



Integrale  
Vroeghulp

# Integrale Vroeghulp

*Handleiding*

Ondine Engelse & Madelon Meijer

*Versie: 16 april 2026*



Nederlands  
Centrum  
Jeugdgezondheid

# Inhoud

<b>1. Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>2. De interventie in vogelvlucht</b>	<b>4</b>
2.1 Waarom met deze interventie aan de slag: resultaten	4
2.2 De aanleiding: probleem- of vraagstelling	4
2.3 Wat wil je bereiken: doel	5
2.4 Voor wie: doelgroep	7
2.5 Door wie: uitvoering en beleid	8
<b>3. De aanpak in concrete fasen of stappen</b>	<b>10</b>
3.1 STAP 1: Opzetten van de interventie	10
3.2 STAP 2: Inhoud van de interventie	10
3.3 STAP 3: Uitvoering van de interventie	11
3.4 STAP 4: Borging en monitoring van de interventie	13
3.6 De kosten en baten	15
<b>4. Onderbouwing van de interventie</b>	<b>16</b>
4.1 De visie achter de interventie	16
4.2 Verantwoording: wat werkt en waarom werkt het?	17
<b>5. Praktijkervaringen</b>	<b>19</b>
5.1 Een praktijkvoorbeeld	19
<b>6. Adres</b>	<b>21</b>

# 1. Inleiding

Dit handboek beschrijft de interventie Integrale Vroeghulp (IVH) – een samenhangende aanpak voor het vroegtijdig signaleren en ondersteunen van jonge kinderen (0-6 jaar) met (een vermoeden van) meervoudige ontwikkelingsachterstanden en/of gedragsproblemen. IVH brengt professionals en ouders samen in een multidisciplinair team en werkt met een trajectbegeleider die het proces coördineert. Het doel: snelle, passende hulp die aansluit bij de behoeften van het kind én het gezin.

De toepassing van IVH is belangrijk, omdat vroege interventie een positief effect heeft op de ontwikkeling van jonge kinderen. Door vroeg te signaleren en tijdig passende ondersteuning te bieden, kan verergering van problematiek worden voorkomen. Dit vergroot de kans op passend onderwijs, voorkomt zware zorgtrajecten en bevordert volwaardige participatie in de maatschappij op latere leeftijd.

De aanleiding voor de ontwikkeling van IVH lag bij de versnipperde zorg en het gebrek aan samenhang tussen professionals rond jonge kinderen met complexe problematiek. Ouders ervaren frustratie door gebrek aan regie, afstemming en duidelijke communicatie. Gemeenten kregen sinds de invoering van de Jeugdwet in 2015 een centrale rol in het organiseren van IVH, wat leidde tot een breed gedragen behoefte aan een gezamenlijke aanpak met heldere werkafspraken.

Een moeder van een driejarige jongen met een complexe ontwikkelingsstoornis verwoordde het als volgt: *"We wisten dat er iets was, maar kregen steeds wisselende adviezen. Dankzij IVH kwam er eindelijk een team dat naar hém keek, en naar ons als gezin. Voor het eerst voelde het alsof we samen verder konden."*

De naam Integrale Vroeghulp verwijst naar het hart van de aanpak: integrale samenwerking tussen professionals uit verschillende domeinen, gericht op vroeghulp – dus zo snel mogelijk, zo passend mogelijk, zo effectief mogelijk.

Dit handboek is geschreven voor gemeenten, jeugdgezondheidszorg (JGZ), zorgaanbieders, onderwijsprofessionals, kinderopvangorganisaties en andere betrokkenen die werken met jonge kinderen. Het biedt een overzicht van de bouwstenen van IVH, een praktisch stappenplan voor implementatie, en handvatten voor borging en monitoring.

Tot slot willen we onze oprechte dank uitspreken aan alle ouders, professionals, gemeenten en coördinatoren die hebben bijgedragen aan de ontwikkeling en evaluatie van IVH. Dankzij jullie inzet, ervaringen en inzichten heeft IVH zich kunnen ontwikkelen tot een krachtige interventie met merkbare impact voor duizenden gezinnen.

Wij hopen dat dit handboek jou helpt om IVH effectief in te zetten, en daarmee bij te dragen aan een betere start voor elk kind.

Ondine Engelse & Madelon Meijer



## 2. De interventie in vogelvlucht

### 2.1 Waarom met deze interventie aan de slag: resultaten

IVH is een multidisciplinaire, domeinoverstijgende aanpak voor het vroegtijdig signaleren en ondersteunen van jonge kinderen (0–6 jaar) met meervoudige ontwikkelingsachterstanden en/of gedragsproblemen. Het unieke van IVH zit in de integrale samenwerking tussen ouders en professionals uit verschillende domeinen (zoals zorg, onderwijs en kinderopvang), waarbij het kind en het gezin centraal staan. In plaats van versnipperde hulp biedt IVH één samenhangende route naar passende ondersteuning.

Wat IVH onderscheidt van andere interventies is naast de multidisciplinaire diagnostiek, de inzet van een trajectbegeleider die continuïteit en regie bewaakt, en de inbedding in gemeentelijk beleid en bestaande structuren. Daardoor is de interventie direct toepasbaar in de praktijk, schaalbaar en aanpasbaar aan de lokale context. Gemeenten kunnen IVH zelfstandig of regionaal organiseren, met duidelijke stappen en instrumenten voor implementatie, monitoring en borging.

*IVH is goed bruikbaar omdat:*

- Het aansluit bij bestaande taken van gemeenten in het kader van de Jeugdwet;
- Er een concreet stappenplan en toolkit beschikbaar is voor implementatie;
- De aanpak breed wordt gedragen door ouders én professionals;
- De interventie gericht is op preventie en dus bijdraagt aan het beperken van zware, kostbare zorg op de lange termijn.

*Resultaten uit onderzoek en praktijk laten zien:*

- De tevredenheid van ouders met IVH is hoog (rapportcijfer 8.7-9.5).
- Ouders waarderen de trajectbegeleider als vast aanspreekpunt het meest.
- Ouders ervaren minder frustratie, meer regie en betere afstemming van hulp;
- Professionals ervaren dat IVH leidt tot snellere en passender toeleiding naar zorg;
- De samenwerking tussen domeinen wordt versterkt.

Kortom: IVH is een interventie die leidt tot betere ontwikkelkansen voor kinderen, tevreden ouders, versterkte samenwerking tussen professionals én besparing op zwaardere zorg op de lange termijn. Daarom is het zinvol én verantwoord om als gemeente of organisatie met IVH aan de slag te gaan.

