



Gemeente Nijmegen

Versterkingskansen keten Jonge Kind in Nijmegen

Dock4& Organisatieadvies in Zorg

Eveline Schavemaker/ Jan van Gorp

September 2019

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Inleiding	3
2. Preventief aanbod	7
2.1 Aanbevelingen preventief aanbod	13
3. Vindplaatsen en verwijroutes	15
3.1 Aanbevelingen vindplaatsen en verwijroutes	18
4. Regie ouders	20
4.1 Aanbevelingen regie ouders	21
5. Functioneren sociaal wijkteam en IVH	22
5.1 Overlap in functies	26
5.2 Aanbevelingen sociaal wijkteam, IVH en dubbelingen in functies	29
6. Aanwezige expertise bij professionals	33
6.1 Aanbevelingen expertise bij professionals	34
7. Onderwijs en zorg	36
7.1 Aanbevelingen onderwijs en zorg	38
8. Aanbevelingen in een tijdspad	39
Bijlage 1 De 7 bouwstenen van integrale vroeghulp	41
Bijlage 2: Overzicht interviews en gesprekstafels	42
Bijlage 3: Wachttijden SWT	45
Bijlage 4: Overzicht gezinsondersteuning door aanbieders	46
Bijlage 5: Afkortingenlijst	47

1. Inleiding

Aanleiding

De gemeente Nijmegen kent diverse voorzieningen en actoren die zich richten op het bieden van optimale ontwikkelingskansen aan het jonge kind (0 tot 7 jaar). Deze actoren zijn zowel actief in het voorveld van vrij toegankelijke voorzieningen als voor individuele voorzieningen die de gemeente verstrekt met behulp van een beschikking én op het snijvlak tussen deze domeinen: de toegang tot de jeugdhulp. De gemeente Nijmegen vraagt Dock4& Organisatieadvies om deze keten tegen het licht te houden, met een focus op de doelgroep 0 tot 4 jaar.

Voor de uitvoering van dit onderzoek heeft de gemeente Nijmegen een aantal aanleidingen:

- Er is een gestage groei van het aantal beschikkingen en jeugdhulpproductie bij, met name, de voorzieningen begeleiding en dagbehandeling ten behoeve van jonge kinderen.
- De gemiddelde kosten van de jeugdhulp zijn het hoogst bij jonge kinderen.
- Er zijn signalen over overlap en lacunes in aanbod en functies bij de betrokken partijen en onvoldoende onderlinge afstemming rondom casussen.¹

De focus van het onderzoek ligt op de kwaliteit, effectiviteit en efficiëntie van het netwerk voor preventie en vroeghulp, ook wel Integrale Vroeghulp (IVH) genoemd. Dit netwerk is verantwoordelijk voor het voorkomen, signaleren en ondersteunen van problemen rond de ontwikkeling van kinderen van 0 tot 7 jaar met (dreigende) ontwikkelingsachterstanden als gevolg van een beperking, gedragsproblemen en/of een chronische ziekte. Daarnaast bekijken we ook andere actoren die een rol spelen in de keten van het jonge kind.

Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is het benoemen van mogelijkheden en kansen richting gemeente en partners om dit veld te versterken én het formuleren van contouren en uitgangspunten voor een verbeteraanpak. Deze inzichten kan de gemeente benutten enerzijds voor de implementatie van *quick wins* en anderzijds voor de bestuurlijk gewenste herinrichting van het lokale stelsel van welzijn en zorg in 2021, de zogenaamde stelselwijziging. Daarbij staan onder meer de gebieds- en vindplaatsgerichte organisatie en bekostiging van welzijn en zorg centraal.

Vraagstelling

In deze rapportage formuleren we antwoorden op onderstaande drie hoofdvragen:

1. Wanneer we de Nijmeegse vroeghulp afzetten tegen de **meetlat van de zeven bouwstenen** van Integrale Vroeghulp, welke sterke en zwakke aspecten, welke kansen en bedreigingen kunnen we dan benoemen?
2. Wat is de **kwaliteit** van het functioneren van de Nijmeegse keten rond het jonge kind afgezet tegen onderstaande kwaliteitscriteria? Waar liggen verbeterkansen en hoe kunnen deze worden verzilverd?
 - Ouders hebben zo veel mogelijk de regie in de gehele keten.

¹ De quickscan Vroeghulp in Nederland geeft een landelijke trend bij gemeenten weer. Het gaat met name om coördinatie van het ketennetwerk jonge kind, multidisciplinair overleg en advies en trajectbegeleiding. Ook lijkt er sprake van een landelijk patroon van versnippering en een verlies aan kennis en expertise. (<https://integralevroeghulp.nl/news/view/57212205/resultaten-quickscan-2018-283-gemeenten-brengen-vroeghulp-in-beeld>. Geraadpleegd juni 2019.)

- De ingang tot expertise en hulp ten behoeve van het jonge kind en vroeghulp is laagdrempelig en herkenbaar voor ouders én verwijzers.
- De wachttijden zijn beperkt en er vindt geen herhaling plaats van onderzoeken en eerdere inzichten.
- Expertise over ontwikkelings- en/of gedragsvragen bij jonge kinderen is bij alle professionals van de kernpartijen aanwezig en de sociale kaart is bij hen bekend. Deze expertise wordt geborgd, gedeeld en geactualiseerd.

