

Inventariserend onderzoek naar de inzet van Integrale Vroeghulp (IVH)

Kennisborging voor de toekomst



Inventariserend onderzoek naar de inzet van Integrale Vroeghulp (IVH)

Kennisborging voor de toekomst

Rapport
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Directie Langdurige Zorg

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
H1 Inleiding	6
1.1 Aanleiding voor het onderzoek	6
1.2 Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen	6
1.3 Onderzoeksaanpak	7
H2 Beschrijving deelnemers	9
2.1 Deelnemers enquête	9
2.2 Deelnemers interviews fase 1 en fase 2	10
2.3 Deelnemers expertsessies	12
H3 IVH - Bouwstenen en doelgroep	13
3.1 Kernbevindingen	13
3.2 Beschrijving IVH-methode	14
3.3 Het gebruik van IVH in de praktijk	15
H4 Motivatie voor en meerwaarde van inzet IVH	25
4.1 Kernbevindingen	25
4.2 Het hoe en waarom rondom de inzet van IVH	26
4.3. De meerwaarde van het inzetten van IVH	28
H5 Motivatie voor en meerwaarde van inzet andere methoden	29
5.1 Kernbevindingen	29
5.2 Welke andere methoden voor vroegdiagnostiek en vroegsignalering worden ingezet	29
H6 IVH in relatie tot andere initiatieven en landelijke ontwikkelingen	35
6.1 Kernbevindingen	35
6.2 De Hervormingsagenda Jeugd	35
6.3 Kansrijke Start	38
6.4 Overige initiatieven	40
6.5 Kansen voor verbinding	42
H7 Conclusies en aanbevelingen	44
7.1 Conclusies	44
7.2 Aanbevelingen	48
Bijlage 1 Aantal aanmeldingen	54
Colofon	56

Dit document (inclusief eventuele bijlagen) is opgesteld door BMC en de (auteurs)rechten met betrekking tot de inhoud en het format van dit document berusten bij BMC. Dit document is uitsluitend bedoeld voor gebruik door de opdrachtgever en mag niet worden gepubliceerd of aan anderen ter beschikking worden gesteld zonder uitdrukkelijke voorafgaande toestemming van BMC.

Samenvatting

Wat is Integrale Vroeghulp (IVH)

IVH is een multidisciplinaire aanpak voor jonge kinderen (0-7 jaar) met een (dreigende) ontwikkelingsachterstand als gevolg van een beperking, gedragsproblemen of een chronische ziekte. De vragen die zij hebben zijn meervoudige complexe vragen. IVH is opgebouwd uit zeven verschillende bouwstenen¹. Het doel van deze multidisciplinaire aanpak is het bieden van vroegtijdige signalering, diagnose en passende ondersteuning voor deze jonge kinderen en hun ouders. Ouders ontvangen advies van een multidisciplinair team, bestaand uit een diverse selectie van zorgverleners en aanverwante professies, die vanuit hun specifieke deskundigheid naar de ontwikkeling van het kind en de vragen vanuit ouders kijken. Ouders worden begeleid door een trajectbegeleider die samen met hen een plan van aanpak opstelt en dit coördineert. Een IVH-coördinator zorgt voor de samenwerking binnen het netwerk van betrokken deskundigen. Een coördinator kan dit zowel voor één gemeente doen als voor een aantal gemeenten tegelijk. Voor de decentralisaties in 2015 werd deze methode in heel Nederland ingezet, na de decentralisaties is dit niet meer het geval.

Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen

Uit verschillende onderzoeken in de afgelopen periode is gebleken dat de weg die mensen met een intensieve zorgvraag hebben afgelegd beter kan, waardoor intensievere zorg mogelijk voorkomen kan worden. Het inzetten van integrale vroeghulp wordt als een mogelijke oplossingsrichting gezien. Om de kennis die is opgedaan met de methode Integrale Vroeghulp (IVH) te borgen voor de toekomst en te onderzoeken of IVH een rol kan spelen bij het voorkomen van intensievere zorg heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) opdracht gegeven voor dit inventariserende onderzoek. In dit onderzoek worden vragen beantwoord over de mate van en de manier waarop IVH gebruikt wordt door gemeenten (vraag 1A), de kenmerken van de doelgroep waar IVH voor gebruikt wordt (vraag 1B), de meerwaarde van IVH (vraag 2), alternatieve methoden voor vroegsignalering en de motivatie voor het inzetten van deze methoden (vraag 3A en 3B), en de verhouding van IVH met andere initiatieven² zoals jeugdgezondheidszorg (JGZ), (lokale coalities) Kansrijke Start en de Hervormingsagenda Jeugd (vraag 4). Daarnaast doen we aanbevelingen voor het vervolg (vraag 5).

Deelnemers aan dit onderzoek

Voor dit onderzoek hebben 21 IVH-coördinatoren een digitale enquête ingevuld in de periode 19 februari - 19 maart 2025. Zij zijn werkzaam voor in totaal 151 gemeenten door heel Nederland. Ze vervullen hun functie als IVH-coördinator vanuit verschillende organisaties,

¹ Vroegsignalering, multidisciplinaire diagnostiek, multidisciplinair adviesplan, informatie en advies voor gezinnen en trajectbegeleiding, gezinsondersteuning, zorg en onderwijs, ketennetwerk.

² Met initiatieven doelen we onder andere op types zorg (bijvoorbeeld JGZ), landelijke actieprogramma's die vormgegeven zijn in lokale coalities (Kansrijke Start) en landelijke koersdocumenten (Hervormingsagenda Jeugd).

zoals GGD/JGZ³ en MEE NL. De coördinatoren hebben de enquête voor in totaal 42 gemeenten ingevuld. Indien een coördinator voor meer dan één gemeente IVH-coördinator is, heeft deze coördinator de vragenlijst voor de grootste, een middelgrote en de kleinste gemeente uit zijn of haar regio ingevuld om de tijdsbesteding aan de vragenlijst behapbaar te houden voor de coördinatoren. Ook hebben er interviews plaatsgevonden met onder andere beleidsmedewerkers van vier gemeenten die IVH wel en drie gemeenten die IVH niet inzetten, met vijf IVH-coördinatoren en een vertegenwoordiger van een alternatieve vroegsignaleringsmethode. Daarnaast zijn er onder andere gesprekken gevoerd met het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en MEE NL. Ook hebben er twee expertsessies plaatsgevonden met vijf adviseurs van BMC met ervaring in het jeugddomein en vroegsignalering. Deze gesprekken vonden plaats in oktober-november 2024 en februari-april 2025.

IVH - bouwstenen en doelgroep (vraag 1A en 1B)

Hoewel IVH in 151 Nederlandse gemeenten nog steeds wordt ingezet, zijn er verschillen in de uitvoering, zoals de betrokken organisaties en de samenstelling van de multidisciplinaire overleggen (MDO's). Niet alle gemeenten gebruiken alle bouwstenen van IVH, soms door inkoopbeleid, financiële beperkingen, of onbekendheid met de bouwstenen bij zowel coördinatoren als beleidsmedewerkers. Kwaliteitsborging en structurele dataverzameling zijn beperkt, hoewel IVH-coördinatoren hier wel meer op inzetten dan gemeenten. Er is behoefte aan meer uitwisseling tussen coördinatoren om van elkaar te leren.

De doelgroep van IVH zijn in de praktijk voornamelijk kinderen van 0-7 jaar met diverse complexe ontwikkelings- en gedragsproblemen. Hoe scherp deze afbakening van de doelgroep is, varieert per gemeente en er is in de praktijk enige overlap met de doelgroep van de lokale teams. Het verschil zit hem over het algemeen niet in de leeftijd, maar meer in de specificatie van de problematiek waar sprake van moet zijn om in aanmerking te komen voor een IVH-traject.

Motivatie voor en meerwaarde van inzet IVH (vraag 2)

IVH wordt in de meeste gemeenten waar het wordt ingezet al lange tijd ingezet. Vaak is de achterliggende motivatie voor het (blijven) inzetten van IVH niet (meer) bekend. Als de achterliggende motivatie voor het inzetten van IVH wel bekend is, dan worden als redenen voor het inzetten het belang van preventie, integrale zorg voor kwetsbare kinderen en de inzet van expertise rondom het jonge kind genoemd. Beleidsmedewerkers van gemeenten zien IVH soms ook als een oplossing voor formatie- en expertisevraagstukken binnen lokale teams. De reden voor het (blijven) inzetten van IVH kan ook zijn dat het goed loopt en daarom wordt voortgezet.

³ Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD) /Jeugdgezondheidszorg (JGZ)

Voortzetting van IVH is in de meerderheid van de gemeenten (24 van de 41) waarvoor de enquête is ingevuld weinig of niet onzeker op het moment van het invullen van de enquête^{4 5}. Dit beeld komt ook uit de interviews naar voren⁶. Op de vraag wat redenen zijn om IVH mogelijk niet voort te zetten werden financiële overwegingen, gemeentelijke inkooptrajecten (inkopen bij andere aanbieders, andere soorten zorg inkopen, minder of geen IVH-trajecten inkopen) of keuzes binnen het inrichten van het jeugdhulpaanbod en de lokale teams genoemd. Coördinatoren benadrukken dat het zou helpen om inzichtelijk te maken wat de kracht en toegevoegde waarde van IVH is om onzekerheid te verminderen of weg te nemen. Landelijke erkenning of beschrijving in databases zoals die van het RIVM⁷ kan hierbij ook helpen, geven coördinatoren aan. Hoewel beleidsmedewerkers aangeven dat zo'n beschrijving vooral van belang is tijdens inkoopprocessen of bij discussies over de voortzetting. Als er geen onzekerheid is over de voortzetting is een beschrijving in zo'n database niet nodig.

De meerwaarde van IVH is met name dat er, vanaf een vroeg stadium, breed en multidisciplinair wordt gekeken naar (de problematiek van) het kind met expertise die specifiek op het jonge kind is gericht. Dit zorgt ervoor dat kinderen zo vroeg mogelijk de juiste ondersteuning krijgen. Ook de laagdrempeligheid, onafhankelijkheid en de geboden ondersteuning aan ouders zijn belangrijke pluspunten. Er zijn echter ook kanttekeningen genoemd door de beleidsmedewerkers. Een voorbeeld daarvan is dat een beleidsmedewerker aangeeft dat er binnen haar gemeente geluiden zijn dat IVH vooral een medisch karakter heeft, onder andere doordat de meeste kinderen verwezen worden door een verwijzer uit het medisch domein. Een andere beleidsmedewerker geeft aan dat de gemeente soms in een lastige positie gebracht wordt door het advies dat aan het einde van het IVH-traject gegeven wordt. Men heeft soms het gevoel dat IVH op de stoel van de gemeente gaat zitten en de gemeente wel mee moet gaan in het advies dat gegeven is (en hier een beschikking voor moet afgeven, terwijl zij normaal gesproken eerst zelf onderzoeken welke zorg het meest passend is).

Motivatie voor en meerwaarde van inzet andere methoden (vraag 3A en 3B)

Gemeenten die geen IVH inzetten, kiezen voor verschillende alternatieven. Eén gemeente heeft geen alternatieve methode voor vroegsignalering, omdat het aantal meldingen bij IVH terugliep en men gelooft in goede zorg buiten de medische sector, met een bredere, systemische kijk op kind en gezin. Een andere gemeente heeft vroegsignalering en vroeghulp geïntegreerd in het lokale team om dubbel werk te voorkomen en de toegang voor ouders en professionals te vereenvoudigen, hoewel het MDO van IVH gemist wordt. Weer een andere gemeente koopt een soortgelijke methode in die al jaren goed functioneert volgens de gemeente en ziet IVH meer als "voorliggend" op de door hen ingezette methode die volgens hen een meer medisch karakter heeft. Deze gemeente heeft ook zelf een orthopedagoog in dienst voor vroegsignalering in de kinderopvang.

⁴ In 3 van de 41 gemeenten is sprake van (zeer) veel onzekerheid. In 14 van de 41 gemeenten is niet veel/niet weinig onzekerheid.

⁵ Ingevuld in de periode 19 februari-19 maart 2025.

⁶ Afgenomen in de periode februari-april 2025.

⁷ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Over het algemeen blijkt dat succeservaringen in de praktijk zwaar meewegen in de beslissing om een bepaalde werkwijze of methode wel of niet voort te zetten.

IVH in relatie tot andere initiatieven en landelijke ontwikkelingen (vraag 4)

Er is nog weinig samenwerking tussen IVH en initiatieven zoals lokale coalities Kansrijke Start en de activiteiten en gesprekken die voortkomen uit de gemeentelijke ontwikkelingen rondom de Hervormingsagenda Jeugd/stevige lokale teams, hoewel hier wel behoefte aan is vanuit IVH. Er zijn raakvlakken tussen de multidisciplinaire IVH-aanpak en Kansrijke Start en de ontwikkelingen naar aanleiding van de Hervormingsagenda Jeugd/stevige lokale teams. Een zorg vanuit IVH is dat de specifieke expertise van IVH voor het jonge kind verloren gaat als IVH wordt ondergebracht bij de stevige lokale teams. Het is van belang dat de expertise rond het jonge kind en de mogelijkheid tot een breed multidisciplinair overleg behouden blijven, wat op verschillende manieren gerealiseerd kan worden. IVH hoeft niet per se opgenomen te worden in het stevige lokale team, het kan ook blijven bestaan in de huidige vorm.

De samenwerking tussen IVH en de JGZ is vaak goed. De JGZ is een belangrijke verwijzer en IVH-coördinatoren zijn soms in dienst van de JGZ. Ook Infant Mental Health (IMH⁸) is in veel gemeenten aanwezig, waarbij er soms samenwerking is.

Om deze samenwerkingen te optimaliseren, is het aan te bevelen dat IVH-coördinatoren voldoende tijd hebben om hier actief in te investeren, om zo optimaal gebruik te maken van elkaars kennis en mogelijkheden. Daarnaast is het aan te bevelen dat IVH in relatie tot de lokale coalities Kansrijke Start en de gemeentelijke activiteiten rondom de Hervormingsagenda Jeugd bij gemeenten onder de aandacht gebracht wordt. De verbinding moet zowel vanuit IVH als vanuit de gemeenten gelegd worden.

Conclusies⁹

1. De beschrijving van de IVH-methode en bijbehorende informatie is verouderd en niet goed vindbaar op de website.
2. De doelgroep van IVH zijn kinderen van 0-7 jaar met (mogelijke) complexe gedrags- en/of ontwikkelingsproblemen op diverse vlakken.
3. De meerwaarde van IVH ligt in het vroegtijdig, integraal en multidisciplinair kijken naar (de problematiek van) het kind met expertise die specifiek op het jonge kind is gericht.
4. Gemeenten lijken nog relatief vaak gebruik te maken van IVH en in meer dan de helft van de aan dit onderzoek deelnemende IVH-gemeenten is weinig tot geen onzekerheid over het voortzetten.
5. Succeservaringen in de praktijk zijn een belangrijke reden voor het (blijven) inzetten van IVH of een andere methode voor vroegsignalering.

⁸ <https://www.imhnederland.nl/>

⁹ Voor een toelichting op de conclusies verwijzen we naar hoofdstuk 7, waar elke conclusie een uitgebreide toelichting krijgt.

6. Door de decentralisatie hebben gemeenten de mogelijkheid gekregen het aanbod van vroegsignalering in te passen in en aan te passen aan de lokale context. Dit is aan de ene kant een positieve ontwikkeling maar zorgt er aan de andere kant voor dat de uniformiteit in werkwijze tussen gemeenten is verminderd en dat de IVH-methode verwatert
7. Coördinatoren en gemeenten zijn tevreden over de uitvoering van IVH maar signaleren een belangrijk knelpunt op het gebied van financiering.
8. Kwaliteitsborging is in de praktijk deels onvoldoende ingebed en gestructureerd.
9. Personeelswisselingen, zowel in beleid als in uitvoering, bij partners en verwijzers, spelen een rol bij de borging van IVH en het weten te vinden van IVH.
10. Er is beperkte verbinding en samenwerking met andere initiatieven zoals (lokale coalities) Kansrijke Start en de Hervormingsagenda Jeugd/stevige lokale teams. De verbinding en samenwerking met de JGZ is belangrijk en verloopt goed.

Aanbevelingen (vraag 5)¹⁰

1. Vernieuw de beschrijving van de IVH-methode, inclusief een implementatierichtlijn en een richtlijn voor kwaliteitsborging. Zorg dat deze beschrijving verspreid wordt onder belanghebbenden en goed vindbaar is op de IVH-website.
2. Bied IVH-coördinatoren bij de nieuwe beschrijving ook informatie voor gemeenten, verwijzers en samenwerkingspartners zodat de kennis over en bekendheid met IVH versterkt wordt.
3. Versterk het contact en de uitwisseling tussen IVH-coördinatoren, zowel in de regio als landelijk.
4. Zet in op het verbeteren/oplossen van de financiële knelpunten van IVH, met name op het gebied van de financiering van de MDO's.
5. Bekijk op landelijk en gemeentelijk niveau waar de mogelijkheden liggen om de samenwerking en/of de verbinding tussen IVH en initiatieven zoals (lokale coalities) Kansrijke Start en de Hervormingsagenda Jeugd/stevige lokale teams te verbeteren en/of te versterken.
6. Wachtlijsten staan het zo snel mogelijk de juiste zorg of ondersteuning aan kinderen bieden in de weg. Bekijk wat er gedaan kan worden om de wachtlijstproblematiek in de jeugdhulp aan te pakken zodat IVH-kinderen tijdig terechtkunnen bij de zorg die zij nodig hebben.
7. Maak de kennis die vanuit IVH beschikbaar is over vroegsignalering bij 0-7-jarigen met complexe problematiek toegankelijk voor alle belanghebbenden die werken met 0-7-jarigen. Laat de inzet van IVH hiervoor geen voorwaarde zijn.

¹⁰ Voor een toelichting op de aanbevelingen verwijzen we naar hoofdstuk 7, waar elke aanbeveling een uitgebreide toelichting krijgt.

H1 | Inleiding

1.1 Aanleiding voor het onderzoek

In de toekomstagenda Gehandicaptenzorg is “vroegsignalering en preventie” een van de speerpunten binnen het onderwerp complexe zorg¹¹. Uit verschillende onderzoeken in de afgelopen periode is gebleken dat de weg die mensen met een intensieve zorgvraag hebben afgelegd beter kan, waardoor intensievere zorg mogelijk voorkomen kan worden¹². Uit overleg tussen het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en veldpartijen (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE)) en uit het onderzoek van HHM¹³ is gekomen dat het inzetten van integrale vroeghulp als een mogelijke oplossingsrichting wordt gezien. Dit sluit aan bij de opdracht die in de Hervormingsagenda Jeugd¹⁴ is opgenomen om de beweging naar de voorkant (preventie) te maken en gemeenten te stimuleren om meer in te zetten op preventie vanuit de sociale (pedagogische) basis en stevige lokale teams. Om mogelijke oplossingen te formuleren voor het geconstateerde probleem en aan te sluiten bij de beweging die ingezet is aan de hand van de Hervormingsagenda Jeugd, wil VWS de kennis die is opgedaan met Integrale Vroeghulp (IVH) als aanbod borgen voor de toekomst en onderzoeken of IVH mogelijk een rol kan spelen bij het voorkomen van intensievere zorg.

1.2 Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen

Om de kennis die is opgedaan met IVH te borgen voor de toekomst en te onderzoeken of IVH een rol kan spelen bij het voorkomen van intensievere zorg is het noodzakelijk om eerst inzicht te krijgen in hoe gemeenten IVH op dit moment inzetten. Na de decentralisatie in 2015 is het, door de beleidsvrijheid die gemeenten hebben gekregen, niet meer vanzelfsprekend dat gemeenten IVH gebruiken als vroegsignaleringsmethode. Daarom richt dit onderzoek zich op onderstaande vragen.

Tabel 1 Onderzoeksvragen

1A	In welke mate wordt gebruikgemaakt van IVH door gemeenten? Welke bouwstenen van IVH gebruiken gemeenten als ze IVH inzetten?
1B	Wat zijn de kenmerken van de groep waar IVH voor gebruikt wordt als de gemeente hier gebruik van maakt?
2	Welke meerwaarde heeft de inzet van integrale vroeghulp?
3A	Als IVH niet wordt ingezet door gemeenten, welke methoden zetten gemeenten dan in voor vroegdiagnostiek en vroeghulp?

¹¹ [Toekomstagenda 'Zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking'](#)

¹² [In- en uitstroom in beeld: levensreizen en cijfers over mensen met een VG6- en VG7-profiel. De complexe gehandicaptenzorg in verhalen en cijfers. Bureau HHM 2023](#) en [Druk op de Keten. Berenschot 2023](#)

¹³ [In- en uitstroom in beeld: levensreizen en cijfers over mensen met een VG6- en VG7-profiel. De complexe gehandicaptenzorg in verhalen en cijfers. Bureau HHM 2023](#)

¹⁴ [Hervormingsagenda Jeugd 2023-2028](#)

3B	Wat is de motivatie van gemeenten om IVH in te zetten of waarom kiezen ze voor een andere methode?
4	Wat is een optimale verhouding van IVH met andere initiatieven, zoals jeugdgezondheidszorg, regionale expertise teams, lokale coalities Kansrijke Start, stevige lokale teams en cliëntondersteuning?
5	Welke aanbevelingen voor het vervolg kunnen gegeven worden?

1.3 Onderzoeksaanpak

Om bovenstaande onderzoeksvragen te beantwoorden hebben we een gefaseerd inventariserend onderzoek uitgevoerd, bestaand uit twee fases.