### 2.2 De aanleiding: probleem- of vraagstelling

#### Aard van het probleem

IVH richt zich op jonge kinderen (0–6 jaar) met een vermoeden van meervoudige ontwikkelingsachterstanden en/of gedragsproblemen. Deze kinderen hebben vaak problemen op meerdere ontwikkelingsgebieden tegelijk (bijv. taal, motoriek, sociaal-emotioneel functioneren), waarbij de oorzaak niet altijd direct duidelijk is omdat ontwikkelgebieden bij jonge kinderen sterk zijn verweven. Zonder tijdige en passende hulp lopen zij een verhoogd risico op verergering van hun problemen en blijvende ontwikkelingsbeperkingen. Daarnaast ervaren hun ouders een hoge belasting, onzekerheid over de toekomst en moeite om passende ondersteuning te vinden.

#### Ernst van het probleem (omvang en spreiding)

Naar schatting gaat het om circa 1% van alle kinderen in Nederland, oftewel ongeveer 14.000 kinderen en hun gezinnen. Uit evaluaties blijkt dat veel ouders te maken krijgen

met versnipperde zorg, lange wachttijden, gebrek aan coördinatie tussen hulpverleners en onduidelijke verwijzingsroutes. Professionals geven aan dat de bestaande structuren onvoldoende zijn toegerust op de complexiteit van deze casussen, waardoor signalering en doorverwijzing vaak te laat of onvolledig plaatsvinden.

### **Oorzaken van het probleem**

Een belangrijke oorzaak is dat de ontwikkeling van jonge kinderen complex en dynamisch is, waardoor signalen van stagnatie in de ontwikkeling soms moeilijk herkenbaar zijn. Daarnaast ontbreekt vaak een integrale aanpak, en werken veel gespecialiseerde hulpverleners vooral binnen hun eigen domein (gezondheid, opvoeding, onderwijs). Ten slotte is het zorglandschap voor ouders vaak onoverzichtelijk, met uiteenlopende toegangseisen, wachttijden en aanspreekpunten.

### **Gevolgen van het probleem**

Wanneer jonge kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblemen niet tijdig passende ondersteuning krijgen, vergroot dit het risico op verergering van (gedrags)problemen, schooluitval en verminderde maatschappelijke participatie op latere leeftijd. Ook ouders ervaren langdurige stress, overbelasting en kunnen zelf in psychische of financiële problemen raken. Voor de maatschappij leidt dit tot hogere zorg- en onderwijsuitgaven en verminderde arbeidsparticipatie van ouders (vaak moeders).

### **Waarom is het belangrijk om deze situatie te verbeteren?**

De eerste levensjaren zijn cruciaal voor de ontwikkeling van een kind. Juist in deze periode is er grote kans op herstel of bijsturing, mits tijdig de juiste ondersteuning wordt ingezet. Door vroeg te signaleren en integraal te handelen, kunnen problemen worden voorkomen of verminderd, wat niet alleen het toekomstperspectief van het kind verbetert, maar ook het welzijn van het gezin vergroot. Een goed werkende IVH-structuur bespaart bovendien maatschappelijke kosten, doordat 'shopgedrag' afneemt en kinderen sneller bij de juiste hulp terechtkomen.

### **Conclusie**

IVH richt zich op het verbeteren van de huidige versnipperde situatie door kinderen met (een vermoeden van) meervoudige ontwikkelingsproblemen én hun ouders centraal te stellen. De interventie zorgt voor betere samenwerking tussen professionals, snellere signalering, passende ondersteuning en een versterkte ouderpositie. Hierdoor wordt stagnatie in de ontwikkeling voorkomen, de effectiviteit van hulp vergroot en de maatschappelijke opbrengst op lange termijn verhoogd.

## **2.3 Wat wil je bereiken: doel**

### **Hoofddoel**

Het doel van IVH is om jonge kinderen van 0 tot 6 jaar met een vermoeden van meervoudige ontwikkelingsachterstanden en/of gedragsproblemen snel en goed te ondersteunen. IVH zorgt dat signalen vroeg worden herkend en dat kinderen en hun ouders de juiste hulp krijgen. Zo wordt voorkomen dat problemen verergeren en krijgen kinderen meer kans op een passende plek in onderwijs en samenleving.

IVH bereikt dit door professionals en ouders nauwer te laten samenwerken in een ketennetwerk. Belangrijke onderdelen zijn: vroegsignalering, multidisciplinaire diagnostiek, trajectbegeleiding, preventieve gezinsondersteuning en de afstemming tussen zorg en onderwijs.

## Subdoelen en verwachte resultaten

*Voor de primaire doelgroep (kind en ouders)*

### 1. Verbeterd ontwikkelingsperspectief kind

Binnen 6 maanden na de start van IVH is bij minimaal 80% van de deelnemende kinderen een multidisciplinair advies opgesteld met passende zorg en benodigde expertise.

→ *Meetbaar via registraties van IVH-teams.*

### 2. Versterkte ouderbetrokkenheid

Bij 100% van de multidisciplinaire overleggen is minimaal één ouder aanwezig. Ouders geven gemiddeld een score van  $\geq 7$  (op schaal 1–10) over hun betrokkenheid en gehoord worden.

→ *Meetbaar via evaluatievragenlijsten.*

### 3. Verhoogde opvoedvaardigheden bij ouders

Minimaal 80% van de ouders rapporteert een toename in zelfvertrouwen bij de omgang met de zorgvraag van hun kind ( $\geq 4$  op schaal 1–5).

→ *Meetbaar via voor- en nametingen met vragenlijsten.*

### 4. Toegang tot passende voorzieningen

Binnen 9 maanden na start van het IVH-traject heeft minimaal 90% van de gezinnen toegang tot passende ondersteuning of voorzieningen (zoals logopedie, jeugdhulp of speciaal onderwijs).

→ *Meetbaar via casusregistratie en trajectbegeleiding.*

*Voor de intermediaire doelgroep (professionals)*

### 5. Versterkte multidisciplinaire samenwerking

Bij elke casus zijn alle noodzakelijke disciplines aanwezig in het overleg. Professionals kennen elkaars expertise, hebben contactgegevens van elkaar en kunnen laagdrempelig overleggen.

→ *Meetbaar via zelfrapportage, teamanalyses en procesmetingen.*

### 6. Verhoogde deskundigheid van trajectbegeleiders en IVH-coördinatoren

Iedere trajectbegeleider en IVH-coördinator volgt in een periode van 5 jaar minimaal 3 deskundigheidsbevorderende bijeenkomsten en neemt jaarlijks deel aan intervisie. Zij geven hun deskundigheid een score van  $\geq 7$  (op schaal 1–10).

→ *Meetbaar via deelnameverslagen en zelfevaluatievragenlijsten.*

## Toelichting op de keuze voor deze doelen

De doelen zijn gekozen op basis van bestaande knelpunten in de zorg voor jonge kinderen met meervoudige problematiek: versnippering van zorg, lange wachttijden, onvoldoende samenwerking tussen disciplines, en overbelasting van ouders.

De hoofddoelstelling sluit aan bij de behoefte aan snelle, integrale en passende hulp, waarbij het kind én het gezin centraal staan.