3. Is de vorm van samenwerking passend bij het doel dat men wil bereiken?

Werkwijze

Integrale Vroeghulp is een essentieel onderdeel van de keten als effectief preventief en voorliggende voorziening. Om kinderen snel en goed te helpen (doen wat nodig is) en zware en dure vormen van zorg te voorkomen. Dat vraagt om goede samenwerking en een gezamenlijke visie.

Voor de vraag van de gemeente zoeken we een evenwicht tussen enerzijds het 'terugkijken': hoe komt het dat het zo verlopen is? Wat is er wel of niet tot stand gekomen in de samenwerking binnen de keten? Wat zijn de factoren waardoor onderdelen uit de zeven bouwstenen niet tot stand zijn gekomen? En anderzijds het 'vooruitkijken': waar staat de keten van het jonge kind in Nijmegen over twee jaar? Welke bijdrage kunnen de betrokken organisaties hieraan leveren? Daarvoor hebben we zo veel mogelijk partijen in de keten bevraagd.

Om een beeld te krijgen van de keten jonge kind en antwoorden te kunnen formuleren op de vraagstelling bestond het onderzoek uit een aantal stappen.

Stap 1; de partijen in de keten Jonge Kind in beeld brengen

De gemeente heeft de partijen die een rol spelen in de keten voor het jonge kind in beeld en aangedragen. Er is onderscheid gemaakt tussen kernpartijen die deelnemen aan het IVH-MDO en de overige partijen die een rol spelen in de keten van het jonge kind.

Kernpartijen IVH

Het sociaal wijkteam (SWT) in Nijmegen draagt zorg voor de uitvoering van hulp voor jeugd en Wmo voor inwoners van 0 – 100+ jaar. Voor de jeugdhulp werken IVH-casemanagers en jeugdmedewerkers in het sociaal wijkteam. Daarnaast is er een IVH-coördinator vanuit MEE actief in gemeente Nijmegen.

De zogenaamde kernpartijen participeren in IVH, dit zijn:

De sociaal wijkteams van Sterker sociaal werk (en daarmee de IVH-casemanagers), MEE Gelderse Poort (IVH-coördinator), GGD / JGZ (Kijk op Kleintjes en jeugdartsen) en Passende Kinderopvang (PKO). Deze zijn primair actief voor het jonge kind. In het MDO participeren daarnaast een jeugdarts van GGD Gelderland zuid, een orthopedagoog vanuit zorgaanbieders Unik of Driestroom, een orthopedagoog van Kentalis, en een psycholoog of systeemtherapeut van Karakter, de IVH-coördinator en de IVH-casemanager. Zij vormen de schil rondom de genoemde kernpartijen. Ouders zijn altijd betrokken bij besprekingen.

Partijen keten Jonge Kind

Naast de kernpartijen IVH en de partijen in het MDO zijn veel andere partijen betrokken in de keten van het jonge kind. Deze partijen zijn:

- Welzijnswerk van Bindkracht 10 en Sterker.
- Kinderopvang KION, VONK (Verenigde Organisaties van Nijmeegse Kinderopvang).
- Basisscholen.
- Passend onderwijs.

- Zorgaanbieders zoals Driestroom, Unik, St. Liz, Entrea, Pluryn.
- Kentalis.
- St. Maartenskliniek en St. Maartensschool.
- Huisartsen (en Praktijk Ondersteuner Huisartsenzorg - Jeugd).

In Nijmegen is ook een samenwerkingsverband actief

- SWV Stromenland (passend onderwijs PO).

Ten slotte noemen we ook een aantal relevante innovatieve projecten

- Passende Kinderopvang (PKO).
- De School als Vindplaats (DSAV).

Stap 2; documentenstudie

De leidraad voor het onderzoek vormen de 7 bouwstenen van Integrale Vroeghulp (zie bijlage 1). Op basis van deze bouwstenen en de geformuleerde onderzoeksvragen zijn documenten door de gemeente beschikbaar gesteld en opgevraagd bij de ketenpartijen.

Deze documenten zijn bekeken op basis van een aantal vragen:

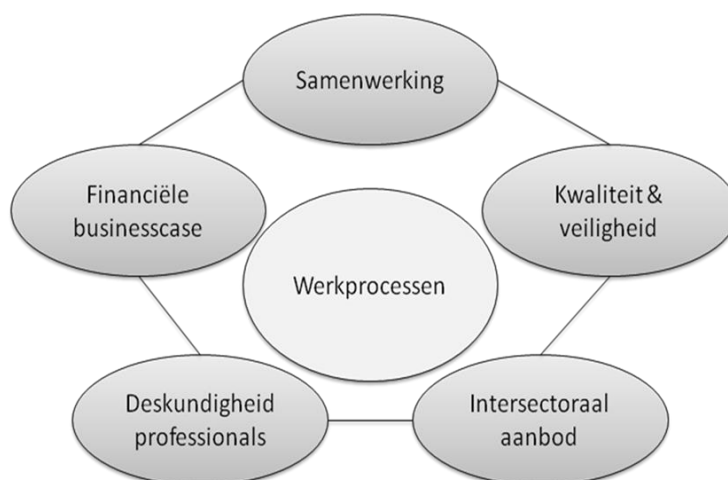
- Hoe is het georganiseerd? Wat is daarvan vastgelegd? Zoals over de werkwijze van de keten, caseload, het MDO, taakverdeling en werkafspraken tussen professionals.
- Hoe functioneert het? Zoals doorlooptijd, wachttijd, over hoeveel kinderen gaat het, afstemming vraag en aanbod, evaluaties van cliënt en professionals, functioneren van samenwerkingsverbanden.

