

Integrale Vroeghulp

Procesevaluatie

juli 2025

Madelon Meijer-Hoogveen
Anton Schreuder
Ondine Engelse



Nederlands
Centrum
Jeugdgezondheid

Inhoud

Samenvatting	3
Aanleiding	5
Methode/werkwijze	5
Resultaten: vragenlijsten	6
Resultaten: focusgroepen	12
Resultaten: klanttevredenheidsonderzoeken	14
Conclusies en aanbevelingen	14



Samenvatting

Integrale Vroeghulp (IVH) is een gestructureerde werkwijze voor kinderen van 0 tot 7 jaar met (een vermoeden van) meervoudige ontwikkelings- en/of gedragsproblemen¹. IVH richt zich op vroege signalering en toeleiding naar passende zorg, met een sterke focus op samenwerking met ouders en professionals. In opdracht van het ministerie van VWS is een procesevaluatie uitgevoerd naar de werkwijze, opbrengsten en knelpunten van IVH.

Doel en opzet van de procesevaluatie

Het doel van de procesevaluatie was om in kaart te brengen:

- Hoe IVH in de praktijk wordt georganiseerd;
- Wat de ervaren opbrengsten zijn voor gezinnen en professionals;
- Welke knelpunten er zijn bij de uitvoering en borging van IVH.

De procesevaluatie is uitgevoerd aan de hand van vragenlijsten die uitgezet zijn onder IVH-coördinatoren, en focusgroepen met beleidsmedewerkers bij gemeenten, IVH-coördinatoren en trajectbegeleiders.

Resultaten van de procesevaluatie

Werkwijze en kenmerken IVH

IVH wordt regionaal georganiseerd en kent verschillen in omvang en organisatorische inbedding. De gestructureerde werkwijze is opgebouwd uit zeven bouwstenen². IVH wordt georganiseerd vanuit een IVH-coördinator, die werkzaam is bij MEE, de gemeente of een Welzijnsorganisatie. De IVH-trajectbegeleider ondersteunt gezinnen bij het zoeken naar passende hulp. En in het multidisciplinair overleg (MDO) komt brede expertise samen om een zorgadviesplan te formuleren.

De kracht van IVH zit in:

- De trajectbegeleider die naast het gezin staat;
- De expertise op het gebied van het jonge kind;
- De onafhankelijke, multidisciplinaire advisering;
- De samenwerking met ouder(s)/verzorger(s).

Deze elementen zorgen voor een passende en snelle toeleiding naar zorg en versterken de eigen kracht van gezinnen.

Opbrengsten volgens de praktijk

Zowel professionals als ouders zijn positief over IVH. Zij noemen als belangrijkste opbrengsten:

- Snellere en passender toeleiding naar zorg;
- Minder frustratie bij ouders;
- Versterking van het netwerk rondom het gezin;
- Vermindering van de inzet van zware zorg op de lange termijn.

Ouders voelen zich gezien, serieus genomen en actief betrokken. Professionals ervaren dat IVH bijdraagt aan betere samenwerking en dat de advisering vanuit het MDO van meerwaarde is. Kinderen krijgen sneller passende zorg, en ouder(s)/verzorger(s) worden in hun kracht gezet om zelf oplossingen te vinden voor problemen, waardoor op de lange termijn minder zorgbehoefte is.

¹ [Infosheet Stappenplan voor gemeenten](#): goede zorg aan het jonge kind. Over het organiseren van een netwerk voor Integrale Vroeghulp.

² [Aan de slag met VVI](#). Praktijkgids voor de innovatie van Integrale Vroeghulp met VVI. December 2011.

Knelpunten in de praktijk

Tegelijkertijd zijn er ook knelpunten gesignaleerd:

- Beperkte financiële middelen kunnen leiden tot:
 - Wachttijden voor een IVH-traject door personele tekorten.
 - Tekort aan expertise in het IVH-team.
 - Beperkte mogelijkheden voor deskundigheidsbevordering.
- Er is variatie tussen gemeenten in het gebruik van de bouwstenen van IVH.
- De taal en werkwijze van IVH sluiten niet altijd goed aan bij gezinnen met een migratieachtergrond.
- Wachttijden bij zorgaanbieders beperken de effectiviteit van IVH en veroorzaken versnipperde initiatieven voor overbruggingszorg.
- Er is geen landelijke normering voor registratie en kwaliteitsbewaking, en cijfers over lange termijn follow-up na IVH ontbreken.

Aanbevelingen voor de toekomst

Om IVH duurzaam te behouden en verder te ontwikkelen worden de volgende randvoorwaarden aanbevolen:

- Borg structurele financiering van de coördinatie, trajectbegeleiding en het MDO. Investeer in voldoende capaciteit en deskundigheid.
- Zorg voor landelijke kaders in de vorm van een goed beschreven en onderbouwde methode, met ruimte voor lokale verschillen in de uitvoering.
- Investeer in landelijke uitwisseling tussen IVH-coördinatoren en trajectbegeleiders om uniform werken te bevorderen.
- Vergroot de toegankelijkheid van IVH, onder andere door inzet van tolken en meertalige informatie materialen.
- Beperk wachttijden bij zorgaanbieders en ontwikkel landelijke overbruggingszorg.
- Zorg voor landelijke kaders voor registratie, kwaliteitsborging en deskundigheidsbevordering;

Conclusie

IVH is een krachtig en gewaardeerd instrument voor vroegsignalering en toeleiding naar zorg bij jonge kinderen met (complexe) ontwikkel- of gedragsproblemen. De meerwaarde zit in de combinatie van onafhankelijk multidisciplinair advies, expertise op het gebied van het jonge kind, en persoonlijke begeleiding. Tegelijkertijd blijkt dat verdere ondersteuning en landelijke afstemming nodig zijn om de kwaliteit en continuïteit van IVH te waarborgen.