FASE 1: Verkennende fase

Stap 1 - Beknopte documentenanalyse IVH

We zijn begonnen met een korte documentenanalyse waarbij we ons hebben verdiept in de specifieke kenmerken van IVH en de onderzoeken die al naar dit onderwerp en gerelateerde onderwerpen zijn gedaan. Samen met onze eigen kennis over het vroegsignaleringslandschap in gemeenten heeft dit als basis gediend voor de gevoerde gesprekken in de opvolgende fasen.

Stap 2 - Interviews met bij IVH betrokken partijen

Om inzicht te krijgen in de kennis die beschikbaar is over de ontwikkeling, uitrol en uitvoering van IVH bij verschillende bij IVH betrokken overkoepelende partijen, hebben we gesprekken met deze partijen gevoerd. Ook hebben we gesproken met één gemeente waar IVH is geïmplementeerd. Dit was een groepsgesprek waarbij naast de beleidsmedewerker van de gemeente ook de IVH-coördinator aanwezig was.

Stap 3 - Sessie met het BMC-expertteam

Om de binnen BMC aanwezige kennis over vroegsignalering op een gestructureerde manier te ontsluiten, hebben we een bijeenkomst met ons eigen expertteam georganiseerd. In dit expertteam hebben collega's zitting die werkzaam zijn (geweest) bij gemeenten (bijvoorbeeld als beleidsmedewerker of programmanager) en hierbij kennis hebben opgedaan over vroegsignalering in desbetreffende gemeenten. Bij hen hebben we informatie opgehaald over ervaringen met IVH, maar ook met andere methoden of werkwijzen die ingezet zijn in de gemeenten waar de experts hebben gewerkt. We hebben informatie opgehaald over aandachtspunten bij het inzetten van IVH en we bespraken welke vragen we konden stellen bij de interviews in de verdiepende fase. Ook hebben we in kaart gebracht welke gemeenten interessant en relevant waren om te benaderen voor interviews tijdens de verdiepende fase.

FASE 2: Verdiepende fase

Stap 4 - Enquête IVH-(regio)coördinatoren

Op basis van de resultaten van de verkennende fase is naar voren gekomen dat IVH-coördinatoren veel waardevolle kennis bezitten die van nut is voor het beantwoorden van de vragen die in dit onderzoek centraal staan. Daarom is er, via het NCJ, een digitale enquête uitgezet onder IVH-coördinatoren om inzicht te krijgen in de inrichting en uitvoering van IVH binnen gemeenten en de overwegingen die daaraan ten grondslag liggen en de connecties

met andere initiatieven. De enquête bestond zowel uit open als gesloten vragen. Aan het einde hebben we gevraagd of we de IVH-coördinatoren mochten benaderen voor aanvullende vragen indien de antwoorden daar aanleiding voor gaven.

Stap 5 - Interviews gemeenten met IVH en bijbehorende IVH-(regio)coördinatoren

Op basis van de resultaten van de enquête hebben we IVH-coördinatoren benaderd voor verdiepende interviews waarin we met name duiding en verdieping zochten naar aanleiding van de gegeven antwoorden. Via deze IVH-coördinatoren hebben we ook beleidsmedewerkers¹⁵ van gemeenten uit hun regio bereid gevonden om met ons in gesprek te gaan over de overwegingen om IVH in te zetten en de manier waarop IVH in hun gemeente ingericht en uitgevoerd wordt. We hebben met de selectie van IVH-coördinatoren en gemeenten rekening gehouden met het bereiken van een goede afspiegeling van Nederlandse gemeenten, zowel qua ligging in het land als qua omvang en type van de gemeente.

Stap 6 - Interviews gemeenten zonder IVH

Naast de gesprekken met gemeenten die IVH geïmplementeerd hebben, hebben we ook gesproken met gemeenten die vroegsignalering op een andere manier hebben ingericht. Om gemeenten zonder IVH te benaderen, hebben we gebruikgemaakt van onze eigen connecties binnen gemeenten en onze kennis over alternatieve methoden die daar worden ingezet. We hebben met de selectie van gemeenten rekening gehouden met het bereiken van een goede afspiegeling van Nederlandse gemeenten, zowel qua ligging in het land als qua omvang en type van de gemeente.

Stap 7 - Analyse en duiding resultaten met het BMC-expertteam

Na de interviews hebben we alle data op een gestructureerde manier geanalyseerd¹⁶, om vervolgens te bespreken met het BMC-expertteam in een expertsessie. Hier hebben we ook gezamenlijk gekeken naar wat de uitkomsten van de analyse voor de toekomst betekenen.

Stap 8 - Eindrapport, inclusief aanbevelingen voor de toekomst

Op basis van alle eerdere onderzoeksstappen hebben we een rapport geschreven, inclusief aanbevelingen hoe om te gaan met IVH in de toekomst. Dit rapport ligt nu voor u.

1.4 Leeswijzer

In de hieropvolgende hoofdstukken worden de onderzoeksvragen achtereenvolgens beantwoord. In hoofdstuk 2 beschrijven we de deelnemers en de kenmerken van de gemeente waar zij aan verbonden zijn. In hoofdstuk 3 gaan we in op de bouwstenen en de doelgroep van IVH. In hoofdstuk 4 beschrijven we de motivatie voor het inzetten van IVH en de meerwaarde die men ziet in IVH. In hoofdstuk 5 beschrijven we de motivatie voor het inzetten van andere methoden en de meerwaarde die men in die methoden ziet. In hoofdstuk 6 gaan we in op de relatie die IVH met andere ontwikkelingen, zoals de Hervormingsagenda en Kansrijke Start, heeft. We sluiten het rapport af met conclusies en aanbevelingen in hoofdstuk 7.

¹⁵ In dit rapport wordt de algemene benaming beleidsmedewerker gebruikt voor diegene die zich binnen de gemeente beleidsmatig bezighoudt met IVH. Hiermee bedoelen we ook beleidsadviseurs of een equivalent daarvan.

¹⁶ Hiervoor hebben we voor de open antwoorden uit de enquête en de gespreksverslagen van de interviews gebruikgemaakt van thematische analyses, waarbij we vooral inductief geanalyseerd hebben. Dit betekent dat thema's bepaald zijn door de inhoud van de antwoorden om vervolgens daarmee duiding aan de uitkomsten te geven. Voor de gesloten vragen uit de enquête hebben we simpele frequentieberekeningen gedaan die weergegeven zijn in histogrammen.

H2 | Beschrijving deelnemers

In dit hoofdstuk beschrijven we de deelnemers aan zowel interviews als een enquête en de kenmerken van de gemeente waar zij aan verbonden zijn en de deelnemers aan de expertsessies. Hierbij is het belangrijk om te vermelden dat op een kwalitatieve manier in kaart is gebracht in welke mate IVH gebruikt wordt door gemeenten. De cijfers en overzichten die we hier presenteren zijn niet uitputtend en geven niet het totaal aantal gemeenten weer dat IVH inzet.

2.1 Deelnemers enquête

In fase 2 is de digitale enquête via de IVH-coördinator van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) verspreid onder alle IVH-coördinatoren die bij haar bekend zijn (35 stuks). De coördinatoren hebben de enquête ingevuld in de periode 19 februari - 19 maart 2025. In totaal hebben 21 IVH-coördinatoren de enquête ingevuld. Hiervan werken vijf coördinatoren bij de GGD/JGZ, dertien bij MEE en drie bij een andere organisatie (welzijn, gemeente, et cetera). Zes coördinatoren zijn werkzaam voor één gemeente, vijftien coördinatoren zijn werkzaam voor meerdere gemeenten. Tien coördinatoren werken lang als coördinator, waarvan drie vanaf voor de decentralisatie en de overige coördinatoren zijn tussen 2015 en 2020 begonnen in deze functie. Elf coördinatoren zijn meer recent begonnen, waarvan vijf in 2022, vier in 2023 en twee coördinatoren in respectievelijk 2024 en 2025. De 21 IVH-coördinatoren die de enquête hebben ingevuld werken in totaal voor 151 gemeenten verspreid over het hele land. Aan de hand van het inwoneraantal en het type gemeente zijn deze gemeenten beschreven in tabel 2.

Tabel 2 Overzicht kenmerken van gemeenten waarvoor de IVH-coördinatoren werkzaam zijn die de enquête hebben ingevuld

Inwonertal 2024 ¹⁷		Type gemeente ¹⁸	
Minder dan 5000	4	Kleinschalige gemeenten ¹⁹	90
5000 tot 10.000	2	Universiteitssteden	9
10.000 tot 20.000	31	Overwegend kleinstedelijke gemeenten	36
20.000 tot 50.000	75	Welvarende woongemeenten	16
50.000 tot 100.000	22		
100.000 tot 150.000	10		
150.000 tot 250.000	5		
250.000 of meer	2		

¹⁷ [Gebieden in Nederland 2025 - grootteklassen van gemeenten | CBS](#) en [Inwoners per gemeente | CBS](#)

¹⁸ [Vier typen gemeente - Sociaal en Cultureel Planbureau \(2021\)](#)

¹⁹ Indien een gemeente nog niet bestond ten tijde van het opstellen van deze lijst is het type aangehouden van de oude gemeenten

De enquête bestond uit een aantal gesloten en een aantal open vragen. Deels gingen deze vragen over onderwerpen gerelateerd aan de coördinator en deels gingen deze vragen over hoe IVH in gemeenten wordt ingezet. Omdat coördinatoren niet zelden voor veel gemeenten tegelijk coördinator zijn en we de tijd die het kostte om de enquête in te vullen behapbaar wilden houden, hebben we ervoor gekozen de coördinator te vragen voor drie gemeenten de gemeentegerelateerde vragen te beantwoorden. Om deze drie gemeenten zo objectief mogelijk te selecteren hebben we gevraagd om de vragen te beantwoorden voor de grootste, een middelgrote en de kleinste gemeente uit de regio waar zij verantwoordelijk voor zijn. Dit gold alleen indien coördinatoren voor meerdere gemeenten werken. Werken ze voor één gemeente, dan hebben ze alleen voor die gemeente de vragen ingevuld. Niet alle coördinatoren die voor meerdere gemeenten werken, hebben voor drie gemeenten de vragen ingevuld. We hebben in totaal over **42 gemeenten** informatie ontvangen van de coördinatoren. Voor vijftien gemeenten is aangegeven dat het de grootste gemeente is, voor tien gemeenten is aangegeven dat het een middelgrote gemeente is en in elf gevallen gaat het om de kleinste gemeente. In zes gevallen was het niet van toepassing omdat de IVH-coördinator voor één gemeente werkt.

Tabel 3 Overzicht kenmerken van gemeenten waarvoor de IVH-coördinator de gemeentegerelateerde vragen heeft beantwoord

Inwonertal 2024 ²⁰		Type gemeente ²¹	
Minder dan 5000	-	Kleinschalige gemeenten ²²	16
5000 tot 10.000	-	Universiteitssteden	8
10.000 tot 20.000	6	Overwegend kleinstedelijke gemeenten	17
20.000 tot 50.000	12	Welvarende woongemeenten	1
50.000 tot 100.000	10		
100.000 tot 150.000	7		
150.000 tot 250.000	5		
250.000 of meer	2		

2.2 Deelnemers interviews fase 1 en fase 2

Zowel in fase 1 als in fase 2 van het onderzoek hebben interviews plaatsgevonden. In deze paragraaf geven we een overzicht van de gevoerde gesprekken, inclusief inwonertal en type gemeente.

²⁰ [Gebieden in Nederland 2025 - grootteklassen van gemeenten | CBS](#) en [Inwoners per gemeente | CBS](#)

²¹ [Vier typen gemeente - Sociaal en Cultureel Planbureau \(2021\)](#)

²² Indien een gemeente nog niet bestond ten tijde van het opstellen van deze lijst is het type aangehouden van de oude gemeenten

In fase 1 hebben we ter oriëntatie drie gesprekken gevoerd (oktober-november 2024):

1. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) – landelijk coördinator IVH
2. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) – senior beleidsadviseur
3. MEE NL - directeur landelijk bureau en twee beleidsadviseurs

Ook hebben we in fase 1 een gesprek gevoerd met een IVH-coördinator, een programmamanager en een beleidsmedewerker Sociaal Domein voor de gesprekken met wel-IVH gemeenten (zie regel 5 van tabel 4). Deze gesprekken hebben we in fase 2 voortgezet (februari-april 2025). Zie voor een beschrijving van deze vier gesprekken regel 1 tot en met 4 in tabel 4.

Tabel 4 Overzicht kenmerken van gemeenten en gesprekspartners van gemeenten die IVH inzetten

Inwonertal 2024	Type gemeente	Gesprekken	Functies
20.000 tot 50.000	Kleinschalige gemeenten	2 gesprekken	• IVH-coördinator (MEE) • Beleidsadviseur preventie en voorliggend veld (Jeugd)
20.000 tot 50.000	Kleinschalige gemeenten	2 gesprekken	• IVH-coördinator (MEE) • Beleidsmedewerker Jeugd
50.000 tot 100.000	Kleinschalige gemeenten	1 gesprek	• IVH-coördinator (JGZ/GGD)
150.000 tot 250.000	Universiteits-steden	2 gesprekken	• IVH-coördinator (MEE) • Beleidsmedewerker passend onderwijs
150.000 tot 250.000	Universiteits-steden	1 gesprek	• IVH-coördinator (MEE) • Programmamanger IVH (MEE) • Beleidsmedewerker Sociaal Domein

Naast gesprekken met gemeenten die IVH gebruiken, hebben we ook gesprekken gevoerd met gemeenten die IVH niet inzetten. Daarvoor hebben we vijf gesprekken gevoerd voor drie gemeenten. Zie voor een beschrijving van deze gesprekken tabel 5.

In deze fase hebben we ook ter voorbereiding op de interviews met de gemeenten en IVH-coördinatoren en om contacten binnen gemeenten te leggen, een groepsgesprek gevoerd met vijf leden van het platform Jeugd van de Vereniging Gehandicapten Nederland. Dit waren vier vertegenwoordigers van zorgorganisaties en één IVH-coördinator vanuit MEE. De vertegenwoordigers van zorgorganisaties zijn actief in verschillende gebieden: één vertegenwoordiger is actief in een gebied met meerdere IVH-regio's, één vertegenwoordiger is actief in een gebied waar in een bepaald deel van het gebied IVH wel wordt ingezet en in een bepaald deel van het gebied niet en twee zijn actief in een gebied zonder IVH maar waar in het verleden wel IVH was.

Tabel 5 Overzicht kenmerken van gemeenten en gesprekspartners van gemeenten die een andere vroegsignaleringsmethode inzetten

Inwonertal 2024	Type gemeente	Gesprekken	Functies
250.000 of meer	Universiteits-steden	2 gesprekken	• Vertegenwoordiger MEE • 2 beleidsadviseurs Jeugd (jonge kind/preventie)
50.000 tot 100.000	Overwegend kleinstedelijke gemeenten	1 gesprek	• Adviseur Jeugd vanuit het regionaal samenwerkingsverband • Beleidsadviseur Jeugd
20.000 tot 50.000	Kleinschalige gemeenten	2 gesprekken	• Strategisch beleidsadviseur Jeugd • Strategisch beleidsadviseur publieke gezondheid • Vertegenwoordiger andere methode voor vroegsignalering

2.3 Deelnemers expertsessies

We hebben twee expertsessies georganiseerd met vijf adviseurs van BMC die werkzaam zijn in diverse functies binnen met name het jeugddomein bij gemeenten, maar ook overige (gemeentelijke) samenwerkingsverbanden en aanpalende organisaties. De adviseurs verschilden in senioriteit en expertise en hebben verspreid over het land gewerkt, om een zo breed mogelijke vertegenwoordiging te hebben om gezamenlijk op het onderwerp te reflecteren. Alle adviseurs hebben binnen het jeugddomein ervaring met de onderwerpen vroegsignalering, het jonge kind en/of preventie. De eerste sessie vond plaats in de eerste fase van het onderzoek (november 2024) en de tweede sessie vond plaats in de tweede fase van het onderzoek (mei 2025).

H3 | IVH - Bouwstenen en doelgroep

In dit hoofdstuk beschrijven we beknopt de IVH-methode, hoe deze methode in de praktijk gebruikt wordt en voor welke doelgroep de methode wordt ingezet. Daarmee beantwoorden we onderstaande onderzoeksvragen.

1A. In welke mate wordt gebruikgemaakt van IVH door gemeenten? Welke bouwstenen van IVH gebruiken gemeenten als ze IVH inzetten?

1B. Wat zijn de kenmerken van de groep waar IVH voor gebruikt wordt als de gemeente hier gebruik van maakt?

3.1 Kernbevindingen

IVH is een multidisciplinaire aanpak voor jonge kinderen (0-7 jaar) met (dreigende) ontwikkelingsachterstand als gevolg van een beperking, gedragsproblemen of een chronische ziekte en gericht op vroegsignalering, diagnose en passende ondersteuning. Ouders krijgen advies vanuit een multidisciplinair team en ontvangen begeleiding van een trajectbegeleider, die samen met hen en het team een plan van aanpak opstelt en de hulp coördineert. Een IVH-coördinator zorgt voor goede samenwerking tussen professionals binnen het netwerk en de coördinatie van het proces.

Uit de respons op de enquête zien we dat in veel gemeenten in Nederland een vorm van IVH ingezet wordt (zie tabel 2 hoofdstuk 2). Er zitten verschillen in hoe gemeenten IVH inzetten, bijvoorbeeld op de bij IVH betrokken organisaties en de samenstelling van het MDO. Niet alle gemeenten gebruiken alle bouwstenen en het is niet in alle gevallen duidelijk waarom een bouwsteen wel of niet ingezet wordt. Er wordt aangegeven dat het in sommige gevallen te maken heeft met de manier van inkopen of met de financiële ruimte die er is voor ondersteuning, maar vaak wordt er ook niet over gesproken of zijn de bouwstenen niet bekend. Dit laatste geldt zowel voor IVH-coördinatoren als voor beleidsmedewerkers.

Kijkend naar hoe tevreden IVH-coördinatoren zijn met de uitvoering van IVH, zien we dat de meeste IVH-coördinatoren (helemaal) tevreden zijn met de uitvoering. Dat ligt met name aan de goede interne en externe samenwerking (ook met de trajectbegeleiders), het multidisciplinaire van de aanpak, de beschikbare kennis bij het MDO en de trajectbegeleiders, de snelheid van werken en de beschikbare/juiste zorg, het meenemen van ouders in het traject en de gemeente die het belang van IVH ziet. IVH-coördinatoren die aangeven minder tevreden te zijn, noemen voornamelijk financiële knelpunten, knelpunten rondom het aanmeldingsproces, wachtlijsten, de in het MDO aanwezige disciplines en (het zicht op) de trajectbegeleiding.

Op kwaliteitsborging wordt door gemeenten beperkt ingezet en data wordt beperkt en vaak niet structureel verzameld. Vanuit de IVH-coördinatoren wordt wel meer ingezet op kwaliteitsborging, maar ook daar zijn knelpunten te vinden. Uit de interviews komt naar

voren dat er behoefte is aan meer onderlinge uitwisseling tussen coördinatoren om van elkaar te kunnen leren bij het inzetten van IVH.

De doelgroep waar IVH in de praktijk voor wordt ingezet kenmerkt zich vooral door de leeftijdsgrens van 0-7 jaar die in bijna alle gemeenten gehanteerd wordt, gecombineerd met ontwikkelings- en gedragsproblematiek op diverse vlakken met als uitgangspunt dat het probleem complex is. Het verschilt per gemeente hoe scherp de afbakening van de doelgroep in de praktijk is. Bij de ene gemeente is die strakker afgebakend dan bij de andere gemeente. Er is in zekere mate een overlap met de doelgroep die vanuit het lokale team²³ geholpen wordt. Het verschil zit hem over het algemeen niet in de leeftijd, maar meer in de specificatie van de problematiek waar sprake van moet zijn om in aanmerking te komen voor een IVH-traject.

3.2 Beschrijving IVH-methode

IVH is een werkwijze vanuit een multidisciplinair netwerk dat zich richt op het vroegtijdig signaleren, diagnosticeren en ondersteunen van problemen in de ontwikkeling van jonge kinderen tussen de 0 en 7 jaar. Bij de kinderen uit deze doelgroep is er vaak sprake van een (dreigende) ontwikkelingsachterstand als gevolg van een beperking, gedragsproblemen of een chronische ziekte. IVH is bedoeld voor kinderen met meervoudige complexe vragen, ook wel "puzzelkinderen" genoemd, waarvoor hulp vanuit het lokale team of het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) vaak niet voldoende is.²⁴

In de IVH-handreiking²⁵ wordt aangegeven dat gemeenten die effectieve IVH willen opzetten, invulling geven aan zeven bouwstenen die samen het succes van IVH bepalen. Het gaat om de volgende zeven bouwstenen:

- **Vroegsignalering:** Het vroegtijdig opsporen van kinderen met een beperking of ontwikkelingsachterstand door professionals in bijvoorbeeld peuterspeelzalen, kinderopvang, consultatiebureaus en eerstelijnszorg.
- **Multidisciplinaire diagnostiek:** Een team van experts uit verschillende disciplines (zoals een kinderarts, psycholoog, of gedragsdeskundige) beoordeelt samen de hulpvraag van het kind. Ouders zijn hierbij betrokken.
- **Multidisciplinair adviesplan:** In samenspraak met ouders wordt een plan opgesteld met daarin de inzet van ouders en kind, de benodigde ondersteuning en de professionele inzet.
- **Informatie en advies voor gezinnen en trajectbegeleiding:** Ouders kunnen terecht bij één loket voor informatie en advies. Bij complexe vragen krijgen zij trajectbegeleiding van een casemanager.
- **Gezinsondersteuning:** Preventieve en praktische ondersteuning van het gezin, gericht op de ontwikkeling van het kind en de opvoeding.
- **Zorg en onderwijs:** Het bieden van een aansluitend aanbod tussen onderwijs en zorg, en hulp bij de toeleiding naar zorg en/of onderwijs.