Tijdens de interviews is verder navraag gedaan naar informatie die we niet of gedeeltelijk uit de documenten hebben kunnen halen.

Stap 3; interviews

De derde stap in het onderzoek was het houden van interviews met de partijen in de keten van het jonge kind. Groepsinterviews en individuele interviews zijn gehouden met zowel managers, beleidsmedewerkers als uitvoerend professionals. Deze interviews waren semigestructureerd. Voor een volledig overzicht van de interviews zie bijlage 2.

Voor de analyse van de interviews maken we gebruik van het onderstaande conceptuele model.



Het model is helpend bij het evenwichtig in beeld brengen van het vraagstuk.

- Samenwerking voorliggend veld / jeugdhulp: effectiviteit, gezamenlijk doel & visie, rol aanbieders en noodzakelijke voorwaarden.
- Kwaliteit en veiligheid: tevredenheid partijen, inventarisatie risico's, borging kwaliteit en veiligheid, betrokkenheid aanbieders.
- Intersectoraal aanbod: afstemming tussen partijen voor kansen voor nieuw aanbod.
- Deskundigheid professionals: expertise voorliggend veld, benutting expertise, borging deskundigheidsniveau.
- Businesscase: toetsen van aannames (snelheid, efficiency, gebruik jeugdzorg) door 'ist' situatie te vergelijken met 'sol' situatie.

Stap 4; ronde tafels

In een tweetal ronde tafelbijeenkomsten zijn de bevindingen en aanbevelingen gepresenteerd aan en bediscussieerd met de geïnterviewden medewerkers uit de jeugdsector. De uitkomsten hiervan zijn meegenomen in deze rapportage.

Leeswijzer

Het onderzoek vond plaats aan de hand van de 7 bouwstenen van IVH. Vanwege beter lezersgemak en ter voorkoming van overlap en herhaling van de bevindingen en aanbevelingen kiezen we ervoor om deze te clusteren in een aantal thema's. De thema's met ieder eigen aanbevelingen leest u in de hoofdstukken 2 tot en met 7. In hoofdstuk 8 beschrijven we de aanbevelingen geclusterd. Wat kan op korte termijn en wat dient op de midden lange termijn opgepakt worden. In de hoofdstukken verwijzen we naar de verschillende bijlagen. Deze rapportage bevat vele afkortingen, u vindt een afkortingenlijst in bijlage 5.

2. Preventief aanbod

In de keten van het jonge kind in Nijmegen bieden meerdere organisaties preventief aanbod aan. Onder preventief aanbod verstaan wij diensten aan jonge kinderen en gezinnen die als algemene voorziening zonder beschikking vrij toegankelijk zijn. Deze diensten helpen de ontwikkeling van het kind te stimuleren en ondersteunen ouders bij de opvoeding.

Preventief aanbod kan worden ingezet wanneer ouders of anderen signaleren dat er mogelijk sprake is van ontwikkelingsachterstand of opvoedingsvraagstukken. Door de inzet van lichte, preventieve, kortdurende ondersteuning kan erger worden voorkomen en draagt deze bij aan normalisering. Ook kan dit aanbod worden ingezet wanneer een intensief hulptraject niet meer nodig is, maar er misschien nog wel een vinger aan de pols moet worden gehouden. In dat geval noemen we het inzet van preventieve ondersteuning bij afschalen.

Aansluiting vraag en aanbod

Uit de interviews krijgen we een positief beeld van het preventieve aanbod in Nijmegen. Zie hiervoor overzicht 1 (op pagina 12). Zowel in het stadium van vroegsignalering als bij het afschalen van jeugdhulp. Uit de documentenstudie en interviews blijkt dat er veel preventief aanbod is op veel plekken en dat er meerdere aanbieders zijn. Er wordt door de geïnterviewden over het algemeen geen wachttijden aangegeven. Wel ontstaat de indruk uit de interviews dat het preventieve aanbod vooral aanbodgericht is.

Door het grote aanbod ontstaat ook het beeld van ‘duizend bloemen die bloeien’. Enerzijds is er daardoor veel keuzevrijheid. Anderzijds is het ondoorzichtig voor ouders en professionals. Er is ook overlap tussen sommige preventieve voorzieningen. Zoals tussen Kijk op Kleintjes (KoK), lichte hulp en PKO. Afhankelijk van de aanbieder die de vraag signaleert, wordt dan een voorziening ingezet. Mede door de grote hoeveelheid aan preventieve voorzieningen en de inzet van expertise vanuit de tweede lijn op vindplaatsen zoals de kinderopvang en de basisschool, is het risico van over problematisering van het normale leven aanwezig. Het is mogelijk dat professionals het zekere voor het onzekere nemen en vervolgens professionele ondersteuning inschakelen.

