuiglijk, spraaktaalgebied en gedrag.

Hoe werkt GOUDVIS?

- Ouders nemen contact op met de coördinator van Integrale Vroeghulp/Goudvis. Als besloten wordt tot aanmelding, krijgen de ouders een vragenlijst toegestuurd.
- De trajectbegeleider neemt contact op met ouders en maakt een afspraak voor een uitgebreid intakegesprek. Hierbij is ook het kind aanwezig.
- Van dit gesprek komt een verslag, eventueel aangevuld met informatie van derden (peuterspeelzaal, consultatiebureau).
- Ouders en kind worden uitgenodigd voor de Goudvis Poli. In deze poli wordt het kind (0-4 jaar) twintig minuten door de kinderarts, twintig minuten door de revalidatiearts en twintig minuten door de gedragswetenschapper gezien. De oudere kinderen (5-6 jaar) worden in de poli een half uur gezien door de kinderarts en een half uur door de gedragswetenschapper.
- Er volgt een nabespreking door het Integrale Vroeghulp/Goudvis team. Uit dit



overleg komt een advies. Het team stelt geen diagnose.

- Het advies wordt binnen twee weken met de ouders besproken door de trajectbegeleider en een deskundige uit het Integrale Vroeghulp/Goudvis team.
- De ouders beslissen of zij met dit advies aan de slag willen. De trajectbegeleider helpt de ouders met doorverwijzingen en/of aanmeldingen.

© Integrale Vroeghulp 2016

In korte tijd duidelijkheid

Moeder Sandra: "Ik was ervan overtuigd dat er meer met Marnix aan de hand was. Er was gewoon iets. Zijn gedrag verslechterde en hij werd steeds minder goed te sturen. Bij de Goudvis (poli) werd Marnix in drie keer twintig minuten onderzocht. De kindgerichte, vriendelijke benadering was een verademing. Ik voelde me begrepen en er werd veel breder naar Marnix' gedrag en de oorzaak ervan gekeken. Voor ons was het prettig om snel duidelijkheid te hebben, ook al was het heftig om zoveel vragen in zo'n korte tijd te moeten beantwoorden."

[Lees hier het blog](#)

Samenwerking

Samenwerkingspartners van Integrale Vroeghulp Midden-Holland zijn Groene Hart Ziekenhuis, MEE Midden-Holland, Curium-LUMC Gouda, ASVZ, Centrum Autisme Rivierduinen, De Banjaard, Gemiva SVG-Groep, GGD Hollands Midden, Rivierduinen, GGZ kinderen en jeugd, Vrijgevestigd

Logopedist, Onderwijsadvies, Sophia Revalidatie Gouda, Stek Jeugdhulp en Koninklijke Auris Groep.

De samenwerking met de sociale teams van de gemeenten is de afgelopen tijd versterkt. Dit komt omdat de trajectbegeleiders IVH werkzaam zijn in de sociale teams van verschillende gemeenten. Het blijft wel een aandachtspunt hoe men kennis en kunde van de trajectbegeleiders IVH kan bewaken binnen de sociale teams.

Online samenwerken

De regio Midden Holland maakt gebruik van het digitaal platform Integrale Vroeghulp. Zij hebben hier hun [eigen website](#) met informatie. De trajectbegeleiders IVH zijn getraind om hun werkwijze IVH via de community uit te voeren. Ze doen dit met open en gesloten groepen. Ze kunnen de dossiers IVH hier plaatsen en klaar maken voor de Goudvispolikliniek.

Gemeenten financieren de coördinatie van de keten Gouda, Krimpenerwaard, Waddinxveen, Zuidplas en Bodegraven-Reeuwijk hebben allemaal de onafhankelijke coördinatie IVH



ingekocht en zorgen er dus voor dat er een coördinator voor het netwerk is. De kinderen die bij IVH Goudvis komen, zijn afkomstig uit diverse gemeenten binnen deze regio.