De subdoelen zijn concreet, meetbaar en realistisch, en geven richting aan zowel de uitvoering als de evaluatie van IVH. Ze zijn essentieel om het hoofddoel te bereiken, omdat ze enerzijds zorgen voor betere ontwikkelkansen voor kinderen en anderzijds voor een stevigere en efficiëntere organisatie van de zorg eromheen.

## 2.4 Voor wie: doelgroep

### Primaire doelgroep

IVH is specifiek ontwikkeld voor jonge kinderen van 0 tot 6 jaar met een vermoeden van meervoudige ontwikkelingsachterstanden en/of gedragsproblemen. IVH richt zich ook nadrukkelijk op de ouders/verzorgers van deze kinderen, aangezien zij een centrale rol spelen in de zorg en opvoeding, en vaak overbelast raken in hun zoektocht naar passende hulp.

De doelgroep is heterogeen qua achtergrond. Kinderen en gezinnen kunnen afkomstig zijn uit alle sociaaleconomische en etnische groepen. IVH houdt expliciet rekening met deze diversiteit, bijvoorbeeld door het inzetten van trajectbegeleiders met interculturele expertise, het aanbieden van toegankelijke informatie in begrijpelijke taal en het hanteren van een laagdrempelige, vraaggerichte werkwijze.

### Probleemsituatie doelgroep

Deze kinderen vertonen stagnatie op meerdere ontwikkelingsgebieden (zoals motoriek, spraak, sociaal-emotionele ontwikkeling). Ouders ervaren onzekerheid, frustratie en stress door onduidelijke diagnoses, versnipperde hulpverlening, lange wachttijden en het gebrek aan samenhang in ondersteuning. De behoefte aan integrale, toegankelijke en gecoördineerde hulp is groot.

### Selectie, indicaties en contra-indicaties

Selectie van de doelgroep vindt meestal plaats via signalering door professionals in de JGZ (zoals consultatiebureaus), de kinderopvang, het onderwijs of het wijkteam/lokale team. Ook ouders kunnen hun zorgen zelf kenbaar maken.

#### *Indicaties:*

- Signalen van stagnatie op meerdere ontwikkelingsgebieden.
- Noodzaak tot integrale afstemming van zorg en ondersteuning.
- Actieve hulpvraag van ouders.

#### *Contra-indicaties:*

- Enkelvoudig probleem dat door één discipline adequaat kan worden behandeld.
- Er is al passende, goed afgestemde hulp en ondersteuning geboden.
- Ouders staan onvoldoende open voor samenwerking of willen geen ondersteuning.

Deze indicaties en contra-indicaties worden gezamenlijk vastgesteld in overleg tussen ouders en verwijzende professionals, vaak tijdens een intake- of screeningsgesprek met een trajectbegeleider of IVH-coördinator.

### Diversiteit binnen de doelgroep

IVH houdt in alle fasen rekening met culturele, talige en sociaaleconomische diversiteit. Dit gebeurt onder andere door:

- het betrekken van tolken of intercultureel bemiddelaars.
- het gebruik van beeldmateriaal of eenvoudige taal bij uitleg en verslaglegging.
- maatwerk in trajectbegeleiding afhankelijk van gezinscontext, achtergrond en draagkracht.

## Intermediaire doelgroep

De interventie bereikt de kinderen en gezinnen grotendeels via intermediaire doelgroepen, namelijk:

- Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen (JGZ).
- Medewerkers uit kinderopvang en onderwijs.
- Medewerkers van wijkteams en jeugdhulp.
- Huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners.

Deze professionals signaleren problemen, verwijzen door en nemen deel aan het multidisciplinaire team waarin het IVH-traject wordt vormgegeven. De effectiviteit van IVH hangt mede af van hun deskundigheid, samenwerking en betrokkenheid.

## Toelichting keuze doelgroep

IVH richt zich bewust op jonge kinderen met complexe problematiek, omdat de eerste levensjaren cruciaal zijn voor de ontwikkeling van een kind. Vroege interventie biedt de grootste kans op het voorkomen van ernstigere problemen en op een succesvolle participatie in onderwijs en samenleving. Door het hele gezin te ondersteunen, versterkt IVH niet alleen het kind maar ook het systeem eromheen.

## 2.5 Door wie: uitvoering en beleid

### Welk type instellingen kan met de interventie aan de slag?

IVH is een interventie die breed inzetbaar is binnen verschillende typen instellingen die betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning van jonge kinderen. IVH kan georganiseerd worden vanuit MEE of een andere welzijnsorganisatie, de gemeente, of vanuit de JGZ. Welke keuze hierin gemaakt wordt hangt af van de lokale context.

### Welk type uitvoerders is hiervoor nodig?

De interventie vereist professionals met specifieke kennis van en ervaring met jonge kinderen (0-6 jaar) met (vermoedens van) meervoudige ontwikkelingsproblemen. Typische uitvoerders zijn:

- Trajectbegeleiders met kennis van jonge kinderen, opvoeding, ontwikkelingsstoornissen, ketensamenwerking en psychosociale ondersteuning.
- IVH-coördinatoren met ervaring in netwerkregie, afstemming tussen domeinen en kwaliteitsborging.
- Multidisciplinaire teamleden, o.a.:
  - Kinder(revalidatie)artsen
  - Jeugdartsen
  - Gedragswetenschappers
  - IMH-specialisten
  - Kinderfysiotherapeuten en logopedisten
  - Onderwijskundigen
  - Psychologen en psychiaters

### Binnen welk instellings-, gemeente- of overheidsbeleid past de interventie?

IVH sluit aan bij meerdere beleidskaders:

- **Jeugdwet (2015)** – gemeenten zijn verantwoordelijk voor jeugdhulp, inclusief vroegsignalering, passende zorg en ondersteuning. IVH ondersteunt gemeenten bij de invulling van deze wettelijke taak.
- **Wet publieke gezondheid (Wpg)** – waarin JGZ wordt aangemerkt als kernpartner in preventieve jeugdzorg.

- **Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)** – voor (preventieve) gezinsondersteuning, mantelzorg en begeleiding.
- **Onderwijsbeleid** – IVH helpt bij toeleiding naar passend onderwijs en het versterken van de samenwerking onderwijs–zorg.
- **Integrale kindcentra (IKC)-beleid** – IVH is inzetbaar binnen de beleidsontwikkeling rond integrale voorzieningen voor het jonge kind.
- **Gezondheidsbeleid (lokaal en nationaal)** – o.a. Nationaal Preventieakkoord, Kansrijke Start en gemeentelijke gezondheidsnota's; IVH draagt bij aan het verkleinen van gezondheidsachterstanden en versterking van opvoedkracht.