Preventief aanbod in de wijk

Niet iedere Nijmeegse wijk heeft hetzelfde preventieve aanbod. Dit betekent dat soms het kind naar een andere wijk gebracht moet worden voor ondersteuning. Sommige geïnterviewden vinden dat het aanbod in alle wijken gelijkgetrokken moet worden. Anderzijds vindt men maatwerk per wijk belangrijk en mogen er dus wel degelijk verschillen zijn. In het laatste geval vinden zij het belangrijk dat er naar de demografische gegevens of identiteit van de inwoners van de wijk wordt gekeken en daarop het aanbod wordt afgestemd.

Effectiviteit en onderbouwing van preventief aanbod

Voor de inzet van preventief aanbod voor kinderen en gezinnen zijn niet altijd de aanmeldcriteria helder. Van een beperkt aantal preventieve programma's is bekend dat ze evidenced based zijn. Een aantal preventieve programma's is opgenomen in de Databank Erkende Jeugdinterventies (DEI). Zie hiervoor overzicht 1 (zie pagina 12). Bij sommige programma's wordt met nieuwe inzichten gewerkt zoals het gebruik van symbolen en gebaren. Het is niet altijd duidelijk of en hoe evaluatie van een preventieve voorziening plaats vindt.

Het VVE+ programma evalueert met het meetinstrument CLASS aangevuld met evaluatie vanuit VINCI.² Om inzicht te krijgen in de te verwachten brede maatschappelijke en financiële effecten als gevolg van het investeren in vroeg interventie en vindplaatsgericht werken is voor PKO en DSAV in 2017 de mBC 'Vroeg interventie en vindplaatsgericht werken op school en opvang'³ opgesteld. In 2019 gaf de gemeente Nijmegen opdracht voor het onderzoeken naar de mogelijkheden om een evaluatie uit te voeren naar de vraag of de innovatieprojecten PKO en DSAV leiden tot de beoogde effecten zoals benoemd in de mBC.

Normalisatie en afschaling

De geïnterviewden werkzaam in de specialistische jeugdhulp, zoals vertegenwoordigers van de jeugd-GGZ, geven aan dat kinderen nu soms veel te laat bij hun terecht komen. Deze kinderen hebben al meerdere hulptrajecten achter de rug en de problematiek is alleen maar zwaarder geworden. Zij vinden dat welzijn meer kan betekenen bij het afschalen van hulp. Het is voor hen van belang om een preventieve voorziening in te kunnen zetten voor borging en signaleren bij terugval in problematiek. Het is onduidelijk hoe men het afschalen van hulp bepaalt en hoe men verwijst naar preventieve voorzieningen of naar de casemanager IVH voor nazorg. Geïnterviewden geven aan dat zij expertise kunnen overdragen aan Bindkracht 10 en Sterker maar dat zij ook veel van hen kunnen leren. Ook kan men meer sportclubjes of het netwerk dicht bij huis inschakelen.

Omgevingsfactoren

Er zijn signalen dat de complexiteit van problematiek in gezinnen met (jonge) kinderen toeneemt. Tijdens de interviews bevestigen verschillende professionals dit beeld. De geïnterviewden zien dat inkomen en schulden vaak een rol spelen. Zij zien complexe casussen die echter niet bij het SWT terecht komen.

Volgens het NJi (2009 en 2013) wordt een aantal kenmerken van gezinnen onderscheiden die samenhangen met het vaker voorkomen van problemen: laag inkomen, opgroeien in een eenoudergezin, niet-westerse afkomst en een laag opleidingsniveau van de moeder zijn risicofactoren. Problemen in de ontwikkeling en opvoeding van kinderen komen beduidend vaker voor bij gezinnen waar twee of meer van deze risicokenmerken aanwezig zijn. Vooral niet-westerse allochtone gezinnen in Nederland hebben vaak te maken met meerdere risicofactoren. Kinderen die wonen in een gezin met een lage sociaaleconomische status (SES)⁴ lopen meer risico problemen te krijgen. Relatief veel allochtone kinderen hebben hiermee te maken.⁵

Culturele diversiteit

Culturele problemen wordt geopperd als een andere oorzaak. De geïnterviewden noemen onder andere: schaamte bij ouders over hun kind, communicatieproblemen, opvattingen vanuit eigen cultuur, kinderen niet voor 4 jaar naar de kinderopvang laten gaan, niemand die het Nederlandse systeem uit kan leggen of ouders zijn niet de Nederlandse taal machtig. Het is niet mogelijk om een pasklaar antwoord te geven op een toenemende culturele diversiteit als mogelijke oorzaak van toename in complexe problematiek bij het (jonge) kind.

² Kinop, interne notitie 'Evaluatie van procesresultaten VVE Plus'.

³ mBC 'Vroeg interventie en vindplaatsgericht werken op school en opvang', Sinzer en gemeente Nijmegen, februari 2017.

⁴ Onder een lage SES wordt verstaan een laag opleidingsniveau van de ouders en het leven in armoede, bijvoorbeeld door werkloosheid van de ouder(s).

⁵ Factsheet Culturele diversiteit in opgroeien en opvoeden: feiten en cijfers. NJi, 2009 en 2013.