²³ In dit rapport wordt de algemene benaming 'lokaal team' gebruikt voor de toegangsteams vanuit de gemeente. Hiermee worden bijvoorbeeld ook het sociaal team, wijkteam, jeugdteam of toegangsteam (jeugd) bedoeld.

²⁴ [Handreiking Integrale Vroeghulp, VGN, December 2014](#)

²⁵ [Handreiking Integrale Vroeghulp, VGN, December 2014](#)

- **Ketennetwerk:** Samenwerking tussen verschillende zorgpartijen in een regionaal netwerk om de andere bouwstenen goed in te vullen en veranderingen in het jeugdstelsel te realiseren.

Ouders met zorgen over de ontwikkeling van hun kind kunnen terecht bij een gespecialiseerd netwerk voor jonge kinderen. Een trajectbegeleider bespreekt hun vragen, stemt het vervolg af en schakelt het multidisciplinaire team in, bestaand uit een diverse selectie van zorgverleners en aanverwante professies die vanuit hun specifieke deskundigheid naar de ontwikkeling van het kind en de vragen vanuit de ouders kijken, wanneer er sprake is van (mogelijke) meervoudige ontwikkelings- en/of gedragsvragen. Tijdens een multidisciplinair overleg (MDO) wordt de vraag besproken: *'Is er iets met mijn kind aan de hand, wat is er aan de hand en welke ondersteuning past hierbij?'*. Samen met de ouders wordt een plan van aanpak opgesteld. De trajectbegeleider coördineert de hulp en onderhoudt het contact met ouders en hulpverleners.²⁶ Een IVH-coördinator zorgt ervoor dat de samenwerking tussen de verschillende betrokken disciplines goed verloopt. Een coördinator kan dit zowel voor één gemeente doen als voor een aantal gemeenten tegelijk. De taken van de coördinator kunnen per gemeente of regio verschillen en zijn met name gericht op het coördineren van het proces en de samenwerking tussen ouders, het netwerk en de betrokken expertises.

Uit de documentenanalyse blijkt dat een goede beschrijving van de IVH-methode (waaronder de doelstellingen, werkwijze en doelgroep van IVH) en richtlijnen over de kwaliteitseisen en -borging ontbreken. Veel van de beschikbare documenten zijn gedateerd. Daarnaast zijn sommige documenten en sommige informatie lastig te vinden door hyperlinks die niet meer werken, bijvoorbeeld op de eigen [IVH site](#) maar ook op de sites van de VNG en VGN en in de documenten die wel gevonden kunnen worden.

3.3 Het gebruik van IVH in de praktijk

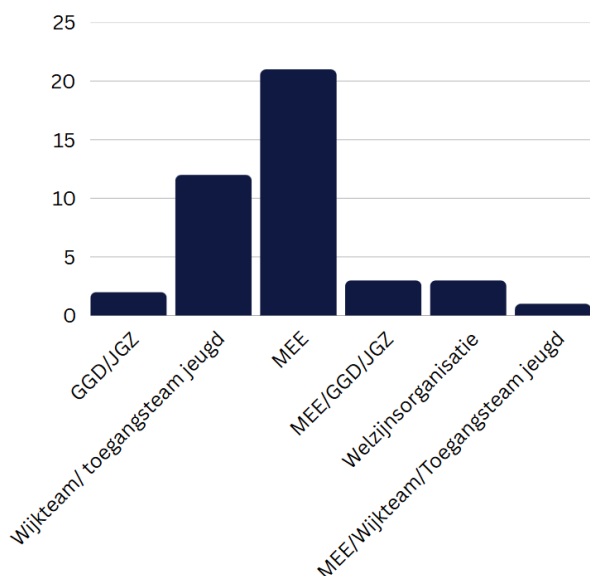
Om meer zicht te krijgen op hoe IVH in de praktijk wordt ingezet, hebben we informatie opgehaald over de betrokken organisaties, de inzet van de bouwstenen van IVH, de beschikbaarheid van een beschrijving van IVH en de manier van kwaliteitsborging van het IVH-traject binnen gemeenten. Hieronder gaan we daar puntsgewijs op in.

Bij IVH betrokken organisaties en verschillen daarin tussen gemeenten binnen IVH-regio's

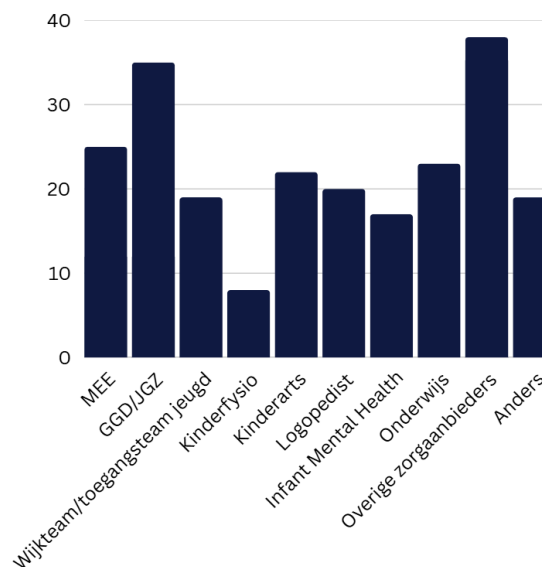
In de enquête geven coördinatoren aan dat trajectbegeleiders meestal werkzaam zijn vanuit MEE NL of vanuit de lokale (wijk)teams. In een sterke minderheid van de gemeenten is de trajectbegeleiding belegd bij de GGD/JGZ of bij een combinatie van partijen (zie figuur 1).

²⁶ [INFOSHEET | Integrale Vroeghulp. Integraal samenwerken voor het jonge kind met Integrale Vroeghulp](#)

Figuur 1²⁷ Aantal organisaties waar IVH-coördinatoren werkzaam zijn



Figuur 2 Aantal organisaties/disciplines die aansluiten bij het MDO



Op de vraag welke organisaties bij het multidisciplinair overleg aansluiten, zijn ook veel verschillende antwoorden gegeven. In 27 gemeenten zitten in ieder geval vijf of meer organisaties/funcities aan tafel. De meest voorkomende partij hierbij is de GGD/JGZ, gevolgd door MEE NL, onderwijs en de kinderarts. Bij 37 gemeenten zitten ook nog overige zorgpartijen aan tafel. Dat kan onder andere gaan om de gemeente zelf, maar ook om revalidatie, GGZ, jeugdhulp, een audiologisch centrum, zorgorganisaties voor verstandelijk gehandicapten, voorschoolse voorzieningen, kinderdagcentrum, medisch kinderdagverblijf en soortgelijke organisaties. Soms is er ook sprake van het niet fysiek aansluiten van een bepaalde organisatie bij een MDO, maar zijn er wel korte lijnen met deze organisaties en kunnen ze buiten het MDO om geconsulteerd worden indien dat nodig is (zie figuur 2).

Uit de verdiepende interviews met de coördinatoren blijkt dat er wel wensen zijn om MDO's uit te breiden met aanvullende disciplines, als niet alle disciplines vertegenwoordigd zijn. Een coördinator geeft bijvoorbeeld aan MEE NL graag weer bij het MDO te willen, evenals een POH-GGZ, een IMH-specialist en iemand vanuit de GGZ. Ook het onderwijs wordt gemist door een coördinator, evenals het audiologisch centrum dat zich richt op spraak-taalproblemen.

Een van de gesproken gemeenten geeft aan dat ze graag zelf zouden willen aansluiten in het MDO, om mee te denken met de specialistische jeugdhulp die geïndiceerd wordt naar aanleiding van een IVH-traject. Een andere gemeente geeft aan dat de verbinding met het voorliggende veld (e.g. GGD, kinderdagverblijven, scholen en lokale teams) wordt gemist in het MDO.

²⁷ De betekenis van de getallen op de y-as van alle figuren in dit rapport is het absolute aantal antwoorden wat gegeven is binnen een antwoordcategorie.

Voor 25 gemeenten die samenwerken in een IVH-regio wordt door de coördinatoren in de enquête aangegeven dat bij alle gemeenten uit dezelfde regio dezelfde expertises bij de MDO's aansluiten. In twaalf gemeenten zitten hier verschillen tussen, omdat bijvoorbeeld niet voor elke gemeente iemand vanuit de gemeentelijke organisatie aansluit bij het MDO of omdat de financiering voor de leden van het MDO per gemeente verschilt. Ook zijn er regio's met meerdere kernteams MDO waarbij de samenstelling per kernteam er anders uit kan zien, soms ook al naargelang de specificaties van de casus.

Gebruikte bouwstenen

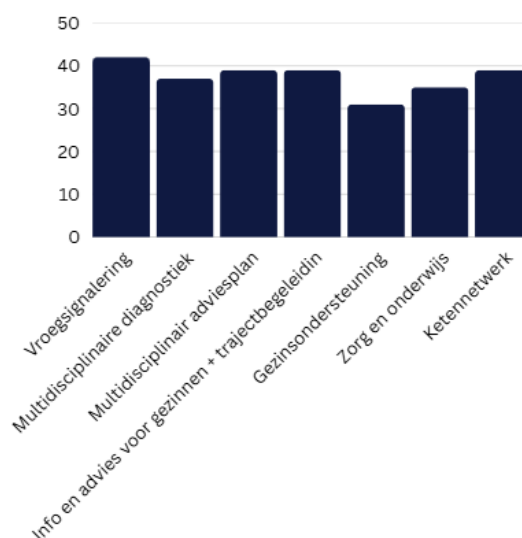
Het verschilt per gemeente van welke bouwstenen gebruik wordt gemaakt, blijkt uit de antwoorden die de coördinatoren in de enquête hebben gegeven voor de 42 gemeenten. De 28 gemeenten gebruiken zeven bouwstenen, vijf gemeenten gebruiken zes bouwstenen en twee gemeenten gebruiken er vijf. Zeven gemeenten gebruiken vier bouwstenen of minder (zie figuur 3).

Op de vraag waarom niet van alle bouwstenen gebruik wordt gemaakt, worden in de enquête verschillende antwoorden gegeven.

- De manier van inkopen maakt dat een bouwsteen niet geboden kan worden, ze worden bijvoorbeeld ergens anders uitgevoerd door een ingekochte zorgaanbieder.
- Er is geen financiële ruimte voor ondersteuning in de vorm van gezinsondersteuning of nazorg of dit wordt door een andere partij geboden (zie voor dat laatste ook het punt over de inkoop hierboven).
- Het is nog niet gelukt om alle bouwstenen voldoende te organiseren.
- Er worden geen diagnoses gesteld, maar doorverwezen naar eventuele diagnostiek als advies vanuit IVH.

Daarnaast geven de coördinatoren in de enquête aan dat het in sommige gevallen niet bekend is waarom een bepaalde bouwsteen niet wordt ingezet. Deze bevindingen uit de enquête worden ondersteund door de verdiepende interviews met coördinatoren. Een van de coördinatoren geeft bijvoorbeeld aan dat voor 2015 de trajectbegeleiding ook gezinsondersteuning uitvoerde, maar omdat dat niet meer ingekocht wordt bij de organisatie van de coördinator kunnen ze dat niet meer bieden in het IVH-traject. Ook wordt er aangegeven dat het onderwerp bouwstenen soms niet (echt) besproken wordt of dat er niet altijd bekendheid is met de bouwstenen. Het niet spreken over of onbekend zijn met de bouwstenen komt ook in de interviews met de beleidsmedewerkers naar voren. Zij hebben geen toelichting kunnen geven op de keuzes voor de bouwstenen die in hun gemeente gemaakt zijn.

Figuur 3 Aantal IVH-bouwstenen die worden ingezet



Op de vraag of er een beschrijving beschikbaar is van hoe IVH in de gemeente is opgezet en geïmplementeerd, geven coördinatoren aan dat dit voor 31 van de 42 gemeenten het geval is. Voor zeven gemeenten is geen beschrijving beschikbaar en voor vier gemeenten is het niet bekend. Uit de gevoerde gesprekken blijkt dat de manier waarop en de mate waarin IVH beschreven is, verschilt. De paar voorbeelden die we toegestuurd hebben gekregen bestonden uit een aantal bladzijden met een werkbeschrijving per fase. De ene beschrijving was wat uitgebreider dan de andere beschrijving.

Wijziging in inzet IVH

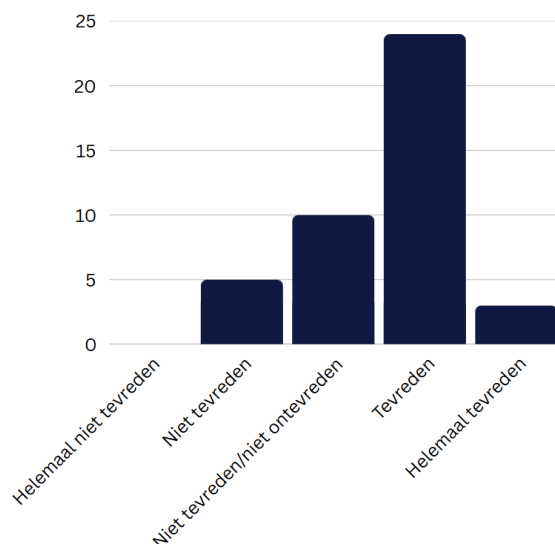
Coördinatoren van negentien gemeenten geven aan dat er geen wijzigingen in inzet van IVH in de regio hebben plaatsgevonden in de tijd dat die specifieke gemeente IVH inzet. Coördinatoren van zeventien gemeenten geven aan dat er wel wijzigingen hebben plaatsgevonden. Het vaakst wordt genoemd dat er een wijziging is in de samenwerkende gemeenten (gemeenten erbij of eraf in de regio) of een verschuiving van regio (eerst in de ene IVH-regio deelnemen, daarna in de andere). Gemeentelijke herindelingen kunnen hierbij een rol spelen. Ook verandert de verdeling van taken tussen partners en/of wijzigt de inkoopssystematiek van gemeenten waardoor veranderingen in de inzet van IVH ontstaan. Een enkele keer wordt genoemd dat er ander aanbod voor het jonge kind bij is gekomen, bijvoorbeeld een peuterplusgroep met inzet van orthopedagogen, of dat financiering (uitbreiding/inkrimping budget) veranderd is.

Coördinatoren van drie gemeenten geven aan dat IVH altijd al op gemeentelijk niveau georganiseerd is geweest. In drie andere gemeenten was het vroeger georganiseerd op regionaal niveau, maar nu wordt het op gemeenteniveau georganiseerd. In één gemeente heeft dit met de financiering te maken, eerder werd het vanuit VWS bekostigd en nu niet meer. De tweede gemeente geeft een soortgelijke reden, namelijk de transitie jeugdzorg. Voor de derde gemeente is het onbekend waarom het eerst regionaal en nu op gemeenteniveau georganiseerd wordt.

(On)tevredenheid over de uitvoering van IVH

De meeste van de 42 coördinatoren zijn tevreden of helemaal tevreden over de uitvoering van IVH in de gemeente waarvoor ze de enquête hebben ingevuld. Een minderheid van de coördinatoren is niet tevreden over de uitvoering van IVH (zie figuur 4).

Figuur 4 Tevredenheid IVH-coördinatoren over de uitvoering van IVH in hun gemeente weergegeven in aantallen



Op de vraag waar coördinatoren **tevreden** over zijn bij de uitvoering van IVH zijn antwoorden gegeven die onder te verdelen zijn in verschillende categorieën. Hierbij moet vooraf opgemerkt worden dat waar de ene coördinator tevreden is over een bepaald onderdeel van de uitvoering, de andere coördinator hier minder of niet tevreden over kan zijn. Dit kan komen door de specifieke omstandigheden in de gemeente waarvoor de coördinator de vragenlijst heeft ingevuld. Daardoor kunnen onderwerpen zowel terugkomen in de punten waarover de coördinatoren tevreden zijn, als de punten waarover de coördinatoren ontevreden zijn.

Samenwerking (zowel intern als extern)

Bijna alle coördinatoren noemen dat de goede samenwerking, zowel in de interne teams als met de externe partners, de gemeente en overige organisaties, een van de succesfactoren van de inzet van IVH is. Hieronder valt ook expliciet de samenwerking met trajectbegeleiders. De lijntjes zijn kort, bijvoorbeeld voor verwijzingen naar IVH, en de communicatie verloopt goed. Ook wordt door een enkele coördinator de samenwerking met andere initiatieven genoemd, zoals de lokale coalitie Kansrijke Start. Daarbij vermeldt de coördinator dat die samenwerking bijdraagt aan het breed zichtbaar zijn van IVH bij samenwerkingspartners.

Het multidisciplinaire van en de beschikbare kennis bij het MDO en de trajectbegeleiders

Het samenbrengen van verschillende expertises binnen IVH wordt door de coördinatoren als grote kracht van IVH gezien. Evenals de deskundigheid van de samenwerkingspartners en de trajectbegeleiders in de IVH-teams en de kennis die beschikbaar is en met elkaar gedeeld kan worden.

Snelheid van werken

De inzet van IVH biedt de mogelijkheid voor het snel oppakken van casuïstiek en aansluiten bij de behoeften van ouders, maar ook voor snelle verwijzing naar vervolghulp. De goede samenwerking met partners draagt ook bij aan de mogelijkheid tot snel werken en snel schakelen. Het niet hebben van een wachttijd voor toegang tot IVH wordt ook als succesfactor genoemd.

Meenemen van ouders

Het meenemen van ouders in het proces dat zich binnen IVH afspeelt, om hen vervolgens vanuit het advies toe te leiden naar passende vervolghulp is een belangrijk onderdeel van het

succes van IVH. Coördinatoren geven aan dat ouders zich gehoord en gezien voelen, erkenning krijgen voor wat ze meemaken met hun kind en tevreden zijn over het proces.

De gemeente die het belang van IVH ziet en zich ook betrokken toont

Goede afspraken met bijvoorbeeld lokale teams, casemanagers, et cetera dragen bij aan het op een goede manier kunnen inzetten van IVH, volgens de coördinatoren. Dit zijn bijvoorbeeld afspraken over verwijzingen richting IVH, maar ook over wat er gebeurt als er beschikkingen afgegeven moeten worden naar aanleiding van het IVH-advies. Ook draagt een goede relatie met de contactpersoon/beleidsmedewerker binnen de gemeente positief bij aan het succesvol inzetten van IVH. In sommige gevallen sluit er ook iemand van de gemeente (met bevoegdheid tot indiceren) aan bij de MDO's wat het IVH-proces en het vervolg daarop kan vergemakkelijken.

Beschikbare en juiste zorg

Een aantal IVH-coördinatoren geeft aan dat ze verkorte routes naar zorgaanbieders hebben voor IVH-kinderen. Ook wordt er door de coördinatoren aangegeven dat IVH ervoor zorgt dat kinderen op de juiste plek in het zorglandschap terechtkomen.

Op de vraag waar coördinatoren **niet tevreden** over zijn bij de uitvoering van IVH zijn antwoorden gegeven die zijn onder te verdelen in verschillende categorieën:

Financiering

De knelpunten op het vlak van financiering liggen voornamelijk in het niet hebben van voldoende financiering voor het aantal trajecten en voor de manier waarop de coördinatoren die trajecten graag uitgevoerd zien worden (o.a. bieden van maatwerk), de beperkte vergoeding of het ontbreken van vergoeding voor de inzet van de diverse partners die bij het MDO (zouden moeten) aansluiten door de manier waarop financiering is geregeld vanuit o.a. de Jeugdwet en de versnipperde manier waarop er verantwoording over de financiering afgelegd moet worden.

Aanmelding

Er worden diverse knelpunten genoemd die te maken hebben met het aanmeldingsproces om een IVH-traject te kunnen starten. In sommige gemeenten loopt het aanmeldingsproces vertraging op omdat er wachttijden zijn bij het lokale team dat de aanmelding bij IVH moet doen of omdat de gemeente bij iedere aanmelding geïnformeerd wil worden en er een oordeel over wil hebben (wel/geen traject). In sommige gevallen willen ouders ook nog wachten bij casussen waar vroegsignalering en een IVH-traject wel behulpzaam zouden kunnen zijn. Ook is het verloop onder personeel bij verwijzers groot, waardoor bekendheid van IVH afneemt en de mogelijkheid tot het aanmelden van casussen steeds opnieuw onder de aandacht gebracht moet worden. Coördinatoren hebben ook het idee dat niet elk kind dat in aanmerking komt voor een IVH-traject ook daadwerkelijk wordt aangemeld. Daardoor worden er kinderen gemist en vragen ze zich af welke hulp deze kinderen wel krijgen en of dat de juiste hulp is. Over de intake wordt door sommige coördinatoren gezegd dat deze erg talig is en er weinig informatie beschikbaar is in andere talen voor anderstalige gezinnen. Dit kan problemen opleveren voor de ouders en kinderen die het traject gaan doorlopen.