Aanleiding

Ongeveer 1% van alle jonge kinderen (0-7 jarigen) in Nederland heeft (mogelijk) meervoudige ontwikkelings- en/of gedragsproblemen³. Integrale Vroeghulp (IVH) is een interventie die tot doel heeft om vroeg en preventief deze kinderen en hun ouder(s)/verzorger(s) te helpen. De vragen en ondersteuningsbehoefte van ouder(s)/verzorger(s) zijn hierbij leidend.

De interventie bestaat uit zeven bouwstenen⁴. Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) heeft signalen ontvangen dat deze bouwstenen niet in alle gemeenten op dezelfde manier worden uitgevoerd. Bovendien is er onvoldoende zicht op de kwaliteit van de uitvoering en de meerwaarde van IVH.

De doelstelling van deze procesevaluatie is om in kaart te brengen hoe IVH in verschillende gemeenten wordt uitgevoerd, en wat de succesfactoren en belemmerende factoren zijn voor de uitvoering van IVH. Daarvoor worden de volgende hoofd- en deelvragen beantwoord:

1. Verloopt de uitvoering van IVH in gemeenten zoals bedoeld?
 - a. Wat kenmerkt IVH?
 - b. Worden de bouwstenen uitgevoerd zoals bedoeld? Indien nee:
 - c. Wat is de reden voor het niet uitvoeren van een of meerdere van de bouwstenen?
2. Wat is het bereik van IVH?
 - a. Hoeveel gezinnen worden verwezen naar IVH?
 - b. Wordt de beoogde doelgroep bereikt? Indien nee:
 - c. Welke belemmeringen zijn er voor verwijzen naar en deelname aan IVH?
3. Hoe tevreden zijn deelnemers en uitvoerders over IVH?
 - a. Wat zijn sterke kanten van IVH?
 - b. Wat kan beter?
4. Wat zijn de succesfactoren en de belemmerende factoren voor IVH? Op het niveau van:
 - a. De interventie zelf?
 - b. De gebruikers (deelnemers en uitvoerders)?
 - c. De omgeving (organisatie en samenwerking)?

Methode/werkwijze

Beschrijving van de interventie Integrale Vroeghulp

Integrale Vroeghulp is een gestructureerde werkwijze gericht op het vroegtijdig signaleren en ondersteunen van jonge kinderen (0-7 jaar) met (een vermoeden van) meervoudige ontwikkelingsachterstanden of beperkingen, en hun ouder(s)/verzorger(s). Door de inzet van (preventieve) vroeghulp voor het kind en de ouder(s)/verzorger(s) wordt de inzet van zwaardere zorg verminderd en eventueel voorkomen⁵.

Integrale Vroeghulp bestaat uit de volgende zeven bouwstenen⁴:

- Vroegsignalering
- Multidisciplinaire diagnostiek
- Multidisciplinair adviesplan
- Informatie, advies en trajectbegeleiding
- (Preventieve) gezinsondersteuning
- Zorg en onderwijs
- Ketennetwerk

Het IVH-team bestaat uit experts van verschillende disciplines met deskundigheid op het gebied van het jonge kind.

3 [Infosheet Stappenplan voor gemeenten](#): goede zorg aan het jonge kind. Over het organiseren van een netwerk voor Integrale Vroeghulp.

4 [Aan de slag met VVI](#). Praktijkids voor de innovatie van Integrale Vroeghulp met VVI. December 2011.

5 [Infosheet Integrale Vroeghulp](#). Integraal samenwerken voor het jonge kind met Integrale Vroeghulp.

Opzet en uitvoering van de procesevaluatie

De procesevaluatie heeft plaatsgevonden van februari tot juni 2025. Er is een vragenlijst (bijlage 1) uitgezet onder 35 IVH-coördinatoren, waarvan 21 IVH-coördinatoren de vragenlijst hebben ingevuld. IVH-coördinatoren die werkzaam zijn in meerdere gemeenten (74% van de respondenten) werden gevraagd om de vragenlijst in te vullen voor de kleinste, de grootste en een middelgrote gemeente (de gemeente waarvan de eerste letter het eerst voorkomt in het alfabet). In totaal is voor 42 gemeenten de vragenlijst volledig ingevuld.

Na analyse van de vragenlijsten zijn er verdiepende vragen gesteld tijdens vier verschillende online focusgroepen aan de hand van een topiclijst (bijlage 2). De eerste focusgroep was met drie beleidsambtenaren van verschillende gemeenten, de tweede en vierde met in totaal zeven IVH-coördinatoren en de derde met zeven trajectbegeleiders. De focusgroepen werden verbatim getranscribeerd.

Daarnaast werden jaarverslagen en klanttevredenheidsonderzoeken uit 2024 opgevraagd; van vier verschillende IVH regio's hebben we deze ontvangen.