In heel Nederland maakten in 2015 in totaal 363.080 jeugdigen gebruik van enige vorm van jeugdzorg: jeugdhulp, jeugdbescherming of jeugdreclassering. In 2018 ontvingen ruim 409.000 jongeren jeugdhulp.

Daarvan wordt 95% van de zorg direct door de gemeente aan de jeugdhulpverlener vergoed. De meeste jongeren met jeugdhulp in 2018 (68%) ontvingen ambulante jeugdhulp op de locatie van de jeugdhulpaanbieder. Bijna 20% kreeg jeugdhulp van een wijk- of buurtteam van de gemeente. Het aantal jongeren met jeugdhulp dat in het eigen netwerk wordt opgevangen steeg in 2018 ten opzichte van 2017. Van de 409.000 jongeren in Nederland met jeugdhulp in 2018 had 75% een Nederlandse achtergrond, 17,5% een niet-westerse en 7,5% een westerse migratieachtergrond. Dit is een redelijke afspiegeling van alle Nederlandse jongeren. Het aandeel migrantengroepen in de (formele) preventieve programma's is klein.⁶ Jongeren die jeugdhulp met verblijf ontvingen, hadden relatief vaker een migratieachtergrond. Van hen had 22,2 procent een niet-westerse en 8,6 een westerse migratieachtergrond.⁷

Kinderen van migranten lopen vaker risico op probleemgedrag, maar maken gemiddeld minder gebruik van jeugdhulp, met name van het wijkteam en de jeugd-GGZ. Opvallend is dat kinderen van migranten minder gebruik maken van lichtere vormen van jeugdhulp en jeugd-GGZ, maar oververtegenwoordigd zijn binnen zwaardere vormen van jeugdhulp zoals de jeugdreclassering en -bescherming. Verklaringen hiervoor kunnen zijn dat ouders problemen minder herkennen, minder geneigd zijn hulp te vragen bij lichte en emotionele problemen, minder aansluiting ervaren vanuit de Nederlandse hulpverlening bij hun cultuur en achtergrond, minder goed op de hoogte zijn van het beschikbare aanbod aan (preventieve) hulp en angst hebben voor de hulpverlening en inmenging vanuit Nederlandse organisaties.⁸

De beeldvorming in Nijmegen is dat er steeds meer kinderen met een migrantenachtergrond ondersteuning ontvangen vanuit een preventieve voorziening en niet-vrij toegankelijke vormen van jeugdhulp zoals dagbehandeling. Dit staat haaks op de hierboven beschreven landelijke inzichten. Dat juist vroegtijdig kinderen met een migrantenachtergrond ondersteuning krijgen, zoals op de kinderopvang, kan zwaardere jeugdhulp later voorkomen. Dit is in die zin een positieve ontwikkeling te noemen. Tegelijkertijd geven geïnterviewden aan dat hulpverleners vastlopen in het omgaan met de grote culturele diversiteit. De vraag is of signalen van kinderen correct worden geduid bij een populatie die steeds meer divers lijkt te worden.

Stapelen van preventieve voorzieningen

Er is sprake van stapelen van preventieve voorzieningen. Een voorbeeld is Kijk op Kleintjes, VVE met Hbo-educatief ondersteuner, PKO en maatwerksubsidies voor zorgpeuters en subsidies voor het in stand houden van locaties met een hoog aandeel doelgroep peuters.⁹ De ambulante begeleiders geven aan dat een ruime meerderheid van de kinderen ook VVE heeft wanneer zij voor PKO worden aangemeld, in sommige wijken zelfs nagenoeg 100%. In 2018 hadden op de VVE+ groep (20 kinderen) 5 kinderen een PKO traject gehad.

⁶ Pharos, <https://www.pharos.nl/factsheets/opvoedondersteuning-bij-niet-westerse-migranten-en-vluchtelingengezinnen/>.

Geraadpleegd augustus 2019.

⁷ Jeugdhulp 2018 CBS (2019).

⁸ AUGEO, editie 4 september 2017. Magazine over veilig opgroeien.

⁹ Contouren voor het VVE beleid 2020, Henk Peereboom.

VVE-ondersteuning richt zich op het educatief programma op de kinderopvang en de ondersteuning van de PM'ers. Zowel de inzet van Kijk op Kleintjes, VVE als van PKO vraagt meerdere afstemmingsmomenten en verschillende gezichten voor ouders en PM'er. De overlap in functies behandelen we in hoofdstuk 5.

Zorgpeuters

In 2019 is vanuit de gemeente subsidie beschikbaar gesteld voor zogenaamde zorgpeuters. Dit bedraagt € 25.245,-. De kinderopvang (pedagogisch medewerkers) ontvangen deze subsidie voor extra contacten met ouders van 'zorgpeuters' van de gemeente. De extra contacten bestaan uit overleg met ouders, maar ook uit afstemming met ambulant begeleiders van PKO, KoK-zorgcoördinatoren, eventueel de educatief medewerker en IVH-casemanager. Deze subsidie wordt als mogelijk 'dubbelop' ervaren door de gemeente. Met de introductie van de nieuwe jeugdprofessional zal het aantal contacten van de pedagogisch medewerker met andere professionals sterk verminderen en kan de inzet van de pedagogisch medewerker weer binnen de reguliere taakomschrijving uitgevoerd worden.