Wachlijsten

Zowel voor IVH-trajecten zelf als voor het vervolg na het IVH-advies zijn wachtlijsten. De wachtlijsten voor de IVH-trajecten, die er in sommige gemeenten zijn, kunnen lang zijn omdat trajectbegeleiders ook andere taken in de wijk hebben, geeft een van de coördinatoren aan. Vaker wordt wachtlijstproblematiek genoemd in relatie tot de adviezen die gegeven worden voor vervolghulp naar aanleiding van het IVH-advies. Zorgaanbieders kunnen kampen met wachtlijsten, wat ervoor zorgt dat na een snel IVH-traject alsnog vertraging ontstaat voor het krijgen van de juiste hulp.

Aanwezige disciplines in MDO

Afhankelijk van de samenstelling van de disciplines die aanwezig zijn bij de MDO's, zijn er wensen om meer disciplines daar aan tafel te krijgen. Hierin worden verschillende partners genoemd, zoals MEE NL, IMH, de gemeente, JGZ en een revalidatiearts. Ook wordt er door een coördinator genoemd dat de kernteams van het MDO kwetsbaar kunnen zijn bij ziekte omdat ad hoc vervanging vaak niet mogelijk is.

Trajectbegeleiding en verder

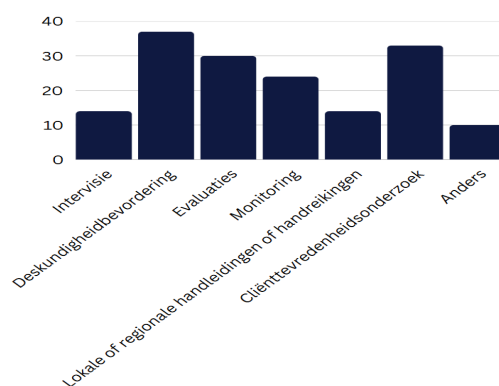
Door een aantal coördinatoren wordt aangegeven dat er weinig zicht is op trajectbegeleiding en hoe het verder gaat met ouders en kinderen na IVH-advies. En hoewel er coördinatoren zijn die tevreden zijn over de deskundigheid van de trajectbegeleiders zijn er ook coördinatoren die aangeven dat niet elke trajectbegeleider (voldoende) expertise heeft op het jonge kind (bijvoorbeeld als ze gepositioneerd zijn in de gemeentelijke lokale teams of aanverwant) of voldoende tijd heeft om de trajectbegeleiding op zich te nemen. Een coördinator geeft bijvoorbeeld aan dat het lokale team aangeeft dat trajectbegeleiding te veel tijd kost. Trajectbegeleiders in lokale teams hebben ook andere taken in de wijk en daardoor te weinig tijd, geeft een andere coördinator aan. Ook kan er discussie zijn over waar de trajectbegeleiding belegd moet worden.

Kwaliteitsborging en beschikbare data over (effecten van) IVH

In de meeste gemeenten is er sprake van deskundigheidsbevordering, cliënttevredenheidsonderzoek en evaluaties, geven de coördinatoren in de enquête aan. In mindere mate wordt monitoring, intervisie en het gebruik van lokale of regionale handleidingen of handreikingen ingezet. In sommige gemeenten worden ook andere manieren van kwaliteitsborging ingezet. Het gaat hier bijvoorbeeld om medewerkerstevredenheidsonderzoek, relatiemanagement, casuïstiekbesprekingen en deskundigheidsoverleg met alle IVH-trajectbegeleiders (zie figuur 5).

Uit de gesprekken met de beleidsmedewerkers komt naar voren dat er beperkt ingezet wordt op kwaliteitsborging. De standaardcijfers worden uitgevraagd (aantal meldingen, trajecten,

Figuur 5 Ingezetten manieren van kwaliteitsborging, weergegeven in aantallen



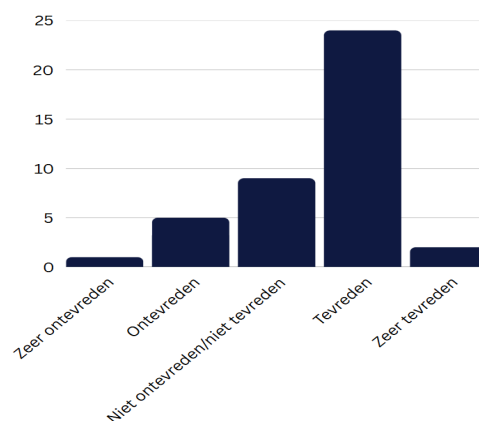
et cetera) en in sommige gevallen worden er door de inkooporganisatie accountgesprekken gevoerd. Die gesprekken worden gezien als kwaliteitsborging, al geeft een beleidsmedewerker ook aan dat deze gesprekken minder op inhoud gericht zijn. Er wordt beperkt ingezet op kwaliteitsborging om diverse redenen: de ene gemeente geeft aan dat dit komt omdat zij zien dat de inzet van IVH goed loopt, de andere gemeente geeft aan dat er op casusniveau afgestemd wordt met het lokale team en er altijd een warme overdracht en terugkoppeling over hoe de hulp verloopt plaatsvindt.

Uit de gesprekken met de coördinatoren komt naar voren dat er onder een aantal coördinatoren behoefte is aan meer onderlinge uitwisseling in het kader van kwaliteitsborging. Zo kunnen ze met elkaar bespreken hoe ze bepaalde dingen aanpakken en inrichten en welke keuzes daarbij gemaakt kunnen worden. “Wij doen wat we denken dat goed is”, maar het is prettig om dit af en toe te kunnen toetsen.

Op de enquêtevraag welke data er verzameld wordt, indien er sprake is van dataverzameling, worden uiteenlopende antwoorden gegeven. De rode draad is dat er weinig harde data over de IVH-trajecten verzameld wordt die inzicht geeft in het effect van een traject. Als er data verzameld wordt, is het voornamelijk beschrijvende data zoals het aantal aanmeldingen, leeftijd tijdens aanmelding, redenen voor verwijzing, vanuit wie er verwezen wordt, wat de uiteindelijke adviezen zijn en hoeveel uren er besteed worden aan een traject. De dataverzameling onder cliënten is vaker wat uitgebreider - daar kan o.a. gevraagd worden naar ervaringen met de trajectbegeleider, de bespreking, de bruikbaarheid van de adviezen, alle onderdelen van het traject, de vindbaarheid, de manier van aanmelden, het vervolgtraject, de bejegening, de verwachtingen, de duidelijkheid van het traject, et cetera. Welke vragen in de cliënttevredenheidsonderzoeken zijn opgenomen verschilt per gemeente. In sommige gevallen zijn er ook klankbordgroepen voor ouders of wordt er op een andere manier kwalitatieve data verzameld. In sommige gemeenten wordt in z’n geheel niet aan dataverzameling gedaan, geven de coördinatoren aan. Uit de verdiepende interviews met zowel de coördinatoren als de beleidsmedewerkers blijkt dat er jaarverslagen opgesteld worden. De inhoud daarvan verschilt per regio/gemeente, er is geen standaardformat voor beschikbaar. Een van de beleidsmedewerkers geeft aan dat dit jaarverslag niet bij de gemeente terechtkomt, maar uitsluitend bij de inkooporganisatie.

De meeste coördinatoren geven aan tevreden te zijn over de kwaliteitsborging in de gemeenten waarvoor ze de enquête hebben ingevuld (zie figuur 6). Op de vraag wat hierbij goed gaat, benoemen ze de expertise van MEE NL, evenals de deelname aan deskundigheidsbevordering, het inzetten van cliënttevredenheidsonderzoeken, evaluaties met beleidsmedewerkers/uitvoerders/ketenpartners, de goede samenwerking met de ketenpartners/gemeenten en in het team, het kritisch kijken naar werkprocessen en deze aanpassen waar nodig, het inzetten op interne

Figuur 6 Tevredenheid IVH-coördinatoren over de kwaliteitsborging in hun gemeente, weergegeven in aantallen



protocollen en sturen op uniformiteit in het werkproces, SKJ/NVO-registratie van professionals en (brede) kennisdeling.

Op de vraag wat er beter kan op het gebied van kwaliteitsborging geven de coördinatoren verschillende antwoorden, die ook deels overlappen met wat er goed gaat binnen kwaliteitsborging. Waar de deskundigheidsbevordering in de ene gemeente als goed wordt genoemd, wordt voor de andere gemeente aangegeven dat er behoefte is aan meer deskundigheidsbevordering, bijvoorbeeld meer gerichte (bij)scholing voor trajectbegeleiders, bijscholing over voor de leden van het MDO of verdieping rondom het jonge kind/IMH. Ook geven de coördinatoren aan dat de respons op de cliënttevredenheidsonderzoeken laag is en het versturen van de vragenlijsten niet altijd goed gaat. Daarnaast is er sprake van verloop/wisseling onder personeel, zowel binnen de MDO's als binnen trajectbegeleiders en binnen de gemeente. Coördinatoren willen graag meer zicht hebben op hoe het verder gaat nadat het advies is gegeven, bijvoorbeeld door informatie op te halen bij de organisaties waarnaar verwezen is. Ook wil men meer en/of betere evaluaties uitvoeren, intervisie toevoegen, samenwerking met de netwerkpartners en de gemeente versterken, de functies van de betrokken expertises omschrijven op het gebied van kennis en communicatievaardigheden, beter aansluiten bij gemeentelijke/regionale ontwikkelingen, geen dubbele dossiervoering meer hebben, IVH als expertise borgen en meer vergelijken met andere regio's op manier van werken.

Een aantal coördinatoren geeft in de enquête aan niet goed te weten wat bij kan dragen aan de verbetering van kwaliteitsborging. Dit zijn over het algemeen coördinatoren die tevreden zijn over de kwaliteitsborging zoals deze nu is ingericht. De coördinator die heeft aangegeven zeer ontevreden te zijn over de kwaliteitsborging geeft aan dat er geen kwaliteitsborging plaatsvindt binnen de gemeente waarvoor de enquête is ingevuld.

3.4 Kenmerken van de doelgroep waarvoor IVH ingezet wordt

Uit de enquête blijkt dat 40 van de 42 gemeenten 0-7 jaar als leeftijdsgrens voor de doelgroep van IVH hanteren. Twee gemeenten wijken af. Er is een gemeente die voor 0-12 jaar heeft gekozen omdat de vroegsignaleringsteams zijn samengevoegd en het andere team een leeftijdsafbakening had van 0-12 jaar. Er is een gemeente die voor 0-4 jaar heeft gekozen omdat in die gemeente kinderen boven de 4 jaar in een traject komen via school en ook ondersteuning krijgen vanuit dat traject. Uit de verdiepende interviews met zowel de coördinatoren als de beleidsmedewerkers blijkt dat kinderen die aangemeld worden voor IVH vaak wat eerder in de leeftijdsrange zitten. Het zijn vaker 2-5-jarigen dan kinderen die jonger of ouder zijn. Als oudere kinderen bij IVH terechtkomen, dan komen ze vaak via school omdat ze door gedragsproblematiek niet mee kunnen komen, aldus een van de geïnterviewde coördinatoren.

Het verschilt per gemeente hoe de beschrijving van de doelgroep er precies uit ziet. De rode draad in de beschrijvingen die uit de enquête naar voren komt, is dat er sprake is van **ontwikkelings- en gedragsproblematiek op diverse vlakken**, meestal gecombineerd met het uitgangspunt dat **het probleem complex is**. Daarbij geven sommige coördinatoren

duidelijk aan dat er een vraag vanuit de ouders moet zijn, er ook naar het systeem rondom het kind gekeken wordt (opvoedingsproblemen, licht verstandelijk beperkte ouders, et cetera) of dat (niet goed) functioneren op de opvang of op school aanleiding voor een IVH-traject kan zijn. Ook geven sommige coördinatoren aan dat IVH-trajecten niet alleen bedoeld zijn voor kinderen met ontwikkelingsachterstanden maar ook voor kinderen met een ontwikkelingsvoorsprong of bijvoorbeeld een vermoeden van hoogbegaafdheid. Een aantal coördinatoren geeft aan dat IVH bedoeld is voor alle doelgroepen op alle leefgebieden en heeft dit niet verder gespecificeerd. Dit beeld komt ook naar voren uit de verdiepende interviews met zowel de coördinatoren als de beleidsmedewerkers, waarbij wel opgemerkt moet worden dat de geïnterviewden niet altijd heel duidelijk het onderscheid kunnen maken tussen de vragen of problemen waarmee kinderen bij IVH terechtkunnen en de vragen of problemen waarmee ze ook terechtkunnen bij het lokale team. Er lijkt een grijs/overgangsgebied te zitten in de afbakening van de doelgroep aan de hand waarvan besloten wordt of een kind een IVH-traject nodig heeft of niet.

Dat er sprake is van een grijs gebied wordt ook ondersteund door de cijfers over het aantal aanmeldingen die we opgehaald hebben in de enquête (zie bijlage 1). Er is geen rode draad te vinden in de hoeveelheid aanmeldingen, gebaseerd op de omvang of het type gemeente. Het is niet zo dat een grotere gemeente standaard meer aanmeldingen heeft dan een kleinere gemeente. Ook het type gemeente laat geen patroon zien. Uit de verdiepende gesprekken blijkt dat deze grote variatie in cijfers niet alleen met het grijze gebied rondom de doelgroepafbakening te maken kan hebben maar dat het ook te maken kan hebben met andere factoren, zoals de bekendheid van verwijzers met IVH, de bereidheid van lokale teams om door te verwijzen naar IVH en het aanbod van scholen zelf.

Wie de verwijzer is van de kinderen naar IVH-trajecten lijkt volgens de coördinatoren die we hebben geïnterviewd ook van invloed op welke kinderen in de trajecten terechtkomen. Veel verwijzingen komen vanuit de JGZ/het consultatiebureau, waar de meeste kinderen tot en met hun vierde worden gezien. Er lijkt sowieso veel variatie te zitten in wie de verwijzers zijn tussen de gemeenten en de regio's en hoeveel kinderen zij verwijzen. In de ene gemeente of regio verwijst het lokale team bijvoorbeeld wel naar IVH en in de andere gemeente of regio gebeurt dit nauwelijks. Dit kan komen doordat de teams vinden dat ze zelf de benodigde expertise in huis hebben, volgens de ene coördinator, of doordat de teams überhaupt weinig problematiek in kinderen tussen 0-7 jaar zien, volgens de andere coördinator. Andere verwijzers die genoemd zijn, zijn het onderwijs, de POH-jeugd, de kinderdagverblijven en peuterspeelzalen, de maatschappelijk werkers en de huisartsen. Ook vinden ouders soms zelf IVH, maar dit gebeurt niet heel vaak, geven sommige coördinatoren aan.

H4 | Motivatie voor en meerwaarde van inzet IVH

In dit hoofdstuk beschrijven we de meerwaarde van de inzet van IVH en de motivatie voor gemeenten om IVH in te zetten. Daarmee beantwoorden we onderstaande onderzoeksvragen.

2. Welke meerwaarde heeft de inzet van integrale vroeghulp?

3B. Wat is de motivatie van gemeenten om IVH in te zetten?

4.1 Kernbevindingen

In de meeste gemeenten waar een vorm van IVH wordt ingezet, wordt dit al lang ingezet. Coördinatoren weten echter vaak niet wat de reden voor de inzet is. Weten ze het wel, dan komt het vaak omdat preventie belangrijk gevonden wordt, evenals de (integrale) zorg voor kwetsbare kinderen. De beleidsmedewerkers geven aan dat IVH onder andere ingezet wordt wegens het belang van het inzetten van de expertise rondom het jonge kind en dat IVH het formatie- en expertisevraagstuk binnen het lokale team oplost. De reden voor het (blijven) inzetten van IVH kan ook zijn dat het goed loopt en daarom wordt voortgezet.

In de meeste gemeenten binnen dit onderzoek is er op het moment van het beantwoorden van de enquête of ten tijde van de interviews weinig tot geen onzekerheid over de voortzetting van IVH. Op de vraag wat redenen zijn om IVH mogelijk niet voort te zetten werden financiële overwegingen, gemeentelijke inkooptrajecten (inkopen bij andere aanbieders, andere soorten zorg inkopen, minder of geen IVH-trajecten inkopen) of keuzes binnen het inrichten van het jeugdhulpaanbod en de lokale teams genoemd. Om eventuele onzekerheid te verminderen zou het helpen om de kracht en (inhoudelijke en financiële) toegevoegde waarde van IVH inzichtelijk te maken, geven coördinatoren aan. Ook zou landelijke erkenning of beschrijving in een database van bijvoorbeeld het RIVM kunnen bijdragen aan het verminderen van de onzekerheid over de voortzetting van IVH, volgens de coördinatoren. Al blijkt uit de interviews met de beleidsmedewerkers dat landelijke erkenning of beschrijving van IVH niet nodig is als er geen onzekerheid is over het voortzetten van de inzet van IVH. De beleidsmedewerkers geven aan dat landelijke erkenning of beschrijving van interventies wel van toegevoegde waarde kan zijn tijdens bijvoorbeeld een inkoopproces of wanneer het spannender wordt of IVH voortgezet gaat worden of niet.

De meerwaarde van IVH is met name dat er, vanaf een vroeg stadium, breed en multidisciplinair wordt gekeken naar (de problematiek van) het kind met expertise die specifiek op het jonge kind is gericht. Kinderen komen zo vroeg mogelijk op de juiste plek terecht, en de laagdrempeligheid en onafhankelijkheid van IVH en de ondersteuning voor ouders zijn een meerwaarde van IVH. Echter zijn er ook kanttekeningen genoemd over IVH door de beleidsmedewerkers van de gemeenten. Een voorbeeld daarvan is dat een beleidsmedewerker aangeeft dat er binnen haar gemeente geluiden zijn dat IVH vooral een medisch karakter heeft, onder andere doordat de meeste kinderen verwezen worden door

een verwijzer uit het medisch domein. Een andere beleidsmedewerker geeft aan dat de gemeente soms in een lastige positie gebracht wordt door het advies dat aan het einde van het IVH-traject gegeven wordt. Men heeft soms het gevoel dat IVH op de stoel van de gemeente gaat zitten en de gemeente wel mee moet gaan in het advies dat gegeven is (en hier een beschikking voor moet afgeven, terwijl zij normaal gesproken eerst zelf onderzoeken welke zorg het meest passend is).

4.2 Het hoe en waarom rondom de inzet van IVH

Sinds wanneer IVH wordt ingezet

In bijna alle gemeenten waarvoor de enquête is ingevuld, wordt IVH al (heel) lang ingezet. Veel coördinatoren geven aan dat ze het exacte jaartal niet weten maar dat het zeker ingezet wordt sinds begin jaren 2000 of in ieder geval voordat de decentralisatie in 2015 plaatsvond. Er is één gemeente die IVH sinds 2020 inzet, volgens de coördinator.

Motivatie en argumenten voor het inzetten van IVH

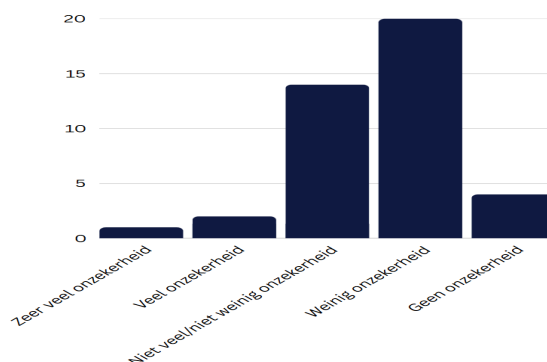
Coördinatoren geven voor 23 van de 42 gemeenten aan dat ze niet weten wat de argumentatie voor het inzetten van IVH is. Coördinatoren van negentien gemeenten weten wel waarom IVH ingezet wordt. Het meest gegeven antwoord is dat preventie belangrijk gevonden wordt, evenals de (integrale) zorg voor kwetsbare kinderen. Andere argumenten zijn dat IVH al jaren loopt, een provinciaal aanbod is of een inhoudelijke toevoeging is aan aanbod in de regio. Coördinatoren geven aan dat gemeenten het laagdrempelig vinden voor ouders en dat ouders hiermee niet meer van het kastje naar de muur worden gestuurd. Ook wordt genoemd dat het kostenverlagend is, van waarde is voor peuterspeelzalen, de GGD en de kinderopvang en dat dit expertise en aanbod is voor het jonge kind.

Uit de verdiepende interviews met de beleidsmedewerkers blijkt dat er verschillende redenen zijn om IVH in te zetten. Een van de gemeenten geeft bijvoorbeeld aan dat IVH al lang ingezet wordt en goed loopt. "Als iets al lang en goed loopt dan behouden we het vaak". Twee gemeenten geven aan dat de (integrale) expertise rondom het jonge kind binnen IVH erg belangrijk wordt gevonden. Een van de gemeenten voegt hieraan toe dat het ook een formatie- en expertisevraagstuk binnen hun eigen lokale team oplost. Doordat er per jaar niet veel IVH-trajecten plaatsvinden en de aanmeldingen fluctueren, is het lastig om hier structurele formatie voor beschikbaar te stellen en medewerkers met de juiste expertise beschikbaar te hebben.

(On)zekerheid over de voortzetting van IVH

Voor 41 gemeenten hebben de coördinatoren aangegeven of zij inschatten dat er onzekerheid is over de voortzetting van IVH. In de meeste gemeenten is er weinig tot geen onzekerheid, in slechts een aantal gemeenten is er (zeer) veel onzekerheid (zie figuur 7). Uit de interviews blijkt dat gemeenten zelf beslissen over het wel of niet voortzetten van IVH en dat hierdoor de

Figuur 7 De mate van onzekerheid over de voortzetting van IVH volgens IVH-coördinatoren, weergegeven in aantallen



onzekerheid over het voortzetten van IVH per gemeente kan verschillen in een regio. Voor vrijwel de meeste gemeenten wordt in de interviews aangegeven dat er op dit moment geen onzekerheid is over de voortzetting van IVH.