Methoden van dataverwerking en analyse

De kwantitatieve gegevens werden geanalyseerd met behulp van R en SPSS. De kwalitatieve gegevens werden onafhankelijk van elkaar gecodeerd door twee onderzoekers. Vervolgens werden de codes vergeleken en bespraken de onderzoekers de toegepaste coderingen totdat er overeenstemming was bereikt over interpretatie, duiding en verdere thema's. Hierbij is gebruikgemaakt van het 'MeetInstrument Determinanten van Innovaties' (MIDI) (Fleuren et al., 2014). De MIDI is een kort en generiek instrument dat inzicht biedt in belemmerende en bevorderende factoren van het gebruik van een innovatie.

Resultaten: vragenlijsten

In de vragenlijsten die zijn uitgezet onder IVH-coördinatoren is gevraagd naar hoe IVH georganiseerd is in hun gemeenten, hoe tevreden de IVH-coördinatoren zijn met de uitvoering en welke succesfactoren en knelpunten zij ervaren. Hieronder zijn de belangrijkste bevindingen samengevat.

IVH-team

Het grootste deel van de IVH-coördinatoren is werkzaam in een MEE-organisatie (67%) of bij een GGD of JGZ-organisatie (24%). De overige IVH-coördinatoren zijn werkzaam bij een andere Welzijnsorganisatie (5%) of bij een expertiseteam van de gemeente (5%).

De IVH-coördinatoren werken samen met trajectbegeleiders, die ook grotendeels werkzaam zijn bij een MEE organisatie (57%) en/of GGD of JGZ-organisatie (24%). Daarnaast is 29% werkzaam vanuit een lokaal Wijkteam of Toegangsteam Jeugd, en een minderheid (5%) vanuit een andere Welzijnsorganisatie.

Bij het multidisciplinair overleg (MDO) van het IVH-team sluiten in de verschillende gemeenten verschillende disciplines aan. In een groot deel van de gemeenten (83%) sluit een GGD of JGZ-organisatie aan bij het MDO. Regelmatig sluiten MEE professionals (60% van de gemeenten), kinderartsen (52% van de gemeenten), Infant Mental Health (IMH) specialisten (40% van de gemeenten) lokale Wijkteams of Toegangsteams Jeugd (45% van de gemeenten), een logopedist (48% van de gemeenten) en onderwijs (55% van de gemeenten) aan bij het MDO. In een minderheid van de gemeenten is een kinderfysiotherapeut (19%) aanwezig bij het MDO.

Doelgroep

Voor alle gemeenten geldt dat IVH wordt aangeboden aan gezinnen waarvan bij de kinderen sprake is van complexe ontwikkelingsproblematiek (achterstand of voorsprong) op meerdere gebieden. Dat kan gaan om problemen op het gebied van de motoriek, cognitie, gedrag, taal-spraakontwikkeling, sociale vaardigheden, emotionele ontwikkeling, hechting, trauma en autisme. Ook kan er een hulpvraag vanuit ouder(s)/verzorger(s) zijn op het gebied van opvoedproblemen en ouder-kindrelatie. Het grootste deel van de gemeenten (95%) richt zich op kinderen in de leeftijd van 0-7 jaar. Er zijn gemeenten die de doelgroep willen uitbreiden met kinderen van 7-12 jaar.

IVH-trajecten

In 2023 en 2024 waren er gemiddeld respectievelijk 28 (range 0-164) en 28 (range 0-165) IVH-trajecten per gemeente. Gemiddeld wordt er 29 uur (range 4-55) aan een cliënt besteed per IVH-traject. Slechts in 6% van de gevallen wijkt dit af van de opdrachtbeschrijving vanuit de gemeente. Door 22% van de IVH-coördinatoren wordt de beschikbare tijd voor een IVH-traject als te weinig ervaren. Redenen die hiervoor genoemd worden zijn: als er sprake is van multiproblematiek, een taalbarrière of LVB; als er brede diagnostiek of nazorg nodig is; en als er lange wachlijsten zijn bij de zorg waar naar verwezen moet worden.

Uitvoering

In 28 gemeenten (67%) worden alle bouwstenen van IVH uitgevoerd. De overige gemeenten gebruiken drie tot zes bouwstenen van IVH. Vroegsignalering wordt in alle gemeenten uitgevoerd. Van alle andere bouwstenen is er niet één die uitgesproken weinig uitgevoerd wordt:

Bouwsteen	Percentage gemeenten
1. Vroegsignalering	100%
2. Multidisciplinaire diagnostiek	88%
3. Multidisciplinair adviesplan	93%
4. Informatie, advies en trajectbegeleiding	93%
5. (Preventieve) gezinsondersteuning	74%
6. Zorg en onderwijs	83%
7. Ketennetwerk	93%

Redenen om niet van alle bouwstenen gebruik te maken zijn een tekort aan tijd of financiële middelen, afwegingen vanuit de gemeente om de zorg op een andere manier aan te bieden of omdat de bouwstenen niet aansluiten bij de lokale werkwijze.

“Voor gezinsbegeleiding is geen tijd en verwijzen we waar nodig.”

“Zorg en Onderwijs is meestal niet aan de orde omdat wij van 0-4 jaar zijn.”