VVE indicatie

Wanneer kinderen nog niet goed kunnen spreken wordt vaak gedacht aan een taalachterstand en wordt bijvoorbeeld een VVE indicatie afgegeven. De educatief medewerker van de kinderopvang besteedt dan extra aandacht aan de taalontwikkeling van de kinderen in de groep op de voorschoolse educatie. De educatief medewerker ondersteunt de PM'er in het educatieve programma. In Nijmegen zijn 43 locaties voor VVE-peuteropvang. In 2018 kwamen hier 1.239 peuters tussen 2 en 4 jaar, daarvan hadden 654 peuters (53%) een VVE-indicatie. 86% van de ouders van reguliere peuters komen in aanmerking voor kinderopvangtoeslag. Voor peuters met een VVE-indicatie komt slechts 19,7 % van de ouders in aanmerking voor kinderopvangtoeslag. Opvallend is ook dat kinderen met een PKO indicatie vaak ook een VVE indicatie hebben.

Groepsgrootte en zwaarte kinderopvang

Geïnterviewden signaleren dat in sommige wijken de groepen te groot zijn en de balans tussen kinderen *zonder* enige achterstand en *met* achterstand zoek is. Bij 20 peutergroepen is het aandeel doelgroep peuters hoger dan 70%. Deze groepen vergen extra inzet en aandacht van de pedagogisch medewerkers voor de peuter, voor overleg met zorgaanbieders en voor extra overleg met ouders.¹⁰ Geïnterviewden geven aan dat de groepen vaak te groot zijn, het eindverslag Expertiseteam Jeugd LVB (2019) bevestigt dat beeld. Tegelijkertijd wordt de deskundigheid en de vaardigheid van een aantal pedagogisch medewerkers bij de omgang met kinderen, die als problematisch ervaren gedrag vertonen, in twijfel getrokken (zie hoofdstuk 6).

¹⁰ Bron: Maatschappelijke Business Case 'Vroeginterventie en vindplaatsgericht werken op school en opvang'. Sinzer, februari 2017 en Henk Peereboom, 2019.

Sociaal medische indicatie

In de gemeente Nijmegen wordt een tegemoetkoming op basis van SMI¹¹ alleen verstrekt aan kinderen tussen de 0 en 4 jaar, die wonen in de gemeente en voor maximaal één jaar, gedurende maximaal 4 dagdelen per week, indien een peuterarrangement qua omvang niet toereikend is. Daarbij is een voorwaarde van gemeente Nijmegen dat de oorzaak van de noodzaak om een SMI aan te vragen wordt aangepakt. Dus de ouders moeten hulpverlening accepteren en samenwerken aan een plan van aanpak met een hulpverlener.

Alleen als er een nieuwe en andere oorzaak opnieuw een noodzaak vormt voor het aanvragen van een SMI, kan deze worden verlengd voor maximaal één jaar. Gemeente Nijmegen vraagt een inkomensafhankelijke bijdrage voor SMI. De SMI aanvraag wordt gemaakt en ingediend door de jeugdverpleegkundige van de GGD.¹² Alle gemeenten in Nederland kunnen binnen het landelijk vastgestelde kader eigen keuzes maken voor de inzet van de SMI.

¹¹ Sociaal Medische Indicatie (SMI) is een vangnetregeling die gemeenten de mogelijkheid geeft om gezinnen tijdelijk financieel te ondersteunen in de kosten van de kinderopvang als zij door bepaalde medische of sociale omstandigheden tijdelijk niet in aanmerking komen voor de kinderopvangtoeslag. De ouder of beide ouders kunnen niet werken door (psychische) ziekte door een crisis in het gezin. Het uiteindelijke streven is om het gezin in de positie te krijgen dat de ouders weer meedoen aan het arbeidsproces en/of er weer een opvoedingssituatie in het gezin komt die de SMI overbodig maakt. De regeling is in principe toegankelijk voor iedereen en geldt voor gezinnen met kinderen tussen de 0 en 12 jaar oud. Tot de doelgroep behoren gezinnen waarvan de ouders (tijdelijk) geen recht hebben op kinderopvangtoeslag omdat zij niet kunnen werken vanwege een sociale of medische situatie. (Bron: VNG Sociaal Medische Indicatie).

¹² Verordening Voorschoolse voorzieningen, artikel 3.1 Nijmegen.

Overzicht 1: Preventief aanbod in Nijmegen

Preventief aanbod	Databank Erkende Jeugdinterventies ¹³
Bindkracht 10 Spel aan huis 1,5 – 7 jaar	Ja, goed onderbouwd
Bindkracht 10 Voorleesexpres	Ja, goed onderbouwd
Bindkracht 10 Home-Start	Ja, effectief volgens goede aanwijzing
Bindkracht 10 Activiteitenplein	-
Bindkracht 10 Interculturele consulenten	-
Sterker Stips 0 – 100+ jaar	Nee
Sterker en Bindkracht 10 Jij&Ik	-
Sterker Begeleide omgang	-
Sterker Mate 4 you	-
Sterker Groepswork gespreksgroepen	-
Bindkracht10 Brede school coördinatoren buitenschoolse activiteiten	Nvt
GGD Themabijeenkomsten¹⁴	Nvt
GGD Video home training	Ja, goed onderbouwd
GGD lichte hulp (gesprekken met kind en gezin) 0 – 4 jaar	Nvt
GGD KoK- zorgcoördinatie 0 – 4 jaar	Nvt
GGD consultatiebureau 0 – 4 jaar	Nvt
Preventief met verwijzing	
DSAV 4 – 12 jaar	Nvt
PKO 0 – 12 jaar	Nvt
VVE 2 – 4 jaar	-
VVE+ 2 – 4 jaar	-
Sociaal medische indicatie 0 – 4 jaar	-

¹³ <https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies>. Geraadpleegd juli 2019.