**Kortom**, IVH is een breed inzetbare interventie die naadloos aansluit bij zowel lokaal als landelijk jeugd-, zorg- en onderwijsbeleid. Het biedt organisaties een concrete structuur voor samenwerking, vroegtijdige signalering, passende ondersteuning én beleidsverantwoording richting financiers.

## 3. De aanpak in concrete fasen of stappen

### 3.1 STAP 1: Opzetten van de interventie

Je hebt ervoor gekozen om de interventie IVH op te zetten in jouw gemeente of regio. Om een IVH netwerk op te zetten is het van belang om in kaart te brengen hoeveel kinderen baat kunnen hebben bij IVH in uw gemeente of regio.

In 2025 zijn er naar schatting ongeveer 1,4 miljoen 0-6 jarigen in Nederland, waarvan naar schatting ongeveer 1% van deze kinderen mogelijk 1 (meervoudige) ontwikkelings- en/of gedragsvragen heeft. Dit komt neer op ongeveer 14.000 kinderen in Nederland. Door dit door te rekenen voor uw eigen gemeente (bijv. in een gemeente met 100.000 kinderen zijn er ongeveer 73 kinderen), wordt inzichtelijk op welke schaal er behoefte is aan IVH.

Organiseer gesprekken met professionals in de JGZ, kinderopvang, onderwijs en jeugdhulp om knelpunten in de praktijk te inventariseren. Breng in beeld welke voorzieningen er al zijn en waar hiaten of overlap zitten.

Afhankelijk van de lokale context moet worden besloten bij welke organisatie de coördinatie en uitvoering van IVH wordt belegd. Dit kan zijn MEE of een andere welzijnsorganisatie, de gemeente, of vanuit de JGZ.

Nodig lokale en regionale partijen uit voor een gezamenlijke startbijeenkomst, waarin de urgentie van IVH wordt toegelicht met feiten, cijfers én praktijkvoorbeelden. Maak gebruik van bestaande voorlichtingsmaterialen die te vinden zijn op de IVH-website.

Maak met de coördinerende en uitvoerende organisatie afspraken over de aanpak en benoem ieders verantwoordelijkheden. Maak ook met elkaar afspraken over samenwerking met interne en externe partners en leg dit met elkaar vast (bijvoorbeeld welke partijen zijn betrokken, welke partij is trekker, welke locatie, hoe werk je samen). Neem hierin ook budgetafspraken op.

### 3.2 STAP 2: Inhoud van de interventie

IVH is opgebouwd uit zeven bouwstenen die samen zorgen voor vroegtijdige en passende ondersteuning voor kinderen (0-6 jaar) met (dreigende) ontwikkelingsproblemen:

#### 1. Vroegsignalering

Signaalfuncties liggen bij consultatiebureaus, kinderopvang, CJG, huisartsen, logopedisten, wijkteams en tweedelijnszorg. Bij zorgen over een kind kan via afgesproken routes worden verwezen naar IVH.

#### 2 en 3. Multidisciplinaire diagnostiek en adviesplan

Na de IVH-intake volgt een multidisciplinair overleg met o.a. kinder(revalidatie)arts, jeugdarts, gedragswetenschapper en IVH-coördinator (zie hoofdstuk 2.5 Door wie: uitvoering en beleid). Ouders hebben hierbij regie. Dit leidt tot een integraal adviesplan met inzet van zorg, onderwijs en ondersteuning.

#### 4. Informatie, advies en trajectbegeleiding

Trajectbegeleiders ondersteunen gezinnen bij vraagverheldering, diagnostiek, planning en uitvoering van hulp. Ze bieden continuïteit en kennen de sociale kaart. Afspraken over inzet, organisatie en bijscholing worden lokaal of regionaal gemaakt.

### 5. (Preventieve) gezinsondersteuning

Ondersteuning richt zich op het versterken van opvoedvaardigheden en het voorkomen van overbelasting. Ook praktische hulp, zoals oppashulp of logeeropvang, behoort tot de mogelijkheden.

### 6. Zorg en onderwijs

Zorg en ondersteuning worden afgestemd op de onderwijsbehoeften van het kind. Ouders krijgen begeleiding bij het vinden van passend aanbod.

### 7. Ketennetwerk

IVH is ingebed in een regionaal netwerk waarin samenwerking centraal staat. Doelen zijn o.a. vroegsignalering, deskundigheidsbevordering, toegang tot specialistische diagnostiek en het stimuleren van preventie.

De IVH-coördinator regisseert het netwerk, onderhoudt contacten met gemeenten en partners, en bewaakt kwaliteit en continuïteit.

## 3.3 STAP 3: Uitvoering van de interventie

### Signalering en verwijzing

De JGZ speelt een sleutelrol in vroegsignalering. In 96% van de gemeenten informeren consultatiebureaus ouders over IVH. Ook kinderopvang, onderwijs en wijkteams signaleren en verwijzen.

### Aanmelden

Ouders en/of verwijzers kunnen zich telefonisch of online aanmelden, afhankelijk van de lokale of regionale afspraken. Als het eerste contact via de verwijzer loopt, moet er toestemming worden verkregen van de ouders voor de aanmelding.

Bij aanmelding worden de volgende gegevens vastgelegd:

- NAW-gegevens
- Hulpvraag
- Kindgegevens
- Gegevens verwijzer indien anders dan de ouder
- Datum aanmelding

Op grond van bovenstaande gegevens neemt de IVH-coördinator of trajectbegeleider contact op met de ouders en de verwijzer. De IVH-coördinator checkt of er contra-indicaties zijn voor IVH (zie hoofdstuk 2.4 Selectie, indicaties en contra-indicaties). Indien er sprake is van een contra-indicatie dan verwijst de IVH-coördinator het gezin naar een andere organisatie die wel van meerwaarde kan zijn.

Indien het IVH-traject wordt ingezet, wordt er een trajectbegeleider aangesteld die de ouders gaat ondersteunen.

### Aanvullende informatie

De trajectbegeleider gaat bij het gezin thuis langs om op basis van de hulpvraag de brede context van kind, gezin en omgeving in kaart te brengen. Ook wordt waar dit nodig wordt geacht toestemming verkregen om aanvullende informatie op te vragen zoals bij de JGZ, kinderopvang, huisarts of (medisch) specialist.

Alle informatie wordt vervolgens gestructureerd op papier gezet en bij ouders wordt getoetst of de informatie die zij hebben verteld goed is opgeschreven.

### Multidisciplinair overleg (MDO)

Alle verzamelde informatie wordt gedeeld met de experts uit het MDO. Er wordt een bespreking gepland met het MDO waarbij ook ouders en het kind worden uitgenodigd.

De trajectbegeleider is hierbij aanwezig ter ondersteuning van de ouders. De hulpvraag van de ouders vormt het uitgangspunt bij de bespreking. Er zullen nog verdiepende vragen gesteld worden aan ouders en op basis van de hulpvraag en de verzamelde informatie zal vanuit het MDO een advies worden uitgebracht voor het verdere traject.