Tevredenheid onder IVH-coördinatoren

De IVH-coördinatoren zijn (zeer) tevreden over hoe IVH wordt uitgevoerd in 64% (24/42) van de gemeenten. De IVH-coördinatoren zijn niet tevreden over hoe IVH wordt uitgevoerd in 19% (8/42) van de gemeenten. De factoren die genoemd werden als bijdragend aan het succes van IVH en de knelpunten van IVH konden worden ingedeeld volgens het Meetinstrument Determinanten van Innovaties (MIDI).

Succesfactoren

Determinant: Subjectieve norm

Als de gemeente het belang inziet van IVH, dan maakt de gemeente de afweging om IVH in te kopen. In 46% van de gemeenten heeft draagvlak bij de gemeente een (zeer) positieve invloed gehad op de uitvoering van IVH binnen de gemeente.

Determinant: Sociale steun

Een sterk IVH-team met effectieve communicatie, prettige samenwerking en gedreven professionals is belangrijk voor het succes van IVH. In 78% van de gemeenten heeft draagvlak (motivatie voor IVH) bij de uitvoerders van IVH een (zeer) positieve invloed op de uitvoering van IVH binnen de gemeente.

Daarnaast is het van belang om ook een sterk netwerk te hebben van samenwerkingspartners. Korte lijnen, vaste overlegmomenten en laagdrempelig tussentijds contact versterken de samenwerking. In 88% van de gemeenten heeft draagvlak bij de samenwerkingspartners een (zeer) positieve invloed op de uitvoering van IVH binnen de gemeente.

“Bevlogen team, zowel het team van trajectbegeleiders als de kernteamleden.”

“Prettige samenwerking tussen de netwerkpartners in het team. Collegialiteit. Commitment voor de ondersteuning aan deze jonge kinderen & gezinnen.”

“De samenwerking met de verwijzers is heel goed. Er is een goede samenwerking met het sociaal team, waardoor kinderen snel toe geleid kunnen worden naar gespecialiseerde zorg. Er is een goede samenwerking met het ZAT (Zorgadvies team) en de ziekenhuizen.”

Determinant: Zichtbaarheid uitkomsten

Zichtbaarheid van IVH bij de samenwerkingspartners zorgt ervoor dat zij het IVH-team goed weten te vinden.

“Door deelname aan Kansrijke Start zijn we breed zichtbaar bij samenwerkingspartners.”

Determinant: Formele bekrachtiging management

Duidelijke samenwerkingsafspraken helpen om de samenwerking in het IVH-team en het netwerk van samenwerkingspartners te versterken. Het vastleggen van afspraken over werkwijze, overlegmomenten en financiën schept duidelijke verwachtingen bij alle betrokkenen en zorgt ervoor dat mensen elkaar kunnen aanspreken als de afspraken niet nageleefd worden.

“Dat wij leveren wat gevraagd wordt en ons aan de gemaakte afspraken houden over bijvoorbeeld financiën.”

Determinant: Beschikbaarheid materialen en voorzieningen

74% van de gemeenten heeft een beschrijving beschikbaar van hoe IVH in de gemeente is opgezet en geïmplementeerd. De kwaliteit van de (proces)beschrijving van IVH en de kwaliteit van (intake) formulieren voor IVH hebben in veel gemeenten een (zeer) positieve invloed op de uitvoer van IVH (resp. 71% en 80%).

Determinant: Capaciteit/bezettingsgraad

Voldoende capaciteit in het IVH-team zorgt ervoor dat casuïstiek snel kan worden opgepakt. Daarnaast heeft beschikbare tijd van samenwerkingspartners in 76% van de gemeenten een (zeer) positieve invloed op de uitvoering van IVH binnen de gemeente.

Determinant: Eigen effectiviteitsverwachting

De deskundigheid van de professionals uit het IVH-team geeft vertrouwen in de uitvoer van IVH bij zowel professionals als de ouder(s)/verzorger(s). In 83% van de gemeenten had de kwaliteit van de scholing van de uitvoerders van IVH een (zeer) positieve invloed op de uitvoer van IVH. In 88% van de gemeenten hadden de competenties van de uitvoerders van IVH een (zeer) positieve invloed op de uitvoer van IVH.

“Tevreden over hoe IVH/MEE de trajecten uitvoert. IVH/MEE heeft lange samenwerking met de samenwerkingspartners en de trajectbegeleiders hebben veel ervaring om IVH trajecten uit te voeren, waarbij ouderbegeleiding heel belangrijk is.”

Determinanten: Medewerking cliënt en Tevredenheid cliënt

Samenwerken met de ouder(s)/verzorger(s) bij het maken van het adviesplan bevordert de tevredenheid onder ouder(s)/verzorger(s).

“Ouders voelen zich gezien en gehoord, krijgen erkenning.”

Knelpunten**Determinant: Zichtbaarheid uitkomsten**

Als IVH niet bekend is bij de samenwerkingspartners, dan leidt dit tot weinig aanmeldingen.

“Daarnaast zijn de andere gemeenten/eilanden, die eveneens gebruikmaken van de expertise van dit kernteam, niet of nauwelijks zichtbaar.”

“Samenwerking met verwijzers moet/kan beter, er komen weinig IVH aanmeldingen.”

Determinant: Congruentie huidige werkwijze

Soms wordt er binnen een gemeente voor gekozen om de zorg op een andere manier aan te bieden. De IVH-coördinatoren ervaren dit niet altijd als een goede oplossing voor de complexe problematiek.