¹⁴ Verantwoording 2016 Kijk op Kleintjes activiteitenverslag.

2.1 Aanbevelingen preventief aanbod

De gemeente Nijmegen heeft veel preventieve voorzieningen waar gezinnen terecht kunnen voor ondersteuning én er is een hoog kind bereik. Er is sprake van zoveel aanbod dat professionals en gezinnen door de bomen het bos niet meer zien. Dat kan enerzijds ertoe leiden dat ouders niet tijdig de passende ondersteuning ontvangen. Anderzijds kan het leiden tot een overproductie waarbij mogelijk te snel hulp wordt ingeschakeld.

Stapelen preventieve voorzieningen

Voorkom zoveel mogelijk stapelen van preventieve voorzieningen, uit ervaring van professionals blijkt dat dit niet effectief is. Maak hiervoor de volgende afspraken:

- Professionals kijken naar waar de primaire behoefte ligt voor de ontwikkeling van het kind en gezin naar draagkracht en draaglast. Kijk naar wat kind en gezin aankunnen.
- Versterk bij VVE de pedagogisch medewerkers zodat begeleiding door één persoon kan plaatsvinden.
- Alle jeugdhulpverleners vragen bij gezin na van welke andere preventieve voorziening zij gebruik maken alvorens iets nieuws in te zetten.

Neem bovenstaande punten op in een samenwerkingsconvenant en neem het op in de proces- en werkafspraken. Zie hierover ook hoofdstuk 5.

Preventief aanbod in de wijk

Organiseer preventief aanbod gebiedsgericht en meer vraaggericht. We nemen daarvoor de wijk als uitgangspunt. Kijk hierbij naar de vragen en behoeften van de inwoners uit de wijk; maak een gezamenlijke analyse met betrokkenen, inclusief de zorgaanbieders die vanuit bestaande casuïstiek kunnen aangeven wat eerder in het traject preventieve oplossingen zouden kunnen zijn geweest. We zien dat de samenstelling per wijk verschillend is en sluit daarbij aan. Betrek vervolgens alle betrokken partners om een omschrijving te maken wie wat biedt en waar.

Preventieve voorzieningen na verwijzing

Draag zorg voor een goede eenduidige multidisciplinaire screening en triage: een goede 'zeef'. Breng alle triage rondom preventieve voorzieningen onder bij één nieuwe functie en implementeer daar de triagecriteria. Hierdoor wordt de overlap tussen verschillende functionarissen in het preventieve veld verwijderd. In hoofdstuk 5 werken we deze nieuwe functie, onder de werktitel jeugdprofessional, verder uit.

Sociaal medische indicatie

SMI wordt afgegeven omdat ouders 'ontlast' moeten worden voor een bepaalde periode. Houd de sociaal medische indicatie in stand. SMI biedt namelijk kansen om meer als voorliggende voorziening in te zetten, bijvoorbeeld ten aanzien van dagbehandeling. Beleg de aanvraagtaak bij de nieuwe coördinatiefunctie en haal deze dus weg bij de GGD. Deze kan direct beoordelen om bijvoorbeeld ander preventief aanbod van welzijn in te schakelen ten behoeve van de ontwikkeling van het kind en ontlasting van de ouder(s). De nieuwe functie onderhoudt in geval van SMI nauw contact met de sociaal wijkteams wanneer sprake is van Wmo en/of inkomensvraagstuk. Bij een SMI aanvraag via een sociaal wijkteam informeren zij de nieuwe functie. Verhoog de SMI indicatieleeftijd van 4 naar 6 jaar voor mogelijkheden voor buitenschoolse opvang, bij het ontbreken van toereikend ander welzijnsaanbod.

Subsidie zorgpeuters

Wij verwachten door het creëren van één functie van jeugdprofessional (zie hoofdstuk 5) dat de extra afstemmingslast voor de PM'er afneemt omdat deze nog met één aanspreekpunt te maken heeft. Daarnaast worden zij ook beter toegerust op hun taak (zie hoofdstuk 6). Deze subsidie kan nog tijdelijk worden gebruikt voor het beter toerusten van de PM'er en daarna worden afgebouwd. Wanneer er een aanpassing in groeps grootte en aanvullende ondersteuning voor specifieke groepen in bepaalde wijken en/of wijze van VVE subsidieverstrekking wordt gedaan dan is de werkbelasting voor de PM'er meer in balans.