### **Adviesplan**

Vanuit het MDO wordt een advies uitgebracht aan ouders, dat door de trajectbegeleider of IVH-coördinator tot een leesbaar en begrijpelijk verslag wordt verwerkt. Als de ouders akkoord zijn dan wordt het verslag gedeeld met de verwijzer, de huisarts en zorgaanbieder waar het kind wordt aangemeld.

### **Opvolging**

Indien ouders het advies willen opvolgen dan ondersteunt de trajectbegeleider waar nodig in het proces van aanmelding, indicatiestelling, en vervolgonderzoek afhankelijk van wat nodig is.

Indien ouders het advies niet direct willen opvolgen dan neemt de trajectbegeleider na 3 maanden contact op met ouders om te bespreken hoe het gaat en of en welke ondersteuning zij nodig hebben.

### **Afsluiting**

Afsluiting van het IVH-traject vindt plaats:

- Als de hulpvraag is beantwoord
- Als het kind en de ouders zich in een passend traject bevinden en verder worden begeleid vanuit de betrokken organisatie

Ouders ontvangen een afsluitbrief. Ouders, verwijzer en huisarts worden schriftelijk op de hoogte gesteld van de afsluiting van het IVH-traject.

### **Evaluatie**

Wanneer een IVH-traject is afgesloten wordt het binnen 3 maanden geëvalueerd (zie hoofdstuk 3.4 Monitoring). Per mail of schriftelijk ontvangen ouders een vragenlijst om in te vullen. Indien de evaluatie daar aanleiding toe geeft (bijvoorbeeld bij een negatieve beoordeling) neemt de IVH-coördinator contact op met ouders om te inventariseren wat er speelt en of er aanvullende behoefte zijn of ondersteuning nodig is.

### **Follow up**

Ten tijde van het opstellen van deze Handleiding is follow-up van IVH nog niet ingebed in de bestaande werkwijze. Het verzamelen van informatie over de follow-up na IVH draagt bij aan het aantonen van de effectiviteit van IVH. De organisatorische randvoorwaarden voor follow-up moeten geborgd zijn voordat onderstaande werkwijze gerealiseerd kan worden.

Follow up kan op twee manieren worden geregeld.

1. Bij de verwijsbrief aan vervolghulp wordt verzocht de IVH-coördinator op de hoogte te houden van het vervolgetraject. Brieven over de behandeling, die naar de huisarts worden gestuurd, kunnen in kopie naar de IVH-coördinator worden gestuurd. Hiervoor is wel toestemming van de ouders nodig.
2. Er kan een vragenlijst aan ouders gestuurd worden waarin zij de IVH-coördinator op de hoogte kunnen brengen van het verloop van de behandeling. In dit geval moet nagedacht worden over de timing, waarbij rekening wordt gehouden met de wachttijd voor vervolghulp.

## 3.4 STAP 4: Borging en monitoring van de interventie

### Borging van de expertise

Uitvoerders van IVH zijn professionals met expertise van het jonge kind. Zorg er voor dat de uitvoerende professionals de juiste expertise hebben en organiseer dat deze op peil wordt gehouden middels scholing en deskundigheidsbevordering.

### Beroepsopleiding per functie

#### *IVH-coördinator:*

Minimaal hbo+ of wo-werk- en denkniveau, met aantoonbare ervaring in ketenregie, projectcoördinatie en beleidsontwikkeling binnen het sociaal domein of de (jeugd)zorg. Kennis van ketensamenwerking en ervaring met netwerken in de jeugd- en gezinszorg.

#### *Trajectbegeleider:*

Hbo- of wo-opleiding in een relevante richting, zoals (ortho)pedagogiek, psychologie, maatschappelijk werk, verpleegkunde (wijkverpleegkundige, jeugdverpleegkundige), of een vergelijkbare opleiding binnen de jeugdhulp of zorg, met een BIG- of SKJ-registratie. Daarnaast ervaring of aanvullende scholing in het werken met jonge kinderen met (een vermoeden van) meervoudige ontwikkelingsproblematiek en hun ouders.

#### *Leden multidisciplinair team (bijv. jeugdarts, gedragswetenschapper, kinderarts):*

Relevante beroepsopleiding (geneeskunde, orthopedagogiek, psychologie, logopedie, fysiotherapie etc.) met BIG- of SKJ-registratie waar van toepassing. Specifieke kennis over het jonge kind en complexe ontwikkelingsproblematiek.

### Specifieke competenties

#### *Kennis:*

- Ontwikkeling van jonge kinderen (0–6 jaar), inclusief normale variaties en signalen van stagnatie of afwijking.
- Meervoudige ontwikkelingsstoornissen, gedragsproblemen, verstandelijke, lichamelijke en zintuiglijke beperkingen.
- Ouderschap, hechting en opvoedvraagstukken.
- Lokale en regionale sociale kaart van zorg, onderwijs en ondersteuning.
- Wet- en regelgeving jeugdwet, zorgstructuren en privacy (AVG).

#### *Vaardigheden:*

- Gespreksvoering met ouders en kinderen: luisteren, doorvragen, motiveren, samenvatten.
- Hulpvraagverduidelijking en het formuleren van integrale ondersteuningsplannen.
- Samenwerken in multidisciplinaire context, inclusief het overbruggen van domeingrenzen.
- Regie voeren zonder over te nemen: ondersteunen van ouderlijke regie in het proces.
- Coördineren, plannen, monitoren en evalueren van zorgtrajecten.
- Schriftelijke en mondelinge rapportage, met oog voor transparantie richting ouders.

#### *Persoonskenmerken en houding:*

- Open, transparant, oordeelloos en respectvol.
- Reflectief vermogen en bereidheid tot leren.
- Sensitief voor culturele, sociale en persoonlijke contexten.
- Flexibel, oplossingsgericht en stressbestendig.
- In staat om veiligheid en vertrouwen te creëren bij ouders en professionals.

### Scholing en deskundigheidsbevordering

#### *Regionale scholing en intervisie:*

Organiseer regionaal trainingen en intervisiebijeenkomsten, waar trajectbegeleiders en coördinatoren jaarlijks aan deel kunnen nemen.

Belangrijke thema's voor de trainingen:

- Vroegsignalering bij jonge kinderen.
- Communicatie met ouders in complexe situaties.
- Samenwerking in ketens en netwerken.
- Actuele kennis van jeugdzorg en (medische) diagnostiek.

Belangrijke thema's voor de intervisiebijeenkomsten:

- Casuïstiekbespreking (ethische dilemma's, samenwerking, oudercontact).
- Zelfzorg en omgaan met emotioneel belastende situaties.
- Reflectie op rollen en verantwoordelijkheden binnen IVH.