Succesvol

Het unieke aan de Goudvispoli is de multidisciplinaire benadering door organisaties

vanuit de hele regio. Het succes van de Goudvispoli is vooral toe te schrijven aan de kracht van de verschillende disciplines die in zeer kort tijdsbestek een totaalbeeld vormen. Door deze aanpak komen inzichten naar voren die anders vaak achterwege blijven. "Het is voorgekomen dat een kind al twee jaar zonder succes aan het 'dokteren' was en na een bezoek aan de Goudvispoli wel snel werd toegeleid naar de juiste hulp. Doordat er vanuit verschillende invalshoeken op hetzelfde moment naar een kind gekeken wordt, kan het totaalplaatje ineens duidelijk zijn en kostenbesparend. Daarom biedt deze werkwijze een goede oplossing", aldus de coördinator IVH.

Kansen en uitdagingen

Juist in de tijd van transformeren en veel veranderingen zijn er zeker kansen en uitdagingen waar de Goudvis aan kan werken. Hoe kan een (bestaand) netwerk Integrale Vroeghulp meebewegen met de speerpunten binnen de gemeenten? Ook zijn ontwikkelingen per gemeente nog verschillend, dus hoe sluit en regionaal netwerk hier goed op aan?



Transformatie, bezuinigingen en Taakverschuivingen zijn onderwerpen die ervoor zorgen dat organisaties het best lastig hebben: welke invloed heeft dit op integraal werken? Kortom, er liggen voor regio Midden Holland echt wel uitdagingen om voor het jonge kwetsbare kind alles goed te borgen en de kwaliteit te bewaken. Hiervoor zetten gelukkig veel professionals zich voor in.

Goudvis is voorbeeld van 'veldpartijenmodel'

De gemeenten in Midden Holland doen een beroep op veldpartijen in zorg, medische expertise, GGZ, onderwijs, welzijn voor taken binnen het sociaal domein. De Goudvis is hiervoor het regionale expertiseteam Integrale Vroeghulp 0-7 jaar. Er is specifiek trajectbegeleiding IVH en hiervoor ligt de uitvoering bij meer partijen in het sociaal domein, bijvoorbeeld MEE, JGZ, aanbieders en wijkteams.

Meer weten?

Meer informatie over de gemeentelijke varianten van borging IVH:

[Bekijk de factsheet](#)

Meer informatie over de Goudvis:

[Bekijk de website](#)

Of neem contact op met de coördinator Goudvis, joke.snel@meemh.nl

Community Integrale Vroeghulp
integralevroeghulp.pleio.nl

11.4 Bijlage 4: Handreiking gemeente IJsselstein

Signalering en Vroeghulp in IJsselstein

Wanneer kinderen te maken krijgen met problemen in hun ontwikkeling, ontstaan de zorgen meestal in de baby-, peuter- of kleutertijd. Maar juist op die leeftijd ontwikkelen kinderen zich erg snel en is het dus lastig om erachter te komen wat er precies speelt. Specifieke en multidisciplinaire deskundigheid is dan nodig. Vroeghulp en tijdige diagnostiek voorkomen toenemende problemen, leed én kosten op lange termijn. In IJsselstein kozen ze voor een samenwerking tussen CJG, Jeugdteam en professionals met expertise over de ontwikkeling van het jonge kind.

Ambities voor IJsselstein

- Laagdrempelige multidisciplinaire (consultatie en) signalering en vroege jeugdhulp in IJsselstein. Ouders kunnen gemakkelijk, snel en op een vertrouwde plek advies krijgen van een team van deskundigen voor hun jonge kind met een complexe hulpvraag. Ouders voelen zich gehoord in hun zorgen en zijn direct betrokken bij het advies en de vervolgacties.
- Ouders gaan naar huis met deskundige adviezen die in gezamenlijk overleg met de juiste experts tot stand zijn gekomen, afgestemd op de hulpvraag. Ouders maken hun eigen keus over het vervolgtraject en worden hierin begeleid. Ouders en kind worden zo dichtbij mogelijk, in de eigen leefomgeving, verder geholpen.
- Geen onnodige stappen en geen onnodige wachttijd voor ouders en kind: de wachttijd tussen signalering en aanpak is kort. Er is een vlotte toeleiding naar passende ondersteuning, (medische) zorg, diagnostiek en/of jeugdhulp. Hierdoor worden zwaardere problemen voorkomen.



© Integrale Vroeghulp 2016

Werkwijze

De aanpak richt zich op jonge kinderen van 0 t/m 6 jaar met meervoudige ontwikkelingsproblemen.