Het meest voorkomende antwoord van coördinatoren in de enquête op de vraag wat redenen zijn om IVH mogelijk niet voort te zetten is financiën. Hierbij worden de bezuinigingen genoemd die de gemeenten in de toekomst op zich af zien komen, evenals het gegeven dat sommige gemeenten er financieel niet goed voor staan op het onderwerp jeugdhulp. Ook wordt aangegeven dat er bijvoorbeeld geen middelen beschikbaar zijn om IVH verder uit te breiden of door te ontwikkelen, dat de MDO's niet of slechts ten dele gefinancierd worden waardoor de MDO-partners zich (deels) terugtrekken en dat IVH duur is. Hierbij kan volgens de coördinatoren ook spelen dat het effect van de inzet van IVH onduidelijk is, zoals vaker het geval is bij het preventieve aanbod. Naast financiën wordt ook inkoop genoemd als reden. Hiermee bedoelen de coördinatoren dat gemeenten bij andere aanbieders gaan inkopen, andere soorten zorg inkopen of IVH-trajecten minder of helemaal niet meer inkopen of subsidiëren. Ook noemen sommigen dat de animo voor IVH-trajecten in sommige gemeenten zakt en dat dat ook invloed heeft op toekomstige inkoop van de trajecten. De manier waarop gemeenten hun jeugdhulpaanbod inrichten is ook van invloed op het voortzetten van IVH. In sommige gemeenten vindt het lokale team bijvoorbeeld dat ze zelf de expertise in huis hebben, verwijzen lokale teams niet meer door of er wordt genoemd dat draagvlak onder casemanagers een reden kan zijn voor het niet voortzetten van IVH. Uit de interviews met IVH-coördinatoren blijkt dat bovenstaande redenen herkend worden. Een expliciet voorbeeld dat tijdens een gesprek gegeven wordt, is dat een gemeente de expertise van IVH niet nodig vindt, omdat het geborgd is in het eigen expertiseteam.

Op de vraag wat zou helpen om de onzekerheid te verminderen of weg te nemen, is het meest gegeven antwoord dat de kracht en toegevoegde waarde van IVH inzichtelijk gemaakt moeten worden, eventueel ook in mogelijke besparingen die de gemeenten daarmee in de toekomst bewerkstelligen op andere gebieden. Sommige coördinatoren geven aan dat landelijke erkenning of beschrijving in een database van bijvoorbeeld het RIVM hieraan kan bijdragen. Dit beeld komt ook naar voren uit de interviews met coördinatoren. Uit de interviews met de beleidsmedewerkers blijkt dat landelijke erkenning of beschrijving van IVH op dit moment niet nodig is voor het besluit om IVH voort te zetten. Alle beleidsmedewerkers geven aan dat IVH goed loopt en dat er daarom geen sprake is van onzekerheid over de voortzetting op dit moment. Desalniettemin geven zij aan dat landelijke erkenning of beschrijving van interventies wel van toegevoegde waarde kan zijn tijdens bijvoorbeeld een inkoopproces of wanneer het spannender wordt of IVH voortgezet gaat worden of niet.

Uit de enquête blijkt verder dat er ook behoefte is aan goed en geactualiseerd PR- en informatiemateriaal voor gemeenten en overige partners, bijvoorbeeld om meer bekendheid voor IVH en het belang ervan te genereren. Hierbij zou een meer uniforme werkwijze kunnen helpen, volgens een aantal IVH-coördinatoren. In mindere mate worden het inzetten op borgen en uitbreiden van IVH en de bijbehorende expertise op het jonge kind genoemd, evenals dat het nodig is te beseffen dat IVH opzetten en implementeren in een gemeente niet zomaar even kan. De contacten met gemeentelijke beleidsmedewerkers zijn ook belangrijk

bij het wegnemen van onzekerheid over de voortzetting, evenals een nauwere samenwerking in de regio tussen coördinatoren.

4.3. De meerwaarde van het inzetten van IVH

IVH kijkt breed en multidisciplinair, vanaf een vroeg stadium, naar (de problematiek van) het kind met expertise die specifiek op het jonge kind is gericht. Dat geven de beleidsmedewerkers van de gemeenten in de interviews aan als meerwaarde van het inzetten van IVH. Ook wordt door één gemeente genoemd dat wanneer er uiteindelijk sprake blijkt te zijn van een beperking bij het kind, de ouders al kennisgemaakt hebben met MEE NL. Dit is prettig voor de verdere begeleiding vanuit MEE NL.

De meerwaarde van IVH die omschreven wordt door de beleidsmedewerkers van de gemeenten komt sterk overeen met de meerwaarde die de IVH-coördinatoren omschrijven. Zij zeggen aanvullend daarop dat de meerwaarde onder andere zit in het zo vroeg mogelijk op de juiste plek brengen van het kind, het horen en zien van de ouders, de laagdrempeligheid voor ouders, het meedenken met ouders en zorgen dat ze niet hoeven zoeken naar de passende hulp, de onafhankelijkheid van de methode en de adviezen die eruit voortkomen en het bieden van trajectbegeleiding. Ook wordt genoemd dat het snel kunnen inventariseren wat er speelt, bijvoorbeeld door op huisbezoek te gaan, prettig gevonden wordt door de gemeente. IVH kan ook bijdragen aan bewustwording bij ouders over de factoren die bij hen zelf liggen en invloed hebben op hun kind, bijvoorbeeld in de manier waarop ze met hun kind omgaan.

Naast dat de meerwaarde van IVH door de gesprekspartners duidelijk gezien en geduid wordt, zijn er ook kanttekeningen over de meerwaarde van IVH naar voren gebracht. Een van de beleidsmedewerkers geeft bijvoorbeeld aan dat er binnen de gemeente geluiden zijn dat IVH in de betreffende gemeente vooral een medisch karakter heeft, onder andere doordat de meeste kinderen verwezen worden door een verwijzer uit het medische veld. Een andere beleidsmedewerker geeft aan dat de gemeente soms in een lastige positie gebracht wordt door het advies dat aan het einde van het IVH-traject gegeven wordt. Men heeft soms het gevoel dat IVH op de stoel van de gemeente gaat zitten en de gemeente wel mee moet gaan in het advies dat gegeven is (en hier een beschikking voor moet afgeven, terwijl zij normaal gesproken eerst zelf onderzoeken welke zorg het meest passend is). Maar, in de praktijk is dit goed op te vangen door nauwe afstemming tussen IVH en de gemeente en de gemeente al in een vroeg stadium van het traject te betrekken. De expertise die IVH biedt, is namelijk wel gewenst en nodig binnen de gemeente, geeft de betreffende beleidsmedewerker aan.

H5 | Motivatie voor en meerwaarde van inzet andere methoden

In dit hoofdstuk beschrijven we welke methoden gemeenten inzetten voor vroegdiagnostiek en vroeghulp, wanneer zij geen gebruikmaken van IVH. Daarnaast beschrijven we de motivatie van gemeenten om te kiezen voor een andere methode dan IVH. Daarmee beantwoorden we onderstaande onderzoeksvragen.

3a. Als IVH niet wordt ingezet door gemeenten, welke methoden zetten gemeenten dan in voor vroegdiagnostiek en vroeghulp?

3b. Wat is de motivatie van gemeenten om te kiezen voor een andere methode dan IVH?

5.1 Kernbevindingen

Gemeenten die er op dit moment niet voor kiezen om IVH in te zetten, zetten soms wel en soms geen alternatief hiervoor in. In de drie gemeenten die we gesproken hebben zien we bij één gemeente geen alternatieve methode, bij één gemeente is vroegsignalering geïntegreerd in het lokale team en bij één gemeente wordt een soortgelijke methode ingekocht. De gemeente die op dit moment geen methode voor vroegsignalering en vroeghulp heeft, geeft aan dat dit komt door het teruglopende aantal aanmeldingen op het moment dat IVH nog wel werd ingezet en het geloof dat er ook buiten de medische sector goede zorg kan ontstaan voor deze doelgroep vanuit een bredere systemische kijk op het kind en de gezinscontext. De gemeente die vroegsignalering geïntegreerd heeft in het lokale team zag dat er veel dubbel werk werd gedaan door de verschillende teams en platforms. Zij hebben de vroegsignalering en vroeghulp daarom in het lokale team geïntegreerd, wat dienst doet als brede toegang. Ze wilden het voor ouders en professionals zo simpel mogelijk maken en wilden diagnostiek borgen en dichterbij het lokale team brengen. Ze missen echter wel het MDO uit IVH. De gemeente die een andere methode heeft ingekocht, doet dit omdat dat al jaren goed loopt en daarom prettig is om voort te zetten. Ook geven zij aan dat IVH in hun ogen een meer “voorliggend karakter” heeft ten opzichte van de methode met een meer medisch karakter die zij inzetten en wilden ze niet nog een overlegmedium toevoegen aan de bestaande overleggen. Daarnaast heeft deze gemeente een orthopedagoog in dienst die vanuit het idee van vroegsignalering observaties uitvoert bij de kinderopvang. De gemeenten geven veelal aan dat met name succeservaringen in de praktijk meewegen in het besluit om een bepaalde manier van werken of een bepaalde methode wel of niet in te zetten of voort te zetten.

5.2 Welke andere methoden voor vroegdiagnostiek en vroegsignalering worden ingezet

Er zijn beleidsmedewerkers geïnterviewd van drie gemeenten die ervoor gekozen hebben om IVH niet in te zetten. Deze gesprekken hadden als doel te achterhalen welke methoden deze gemeenten wel inzetten voor vroegdiagnostiek en vroeghulp, en wat hun motivatie hiervoor

is. Twee van deze gemeenten hebben in het verleden²⁸ IVH wel ingezet, maar doen dit nu niet meer. Van de gemeente die IVH in het meer recente verleden nog inzette, hebben we ook met de IVH-coördinator die toen werkzaam was in deze gemeente gesproken. Van de gemeente die een andere methode van vroegsignalering inzet, hebben we ook met een vertegenwoordiger van die methode gesproken.

Uit de interviews blijkt dat een van de drie gemeenten die geen IVH heeft (maar eerder wel heeft gehad), ook geen andere methode heeft op het gebied van vroegsignalering rondom het jonge kind. De complexe problematiek wordt wel gesignaleerd en dan wordt een jeugdige doorverwezen naar het medisch domein. Maar de betrokken beleidsmedewerker geeft aan dat juist de problematiek die net iets minder zwaar is, soms gemist wordt of dat hier niet altijd iets mee gedaan wordt.

Een andere gemeente heeft voorheen ook IVH gehad, maar heeft enkele jaren geleden besloten om IVH deels onder te brengen bij het lokale team. In het lokale team is een psycholoog en iemand vanuit de JGZ opgenomen, die door de medewerkers van het lokale team betrokken kunnen worden voor een MDO. Wanneer er (meerdere) aanvullende disciplines nodig zijn, dan kunnen deze ook betrokken worden door het lokale team. De ouderbegeleiding wordt nog steeds geboden door MEE NL.

De laatste gemeente heeft een andere methode voor vroegdiagnostiek en vroeghulp ingekocht bij een zorgaanbieder. Zij maken hier al langere tijd gebruik van (in ieder geval sinds 2015). Er werken zeven participerende instellingen samen binnen deze methode, vanuit zowel het medisch als het sociaal domein. Deze methode lijkt in bepaalde opzichten op IVH: er wordt breed en multidisciplinair naar de (mogelijke) problematiek bij een kind gekeken middels een MDO, waarna er een advies wordt uitgebracht. Ook de leeftijd van de doelgroep komt overeen. Er sluiten verschillende expertises aan bij het MDO, waaronder jeugdhulpaanbieders zoals de SGGZ, de revalidatie, het ziekenhuis en zorg gericht op spraak-taalproblematiek. Het verschil tussen IVH en deze methode is dat er bij deze methode meer medisch specialisten aansluiten en zij twee keer een MDO voeren: na de intake en nadat het kind gezien is. Ook is er geen formele trajectbegeleider en neemt de gedragswetenschapper veel van de coördinatie op zich. Tijdens de MDO's sluiten ouders niet aan, in tegenstelling tot IVH, waarbij ouders wel aansluiten bij het MDO. Daarnaast wordt het kind vóór het eerste MDO gezien door een gedragswetenschapper of jeugdarts. Naast de basisgegevens die er al zijn wordt er een korte anamnese en kort lichamelijk onderzoek uitgevoerd. Daarna wordt de casus besproken in een MDO en wordt er een advies geformuleerd: wat is er nodig? Er kan dan doorverwezen worden naar een zorgaanbieder voor een vervolgonderzoek. Deze uitkomsten worden dan weer opnieuw besproken en er wordt bekeken wat de best passende plek is voor het kind. De doelgroep zijn kinderen met problemen op drie of meer ontwikkelingsdomeinen, vaak is er een combinatie tussen medische en sociale problematiek. Dit wijkt iets af van IVH, waarbij deze methode "afgebakender/nauwer" selecteert dan IVH. Zie hiervoor ook de beschrijving van de doelgroep van IVH in paragraaf 3.4.

²⁸ Voor de ene gemeente ligt de inzet van IVH in het verdere verleden, voor de andere gemeente ligt de inzet van IVH meer in het recente verleden.

Voor de medische instellingen die betrokken zijn is er een bekostiging vanuit de Zorgverzekeringswet. De bekostiging van de jeugdhulpaanbieders verloopt via de gemeente. De gemeente betrekken zij vroegtijdig, waardoor een advies komende uit dit traject vaak wordt overgenomen door de gemeente.

Motivatie en argumenten om een andere methode in te zetten

Er zijn verschillende redenen geweest voor de gemeenten om een andere methode dan IVH in te zetten. De gemeente die op dit moment geen methode voor vroegsignalering en vroeghulp heeft, geeft aan dat het aantal meldingen sterk was afgenomen. Zij hebben toen nog geprobeerd om de meldingen via een andere weg te laten verlopen (via jeugdartsen en psychologen), maar het aantal meldingen nam nog verder af. Het is toen langzaam verwaterd en er was op dat moment ook geen behoefte meer aan. De betrokken beleidsmedewerker voegt hieraan toe dat zij ook geloofden dat er buiten de medische sector juist betere zorg kon ontstaan voor deze doelgroep, vanuit een bredere systemische kijk op het kind en de gezinscontext. Een jeugdprofessional vanuit de gemeente (lokaal team medewerker) zou vanuit dezelfde kijk en opvatting kunnen werken als het IVH-team. Aanvullend geeft deze gemeente aan dat het belangrijk is dat iets niet apart opgezet wordt, maar wordt toegevoegd aan het bestaande. Het idee achter IVH vindt deze gemeente mooi, maar zij vinden het vooral belangrijk om te kijken naar hoe het huidige systeem is georganiseerd en wat daar passend bij is in plaats van iets apart te organiseren.

Een van de andere gemeenten geeft aan dat zij zagen dat er veel dubbel werk werd gedaan door de verschillende teams en platformen die er bestonden en dat er dus veel overlap was in wat er gedaan werd voor het jonge kind. Zij wilden het lokaal team graag als brede toegang inzetten, die eventueel weer kan doorverwijzen. Een reden hiervoor was ook om het voor ouders en professionals zo simpel mogelijk te maken. Daarnaast werd diagnostiek gemist en wilden zij dit graag borgen en dichterbij het lokale team brengen. De ouderbegeleiding heeft deze gemeente bewust bij MEE NL gelaten omdat zij daar de expert in zijn en een onafhankelijke positie hebben. Echter wordt er ook aangegeven dat het brede MDO, dat wel in IVH zit maar niet in deze aanpak, gemist wordt. Er wordt momenteel bekeken in deze gemeente hoe zij de expertise rondom deze specifieke doelgroep binnen de jonge kinderen het beste kunnen organiseren. Mogelijk wordt hier toch weer een aparte expertise voor ingericht. Echter wordt aangegeven dat het lastig kan zijn om een expertise zoals een logopedist ad hoc te laten aansluiten omdat deze vanuit de Zorgverzekeringswet bekostigd zou moeten worden. De regeldruk wordt nog hoger als je dit via subsidiestromen apart zou moeten regelen. Deze expertises zouden eigenlijk op consultatie-basis betrokken moeten kunnen worden, wat met het huidige systeem lastig is.

De gemeente die ervoor heeft gekozen om een andere methode in te kopen, geeft aan dat zij dit om verschillende redenen hebben gedaan. Deze methode wordt al langere tijd gebruikt in de gemeente en loopt goed. Dat is een reden om het voort te zetten. Tijdens het vorige inkooptraject zijn er wel gesprekken geweest met IVH, maar deze verliepen minder soepel dan de gesprekken met de huidige methode. Ook zijn er jeugdhulpspecialisten betrokken bij de methode die zij op dit moment gebruiken en geeft de gemeente aan dat IVH een meer

“voorliggend karakter” heeft, ten opzichte van de methode die zij inzetten die een meer medisch karakter heeft.

De reden om niet zowel deze methode als IVH in te zetten, is dat zij niet nog een overlegmedium willen toevoegen aan de bestaande overleggen die er al zijn. Naast deze methode geeft deze gemeente op een andere manier vorm aan vroegsignalering. Er is een orthopedagoog in dienst bij de gemeente die observaties uitvoert bij de kinderopvang.

De gemeenten geven veelal aan dat met name succeservaringen in de praktijk meewegen in het besluit om een bepaalde manier van werken of een bepaalde methode wel of niet in te zetten of voort te zetten. Bewezen effectiviteit is hier geen voorwaarde voor. Een van de gemeenten geeft daarbij wel aan dat bewezen effectiviteit altijd van meerwaarde is voor een interventie en kan helpen bij het creëren van draagvlak.

Succesfactoren en knelpunten

Twee gemeenten geven aan dat zij het een meerwaarde vinden dat er in hun gemeente, met de manier van werken die zij inzetten, breder wordt gekeken naar de gezinscontext en niet alleen naar het kind. De problematiek ligt niet altijd bij het kind zelf. In deze gemeenten pakken de lokale teams de vraagstukken rondom het jonge kind op. In de andere gemeente wordt juist aangegeven dat ze de medische insteek van de methode die zij hebben ingekocht waarderen. De verwijzingen verlopen bijvoorbeeld via het medisch domein. Zij geven aan dat het goed is dat degenen die signaleren (veelal vanuit het consultatiebureau), ook zelf kunnen handelen en doorverwijzen. Het lokale team zou hier niet tussen hoeven te zitten. Daarnaast wordt er tijdens de inzet van de methode ook gekeken naar wat er speelt op medisch gebied. Als er een vermoeden bestaat dat er ook problemen zijn in de gezinscontext, dan schakelen zij alsnog het lokale team in.

Er worden ook verschillende knelpunten ervaren vanuit gemeenten in de manier waarop zij op dit moment uitvoering geven aan vroegsignalering en vroeghulp. In de gemeente waar op dit moment geen alternatief is voor IVH, wordt de trajectbegeleiding gemist die naast ouders gaat staan. Dit zou mogelijk opgelost kunnen worden door het lokale team hiervoor in te schakelen. Het brede MDO wordt door hen niet gemist, terwijl een andere gemeente juist aangeeft dat zij het ontbreken hiervan wel als knelpunt ervaren. Ook de oud IVH-coördinator uit een van deze gemeenten geeft aan dat naar haar weten de aanvullende disciplines die beschikbaar zijn, in de praktijk niet altijd meer betrokken worden. Soms wordt er nog wel een jeugdarts betrokken. Daarnaast geeft zij als knelpunt aan dat de cliëntondersteuning die nog wel beschikbaar is vanuit MEE NL, niet altijd gevonden en ingeschakeld wordt door het lokale team. Ook wordt aangegeven dat het een uitdaging is om deze doelgroep eerder in beeld te krijgen, wat niet alleen lokaal in deze gemeente maar ook landelijk speelt. Door twee gemeenten worden de wachtlijsten bij jeugdhulpaanbieders als knelpunt ervaren. De benodigde zorg kan niet altijd gelijk geboden worden en de benodigde expertise is dan niet beschikbaar in de tussentijd. Vanuit MEE NL wordt in een van de gemeenten onderzocht op welke manier zij ouders in de tussentijd thuis kunnen ontlasten en of er een manier is waarop de ontwikkeling van het kind alsnog gestimuleerd kan worden. Een knelpunt dat wordt

aangegeven vanuit de andere methode voor vroeghulp die is ingekocht door een van de gemeenten, is de financiële druk op gemeenten. Dit zou er volgens hen voor kunnen zorgen dat kinderen die deze zorg nodig hebben, niet gelijk kunnen starten. Ook wordt in het gesprek met hen aangegeven dat betrokkenheid van de gemeente op het gebied van ouderbegeleiding gewenst zou zijn. Dat is nu niet op die manier geïntegreerd in de methode en zou wel meerwaarde kunnen hebben.

Kwaliteitsborging

In twee gemeenten wordt op dit moment iets (anders dan IVH) georganiseerd voor de vroegdiagnostiek en vroeghulp. Er wordt op verschillende manieren aan kwaliteitsborging gedaan. Een van de gemeenten geeft aan dat de regio sinds kort kwaliteitsmetingen uitvoert. Daarnaast is er een jeugdzorgmonitor vanuit de regio en is de orthopedagoog die in dienst is bij de gemeente, SKJ-geregistreerd.