“Keuze voor ZAT (Zorg advies team), kinderen worden dan niet in thuissituatie gezien, interactie ouder-kind kan daarin gemist worden.”

“Kinderen worden zonder inbreng van IVH ergens naartoe doorverwezen, zonder dat er juiste beeldvorming is gedaan.”

Als er wel voor IVH is gekozen, dan ervaren de IVH-coördinatoren de aanmeldprocedure soms belemmerend voor het opstarten van een IVH-traject.

“Ouders kunnen niet zelf aanmelden bij ons.”

“Een knelpunt is dat de gemeente bij iedere aanmelding geïnformeerd wil worden. Dit betekent dat sommige casussen geen doorgang krijgen.”

Determinant: Capaciteit/bezettingsgraad

Zoals beschikbare tijd van samenwerkingspartners een positieve invloed heeft op de uitvoering van IVH, worden wachtlijsten bij de samenwerkingspartners door IVH-coördinatoren als een knelpunt ervaren voor het kunnen aanbieden van vroeghulp. In 56% van de gemeenten hebben wachttijden voor hulpverlening volgens de IVH-coördinatoren een (zeer) negatieve invloed gehad op de uitvoering van IVH.

“IVH toeleiding via het Wijkteam proces, wat lange wachttijden heeft voordat het bij onze aanmeldbak beland.”

“Adviezen zijn moeilijk uit te voeren omdat er overal wachttijden voor zijn.”

Determinant: Vervanging bij personeelsverloop

Ook binnen de IVH-teams is het personeelsverloop een knelpunt voor een goede uitvoering van IVH. De formatie van het IVH-team is niet in alle gemeenten voldoende voor de benodigde IVH-trajecten, en bij ziekte en uitval is niet gemakkelijk vervanging te vinden.

“Te lange wachttijden doordat trajectbegeleiders ook andere taken hebben in de wijk. Te weinig formatie.”

“Een knelpunt is de kwetsbaarheid van de kernteams bij ziekte ed. Ad hoc is er vaak geen vervanging mogelijk.”

Determinant: Eigen effectiviteitsverwachting

In sommige gemeenten ervaren IVH-coördinatoren een gebrek aan expertise bij trajectbegeleiders als knelpunt voor een goede uitvoering van IVH.

“Trajectbegeleiders zijn niet getraind of extra ervaring met jonge kind problematiek (kan elke jeugd-en gezinscoach zijn).”

“Daarnaast worden soms mensen aangewezen, terwijl het niet past bij hun affiniteit en kunde.”

“Onvoldoende kennis bij trajectbegeleiders door minimale aantal casussen per jaar.”

Determinant: Beschikbaarheid materialen en voorzieningen

Door het ontbreken van een gezamenlijk digitaal dossier tussen de verschillende samenwerkingspartners ervaren de trajectbegeleiders extra administratieve last.

“Dubbele dossiervoering. Eigen structuur en dossiervoering in gemeente, naast dossiervoering IVH.”

Ook is er behoefte aan meer op maat gemaakte informatievoorziening, omdat de huidige informatievoorziening niet altijd aansluit bij de behoeften van de ouder(s)/verzorger(s). Desondanks heeft in 78% van de gemeenten de kwaliteit van de informatiefolders een (zeer) positieve invloed gehad op de uitvoering van IVH.

“De intake is erg talig voor allochtone gezinnen, en er zijn te weinig informatiefolders in andere talen, bv Oekraïensch.”

Determinant: Coördinator

In sommige gemeenten ontbreekt een coördinator, waardoor er geen overzicht is over de casuïstiek en langdurige monitoring van gezinnen achterwege blijft.

“Na MDO en advies weinig sturing en monitoring op trajectbegeleiding.”

“Er is minder zicht op doorlooptijd, geen gezamenlijke casuïstiek en teamvergadering met de consulenten, minder zicht op vervolgstappen/terugkoppeling.”

“De onderlinge verdeling van de trajecten zijn bij 2 verschillende organisaties ondergebracht terwijl de organisatie bij 1 van beide ligt en dit dus nauwelijks te coördineren.”

Determinant: Financiële middelen

Als er niet voldoende financiële middelen zijn voor de uitvoering van IVH, dan leidt dit niet alleen tot lange wachttijden en een beperkt zorgaanbod, maar ook tot het afhaken van leden van het IVH-team en samenwerkingspartners. De IVH-coördinatoren ervaren dat er dan expertise mist bij het MDO. Daarnaast ervaren de IVH-coördinatoren door de hoge werkdruk en beperkte financiële middelen dat er geen ruimte is voor kwaliteitsborging en doorontwikkeling van IVH.

“Te weinig ruimte om op maat aan te sluiten bij wat een gezin nodig heeft vanwege de financiële vergoedingen. Denk aan psycho-educatie of leveren laagdrempelige overbruggingszorg.”

“Knelpunten zijn dat de gemeente het team niet kan betalen voor hun deelname aan IVH. De partners gaan daardoor stoppen. Er moet een nieuwe expertise team komen. Dat is erg jammer.”

“Er ligt op veel zorgorganisaties druk door o.a. lange wachtlijsten, personeelstekorten & minder financiering. Dit zorgt er ook voor dat er alleen ruimte is voor de multidisciplinaire overleggen door de netwerkpartners en weinig ruimte om de kwaliteit en werkwijze te evalueren en optimaliseren & voor doorontwikkeling. Met de reden dat er geen tijd voor is o.a. doordat er geen uren beschikbaar voor zijn, omdat er geen financiering voor is.”