*Begeleiding voor nieuwe uitvoerders:*

Koppel nieuwe trajectbegeleiders aan ervaren collega's om mee te lopen en kennis op te doen in de praktijk.

*Aanbod via IVH-platform:*

Op [www.integralevroeghulp.pleio.nl](http://www.integralevroeghulp.pleio.nl) staat ondersteunend materiaal, waaronder infosheets, presentaties en een praktijkgids voor implementatie en uitvoering.

**Tot slot:** IVH vraagt om deskundige, goed toegeruste professionals met specifieke kennis van jonge kinderen en hun ouders. Continue scholing, samenwerking en reflectie zijn essentieel om deze intensieve en integrale interventie effectief en zorgvuldig uit te voeren.

## Monitoring

Stel een monitoringsplan op waarin de volgende data worden verzameld:

- Bereik van IVH (hoeveel aanmeldingen en kenmerken kind en ouders).
- Verwijzing naar IVH (wie verwijst en met welke reden).
- De doorlooptijd van het IVH-traject (duur en hoeveelheid gesprekken).
- Multidisciplinair advies (gegeven adviezen en naar welke vervolghulp is verwezen).
- Klanttevredenheid (m.b.t. ouderbetrokkenheid en ervaren opvoedvaardigheden, zie hoofdstuk 2.3 Wat wil je bereiken: doel).

Het verzamelen van informatie over de follow up na IVH (zie hoofdstuk 3.3 Follow up) draagt bij aan het aantonen van de effectiviteit van IVH, en wordt daarom dringend geadviseerd.

## 3.5 Randvoorwaarden voor toepassing

### Organisatorische randvoorwaarden

- **Duidelijke regie en coördinatie**  
Een vaste IVH-coördinator en één of meerdere trajectbegeleiders zijn verantwoordelijk voor de afstemming, voortgang en borging van het traject.
- **Multidisciplinair team**  
Structurele samenwerking tussen professionals uit de JGZ, jeugdhulp, onderwijs, kinderopvang, medische specialismen en het sociaal domein is essentieel.
- **Heldere afspraken en protocollen**  
Er moeten duidelijke afspraken zijn over de processen van signalering, verwijzing, diagnostiek, begeleiding en samenwerking.
- **Toegankelijkheid en doorverwijzing**  
Een laagdrempelige en transparante toegang tot IVH moet gegarandeerd zijn, zodat gezinnen snel passende ondersteuning krijgen.
- **Monitoring en evaluatie**  
Gemeenten stellen een monitoringsplan op waarin data over de IVH-trajecten worden verzameld (onder andere bereik, doorlooptijden, tevredenheid, uitkomsten).

- **Scholing en deskundigheidsbevordering**  
Professionals worden regelmatig getraind in vroegsignalering, het werken met jonge kinderen, communicatie met ouders en ketensamenwerking.

## Randvoorwaarden voor kwaliteitsbewaking

- **Evaluatievragenlijsten**  
Ouders ontvangen na afloop van het IVH-traject een vragenlijst om tevredenheid en effectiviteit te meten.
- **Intervisie en overlegstructuren**  
Er worden regelmatig intervisiebijeenkomsten gehouden voor IVH-coördinatoren en trajectbegeleiders, en regionale overleggen voor kennisdeling.
- **Landelijke kennisdeling**  
Het NCJ organiseert jaarlijks een landelijke IVH-coördinatorenbijeenkomst, waarin kennisuitwisseling en deskundigheidsbevordering centraal staan.
- **Proces- en effectevaluatie**  
In 2025 is een procesevaluatie uitgevoerd door het NCJ. Deze zal periodiek herhaald worden. In de toekomst wordt gestreefd naar lange termijn meting van uitkomsten (bijv. via CBS-data) voor het onderbouwen van kosteneffectiviteit.

## Contextuele randvoorwaarden

- **Bestuurlijk draagvlak:** gemeenten die IVH actief ondersteunen, zowel beleidsmatig als financieel.
- **Structurele financiering:** voldoende en duurzame middelen, niet afhankelijk van tijdelijke projecten.
- **Lokale inbedding:** bekendheid genereren bij en afstemmen met bestaande netwerken en voorzieningen in de gemeente/regio.
- **Cultuur van samenwerking:** bereidheid van organisaties om domein- en sectorgrenzen te overstijgen.
- **Toegankelijkheid voor gezinnen:** goede informatievoorziening, outreachend werken en aandacht voor gezinnen met lage SES of migratieachtergrond.
- **Flexibiliteit:** ruimte om maatwerk te bieden, afhankelijk van de complexiteit van de casus.

Deze randvoorwaarden vormen de noodzakelijke basis voor een effectieve, duurzame en kwalitatief hoogwaardige uitvoering van IVH in gemeenten.

## 3.6 De kosten en baten

Uit tussen 2010 en 2012 uitgevoerde maatschappelijke business cases blijkt dat de maatschappelijke opbrengsten van IVH hoger zijn dan de kosten. In de regio Gouda is uitgerekend dat elke in IVH geïnvesteerde euro € 2,07 oplevert. De winst van IVH werd voornamelijk veroorzaakt door een afname van "shopgedrag" van hulpzoekende ouders, met andere woorden ouders waren sneller bij de juiste hulpverlener. MEE Nederland heeft in 2010 berekend dat tegenover een jaarlijkse investering van € 68 miljoen voor IVH jaarlijkse maatschappelijke baten staan ter waarde van ruim € 100 miljoen. De kosten van IVH zijn voornamelijk gebaseerd op langdurige trajectbegeleiding, preventieve gezinsondersteuning, en coördinatie van de keten. Gemiddeld wordt daarbij uitgegaan van twee jaar begeleiding, en 96 uur per traject. Uurtarieven verschillen uiteraard per organisatie. De financiering van de multidisciplinaire diagnostiek en het multidisciplinair adviesplan is geborgd in de financieringssystematiek van de afzonderlijke organisaties, en wordt doorgaans niet meegenomen in businesscases. Dit is een aandachtspunt voor duurzame borging van expertise voor IVH.

De baten zijn gebaseerd op een lager ziekteverzuim, snellere doorstroom naar passend onderwijs en vermindering van maatschappelijke overlast. Deze baten stijgen met de jaren, dus IVH heeft een hoger rendement op de lange termijn.

## 4. Onderbouwing van de interventie

IVH is ontwikkeld om jonge kinderen (0-6 jaar) met multiproblematiek tijdig toe te leiden naar de juiste zorg. Het gaat naar schatting om 1% van alle kinderen in Nederland, ongeveer 14.000 kinderen. Hun zorgvragen kunnen uiteenlopende oorzaken hebben, zoals verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperkingen, of stoornissen in het autistisch spectrum. Vaak is sprake van meerdere, samenhangende problemen. Dit maakt de diagnose, behandeling en ondersteuning complex en vraagt om de betrokkenheid van een multidisciplinair team.