En de andere gemeente, waarin de rol van IVH deels is opgenomen in het lokale team, monitort of evalueert niet specifiek op de inzet rondom het jonge kind. Er worden wel algemene cliënttevredenheidsonderzoeken uitgevoerd. De trajectbegeleiding ligt in deze gemeente nog bij MEE NL. Zij evalueren en monitoren wel, ten behoeve van de verantwoording voor de subsidie die zij ontvangen.

Overige lokale inzet rondom het jonge kind

Binnen twee van de drie gemeenten is er specifiek aandacht voor de expertise rondom het jonge kind. Naast bovenstaande methoden voor vroegsignalering en vroeghulp, zijn er ook andere manieren waarop deze gemeenten hier aandacht aan besteden. Een van de gemeenten is bezig met het opzetten van een Kinderopvang Plus voor de doelgroep 0-4 jaar (ook hier kan eerder gesignaleerd worden en een handelingsadvies opgesteld worden). Kinderopvang Plus biedt opvang aan kinderen met extra ondersteuningsbehoeften, zoals ontwikkelingsachterstanden of gedragsproblemen, binnen een reguliere kinderopvangsetting. Een andere gemeente geeft aan dat zij al een Kinderopvang Plus hebben. Een ander voorbeeld van lokale inzet rondom het jonge kind is een orthopedagoog vanuit de gemeente die laagdrempelig observaties kan doen op het kinderdagverblijf.

Verhouding met overige initiatieven en ontwikkelingen

Binnen de drie gemeenten zijn er verschillende manieren waarop wordt samengewerkt met initiatieven rondom het jonge kind, waarbij de mate van samenhang, afstemming en betrokkenheid per gemeente verschilt.

Een van de gemeenten geeft aan dat het bij hen ontbreekt aan overzicht door de veelheid aan lopende projecten en is de verbinding met de lokale coalitie Kansrijke Start en de activiteiten die plaatsvinden naar aanleiding van de Hervormingsagenda Jeugd beperkt. Dit komt mede door personele wisselingen. Deze gemeente vindt het belangrijk om meer integraal en systemisch te werken en zij hopen dat dit ook een rol krijgt binnen projecten zoals de lokale coalitie Kansrijke Start en de activiteiten die plaatsvinden naar aanleiding van

de Hervormingsagenda Jeugd. Zij zouden bijvoorbeeld graag zien dat er meer specialismen worden toegevoegd aan het lokale team. Daarnaast is er IMH beschikbaar in deze regio. Dit specialisme is niet aanwezig binnen het lokale team, maar via verschillende praktijken die zijn ingekocht.

Een andere gemeente geeft aan dat zij voortvarend aan de slag zijn gegaan met de uitwerking van de Hervormingsagenda Jeugd. De focus ligt nu op een domeinoverstijgende samenwerking en de ketenaanpak voor het jonge kind (het gezin zou ten allen tijde een vast aanspreekpunt moeten hebben). Deze gemeente voldeed al aan een aantal kenmerken van de stevige lokale teams: zij hebben bijvoorbeeld een eigen orthopedagoog in dienst en bieden langdurige en laagdrempelige gezinsondersteuning. Deze orthopedagoog is ook IMH-geschoold en zou deze visie graag verder uitrollen binnen de gemeente. Daarnaast is de orthopedagoog betrokken bij de lokale coalitie Kansrijke Start. Er is binnen deze gemeente een coalitie Kansrijke Start opgezet, met daarin een samenwerking met onder andere verloskundigen, kraamzorg en de JGZ/GGD. Deze gemeente heeft een andere methode voor vroeghulp ingekocht. De betreffende organisatie die dit uitvoert geeft aan dat zij geen samenwerking hebben met de lokale coalitie Kansrijke Start en dat ze ook niet betrokken zijn bij de activiteiten naar aanleiding van de Hervormingsagenda Jeugd, omdat zij onder de meer specialistische kant van zorg vallen.

Ook de derde gemeente geeft aan dat zij al een heel eind op weg zijn met de implementatie van de Hervormingsagenda Jeugd, met name op het gebied van integraal en domeinoverstijgend werken. Ook is een lokale coalitie Kansrijke Start aanwezig in deze gemeente, wat wordt georganiseerd vanuit de JGZ/GGD. Ook kijken zij naar een kansrijk vervolg na de eerste 1.000 dagen, waar het lokale team en de JGZ/GGD bij betrokken zijn.

H6 | IVH in relatie tot andere initiatieven en landelijke ontwikkelingen

In dit hoofdstuk beschrijven we de verhouding van IVH met andere initiatieven en landelijke ontwikkelingen en de mate van samenwerking. Daarmee beantwoorden we onderstaande onderzoeksvraag.

4. Wat is de optimale verhouding van IVH met andere initiatieven zoals jeugdgezondheidszorg (JGZ), regionale expertise teams, lokale coalities Kansrijke Start, stevige lokale teams en cliëntondersteuning?

6.1 Kernbevindingen

Uit zowel de interviews als de enquête blijkt dat er nog weinig samenwerking is tussen IVH en lokale coalities Kansrijke Start en dat er nog weinig verbinding is tussen IVH en de gemeentelijke gesprekken en activiteiten over de ontwikkelingen die voortkomen uit de Hervormingsagenda Jeugd/stevige lokale teams. De wens hiervoor komt wel naar voren, en ook op basis van de raakvlakken tussen IVH en deze initiatieven is het aan te bevelen dat meer samenwerking en contact wordt gezocht. Een zorg vanuit IVH is dat met de ontwikkeling naar stevige lokale teams, IVH wordt ondergebracht bij het stevige lokale team en hierdoor de specifieke expertise rondom het jonge kind verloren gaat. De transitie naar stevige lokale teams hoeft echter niet te betekenen dat zij ook de rol van IVH op zich nemen, maar vooral zelf een brede basiszorg kunnen bieden en goed kunnen samenwerken met overige benodigde expertises zoals IVH. Het is vooral van belang dat de expertise rondom het jonge kind en de mogelijkheid tot een breed multidisciplinair overleg behouden blijven. Dit kan in verschillende vormen bewerkstelligd worden.

Er is in veel gevallen sprake van een goede samenwerking tussen IVH en de JGZ. Zij zijn een belangrijke verwijzer naar IVH en sommige IVH-coördinatoren zijn afkomstig vanuit de JGZ. In veel gemeenten is er daarnaast ook IMH aanwezig, waar soms wel en soms niet een samenwerking mee is. Voor een goede samenwerking met bovenstaande initiatieven is het aan te bevelen dat de IVH-coördinatoren over voldoende uren beschikken om deze samenwerkingen actief aan te gaan zodat er optimaal gebruik kan worden gemaakt van elkaars kennis en mogelijkheden. Daarnaast is het aan te bevelen dat IVH in relatie tot de lokale coalities Kansrijke Start en de gemeentelijke activiteiten rondom de Hervormingsagenda Jeugd bij gemeenten onder de aandacht gebracht wordt. De verbinding moet zowel vanuit IVH als vanuit de gemeenten gelegd worden.

6.2 De Hervormingsagenda Jeugd

De Hervormingsagenda Jeugd is een omvangrijk pakket aan maatregelen dat is opgesteld om de Nederlandse jeugdzorg ingrijpend te verbeteren en financieel houdbaar te maken voor de

toekomst (2023-2028)²⁹. De agenda is opgesteld vanuit een gezamenlijke inspanning van cliëntorganisaties, professionals, jeugdzorgaanbieders, gemeenten en het Rijk, en is een reactie op de groeiende complexiteit en kosten van de jeugdzorg, lange wachttijden en de ervaren bureaucratie. De belangrijkste doelstellingen van de Hervormingsagenda Jeugd zijn:

- **Betere en tijdige zorg** - Jeugdigen en hun ouders moeten snel de juiste hulp op de juiste plek ontvangen.
- **Financiële houdbaarheid**: Het jeugdzorgstelsel moet financieel gezond worden gemaakt, onder andere door de kosten te reduceren met een structurele besparing van 1 miljard euro vanaf 2027.
- **Vereenvoudiging en vermindering van bureaucratie**: Professionals moeten minder tijd kwijt zijn aan administratie en meer aan directe hulpverlening.
- **Stevige lokale teams**: Lokale teams worden versterkt om laagdrempelige hulp dicht bij huis te bieden.
- **Terugdringen van residentiële jeugdhulp**: Inzetten op preventie en alternatieve, kleinschalige vormen van hulp om uithuisplaatsingen te voorkomen.
- **Verbeterde samenwerking**: Intensievere samenwerking tussen gemeenten, zorgaanbieders, onderwijs en andere relevante domeinen.
- **Kwaliteitsverbetering en kennisdeling**: Structureel investeren in de kwaliteit en effectiviteit van jeugdhulp en het vergroten van kennis over wat werkt.
- **Regionale samenwerking en inkoop**: Gemeenten worden verplicht om regionaal samen te werken bij de inkoop van specialistische jeugdzorg om de beschikbaarheid en continuïteit te verbeteren.
- **Betere data en monitoring**: Het verzamelen van betere en vergelijkbare data om inzicht te krijgen in de werking van het jeugdstelsel en de voortgang van de hervormingen te monitoren.
- **Verbinden van jeugdhulp met andere domeinen**: Denk hierbij aan onderwijs, volwassenen-ggz en bestaanszekerheid om een integrale aanpak te realiseren.

Verhouding tussen IVH en de Hervormingsagenda Jeugd

Er worden verschillende maatregelen genomen om de doelstellingen vanuit de Hervormingsagenda Jeugd te behalen. De maatregelen die de meeste raakvlakken hebben met IVH zijn:

- **Stevige lokale teams**: Versterking van lokale teams, zodat zij een bredere basiszorg kunnen bieden en beter kunnen samenwerken met andere professionals.
- **Betere en tijdige zorg**: Investeren in preventie en vroegsignalering, om problemen in een eerder stadium aan te pakken.

Door vroegtijdig problemen te signaleren en integraal aan te pakken, kan IVH bijdragen aan het voorkomen van escalatie naar complexere en kostbaardere jeugdzorg, wat in lijn is met de doelstellingen van de Hervormingsagenda. De agenda faciliteert de randvoorwaarden voor implementatie van IVH door in te zetten op betere samenwerking, kennisdeling en de versterking van de basisinfrastructuur in de wijk. Binnen de Hervormingsagenda Jeugd vormen de 'stevige lokale teams' de basis voor een toegankelijke en effectieve jeugdzorg

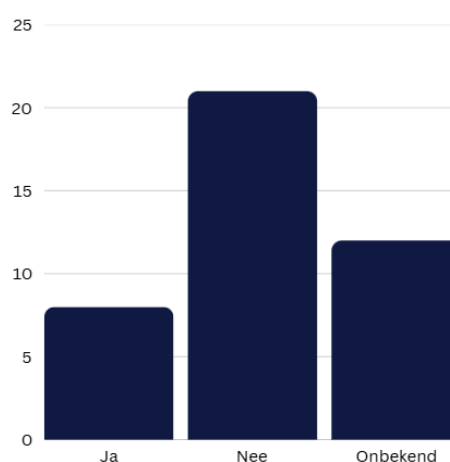
²⁹ [Bron: De Hervormingsagenda Jeugd 2023-2028](#)

door het versterken van lokale teams met diverse expertises. De stevige lokale teams bieden laagdrempelige ondersteuning, advies en begeleiding aan ouders en kinderen, en kunnen indien nodig de verbinding leggen met meer gespecialiseerde vormen van vroeghulp, zoals Integrale Vroeghulp, wanneer zij ontwikkelings- of gedragsproblemen bij jonge kinderen signaleren. Dit met als doel jeugdigen en gezinnen snel de juiste ondersteuning dicht bij huis te bieden en de algehele druk op de specialistische jeugdzorg te verminderen.

Verbinding tussen IVH en de gemeentelijke ontwikkelingen naar aanleiding van de Hervormingsagenda Jeugd in de praktijk

De coördinatoren geven in de enquête aan dat ze slechts in een beperkt aantal gemeenten bij de ontwikkelingen naar aanleiding van de Hervormingsagenda Jeugd betrokken zijn (zie figuur 8). Als IVH betrokken is, dan is dat vaak door aan te sluiten bij gesprekken over dit onderwerp of deel te nemen aan werkgroepen en om mee te denken. Een coördinator noemt een uitnodiging voor een informatiebijeenkomst die door de gemeente georganiseerd werd. Ook noemen een aantal coördinatoren dat er nog geen betrokkenheid is maar dat die in de toekomst nog wel komt, bijvoorbeeld omdat er toekomstige afspraken gepland worden/zijn over dit onderwerp. Soms is er ook betrokkenheid doordat een beleidsmedewerker van de gemeente zowel IVH als de Hervormingsagenda Jeugd in portefeuille heeft en zo voor verbinding tussen de twee zorgt, of omdat trajectbegeleiders ook de cliëntondersteuners in de wijken zijn. De IVH-coördinatoren benadrukken dat de rol van IVH in of in aanvulling op de stevige lokale teams vooral kan liggen in het borgen van de expertise op het jonge kind (met complexe vraagstukken), het vroegsignaleren, het preventief werken en het (snel) toeleiden naar de juiste hulp. Voor een deel van de coördinatoren die deze vraag hebben beantwoord is het niet geheel duidelijk wat de Hervormingsagenda Jeugd precies inhoudt, waardoor ze het moeilijk vinden om antwoord te geven op de vraag wat de rol van IVH kan zijn in of in aanvulling op de stevige lokale teams.

Figuur 8 Betrokkenheid van IVH bij ontwikkelingen Hervormingsagenda Jeugd, weergegeven in aantallen



Uit de interviews komt met name de mogelijke invloed van de ontwikkeling naar de stevige lokale teams naar voren, wanneer het gaat om de verhouding tussen IVH en de Hervormingsagenda Jeugd. De mate waarin de coördinatoren betrokken zijn bij de ontwikkelingen rondom de stevige lokale teams in de gemeenten waar zij bij betrokken zijn vanuit IVH, verschilt. De meeste coördinatoren geven aan dat zij hier zelf niet bij betrokken zijn, wat overeenkomt met de uitkomst van de enquête. In drie gemeenten geven de beleidsmedewerkers aan dat de implementatie van de plannen uit de Hervormingsagenda Jeugd nog in ontwikkeling zijn en er daarom nog geen duidelijke link is gelegd met IVH.

Een van deze gemeenten geeft aan dat zij in het kader van de ontwikkelingen uit de Hervormingsagenda Jeugd bekijken in hoeverre zij bepaalde taken (met name zorg met een klein aantal aanmeldingen) zelf op zich kunnen nemen en wat zij willen uitbesteden, waarbij er waarschijnlijk ook naar IVH gekeken wordt. Een andere gemeente benoemt ook dat er in het kader van deze ontwikkelingen wordt onderzocht hoe het stevige lokale team zich verhoudt tot alle overige bestaande overlegstructuren/MDO's en teams in de gemeente, waaronder IVH. Gezien de specifieke expertise op het jonge kind, werd het door deze gemeente belangrijk geacht dat deze expertise beschikbaar blijft voor het stevige lokale team. Een goede samenwerking is hierbij van belang. Voor de laatste gemeente geeft de beleidsmedewerker aan dat met de manier waarop zij hun lokale team nu hebben ingericht, zij al voldoen aan de doelstellingen vanuit de Hervormingsagenda Jeugd betreft de stevige lokale teams. Zij bieden zelf geen hulpverlening, maar hebben een sterke samenwerking met het voorliggend veld. Dit maakt dat IVH waarschijnlijk zelfstandig zal blijven bestaan en niet wordt opgenomen in het (stevige) lokale team.

6.3 Kansrijke Start

Het programma Kansrijke Start is een landelijk initiatief dat zich richt op het creëren van optimale ontwikkelingskansen voor alle kinderen vanaf de conceptie tot de leeftijd van vier jaar, met speciale aandacht voor kwetsbare (aanstaande) ouders en hun kinderen. De eerste 1000 dagen zijn cruciaal voor de latere ontwikkeling en gezondheid van een kind en het programma streeft naar een integrale en preventieve aanpak om gezondheidsachterstanden en ongelijkheid te verminderen³⁰.

De implementatie van Kansrijke Start vindt plaats op lokaal niveau, waarbij gemeenten een belangrijke regierol hebben in het opzetten van lokale coalities Kansrijke Start en het ontwikkelen van een lokale aanpak die aansluit bij de specifieke behoeften van de gemeente. De kern van Kansrijke Start is de intensieve samenwerking tussen verschillende professionals en organisaties in het lokale veld, waaronder verloskundigen, kraamzorg, jeugdgezondheidszorg, gemeenten, kinderopvang, maatschappelijk werk en vrijwilligersorganisaties. Door deze gebundelde krachten ontstaat een sluitend netwerk dat (aanstaande) ouders vroegtijdig kan ondersteunen met informatie, advies en concrete hulp.

De belangrijkste doelstellingen en pijlers van Kansrijke Start zijn:

- **Vroege signalering en preventie:** Risicofactoren en kwetsbaarheden bij (aanstaande) ouders en jonge kinderen worden vroegtijdig gesignaleerd, zodat preventieve maatregelen ingezet kunnen worden om problemen te voorkomen of te verminderen.
- **Verbetering van de gezondheid en het welzijn:** Het programma richt zich op het bevorderen van een gezonde zwangerschap, een veilige en stimulerende omgeving voor de baby en peuter, en het ondersteunen van de psychosociale gezondheid van de ouders.
- **Versterking van ouderschap:** Ouders worden ondersteund in hun rol door middel van educatie, praktische hulp en het versterken van hun sociale netwerk. Er is speciale

³⁰ Bron: www.kansrijkestart.nl

aandacht voor ouders in kwetsbare situaties, zoals tienermoeders, ouders met psychische problemen of armoede.

- **Toegang tot integrale en afgestemde zorg:** Het programma streeft naar een naadloze overgang tussen verschillende vormen van zorg en ondersteuning, waarbij de behoeften van het gezin centraal staan. Professionals werken vanuit één plan en stemmen hun acties op elkaar af.
- **Verkleinen van gezondheidsverschillen:** Door zich specifiek te richten op kwetsbare groepen, draagt Kansrijke Start bij aan het verminderen van ongelijkheid in gezondheid en ontwikkelingskansen.
- **Dataverzameling en kennisdeling:** Door het verzamelen van gegevens over de effectiviteit van de interventies en het delen van kennis en goede praktijken, wordt de aanpak continu verbeterd.

Verhouding tussen IVH en Kansrijke Start

Er zijn verschillende raakvlakken en mogelijkheden tot samenwerking tussen IVH en Kansrijke Start. Beide initiatieven richten zich op jonge kinderen en het belang van vroege interventie. Kansrijke Start heeft een bredere en meer contextgerichte focus op de eerste 1.000 dagen, terwijl Integrale Vroeghulp zich richt op de leeftijdscategorie 0-7 jaar, maar beide erkennen het belang van handelen in een vroeg stadium. Op de volgende punten zien we raakvlakken en mogelijkheden voor IVH en Kansrijke Start:

- **Preventie en vroegsignalering:** Kansrijke Start benadrukt het belang van vroege signalering van risicofactoren en het inzetten van preventieve maatregelen. IVH is een concrete vorm van vroeghulp wanneer er al zorgen of vragen zijn over de ontwikkeling. De structuren en netwerken die binnen Kansrijke Start worden gecreëerd, kunnen de signalering en toeleiding naar Integrale Vroeghulp vergemakkelijken.
- **Integrale aanpak en samenwerking:** Beide programma's hechten groot belang aan een integrale benadering en de samenwerking tussen verschillende professionals en organisaties.
- **Versterking van het lokale veld:** Kansrijke Start beoogt de versterking van het lokale ondersteuningssysteem voor jonge gezinnen. IVH is een onderdeel van dit systeem, dat laagdrempelige en gespecialiseerde expertise biedt.
- **Gemeentelijke rol:** Gemeenten spelen een belangrijke rol in zowel de implementatie van Kansrijke Start (regie, verbinden van partners) als in het aanbieden of faciliteren van IVH binnen hun gebied.

Kortom, IVH kan gezien worden als een belangrijk instrument binnen de bredere ambities van het programma Kansrijke Start. De structuren en de focus op vroege, integrale en lokale samenwerking die door Kansrijke Start worden gestimuleerd, kunnen bijdragen aan een effectievere inzet van IVH, waardoor meer jonge kinderen en hun ouders tijdig de juiste ondersteuning kunnen ontvangen.

Verbinding tussen IVH en (lokale coalities) Kansrijke Start in de praktijk

Uit de enquête blijkt dat in 34 van de 41 gemeenten ook lokale coalities Kansrijke Start aanwezig zijn. Voor de overige gemeenten wordt aangegeven dat dit onbekend is bij de IVH-coördinator. Voor de lokale coalities Kansrijke Start verschilt het in hoeverre en in welke mate er samenwerking is met IVH. In sommige gemeenten is die samenwerking erg nauw, waarbij IVH-coördinatoren bijvoorbeeld onderdeel zijn van de coalitie Kansrijke Start, deelnemen aan de bijeenkomsten, in de projectgroep zitten en/of op regelmatige basis deelnemen aan casuïstiekoverleggen van Kansrijke Start. In andere gemeenten is de samenwerking minder nauw en wordt vooral ingezet op weten van elkaar en waar een ieder mee bezig is zodat men elkaar kan vinden indien nodig. Ook kan het zo zijn dat er helemaal geen sprake is van een samenwerking. Sommige coördinatoren die dit aangaven, schreven daarbij dat dit komt door een tekort aan uren binnen hun taak als coördinator.