Determinant: Subjectieve norm

Niet alleen financiële afwegingen vanuit de gemeente hebben invloed op de uitvoering van IVH. IVH-coördinatoren ervaren ook organisatorische belemmeringen.

“Samenwerking met het gemeente team kan beter, samenwerking verloopt soms stroef omdat gemeente andere routes hanteren en alles via het gemeentelijke loket wil laten verlopen. Dit werkt vertragend, is voor ouders niet prettig en er doen vaker mensen een “plasje” over hetzelfde.”

Kwaliteitsborging van IVH

- 64% van de IVH-coördinatoren is (zeer) tevreden over de kwaliteitsborging van IVH binnen de gemeente. 14% van de IVH-coördinatoren is hier (zeer) ontevreden over.
- Als sterke punten voor kwaliteitsborging zijn genoemd:
- Vastgelegde werkprocessen en uniforme werkwijze.
- Een sterk, snel toegankelijk netwerk met goede communicatie.
- Deskundigheidsbevordering van professionals.
- Samenwerken met ouder(s)/verzorger(s).
- Structureel klanttevredenheidsonderzoek.
- Vaste evaluatiemomenten met het IVH-team en samenwerkingspartners.
- Beschikbaarheid van informatie en dataverzameling (o.a. monitoring en jaarverslagen).

Als **verbeterpunten** voor kwaliteitsborging zijn genoemd:

- Beperkte financiële middelen, waardoor:
 - Tekort aan expertise in het IVH-team.
 - Geen mogelijkheid voor deskundigheidsbevordering.
 - Beperkte mogelijkheden voor monitoring.
- Sterke wisselingen in personeel met verlies van expertise en informatie.
- Gebrek aan duidelijke functieomschrijving voor trajectbegeleiders.
- Te weinig feedback van cliënten.
 - Feedback formulieren niet structureel uitgezet.
 - Feedback formulieren niet ingevuld door ouder(s)/verzorger(s).
- Beperkt contact met samenwerkingspartners binnen en buiten de regio.
- Te weinig aansluiting bij gemeentelijke of regionale ontwikkelingen.

Toekomstverwachting IVH

In 7% van de gemeenten is er onzekerheid over de voortzetting van IVH. Overwegingen die genoemd worden om IVH eventueel niet voort te zetten zijn:

- Onduidelijkheid over het nut van IVH;
- Financiële beperkingen;
- Andere beschikbare alternatieven voor het zorgaanbod.

“De ingekochte trajecten worden steeds minder. Ze kunnen dan twijfelen of het nog wel nodig is.”

“Bezuiniging in het ravijnjaar kan van invloed zijn op de positie, inbreng en uitvoering van het kernteam IVH.”

“Het kost het wijkteam teveel tijd om trajectbegeleiding te doen (alle voorbereiding), zij zeggen de expertise zelf in huis te hebben.”

Landelijke ondersteuning IVH

Over de landelijke ondersteuning voor IVH zegt 48% van de IVH-coördinatoren dat deze (zeer) goed aansluit bij de behoeften. Slechts 5% zegt dat het slecht aansluit bij de behoeften, en de rest van de IVH-coördinatoren is neutraal. In onderstaande tabel is weergegeven hoeveel procent van de IVH-coördinatoren daadwerkelijk gebruikmaakt van de landelijke ondersteuning.

Ondersteuning	Percentage IVH-coördinatoren
Landelijke bijeenkomst voor regiocoördinatoren	55%
Handreikingen en informatie via de website www.integralevroeghulp.nl	52%
Contact met het NCJ voor informatie en advies	32%
Informatie en advies vanuit MEE	32%
Bijeenkomsten vanuit MEE	29%

De IVH-coördinatoren geven aan dat er op drie vlakken behoefte is aan meer landelijke ondersteuning:

1. Een landelijke lobby voor positionering van de interventie IVH.
2. Meer samenwerking en uitwisseling van informatie tussen IVH-coördinatoren.
3. Een lange termijn visie voor het doorontwikkelen van IVH.

Resultaten: focusgroepen

Naar aanleiding van de resultaten van de vragenlijsten zijn tijdens de focusgroepen verdiepende vragen gesteld aan beleidsambtenaren van de gemeenten, IVH-coördinatoren en trajectbegeleiders. Tijdens de focusgroepen is voornamelijk ingezoomd op wat kenmerkend is voor IVH, hoe IVH is georganiseerd, of de beoogde doelgroep bereikt wordt, en hoe de kwaliteitsbewaking is georganiseerd.

Kenmerken IVH

Op de vraag welke factoren het meest kenmerkend zijn voor het succes van IVH ten opzichte van andere samenwerkingsverbanden, worden de volgende onderdelen genoemd:

- De trajectbegeleider die naast de ouder(s)/verzorger(s) staat.

- Expertise op het gebied van het jonge kind.
- De brede multidisciplinaire blik.
- Het onafhankelijke advies.

Deelnemers van de focusgroepen ervaren dat dit bijdraagt aan hogere tevredenheid bij ouder(s)/verzorger(s), en directe toeleiding naar passende zorg. Bovendien draagt het bij aan de doelen van IVH om gezinnen op de korte termijn te helpen en in hun kracht zetten om zelf problemen aan te kunnen pakken, en daardoor op de lange termijn minder gebruik te maken van zorg.