In principe komt de meerderheid van deze kinderen uiteindelijk bij de juiste professionals terecht en ontvangt passende zorg. Het grootste probleem ligt echter in de vertraging tussen de eerste signalering van problemen en het daadwerkelijk krijgen van hulp. Er zijn twee belangrijke oorzaken: het ontbreken van een integrale, multidisciplinaire beeldvorming en de lange wachttijden in de zorg.

Voor jonge kinderen is tijdige hulp cruciaal. Zonder ondersteuning of behandeling stagneert hun ontwikkeling in een kritieke levensfase. Dit verkleint de kans op een passende plek in het onderwijs en op volwaardige participatie in de maatschappij. Wanneer zorg te lang uitblijft, kan de problematiek verergeren en kunnen nieuwe problemen ontstaan. Het gevolg is dat intensievere of langduriger zorg nodig wordt, wat zowel voor het kind en gezin als voor de maatschappij extra belastend is.

Daarom is het noodzakelijk dat multiproblematiek bij jonge kinderen niet alleen zo vroeg mogelijk wordt gesignaleerd, maar dat de juiste ondersteuning ook snel wordt ingezet. Dit vraagt om een goede samenwerking tussen professionals uit verschillende disciplines, zodat zij samen een volledig beeld van het kind en zijn context kunnen vormen. Daarnaast is specifieke expertise over het jonge kind onmisbaar om passende interventies te kunnen bieden.

**Samengevat:** het knelpunt ligt niet zozeer in het ontbreken van zorg, maar in de vertraging voordat passende zorg start. Juist in die cruciale fase kan IVH het verschil maken door vroegtijdige signalering, multidisciplinaire samenwerking en expertise samen te brengen.

### 4.1 De visie achter de interventie

IVH staat voor een samenhangende, vroegtijdige en gezinsgerichte aanpak voor jonge kinderen (0-6 jaar) met meervoudige ontwikkelingsachterstanden en/of gedragsproblemen. Onze visie is dat elk kind, ongeacht complexiteit van de problematiek, de kans moet krijgen zich optimaal te ontwikkelen binnen een veilige, ondersteunende en begrijpende omgeving. Deze omgeving wordt gevormd door het kind, de ouders en een netwerk van deskundige professionals die vanuit verschillende domeinen samenwerken als één geheel.

#### 1. Het kind centraal, ouders in de regie

In IVH staat het kind centraal, maar ouders zijn onmisbare partners. Zij zijn volwaardige leden van het multidisciplinaire team en houden de regie over beslissingen rond de zorg voor hun kind. Door middel van shared decision making worden zij actief betrokken bij diagnostiek, het opstellen van een adviesplan en het kiezen van passende ondersteuning.

#### 2. Vroegsignalering als sleutel tot preventie

Hoe eerder een kind met ontwikkelingsproblemen wordt gesignaleerd, hoe groter de kans op een positieve ontwikkelingslijn. Daarom zet IVH stevig in op vroegsignalering op alle plekken waar jonge kinderen komen: consultatiebureaus, kinderopvang, onderwijs en wijkteams. Professionals zijn getraind om signalen te herkennen en tijdig te verwijzen.

### 3. Samenwerking over domeinen heen

IVH overstijgt sector- en domeingrenzen. Gezondheidszorg, onderwijs en sociaal domein komen samen in een multidisciplinair team dat kennis en expertise bundelt. De kracht van IVH ligt in deze integrale samenwerking, waarin professionals elkaar kennen, aanvullen en versterken in het belang van het kind en gezin.

### 4. Trajectbegeleiding: continuïteit en vertrouwen

Een vaste trajectbegeleider ondersteunt het gezin gedurende het hele proces: van de eerste signalering tot nazorg. Deze persoon zorgt voor afstemming tussen alle betrokkenen en biedt ouders houvast, overzicht en psychosociale ondersteuning. Dit vergroot het vertrouwen van ouders en vermindert 'shopgedrag' in de zoektocht naar passende hulp.

### 5. Lokale inbedding, regionale samenwerking

IVH wordt lokaal georganiseerd met oog voor de regionale context. Gemeenten spelen hierin een regierol, maar de schaal van samenwerking kan regionaal zijn wanneer specifieke expertise vereist is. Lokale netwerken zijn afgestemd op de behoeften van gezinnen in de regio.

### 6. Deskundigheid en kwaliteit als fundament

Deskundige professionals zijn cruciaal voor het succes van IVH. Door regelmatige scholing, intervisie en kennisuitwisseling blijven zij op de hoogte van de nieuwste inzichten over het jonge kind. Kwaliteit wordt structureel geborgd via monitoring, feedback van ouders en landelijke kennisdeling.

### 7. Effectief, duurzaam en maatschappelijk verantwoord

IVH is niet alleen inhoudelijk effectief, maar ook kostenefficiënt. Het voorkomt zwaardere problematiek, verkort wachttijden en leidt sneller naar passende hulp. Dit levert maatschappelijke baten op in de vorm van minder uitval in onderwijs, lagere zorgkosten en grotere participatie van ouders in de samenleving.

#### Samenvattend:

Onze visie is dat IVH een noodzakelijke en waardevolle investering is in de ontwikkeling van jonge kinderen met complexe problematiek. Door samenwerking, vroegsignalering, ouderbetrokkenheid en deskundige begeleiding kunnen we samen een fundament leggen voor een kansrijke toekomst voor ieder kind. IVH is geen losse interventie, maar een manier van denken en werken: kindgericht, gezinsgericht, integraal en toekomstgericht.

## 4.2 Verantwoording: wat werkt en waarom werkt het?

### Probleem en doel

Jonge kinderen (0-6 jaar) met multiproblematiek krijgen vaak te laat passende hulp. Ondanks beschikbare zorg ontstaat vertraging door gebrekkige signalering, onvoldoende multidisciplinaire samenwerking, wachttijden en versnippering van zorg. IVH verkort deze vertraging door vroegsignalering te koppelen aan gecoördineerde ondersteuning, met trajectbegeleiding en multidisciplinair overleg als kern.

### Werkzaamheid van de aanpak – waarom werkt het?

De aanpak van IVH is onderbouwd met theoretische en empirische kennis:

- **Ketenzorgmodel (WHO, Piquer-Martinez et al.):** IVH functioneert als een 'individueel ketenzorgmodel' met case-management. Dit leidt aantoonbaar tot betere zorgtoeleiding, hogere cliënttevredenheid en efficiëntere inzet van middelen.
- **Vroegsignalering en preventie:** Vroege interventie bij jonge kinderen is kosteneffectief en vergroot ontwikkelkansen aanzienlijk. IVH sluit aan bij wetenschappelijk onderbouwde inzichten over het belang van vroege interventies (NRC, Institute of Medicine, MEE).