Uit de interviews met de coördinatoren en gemeenten komt de samenwerking tussen IVH en de lokale coalities Kansrijke Start minder sterk naar voren. De redenen hiervoor zijn bijvoorbeeld het eerder genoemde tekort aan uren bij de coördinatoren om deze verbinding actief te leggen. Soms sluiten coördinatoren aan bij een bijeenkomst, maar vaak zonder vervolg. Verder wordt aangegeven dat lokale coalities Kansrijke Start in sommige gemeenten ook nog in de kinderschoenen staan en dat er verwacht wordt dat de samenwerking mogelijk op een later moment wordt gezocht. In sommige gemeenten is de JGZ/GGD betrokken bij IVH en zorgen zij voor een natuurlijke link met de lokale coalitie Kansrijke Start omdat zij ook daarbij (sterk) betrokken zijn, wat ook werd genoemd in de enquête. De meerwaarde van een samenwerking tussen IVH en lokale coalities Kansrijke Start wordt veelal wel gezien.

6.4 Overige initiatieven

Naast de Hervormingsagenda Jeugd en Kansrijke Start zijn er ook andere organisaties, activiteiten, initiatieven en ontwikkelingen die raakvlakken kunnen hebben of kunnen samenwerken met IVH. Voorbeelden hiervan zijn Infant Mental Health (IMH), het Regionaal Expertise Team (RET) en de JGZ. Deze voorbeelden worden echter minder vaak genoemd in de interviews en in de enquête en hebben vaak een minder duidelijke link en samenwerking met IVH. De samenwerking met cliëntondersteuning in zijn algemeenheid is wel opgenomen in één van de vragen uit de enquête, maar is door geen enkele IVH-coördinator genoemd als voorbeeld van een bestaande samenwerking.

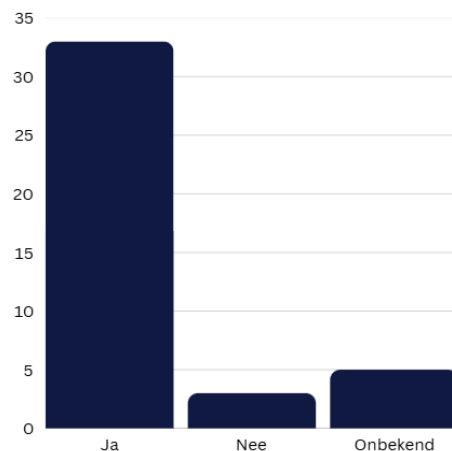
Verhouding tussen IVH en IMH

IMH richt zich op de sociale, emotionele en cognitieve ontwikkeling van baby's en jonge kinderen (0–5 jaar) binnen de context van hun relatie met ouders of verzorgers. IMH benadrukt het belang van een veilige, sensitieve en responsieve ouder-kindrelatie als fundament voor een gezonde ontwikkeling. IMH omvat preventie, vroege interventie en behandeling bij signalen van ontwikkelings- of hechtingsproblemen.

Op de vraag naar de aanwezigheid van IMH geven de meeste coördinatoren aan dat IMH aanwezig is. Slechts in een beperkt aantal gemeenten is IMH niet aanwezig en in een beperkt aantal gemeenten weten coördinatoren niet of IMH aanwezig is (zie figuur 9). In alle gemeenten die zijn geïnterviewd, is IMH aanwezig in de betreffende gemeente.

De coördinatoren geven aan dat IMH vaak op een of andere manier vertegenwoordigd is binnen het IVH-(kern)team en/of in de MDO's. Leden van het IVH-(kern)team hebben zelf ervaring met IMH of de expertises die in het MDO vertegenwoordigd zijn, hebben zelf of binnen hun organisatie ervaring met (het aanbieden van) IMH. Ook wordt er vanuit IVH doorverwezen naar IMH-aanbieders en wordt er aangegeven dat de lijntjes met deze aanbieders kort zijn en de samenwerking goed is. Dit wordt bevestigd in de interviews, waarin is aangegeven dat IVH indien nodig doorverwijst naar IMH. In een van de gemeenten is er wel IMH, maar er is geen sprake van samenwerking. Daarnaast zijn er in twee van de vijf geïnterviewde gemeenten trajectbegeleiders die zelf geschoold zijn in IMH.

Figuur 9 Aanwezigheid van IMH, weergegeven in aantallen



Verhouding tussen IVH en RET

Het RET is een samenwerkingsverband van professionals dat wordt ingeschakeld bij complexe jeugdhulpvragen waar reguliere ondersteuning vastloopt. Het RET heeft geen preventief karakter, maar wordt ingezet als andere mogelijkheden geen succes hebben opgeleverd. Het team brengt expertise bijeen om samen met het gezin en betrokken hulpverleners tot passende oplossingen en maatwerk te komen.

Uit de enquête blijkt geen samenwerking tussen IVH en het RET. Dit komt overeen met de bevindingen uit de interviews. In de interviews wordt het RET slechts door één gemeente genoemd. Deze gemeente geeft aan dat het RET veel 'zwaarder' is dan IVH en wordt ingezet wanneer er al van alles is geprobeerd, maar niets heeft gewerkt. IVH wordt daarentegen preventiever ingezet.

Verhouding tussen IVH en de JGZ

Op de vraag of en welke samenwerkingen er verder zijn met overige (regionale) initiatieven of landelijke ontwikkelingen, wordt vooral genoemd dat er een goede samenwerking is met de JGZ. De JGZ is een belangrijke partij in het signaleren en doorverwijzen naar IVH en maakt soms ook deel uit van het kernteam IVH. Vijf van de IVH-coördinatoren zijn zelf in dienst bij de GGD/JGZ. Slechts een coördinator geeft aan dat de samenwerking met de JGZ beter zou kunnen. Daarbij werd aangegeven dat het duidelijker zou mogen zijn wat de JGZ

zelf kan oppakken en wanneer zij zouden moeten doorverwijzen naar IVH. In de interviews wordt bevestigd dat de JGZ een belangrijke verwijzer is voor IVH.

6.5 Kansen voor verbinding

Uit de enquête komt de wens van IVH-coördinatoren naar voren om IVH sterker te profileren en de expertise die zij hebben beter onder de aandacht te brengen bij samenwerkingspartners. Uit zowel de interviews als de enquête blijkt dat er nog weinig samenwerking is tussen IVH en bijvoorbeeld lokale coalities Kansrijke Start en de gemeentelijke gesprekken/ontwikkelingen rondom de Hervormingsagenda Jeugd/stevige lokale teams. De wens hiervoor komt wel naar voren, en ook op basis van de raakvlakken tussen IVH en deze initiatieven is het aan te bevelen dat meer samenwerking wordt gezocht. Bij lokale coalities Kansrijke Start kan de JGZ/GGD daarin een belangrijke rol vervullen gezien zij ook vaak betrokken zijn bij IVH. Echter geven een aantal IVH-coördinatoren aan dat zij niet voldoende uren hebben om deze samenwerkingen actief op te zoeken.

Voor de samenwerking met de lokale teams geldt dat er een wens is vanuit IVH-coördinatoren voor een betere samenwerking. Met de beweging naar stevige lokale teams naar aanleiding van de Hervormingsagenda Jeugd kan de rol van IVH onderzocht worden in verhouding tot de stevige lokale teams en kunnen er samenwerkingsafspraken gemaakt worden over bijvoorbeeld de doelgroep die beide bedienen en wie wat doet. Het is aan te raden dat er vanuit gemeenten nauwer contact gezocht wordt met IVH om te onderzoeken wat de optimale verhouding en relatie tussen beide kan zijn en hoe de expertise op het jonge kind geborgd kan blijven.

Een huidig knelpunt in de samenwerking met gemeenten is dat een advies vanuit IVH in sommige gemeenten opnieuw onderzocht moet worden door het lokale team om een beschikking voor jeugdhulp af te geven. Dit werkt niet prettig voor de betrokken medewerkers van beide partijen omdat er dubbel werk gedaan wordt en is ook niet prettig voor ouders. In sommige gemeenten wordt dit opgelost door iemand vanuit het lokale team aan te laten sluiten bij het IVH MDO. Een zorg vanuit de IVH-coördinatoren is dat met de ontwikkeling naar stevige lokale teams, IVH wordt ondergebracht bij het stevige lokale team omdat er vanuit de Hervormingsagenda Jeugd wordt beoogd om lokale teams te versterken om laagdrempelige hulp dichtbij huis te bieden.

Verder is er vooral een nauwe samenwerking met de GGD/JGZ. Gezien zij een belangrijke verwijzer zijn voor IVH is het aan te bevelen om in te zetten op het behoud van deze samenwerking. Enkele IVH-coördinatoren zijn zelf in dienst bij de GGD/JGZ wat voor een goede band tussen IVH en de JGZ zorgt. IMH is aanwezig in de meeste gemeenten/regio's, maar hier is niet altijd een samenwerking mee. Dit zou beter kunnen door in ieder geval op de hoogte te zijn van elkaars expertise en mogelijkheden en samen te werken waar nodig. IMH zou als expertise ingeschakeld kunnen worden na een advies vanuit IVH, of betrokken kunnen worden ter consultatie in de MDO's. Er zijn ook voorbeelden waarin er wel een goede samenwerking is tussen IVH en IMH. Er zijn bijvoorbeeld enkele IVH-coördinatoren die zelf geschoold zijn in IMH, waardoor de verbinding tussen IVH en IMH gemaakt wordt.

Met name partijen die een mogelijke rol hebben in het signaleren en/of doorverwijzen van jonge kinderen die voldoen aan de criteria van IVH, zouden goed op de hoogte moeten zijn van het bestaan en de mogelijkheden van IVH. Dit zijn bijvoorbeeld de GGD/JGZ en het lokale team, maar ook lokale coalities Kansrijke Start kunnen hierin van betekenis zijn, gezien hierbij veel partijen betrokken zijn die werken met jonge kinderen en hun ouders. Daarin ligt een rol weggelegd voor de IVH-coördinator om het netwerk in de regio te kennen en IVH onder de aandacht te brengen. Maar er ligt ook een rol voor de lokale coalities Kansrijke Start en de gemeente om actief de verbinding te zoeken met IVH.

H7 | Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk beschrijven we de overkoepelende conclusies van het onderzoek en welke aanbevelingen we op het gebied van IVH voor de toekomst kunnen geven. Om tot deze conclusies en aanbevelingen te komen hebben we ook de expertsessies gebruikt, zoals beschreven in de onderzoeksaanpak. Daarmee beantwoorden we onderstaande onderzoeksvraag. Omdat dit een concluderend hoofdstuk is, hebben we hier geen paragraaf met kernbevindingen opgenomen. Voor het overzicht hebben we wel aan het begin van elke paragraaf een puntsgewijze weergave geïncludeerd van de conclusies/aanbevelingen, die uitgebreider besproken worden in de rest van de paragraaf.

5. Welke aanbevelingen voor het vervolg kunnen gegeven worden?

7.1 Conclusies

Overzicht van de conclusies

1. De beschrijving van de IVH-methode en bijbehorende informatie is verouderd en niet goed vindbaar op de website.
2. De doelgroep van IVH zijn kinderen van 0-7 jaar met (mogelijke) complexe gedrags- en/of ontwikkelingsproblemen op diverse vlakken.
3. De meerwaarde van IVH ligt in het vroegtijdig, integraal en multidisciplinair kijken naar (de problematiek van) het kind met expertise die specifiek op het jonge kind is gericht.
4. Gemeenten lijken nog relatief vaak gebruik te maken van IVH en in meer dan de helft van de aan dit onderzoek deelnemende IVH-gemeenten is weinig tot geen onzekerheid over het voortzetten.
5. Succeservaringen in de praktijk zijn een belangrijke reden voor het (blijven) inzetten van IVH of een andere methode voor vroegsignalering.
6. Door de decentralisatie hebben gemeenten de mogelijkheid gekregen het aanbod van vroegsignalering in te passen in en aan te passen aan de lokale context. Dit is aan de ene kant een positieve ontwikkeling maar zorgt er aan de andere kant voor dat de uniformiteit in werkwijze tussen gemeenten is verminderd en dat de IVH-methode verwatert.
7. Coördinatoren en gemeenten zijn tevreden over de uitvoering van IVH maar signaleren een belangrijk knelpunt op het gebied van financiering.
8. Kwaliteitsborging is in de praktijk deels onvoldoende ingebed en gestructureerd.

9. Personeelwisselingen, zowel in beleid als in uitvoering, bij partners en verwijzers, spelen een rol bij de borging van IVH en het weten te vinden van IVH.
10. Er is beperkte verbinding en samenwerking met andere initiatieven zoals (lokale coalities) Kansrijke Start en de Hervormingsagenda Jeugd/stevige lokale teams. De verbinding en samenwerking met de JGZ is belangrijk en verloopt goed.

Conclusie 1:

De beschrijving van de IVH-methode en bijbehorende informatie is verouderd en niet goed vindbaar op de website

De laatste beschrijving van de IVH-methode stamt uit 2014, deze is relatief beknopt en lijkt weinig gebruikt te worden in de praktijk. Dit geldt ook voor de aanvullende informatie die digitaal beschikbaar is. Na de decentralisatie is de beschrijving nooit meer vernieuwd naar aanleiding van de veranderingen van de dagelijkse praktijk waarin IVH ingezet wordt. Bovendien is het moeilijk navigeren op de IVH-website om de juiste informatie te vinden.

Conclusie 2:

De doelgroep van IVH zijn kinderen van 0-7 jaar met (mogelijke) complexe gedrags- en/of ontwikkelingsproblemen op diverse vlakken

Er zit weinig variatie tussen gemeenten in de leeftijd van de doelgroep waarvoor IVH wordt ingezet. De meeste gemeenten die IVH inzetten doen dit voor 0-7-jarige kinderen, met de meeste aanmeldingen van kinderen tussen de 2 en 5 jaar, waarbij mogelijk sprake is van **complexe** problematiek gerelateerd aan gedrag en ontwikkeling op diverse vlakken. In de praktijk is de afbakening in doelgroep niet altijd scherp. We zien daarbij verschillen tussen gemeenten. De ene gemeente bakent scherper af dan de andere gemeente. In zekere mate zit er bij sommige gemeenten overlap in de afbakening van de doelgroep tussen IVH en het lokale team. In de praktijk hoeft dit geen bezwaar te zijn, omdat het past bij het idee dat het belangrijk is om de in te zetten methode aan te passen aan en aan te sluiten bij de lokale context waarin IVH geïmplementeerd wordt. Als de hulp aan het jonge kind dat in het grijze gebied valt, zowel binnen IVH als binnen het lokale team, geborgd is, is dat wat centraal moet staan in plaats van de scherpte van de afbakening van de doelgroep.

Conclusie 3:

De meerwaarde van IVH ligt in het vroegtijdig, integraal en multidisciplinair kijken naar (de problematiek van) het kind met expertise die specifiek op het jonge kind is gericht

Wat IVH uniek maakt, is dat er op een zo vroeg mogelijk moment vanuit een brede blik naar kinderen met complexe problemen gekeken wordt, om te kijken hoe deze kinderen (en hun ouders) zo goed mogelijk geholpen kunnen worden. De multidisciplinaire overleggen zijn hierbij belangrijk, omdat daar een brede vertegenwoordiging van functies en expertise in aanwezig is die het mogelijk maken om de problematiek van het kind vanuit verschillende perspectieven te bekijken en tot een gezamenlijk advies te komen.

Hetzelfde geldt voor de ondersteuning van de ouders, die wordt gezien als een belangrijk onderdeel van de IVH-methode. De specialistische kennis op het jonge kind die aanwezig is binnen IVH draagt bij aan het zo snel mogelijk helpen van een jong kind met problemen en het kind (en de ouders) zo snel mogelijk de juiste zorg of ondersteuning te kunnen bieden.

Conclusie 4:

Gemeenten lijken nog relatief vaak gebruik te maken van IVH en in meer dan de helft van de aan dit onderzoek deelnemende IVH-gemeenten is weinig tot geen onzekerheid over het voortzetten

Hoewel het geen onderzoeksvraag betrof in het huidige onderzoek, hebben we door de enquête onder IVH-coördinatoren enig inzicht gekregen in de mate waarin IVH nog gebruikt wordt door de 342 Nederlandse gemeenten. De 21 coördinatoren die de enquête hebben ingevuld, zijn coördinator voor een totaal van 151 Nederlandse gemeenten en hebben voor 42 gemeenten gedetailleerde informatie aangeleverd over de inzet van IVH via de enquête. Als IVH niet wordt ingezet, worden door sommige gemeenten alternatieven ingezet. Een alternatief kan lijken op IVH, zoals in een van de gesproken gemeenten, of kan elementen uit IVH bevatten die bijvoorbeeld ingezet worden vanuit het lokale team, zoals in een andere gesproken gemeente.

In slechts een aantal gemeenten is sprake van (zeer) veel onzekerheid over het voortzetten van IVH. In meer dan de helft van de 41 gemeenten waarvoor deze vraag in de enquête is ingevuld is weinig tot geen onzekerheid over de voortzetting op het moment van invullen van de enquête. Indien IVH niet voortgezet zou worden, worden financiële redenen hiervoor als vaakst mogelijke reden genoemd naast keuzes rondom het gemeentelijke inkooptraject en de keuzes binnen het inrichten van het jeugdhulpaanbod en de lokale teams die daaruit voortkomen.

Conclusie 5:

Succeservaringen in de praktijk zijn een belangrijke reden voor het (blijven) inzetten van IVH of een andere methode van vroegsignalering

Gemeenten geven aan dat een belangrijke reden voor het kiezen van een bepaalde methode van vroegsignalering ligt in het succes ervan in de praktijk. Zowel voor IVH als voor de andere methoden geldt dat gemeenten aangeven dat als het goed loopt, er geen reden is om te stoppen met de inzet ervan. De beleidsmedewerkers van IVH-gemeenten geven aan dat praktijkbevindingen belangrijker zijn voor het voortzetten dan een goede beschrijving of een registratie in een database zoals van het RIVM.

Conclusie 6:

Door de decentralisatie hebben gemeenten de mogelijkheid gekregen het aanbod van vroegsignalering in te passen in en aan te passen aan de lokale context. Dit is aan de ene kant een positieve ontwikkeling maar zorgt er aan de andere kant voor dat de uniformiteit in werkwijze tussen gemeenten is verminderd en dat de IVH-methode verwatert.

We zien dat er verschillen zijn tussen gemeenten in of en zo ja welke methode ze inzetten voor vroegsignalering en vroeghulp. In het onderzoek zijn zowel gemeenten vertegenwoordigd die IVH inzetten, als gemeenten die een andere methode inzetten of helemaal geen methode voor vroegsignalering inzetten. Als gemeenten IVH inzetten dan zien we dat in hoe IVH wordt ingezet ook verschillen zitten tussen gemeenten, bijvoorbeeld welke bouwstenen ze inzetten. Het is niet altijd bekend waarom niet alle bouwstenen gebruikt worden. Als het wel bekend is, heeft het deels te maken met zaken zoals inkoop en financiële ruimte, maar ook deels met de bekendheid van de bouwstenen. Niet alle IVH-coördinatoren en beleidsmedewerkers van de gemeente zijn op de hoogte van welke bouwstenen er zijn en wat ze inhouden. Zowel het aantal expertises in het MDO als de specifieke expertises die aansluiten, kunnen ook verschillen. Deze verschillen zijn er niet alleen tussen regio's, maar ook tussen gemeenten die bij elkaar in de regio zitten, bijvoorbeeld omdat de financiering voor de leden van het MDO per gemeente in de regio verschilt of omdat er verschil is in of een gemeente bij het MDO aansluit of niet.

Conclusie 7:

Coördinatoren en gemeenten zijn tevreden over de uitvoering van IVH maar signaleren een belangrijk knelpunt op het gebied van financiering

Zowel de coördinatoren als de beleidsmedewerkers zijn tevreden over de uitvoering van IVH. Met name over de goede samenwerking met zowel interne als externe partners (inclusief de trajectbegeleiders), het multidisciplinaire van de methode en de daarbij behorende beschikbare kennis. Ook de snelheid van werken, het meenemen van ouders in het traject, de betrokkenheid van gemeenten die het belang van IVH zien en de beschikbare en juiste zorg worden genoemd als punten waar ze tevreden over zijn. Het meest genoemde probleem waar zowel gemeenten als coördinatoren tegenaan lopen bij het inzetten van IVH, is de financiering van IVH. Dit gaat deels over onvoldoende financiering voor het aantal benodigde trajecten en de manier waarop coördinatoren deze trajecten willen invullen, maar grotendeels gaat het over de financiering van de partners die aansluiten bij de MDO's en de versnipperde manier waarop verantwoording over de financiering afgelegd moet worden. Niet alle partners, met name uit het medisch domein, ontvangen financiering voor hun inzet omdat zij niet onder financiering vanuit de Jeugdwet vallen.

Conclusie 8:

Kwaliteitsborging is in de praktijk deels onvoldoende ingebed en gestructureerd

Gemeenten monitoren de inzet van IVH beperkt en met name met standaardcijfers. Er wordt weinig (harde) data verzameld door de gemeenten en door de coördinatoren en de focus ligt niet op het effect van het inzetten van de methode. Er wordt voornamelijk beschrijvende data verzameld en cliëntervaringsonderzoek gedaan naar de ervaringen van de ouders met het traject. Coördinatoren geven aan dat er verbetering mogelijk is, bijvoorbeeld op het gebied van deskundigheidsbevordering, het ingezette cliëntervaringsonderzoek en het uitvoeren van interne evaluaties. In het kader van de kwaliteitsborging hebben coördinatoren ook behoefte aan meer onderlinge uitwisseling tussen coördinatoren om van elkaar te leren in hoe IVH

ingezet kan worden. Dit sluit ook aan bij conclusie 6, waar we constateren dat de uniformiteit in de manier van werken is verminderd en de IVH-methode verwatert.