Organisatie van IVH

De coördinatie van IVH kan vanuit de gemeente georganiseerd worden, of vanuit een externe organisatie, zoals MEE, een JGZ-organisatie, of een welzijnsorganisatie. Aan alle manieren van organiseren zitten voor- en nadelen, en de keuze wordt vaak gebaseerd op de lokale situatie. Wat in ieder geval geborgd moet worden bij het organiseren van IVH, zijn de volgende aspecten:

- Korte lijnen met verwijzers in de JGZ, kinderdagverblijven (KDV) en scholen.
- Aanwezigheid van expertise op het gebied van het jonge kind in het IVH-team.
- Nauw contact tussen het MDO en de trajectbegeleiders.
- Uniform werken binnen de regio en voorkomen van versnippering.
- Onafhankelijkheid in het advies vanuit het MDO, en voorkomen van financiële prikkels bij het advies.
- Betrekken van ouder(s)/verzorger(s) bij het advies.
- Kennis over de sociale kaart in de volle breedte (sociaal domein en 1e en 2e lijnszorg).

Bereik van de doelgroep

Verwijzingen voor IVH komen voornamelijk vanuit de JGZ en huisartsen. De gemeentelijke inkoopafdeling bepaalt wie er mag verwijzen. In enkele regio's mogen ouder(s)/verzorger(s) zich ook zelf aanmelden voor IVH.

Het KDV is een belangrijke plek waar signalering van complexe problematiek mogelijk is. Dit vraagt om korte lijnen met de JGZ en het IVH-team, waar expertise op het gebied van het jonge kind aanwezig is. Ook vraagt het investering in vakmanschap bij de medewerkers van het KDV, omdat het aangaan van gesprekken met ouder(s)/verzorger(s) als moeilijk ervaren kan worden door de medewerkers. Daardoor worden signalen bij het kind soms pas laat gecommuniceerd met ouder(s)/verzorger(s).

Ouder(s)/verzorger(s) stellen ook regelmatig zelf de verwijzing naar IVH uit. Redenen die hiervoor genoemd worden zijn enerzijds dat ouder(s)/verzorger(s) het probleem nog niet inzien (soms onder invloed van meningen van familie of vrienden), en anderzijds dat zij opzien tegen (zorg)oplossingen die ver van huis zijn.

Landelijk lijkt er een trend zichtbaar waarbij meer gezinnen van niet-Nederlandse afkomst verwezen worden naar IVH. Dit is in de meeste regio's minimaal 50% van de verwijzingen, en kan oplopen tot 75% van de verwijzingen. Het is niet duidelijk wat hiervan de oorzaak is, maar suggesties die gedaan worden zijn: dat taalproblemen sneller opvallen dan andere problemen; dat gedragsproblemen versterkt kunnen worden door beperkte taalvaardigheden; dat Nederlandse gezinnen de weg naar zorg beter weten te vinden; dat er culturele verschillen zijn in opvoeden (samen spelen, samen lezen); en dat het sociaal netwerk beperkt kan zijn.

IVH wordt, onder andere door de informatiematerialen voor ouders en het gebruik van intakeformulieren, als erg talig ervaren. Daarom is het belangrijk om te investeren in het gebruik van tolken en informatiemateriaal in meerdere talen.

De trend om de doelgroep van IVH uit te breiden naar 7-12 jaar wordt niet als wenselijk gezien, omdat dat het doel van vroegsignalering voorbij schiet. In de groep van 7-12 jaar zitten ook kinderen met multiproblematiek, en die kunnen baat hebben bij een multidisciplinaire aanpak zoals die van IVH. Maar dat moet op een andere manier gefinancierd worden, en niet ten koste van het IVH budget gaan. Wel is er behoefte aan enige flexibiliteit als de vroegsignalering tekortgeschoten is en kinderen net na de grens van 7 jaar worden aangemeld voor IVH.

Wachtlijsten

Het grote voordeel van IVH is dat het kind en de ouder(s)/verzorger(s) door de multidisciplinaire aanpak snel verwezen worden naar passende zorg. Vanwege wachtlijsten bij zorgaanbieders moet regelmatig overbruggingszorg geregeld worden. Soms ontstaan er lokale initiatieven voor overbruggingszorg, maar die stromen ook snel vol. Overbruggingszorg kan ook door de trajectbegeleiders worden aangeboden, maar dan ontstaan er wachtlijsten voor de IVH aanmeldingen. Het voordeel is wel dat er dan één vast aanspreekpunt voor ouder(s)/verzorger(s) blijft.

Ondanks de wachtlijstproblematiek voorkomt IVH nog steeds dat kinderen op de verkeerde plek terechtkomen. En mogelijk langdurig op een wachtlijst staan voor niet-passende zorg, om dan alsnog naar passende zorg te worden verwezen.

Kwaliteitsbewaking IVH

De meeste IVH regio's presenteren een jaarverslag aan de gemeente. Voor dit jaarverslag worden cijfers bijgehouden over de hoeveelheid verwijzingen, wie verwijst en met welke reden; welke samenwerkingspartners er betrokken zijn bij IVH; hoe lang een IVH-traject duurt; welke adviezen er gegeven worden; de wachttijden voor een zorgtraject; en hoe tevreden ouder(s)/verzorger(s) zijn met het gegeven advies. Lange termijn follow-up ontbreekt, en is moeilijk te verkrijgen omdat trajectbegeleiders na de verwijzing naar passende zorg niet meer aansluiten bij multidisciplinaire overleggen en geen terugkoppeling krijgen van de zorgverlener waar naar verwezen is. Elke IVH-regio bepaalt zelf welke cijfers er bijgehouden worden voor het jaarverslag. Er is geen landelijke normering.