- **Procevaluatie (2025):** Onderzoek toont aan dat IVH daadwerkelijk leidt tot snellere en betere toeleiding, minder frustratie bij ouders, versterking van het netwerk en beperking van inzet van zwaardere zorg op lange termijn.

### Werkzame elementen van IVH

De volgende elementen zijn cruciaal en mogen bij aanpassing van de interventie niet ontbreken:

1. **Trajectbegeleiding** naast het gezin – bewaking van continuïteit, regie en afstemming.
2. **Multidisciplinair overleg (MDO)** – gedeeld beeld en integraal zorgplan.
3. **Expertise op het jonge kind** – specifieke diagnostiek en passende adviezen.
4. **Onafhankelijkheid van betrokken professionals** – voorkomen van belangentegenstellingen.
5. **Ouders als actieve regiepartner** – versterken van eigen kracht.
6. **Regionale inbedding** – aansluiting bij lokale netwerken en voorzieningen.

### Conclusie

IVH is een doordachte en theoretisch onderbouwde interventie die zich richt op aantoonbaar beïnvloedbare factoren in de jeugdzorg voor jonge kinderen met multiproblematiek. Door vroegtijdige signalering te koppelen aan multidisciplinaire advisering, deskundige begeleiding en versterking van het netwerk rond het gezin, wordt de kans aanzienlijk vergroot dat kinderen tijdig passende hulp krijgen. Daarmee wordt voorkomen dat problematiek verergert, en wordt de kans op een gezonde ontwikkeling en maatschappelijke participatie vergroot. De doelgroep is zorgvuldig gekozen en sluit direct aan op de kern van het gesignaleerde probleem.

**Kortom:** IVH werkt, omdat het op het juiste moment de juiste mensen rond het kind verzamelt – en hen op effectieve wijze laat samenwerken.

## 5. Praktijkervaringen

### 5.1 Een praktijkvoorbeeld

Onderstaand een waargebeurde casus uit de praktijk:

Amy is een meisje van bijna 2½ jaar oud dat zich anders ontwikkelt dan haar leeftijdsgenootjes. Bij een bezoek aan het consultatiebureau valt op dat haar ouders wat wantrouwend binnenkomen. Amy reageert niet goed op haar naam, maakt weinig oogcontact, praat nog niet en lijkt vooral haar eigen gang te gaan. Ook tijdens het consult lukt het de jeugdarts niet goed om contact met haar te krijgen of kleine taakjes met haar uit te voeren.

De moeder van Amy geeft voorzichtig aan dat ook de pedagogisch medewerkers van de peuterspeelzaal zich zorgen maken over Amy's ontwikkeling, met name haar achterblijvende spraaktaalontwikkeling en haar manier van contact maken. De jeugdarts herkent deze zorgen en bespreekt met de ouders de mogelijkheden voor ondersteuning. Ze stelt voor om Amy aan te melden bij IVH, een team dat kan meedenken over onderliggende oorzaken van ontwikkelingsproblemen. De ouders stemmen hiermee in.

Tijdens het eerste gesprek met de trajectbegeleider van IVH geven de ouders aan dat ze de opvoeding van Amy uitdagend vinden. Ze begrijpen vaak niet wat Amy wil en ervaren weinig contact met haar. Ze hebben al van alles geprobeerd om haar spraak te stimuleren, maar zonder resultaat. De situatie maakt hen machteloos en onzeker.

Het IVH-team verzamelt informatie bij verschillende betrokkenen, waaronder de peuterspeelzaal, de logopedist, de huisarts en de JGZ. Hieruit blijkt dat Amy op meerdere plekken moeite heeft met contact maken en dat de basisvoorwaarden voor communicatie nog niet voldoende aanwezig zijn. Zowel de logopedist als de peuterspeelzaal geven aan dat Amy meer begeleiding nodig heeft dan momenteel geboden kan worden. De peuterspeelzaal twijfelt zelfs of zij de juiste plek is voor Amy.

Tijdens het multidisciplinair overleg zijn de ouders samen met Amy aanwezig. Alle verzamelde informatie wordt besproken, en het team bevestigt dat Amy een ontwikkelingsachterstand heeft ten opzichte van leeftijdsgenoten. Er wordt gekeken naar wat Amy nodig heeft om zich zo goed mogelijk te kunnen ontwikkelen.

Ouders geven aan graag meer duidelijkheid te willen over waarom Amy zich anders ontwikkelt en hoe groot haar achterstand is. Het IVH-team stelt daarom voor om een ontwikkelingsonderzoek te doen, zodat er meer inzicht komt in haar situatie en een juiste plaatsing in een behandelgroep kan worden bepaald. Daarnaast wordt geadviseerd om Amy te laten onderzoeken bij het Audiologisch Centrum om gehoorproblemen uit te sluiten als mogelijke oorzaak van haar vertraagde spraakontwikkeling. De ouders vinden dit een belangrijk en logisch advies.

Uit het onderzoek komt naar voren dat Amy een aanzienlijke ontwikkelingsachterstand heeft. Ook worden er signalen gezien die kunnen wijzen op een vorm van autisme. Deze boodschap is emotioneel zwaar voor de ouders.

Verder komt naar voren dat Amy gebaat zou zijn bij een kleine behandelgroep met specialistische begeleiding. Het team adviseert om een aanmelding te doen bij een vroegbehandelgroep: een kleine behandelgroep met specialistische begeleiding die kan inspelen op de specifieke behoeften van Amy. De wachtlijsten bij deze groepen zijn lang. Daarom adviseert het team in de tussentijd om ambulante hulp in te zetten, zowel thuis als op de peuterspeelzaal. Deze hulp richt zich op het stimuleren van spel, sociaal contact en communicatie. Ook krijgen de ouders praktische handvatten om thuis met Amy te oefenen.

De trajectbegeleider bespreekt de uitslag zorgvuldig met hen en ondersteunt hen in het vervolgproces.

Op basis van de uitslagen wordt bepaald welke vroegbehandelgroep het best past bij Amy. De trajectbegeleider blijft nauw betrokken bij het gezin. Ze helpt bij aanmeldingen, verwijzingen en ondersteunt ouders bij het verwerken van de diagnose. Tot slot meldt zij het gezin aan bij het lokale jeugdteam, zodat de ontwikkeling van Amy ook na plaatsing in de vroegbehandelgroep structureel gevolgd kan worden en passende hulp beschikbaar blijft.

De ouders kijken positief terug op het IVH-traject: zij voelden zich gehoord en gesteund, kregen vertrouwen in hun eigen kracht en voelen zich beter toegerust om Amy in de opvoeding te begeleiden.

## 6. Adres

Integrale Vroeghulp (IVH)  
Nederland Centrum Jeugdgezondheid, NCJ  
Churchillaan 11  
3527 GV Utrecht  
Tel. 030-760 04 05  
E-mail: [secretariaat@ncj.nl](mailto:secretariaat@ncj.nl)