Conclusie 9:

Personeelwisselingen, zowel in beleid als in uitvoering, bij partners en verwijzers, spelen een rol bij de borging van IVH en het weten te vinden van IVH

In de gesprekken die we hebben gevoerd, horen we terug dat er sprake is van veel wisselingen in personeel binnen het veld waarin IVH zich begeeft. Binnen gemeenten zijn er veel wisselingen, zowel op beleidsniveau als in de uitvoering, maar ook binnen de partners die aansluiten bij de MDO's is er sprake van enige mate van verloop evenals bij IVH-coördinatoren. Dit heeft invloed op hoe stevig IVH geborgd is in de gemeente en in de regio. Dit gaat niet alleen over IVH weten te vinden wanneer ernaar verwezen moet worden door de verwijzer, zoals het lokale team of de huis- en jeugdartsen en de opvang- en onderwijspartijen, maar ook over hoe IVH aangestuurd wordt door de coördinator en over de kennis over IVH bij de beleidsmedewerkers die beleid maken voor vroegsignalering bij het jonge kind. Bij verloop verwatert kennis en moet er weer geïnvesteerd worden in het opbouwen hiervan. Dit sluit aan bij conclusie 6 en conclusie 8.

Conclusie 10:

Er is beperkte verbinding en samenwerking met andere initiatieven zoals (lokale coalities) Kansrijke Start en de Hervormingsagenda Jeugd/stevige lokale teams. De verbinding en samenwerking met de JGZ is belangrijk en verloopt goed.

Uit zowel de interviews als de enquête blijkt dat er nog weinig samenwerking is tussen IVH en bijvoorbeeld (lokale coalities) Kansrijke Start en de gemeentelijke activiteiten naar aanleiding van de Hervormingsagenda Jeugd/stevige lokale teams. Vanuit de IVH-coördinatoren is er de wens om IVH sterker te profileren en de expertise die zij hebben beter onder de aandacht te brengen bij samenwerkingspartners. De GGD/JGZ is vaak bij zowel Kansrijke Start als IVH betrokken en is in sommige gevallen de logische verbinding. Met betrekking tot de Hervormingsagenda Jeugd is er vanuit IVH met name de zorg dat met de ontwikkeling naar stevige lokale teams, IVH wordt ondergebracht bij het stevige lokale team en de expertise op het jonge kind daarmee mogelijk verloren gaat in de veelheid van toegangstaken.

7.2 Aanbevelingen

Overzicht van de aanbevelingen

1. Vernieuw de beschrijving van de IVH-methode, inclusief een implementatierichtlijn en een richtlijn voor kwaliteitsborging. Zorg dat deze beschrijving verspreid wordt onder belanghebbenden en goed vindbaar is op de IVH-website.
2. Bied bij de nieuwe beschrijving ook informatie voor gemeenten, verwijzers en samenwerkingspartners zodat de kennis over en bekendheid met IVH versterkt wordt.

3. Versterk het contact en de uitwisseling tussen IVH-coördinatoren, zowel in de regio als landelijk.
4. Zet in op het verbeteren/oplossen van de financiële knelpunten van IVH, met name op het gebied van de financiering van de MDO's.
5. Bekijk waar de mogelijkheden liggen om de samenwerking en/of de verbinding tussen IVH en initiatieven zoals Kansrijke Start en de stevige lokale teams te verbeteren en/of te versterken
6. Wachtlijsten staan het zo snel mogelijk de juiste zorg of ondersteuning aan kinderen bieden in de weg. Bekijk wat er gedaan kan worden om de wachtlijstproblematiek in de jeugdhulp aan te pakken zodat IVH-kinderen tijdig terechtkunnen bij de zorg die zij nodig hebben.
7. Maak de kennis die vanuit IVH beschikbaar is over vroegsignalering bij 0-7-jarigen met complexe problematiek toegankelijk voor alle belanghebbenden die werken met 0-7-jarigen. Laat de inzet van IVH hiervoor geen voorwaarde zijn.

De aanbevelingen in deze paragraaf hebben niet alleen betrekking op de IVH-methode, zowel gerelateerd aan mogelijkheden tot doorontwikkeling als gerelateerd aan knelpunten waar IVH in de praktijk tegenaan loopt, maar ook op het versterken van vroegsignalering en vroeghulp in z'n algemeenheid.

Aanbeveling 1:

Vernieuw de beschrijving van de IVH-methode, inclusief een implementatierichtlijn en een richtlijn voor kwaliteitsborging. Zorg dat deze beschrijving verspreid wordt onder belanghebbenden en goed vindbaar is op de IVH-website.

Zorg voor een vernieuwde en duidelijke beschrijving van de IVH-methode, zodat de verwarring over wat IVH is en hoe IVH op een juiste wijze geïmplementeerd kan worden verminderd wordt. Heb bij het maken van deze vernieuwde beschrijving aandacht voor de inhoud van de bouwstenen en de redenen waarom idealiter al deze bouwstenen moeten worden ingezet wanneer gebruikgemaakt wordt van IVH. Bekijk daarnaast of deze bouwstenen nog allemaal actueel en passend zijn of dat ze vragen om een doorontwikkeling. Daarin zouden ook de huidige ontwikkelingen binnen het jeugddomein waarin het belang van een context- en systeemgerichte benadering wordt onderschreven, meegenomen kunnen worden. Op dit moment is 'gezinsondersteuning' de bouwsteen die het minst vaak gebruikt wordt, wat niet in lijn ligt met een contextgerichte benadering. Bied in de beschrijving ook een richtlijn voor implementatie zodat IVH op een meer uniforme manier over gemeenten heen geïmplementeerd kan worden, waarbij wel voldoende aandacht moet zijn voor het kunnen aanpassen aan de context waarin IVH geïmplementeerd wordt. Het vinden van een goede balans tussen uniformiteit en aanpasbaarheid is belangrijk. De implementatierichtlijn geeft gemeenten en coördinatoren een handvat hoe ze IVH goed kunnen implementeren en waar ze allemaal aan moeten denken en aan moeten voldoen. Neem hierin ook informatie op over hoe

de rol van de coördinator eruit zou kunnen zien en hoe de rol van de gemeente eruit zou kunnen zien. Geef hiervoor diverse opties, zodat gemeenten en coördinatoren een vorm kunnen kiezen die bij hun lokale context past.

Om kwaliteit op een uniforme manier te borgen en data te verzamelen die mogelijk ook onderling tussen gemeenten en tussen regio's vergeleken kan worden is het van belang om ook een richtlijn voor kwaliteitsborging op te nemen in de beschrijving van IVH. Denk hierbij zowel aan het verzamelen van kwalitatieve als kwantitatieve data, opgehaald bij de diverse betrokkenen (samenwerkingspartners, ouders, gemeenten, verwijzers, et cetera), en aan het aanbieden van deskundigheidsbevordering voor IVH-teams.

Houd bij het maken van de beschrijving wel expliciet rekening met het gegeven dat maatwerk nog mogelijk moet zijn in zowel de uitvoering als de kwaliteitsborging en de dataverzameling – elke regio of gemeente is net weer een beetje anders en ook dat is belangrijk om inzichtelijk te maken. De beschrijving van IVH, inclusief al zijn onderdelen, moet niet dusdanig rigide zijn dat hij in de praktijk niet werkt. Anders werkt het beschrijven van IVH mogelijk averechts.

Aanbeveling 2:

Bied IVH-coördinatoren bij de nieuwe beschrijving ook informatie voor gemeenten, verwijzers en samenwerkingspartners zodat de kennis over en bekendheid met IVH versterkt wordt.

In het onderzoek merkten en hoorden we dat er zowel bij een deel van de gesprekspartners als bij samenwerkingspartners, gemeenten en verwijzers onduidelijkheid was over wat IVH precies inhoudt, hoe IVH opgebouwd is en hoe IVH ingezet kan worden. Het op een slimme manier vertalen van de nieuwe beschrijving van IVH in handzame, aan de eigen situatie aanpasbare formats voor IVH-coördinatoren om betrokkenen, samenwerkingspartners, gemeenten en verwijzers te informeren over IVH kan eraan bijdragen dat de kennis over en bekendheid met IVH versterkt wordt. Deze formats kunnen coördinatoren bijvoorbeeld ondersteunen bij het permanent onder de aandacht houden van de methode bij verwijzers in de regio (bijvoorbeeld scholen, kinderdagverblijven maar ook de lokale teams). Dit kan voorkomen dat kinderen die onder de doelgroep vallen, niet worden doorverwezen naar IVH door onbekendheid met de methode.

Aanbeveling 3:

Versterk het contact en de uitwisseling tussen IVH-coördinatoren, zowel in de regio als landelijk.

IVH wordt op verschillende manieren ingezet in de verschillende regio's en in de verschillende gemeenten. De nieuwe beschrijving van IVH gaat voor een deel bijdragen aan het meer uniform werken in de praktijk (waarbij aandacht voor maatwerk blijft), maar ook onderlinge uitwisseling tussen coördinatoren is daarvoor belangrijk. Het gaat hierbij zowel om uitwisseling op landelijk niveau (alle coördinatoren bij elkaar) als om uitwisseling op regionaal niveau (coördinatoren uit aanpalende gemeenten/regio's). Uitwisseling met elkaar kan ervoor zorgen dat er van elkaar geleerd kan worden over wat goed gaat en wat beter kan op bepaalde onderdelen van de inzet van IVH. Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat coördinatoren

hier ook behoefte aan hebben. Onderzoek ook of alle IVH-coördinatoren (voldoende) in beeld zijn en op de hoogte zijn van bijvoorbeeld de landelijke bijeenkomst die op dit moment al georganiseerd wordt. Stimuleer verbinding en kennisuitwisseling onder zoveel mogelijk IVH-coördinatoren.

Aanbeveling 4:

Zet in op het verbeteren en/of oplossen van de financiële knelpunten van IVH, met name op het gebied van de financiering van de MDO's.

Het grootste genoemde knelpunt bij het inzetten van IVH zijn de financiële perikelen. Een deel van dit knelpunt ligt bij gemeenten, met name rondom de financiële verantwoordingseisen die gesteld worden. Idealiter zou daarin ook een bepaalde mate van uniformiteit bereikt moeten worden, zeker tussen gemeenten in dezelfde IVH-regio. Maar gezien de inrichting van het huidige stelsel zal dat een uitdaging zijn.

Een ander deel van dit knelpunt ligt op landelijk niveau. De beperkingen die de financiering vanuit de Jeugdwet veroorzaakt, hebben invloed op welke expertises kunnen aansluiten bij het MDO. Alternatieve manieren van financiering, bijvoorbeeld voor kinderartsen vanuit de Zorgverzekeringswet, lopen ook weer tegen hun eigen knelpunten aan. Het is belangrijk om de knelpunten en de mechanismen achter dit financieringsprobleem gedetailleerd in kaart te brengen, om vervolgens toe te werken naar een oplossing voor het duurzaam en op dezelfde manier financieren van expertises die aansluiten bij de MDO's. Een mogelijke oplossingsrichting zou kunnen lijken op de oplossing die is gevonden voor de financiering van de consultatiefunctie ggz voor het sociaal domein³¹. Maar er kan ook gekeken worden naar andere, nog nader te bepalen, oplossingsrichtingen. Welke dit kunnen zijn, hangt af van de uitkomsten van het onderzoek naar de knelpunten en het mechanisme achter dit financieringsprobleem.

Het inzichtelijk maken van oplossingen voor de financiële knelpunten van IVH maakt het ook gemakkelijker voor gemeenten om IVH te implementeren als zij dit nog niet hebben, maar wanneer hier wel een behoefte voor is.

Aanbeveling 5:

Bekijk op landelijk en op gemeentelijk niveau waar de mogelijkheden liggen om de samenwerking en/of de verbinding tussen IVH en initiatieven zoals (lokale coalities) Kansrijke Start en de Hervormingsagenda Jeugd/stevige lokale teams te verbeteren en/of te versterken.

In lijn met de doelstellingen vanuit de Hervormingsagenda Jeugd, zou er meer aandacht moeten zijn voor een verbinding tussen en samenwerking met IVH en overige professionals, organisaties en initiatieven. Hiermee doelen we zowel op aandacht op landelijk niveau als plannen die worden gemaakt voor bijvoorbeeld een Hervormingsagenda Jeugd of een project zoals Kansrijke Start, als aandacht op lokaal niveau als plannen worden uitgerold.

³¹ [Consultatiefunctie ggz voor het sociaal domein](#)

Voor het versterken van samenwerking en verbinding is het allereerst belangrijk dat IVH onder de aandacht is bij de samenwerkingspartners in de regio of gemeente, zodat IVH betrokken wordt bij ontwikkelingen en initiatieven die voor hen relevant zijn. Dit vraagt van de IVH-coördinatoren dat zij actief inzetten op het onder de aandacht brengen van IVH bij (mogelijke) samenwerkingspartners, maar dit vraagt ook inzet van andere partijen zoals het ministerie van VWS, de VNG, het NCJ, MEE, GGD/JGZ en overige stakeholders binnen IVH om IVH in relevante gremia onder de aandacht te brengen. Met name partijen die een mogelijke rol hebben in het signaleren en doorverwijzen naar IVH, zouden goed op de hoogte moeten zijn van het bestaan en de mogelijkheden van IVH. De mogelijkheden om te signaleren vanuit bijvoorbeeld de betrokken partijen van Kansrijke Start en door te verwijzen (via bijvoorbeeld JGZ/GGD) naar IVH zouden verder onderzocht en onder de aandacht gebracht kunnen worden. De IVH-coördinatoren moeten wel over voldoende uren beschikken om deze samenwerkingen actief aan te gaan, dit blijkt nu nog niet altijd het geval volgens de coördinatoren.

Een zorg vanuit de IVH-coördinatoren is dat met de ontwikkeling naar stevige lokale teams, de vroegsignalering en vroeghulp wordt ondergebracht bij het stevige lokale team omdat er vanuit de Hervormingsagenda Jeugd wordt beoogd om teams te versterken om laagdrempelige hulp dichtbij huis te bieden. Echter, dit hoeft in de praktijk niet te betekenen dat zij ook de rol die IVH nu vervult op zich nemen, maar betekent vooral dat ze zelf een brede basiszorg kunnen bieden en goed kunnen samenwerken met overige benodigde expertises zoals IVH. Het is vooral van belang dat de expertise rondom het jonge kind behouden blijft. Het is daarom aan te bevelen dat gemeenten in de ontwikkelingen rondom de Hervormingsagenda Jeugd ook de in hun gemeente aanwezige expertise rondom het jonge kind betrekken en hier samenwerkingsafspraken over en mee maken die passend zijn voor de betreffende gemeente. In gemeenten waar IVH wordt ingezet, dienen die samenwerkingsafspraken met IVH gemaakt te worden.

Aanbeveling 6:

Wachtlijsten staan het zo snel mogelijk de juiste zorg of ondersteuning aan kinderen bieden in de weg. Bekijk wat er gedaan kan worden om de wachtlijstproblematiek in de jeugdhulp aan te pakken zodat IVH-kinderen tijdig terechtkunnen bij de zorg die zij nodig hebben.

We weten dat dit een taai probleem is, op vele vlakken speelt en aandacht behoeft. Omdat het in dit onderzoek duidelijk als knelpunt naar voren is gekomen, zowel vanuit de IVH-coördinatoren als de gesproken beleidsmedewerkers van de gemeenten willen we ook vanuit het perspectief van dit onderzoek benadrukken dat het noodzakelijk is dit probleem aan te pakken omdat het directe invloed heeft op de meerwaarde van IVH. Een meerwaarde van IVH is namelijk dat kinderen vroegtijdig de juiste zorg of ondersteuning krijgen. De wachtlijstproblematiek staat dat in de weg, omdat zij langer dan gewenst moeten wachten tot zij de benodigde zorg kunnen ontvangen. Dit kan problematiek verergeren waardoor uiteindelijk zwaardere zorg nodig is. In een aantal gemeenten zijn er samenwerkingsafspraken gemaakt met zorgaanbieders waardoor kinderen vanuit IVH eerder terechtkunnen bij deze zorgaanbieders, maar niet in alle gemeenten is dit het geval. Deze samenwerkingsafspraken lossen ook niet het bredere probleem rondom de wachtlijsten op. Daarom wordt geadviseerd

om landelijk te onderzoeken wat er gedaan kan worden om de wachtlijstproblematiek voor IVH-kinderen aan te pakken om zo de meerwaarde van IVH te kunnen behouden/borgen.

Aanbeveling 7:

Maak de kennis die vanuit IVH beschikbaar is over vroegsignalering bij 0-7-jarigen met complexe problematiek toegankelijk voor alle belanghebbenden die werken met 0-7-jarigen. Laat de inzet van IVH hiervoor geen voorwaarde zijn.

Binnen IVH is veel kennis beschikbaar over vroegsignalering van complexe problematiek bij kinderen van 0-7 jaar. Dit is waardevolle kennis gezien vanuit het oogpunt van het behouden en versterken van de expertise op het jonge kind. Expertise op het jonge kind is te vinden op verschillende plaatsen en wordt op verschillende manieren ingezet. Gebruik de kennis die binnen IVH aanwezig is om deze expertise in z'n algemeenheid te behouden en te versterken. Bied gemeenten die andere methoden of werkwijzen voor vroegsignalering en vroeghulp inzetten, de kennis uit IVH aan die mogelijk van waarde kan zijn voor hun huidige manier van werken. In dit onderzoek hebben we namelijk geconstateerd dat er overlap zit tussen de aanpak, de knelpunten en de succesfactoren van IVH en de andere methoden die gemeenten inzetten om vroegsignalering en vroeghulp voor het jonge kind in te richten. Zet daarom in op het verspreiden van de kennis die in IVH zit, inclusief hoe bepaalde knelpunten binnen IVH zijn en worden aangepakt, zodat ook deze andere methoden versterkt kunnen worden. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een kwaliteitskader jonge kind, waarmee gemeenten kunnen nagaan waar zij staan op het gebied van vroegsignalering voor het jonge kind en wat zij verder kunnen doen om hun aanpak te versterken. Zowel IVH als deze andere methoden dragen immers allemaal bij aan vroegsignalering en vroeghulp voor het jonge kind.

Bijlage 1 | Aantal aanmeldingen

Gemeenteomvang	Type gemeente	Aanmeldingen 2023	Aanmeldingen 2024
Kleinschalig	10.000 tot 20.000	0	0
Kleinschalig	10.000 tot 20.000	1	3
Welvarend	10.000 tot 20.000	2	4
Kleinschalig	10.000 tot 20.000	2	1
Kleinstedelijk	10.000 tot 20.000	5	2
Kleinschalig	20.000 tot 50.000	6	7
Kleinschalig	20.000 tot 50.000	7	5
Kleinschalig	20.000 tot 50.000	7	4
Kleinstedelijk	50.000 tot 100.000	7	8
Kleinschalig	20.000 tot 50.000	8	23
Kleinstedelijk	100.000 tot 150.000	8	4
Kleinschalig	20.000 tot 50.000	9	16
Kleinschalig	20.000 tot 50.000	11	4
Kleinstedelijk	10.000 tot 20.000	13	21
Kleinschalig	20.000 tot 50.000	13	13
Kleinschalig	50.000 tot 100.000	13	9
Kleinstedelijk	20.000 tot 50.000	15	15
Kleinstedelijk	50.000 tot 100.000	17	25
Kleinstedelijk	50.000 tot 100.000	19	19
Kleinstedelijk	50.000 tot 100.000	19	22
Kleinschalig	20.000 tot 50.000	22	20
Uni	150.000 tot 200.000	22	17
Kleinschalig	20.000 tot 50.000	24	28
Kleinstedelijk	20.000 tot 50.000	24	24
Kleinschalig	50.000 tot 100.000	24	22
Kleinstedelijk	150.000 tot 200.000	25	40
Kleinstedelijk	50.000 tot 100.000	26	28
Kleinstedelijk	50.000 tot 100.000	26	25
Kleinstedelijk	100.000 tot 150.000	27	34
Kleinschalig	50.000 tot 100.000	35	32
Kleinstedelijk	50.000 tot 100.000	36	33

Gemeenteomvang	Type gemeente	Aanmeldingen 2023	Aanmeldingen 2024
Kleinstedelijk	100.000 tot 150.000	37	42
Kleinstedelijk	150.000 tot 200.000	41	20
Uni	150.000 tot 200.000	44	37
Uni	100.000 tot 150.000	47	50
Kleinschalig	20.000 tot 50.000	48	39
Uni	250.000 of meer	58	52
Kleinstedelijk	100.000 tot 150.000	60	43
Uni	100.000 tot 150.000	62	76
Uni	100.000 tot 150.000	94	101
Uni	150.000 tot 200.000	164	165
Uni	250.000 of meer	287	242

BMC

Databankweg 26D
3821 AL Amersfoort

Postbus 490
3800 AL Amersfoort

(033) 496 52 00
info@bmc.nl
www.bmc.nl

KvK BMC Advies 32078667
IBAN NL91ABNA0504035754
BTW NL80.86.63.598 B.01

Colofon

11 juli 2025

Classificatie : Openbaar

Namen adviseurs :

- Hanneke Vervoort
- Angela Menger

Kenmerknummer : PO048650-2761

Kijk voor meer info op onze website: bmc.nl