Er is behoefte aan landelijke kaders voor IVH, met name dat de methode goed beschreven wordt. Dit kan bijdragen aan de kwaliteit van de uitvoer van IVH en stimuleert uniform werken waardoor gezondheidsverschillen voorkomen kunnen worden. Er moet wel ruimte blijven voor verschillen in de lokale uitvoering.

Daarnaast is er behoefte aan meer informatiemateriaal waarin het nut van IVH wordt aangetoond. Dit helpt om bekendheid te geven aan IVH bij de inkoopafdelingen van gemeenten, maar ook bij professionals en ouder(s)/verzorger(s).

Resultaten: klanttevredenheidsonderzoeken

Er zijn klanttevredenheidsonderzoeken verkregen van vier grote IVH-regio's, verspreid over Nederland. De tevredenheid van ouders met IVH is in alle regio's hoog (spreiding rapportcijfer 8,7-9,5). Van twee regio's was verdiepende informatie beschikbaar. Ouders geven de hoogste waardering voor de trajectbegeleider als vast aanspreekpunt. Daarnaast worden het multidisciplinaire advies en de uitvoerbaarheid daarvan door de meeste ouders hoog gewaardeerd. Sommige ouders vinden het moeilijk om informatie over IVH en het IVH-team te vinden. En sommige ouders ervaren frustratie vanwege wachtlijsten bij de geadviseerde zorg. Deze ouders ervaren daardoor dat niet alle geadviseerde zorg mogelijk is. Ook hebben sommige ouders behoefte aan betere follow up. In meerdere IVH regio's vult maar een klein gedeelte van de ouders de vragenlijst voor het klanttevredenheidsonderzoek in.

Conclusies en aanbevelingen

Zowel ouder(s)/verzorger(s) als professionals zijn heel erg tevreden over IVH. De meerwaarde van IVH is vooral het onafhankelijke advies vanuit een multidisciplinair team met expertise op het jonge kind, in combinatie met het samenwerken met ouder(s)/verzorger(s). Daardoor krijgen kinderen sneller passende zorg, en worden ouder(s)/verzorger(s) in hun kracht gezet om zelf oplossingen te vinden voor problemen, waardoor op de lange termijn minder zorgbehoefte is.

Het succes van IVH valt of staat dan ook bij het investeren in voldoende capaciteit en deskundigheid van de IVH-coördinator, het MDO en de trajectbegeleider. De IVH-coördinator heeft voldoende tijd nodig om de samenhang in het ketennetwerk, het overzicht van casuïstiek en de lange termijn follow-up te borgen. Investerings in het MDO zijn nodig om te borgen dat samenwerkingspartners aangehaakt blijven en dat de expertise op het jonge kind en de brede multidisciplinaire blik aanwezig blijft. Voor de trajectbegeleiders is het belangrijk dat er ruimte is voor flexibele invulling van het IVH-traject en het ontwikkelen van de benodigde competenties. Al deze investeringen dragen bij aan het verhogen van de kwaliteit van IVH.

Daarnaast zijn investeringen nodig om de wachttijden bij zorgaanbieders terug te dringen, en om goede landelijke overbruggingszorg te ontwikkelen. Vroegsignalering is alleen nuttig als dit opgevolgd wordt door vroeghulp, in de vorm van passende zorg. Alleen dan kan inzet van zwaardere zorg worden voorkomen.

Om uniform werken in alle IVH-regio's te bevorderen is het nodig dat er landelijke kaders komen voor IVH. Een goed beschreven en onderbouwde methode, met ruimte voor lokale verschillen in de uitvoering, draagt bij aan de kwaliteit van uitvoer van IVH. Daarnaast is het belangrijk om te investeren in meer landelijke uitwisseling tussen IVH-coördinatoren en trajectbegeleiders.

Tenslotte is er behoefte aan het meer specifiek maken van het nut van IVH. Dat kan enerzijds door informatie materiaal te ontwikkelen voor zowel gemeenten, als professionals en ouder(s)/verzorger(s). Anderzijds kan door het verzamelen van (landelijke) cijfers over IVH het effect van IVH zichtbaar worden gemaakt. Dat betekent dat er landelijke normering nodig is over welke cijfers er verzameld worden, en dat er geïnvesteerd moet worden in de lange termijn follow-up van IVH.

Conclusie

Integrale Vroeghulp is een unieke en succesvolle werkwijze om meervoudige ontwikkelings- en/of gedragsproblemen vroegtijdig te signaleren bij kinderen van 0 tot 7 jaar en om (preventieve) vroeghulp te kunnen bieden aan het kind en ouder(s)/verzorger(s). Hierdoor wordt zwaardere zorg voor deze kinderen verminderd en eventueel voorkomen. Investerings in de verdere ontwikkeling, borging en uniformering van IVH kunnen bijdragen aan de kwaliteit van de uitvoering en aan het aantonen van het effect van IVH.



Nederlands
Centrum
Jeugdgezondheid