Het proces is in 5 stappen

1. Aanmelding van kind en inschakeling JGZ team
2. Vraagverhelderingsgesprek met trajectbegeleider (jeugdverpleegkundige)
3. Gesprek met ouders en professionals gezamenlijk
4. Vervolgplan
5. Evaluatie

Voorbeelden van ontwikkelingsproblemen zijn:

- Verdenking autisme spectrum stoornissen (ASS)
- Gedragsproblemen, bijvoorbeeld verdenking ADHD, angsten of hechtingsproblematiek
- Verdenking psychomotorische ontwikkelingsstoornissen (cognitief, motorisch, spraak/taal, zintuiglijk gebied etc.)
- Problemen op meerdere terreinen (fysiek, psychosociaal, gedrag,

Wie signaleren er?

Signaleren van problemen gebeurt door ouders, jeugdgezondheidszorg, opvoedspreekuur, jeugdteam, VVE, peuterspeelzalen, kinderdagverblijven, scholen, huisarts, POH GGZ Jeugd, kinderarts etc. Ouders of professionals kunnen de aanmelding doen bij het CJG.

Wat gebeurt er na aanmelding?

Na aanmelding gaat de jeugdverpleegkundige van het gezin met ouders in gesprek over de zorgen. Soms is dit voldoende voor het gezin om weer op het juiste spoor te komen. Is er meer nodig? Dan volgt stap twee. In een uitgebreider gesprek bij het gezin thuis zal de jeugdverpleegkundige de vraagverheldering uitvoeren en hiervan een verslag opstellen ter voorbereiding van het gesprek.

In IJsselstein bestaat het team uit een lokale jeugdarts, de jeugdverpleegkundige (tevens trajectbegeleider) en 1 of 2 (regionale) professionals met expertise. Het team wordt aangestuurd door de procesregisseur van CJG en jeugdteam. Ook een pedagogisch medewerker of leerkracht / intern begeleider kan op wens van ouders aanwezig zijn bij het gesprek.



Expertise erbij vragen

In het gezamenlijk overleg met professionals en ouders wordt de hulpvraag besproken en geeft het team adviezen op maat. De jeugdarts is gedurende het traject verantwoordelijk voor het zo nodig inschakelen of consulteren van gespecialiseerde (para) medische expertise zoals kinderarts,



kinderpsychiater, arts verstandelijk gehandicapten, revalidatiearts, audioloog, logopedist of fysiotherapeut. Evenals aanvullende expertise op het gebied van passend onderwijs.

Met ouders een plan maken

Na het gesprek maakt de jeugdverpleegkundige **samen met de ouders** een vervolgplan en bewaakt de voortgang. De jeugdverpleegkundige blijft naast de ouders staan, totdat de hulp naar tevredenheid in gang is gezet, ouders en kind geen vragen meer hebben en het gezin zelfstandig (met het eigen netwerk) verder kan.

De jeugdarts verzorgt eventuele verwijzing naar jeugd GGZ of jeugdhulp. Soms biedt de jeugdverpleegkundige tijdelijk extra ondersteuning ter overbrugging van wachtlijsten. Hierbij wordt o.a. samengewerkt met vrijwilligersorganisaties, POH jeugd GGZ, thuisbegeleiding en Video Home Trainers.

De huisarts en andere betrokkenen worden schriftelijk geïnformeerd met toestemming van ouders. Nadat het proces doorlopen is wordt een klanttevredenheidsonderzoek verstuurd naar ouders.

IVH IJsselstein is een voorbeeld van gemeentelijk variant 'jeugdgezondheidsmodel'

De inbedding in de gemeente IJsselstein sluit aan bij de variant van een (regionaal) gezondheidsmodel. Vanuit de jeugdgezondheidszorg is een coördinerende rol aangenomen. De jeugdarts fungeert als schakel naar andere expertises.

Meer informatie over de gemeentelijke varianten van borging IVH, [bekijk hier de factsheet »](#)

Meer weten?

Meer weten over IVH in de provincie Utrecht, [bekijk de website »](#)

Of neem contact op met:
Christiane Franquinet
jeugdarts en CJG-procesregisseur
E-mail: c.franquinet@vitr.nl

Community Integrale Vroeghulp
integralevroeghulp.pleio.nl