Inzet welzijn bij afschalen

Welzijn moet zich meer kenbaar maken bij specialistische jeugdhulp en bij andere verwijzers. Dit kan bijvoorbeeld door deze sector expliciet mee te nemen bij het programmatisch vastleggen van het preventieve aanbod per wijk (zie hierboven), samen met zorgaanbieders, kinderopvang en scholen. Voor borging en afschalen van jeugdhulp hebben behandelaars welzijn hard nodig voor het waakvlamcontact. Welzijn ontwikkelt een flyer en digitaal in- en overzicht van hun preventief aanbod voor jeugd. Zij verstrekt deze informatie aan specialistische jeugdhulpaanbieders. Interpersoonlijke contacten via bijvoorbeeld fysieke informatieve bijeenkomsten zijn van meerwaarde.

Databank erkende jeugdinterventies

Stel criteria op voor nieuw preventief aanbod. Eén van die criteria is dat het aanbod voorkomt (of opgenomen wordt bij innovatief aanbod) in de Databank erkende jeugdinterventies of zich anderszins heeft bewezen. Bij het ontwikkelen van nieuw aanbod moet de aanbieder inzicht bieden in de monitorings- en evaluatiewijze, maak hierover afspraken. Op die wijze kan de effectiviteit van het aanbod inzichtelijk worden gemaakt. Waardeer dit in de financieringsvoorwaarden.

Omgaan met culturele diversiteit

Op basis van de literatuur vinden gezinnen met een migrantenachtergrond in Nederland over het algemeen pas later hulp en hebben dan zwaardere jeugdhulp nodig. In Nijmegen heerst het beeld dat ook juist veel kinderen met een migrantenachtergrond (zeer) tijdig hulp vragen en/of ontvangen. Dat lijkt een positief signaal omdat hiermee mogelijk later inzet van zwaardere hulp voorkomen kan worden. Als kanttekening stellen we dat er wellicht te snel hulp wordt ingeschakeld doordat bepaalde culturele achtergronden onjuist of onvolledig worden geïnterpreteerd door de pedagogisch medewerkers en andere professionals. We geven de volgende aanbevelingen:

- Vergroot interculturele deskundigheid van medewerkers in het preventieve aanbod. Dit is zowel bij medewerkers op de kinderopvang en op school als in de hulpverlening belangrijk. Een sensitieve houding en vaardigheden van de professional kunnen doorslaggevend zijn voor de effectiviteit van opvoedondersteuning.
- Investeer in voorlichting over de verschillende vormen van hulpverlening en vergroot de samenwerking met welzijn. Denk daarbij aan de inzet van een cultuursensitief werker of maatschappelijk werker psychiatrie.
- Werk meer persoonsgericht. Opvoedvragen rondom discriminatie, de religieuze opvoeding en moraliteit, kunnen onderbelicht zijn in het regulier aanbod. Daardoor herkennen migrantenouders zich niet in het aanbod. De inzet van een cultuursensitief werker kan ook hierin ondersteuning bieden.
- Investeer in een veilige vertrouwensband met de ouders, waarbij in het begin de hulpverlening plaatsvindt in voor de ouders een vertrouwde omgeving (bijvoorbeeld thuis). Van daaruit kan toegewerkt worden naar eventuele cursussen of bijeenkomsten in groepsverband elders.

3. Vindplaatsen en verwijroutes

Het signaleren van mogelijke problemen in de ontwikkeling van een kind vindt op verschillende plekken plaats. Voorbeelden van vindplaatsen zijn het Consultatiebureau (CB), de huisarts, de kinderopvang en de basisscholen. Na een signalering van problemen zijn er in het jeugdveld van Nijmegen meerdere professionals die bevoegd zijn om direct te verwijzen naar lichte jeugdhulp of zwaardere (specialistische) jeugdhulp met een beschikking. Hieronder staat het overzicht van alle bekende verwijzers in Nijmegen. We lichten deze na het overzicht toe in de tekst.

Overzicht 2: Verwijroutes in Nijmegen in de leeftijd 0 – 4 jaar

	CB-ver- pleegkundige	KoK- coördinator	IVH-case- manager	SWT-jeugd medewerker	CB-arts	HA
Preventieve aanbod						
PKO						
VVE						
Diagnose¹⁵						
SMI						
IVH-MDO						
Individuele voorziening						

CB-verpleegkundige

De consultatiebureau verpleegkundige heeft een preventieve functie in het signaleren van gezondheidsproblematiek bij kinderen en jongeren. De CB-verpleegkundige schrijft als enige de verwijzing voor de sociaal medische indicatie (SMI), kan verwijzen naar preventieve aanbod, VVE en het IVH-MDO.

KoK-zorgcoördinator

De pedagogisch medewerkers van kinderopvang en peuterspeelzalen signaleren en bespreken signalen in eerste instantie met de KoK-zorgcoördinator. De KoK-zorgcoördinator kan, naast inzet van preventief aanbod, verwijzen naar PKO en VVE en aanmelden bij het IVH-MDO.

IVH-casemanager

De IVH-casemanager is lid van het SWT en kan zowel verwijzen naar algemene voorzieningen in het preventieve aanbod als individuele jeugdhulp voorziening met een beschikking. In het geval van een aanmelding bij het MDO, wordt eerst multidisciplinair gesproken wat het best passend is voor het kind en gezin.

¹⁵ Nader onderzoek, b.v. gehoorscreening door Kentalis of psychisch onderzoek.

Overige SWT jeugdmedewerkers

De medewerkers van het SWT voeren keukentafelgesprekken, geven direct ondersteuning of verwijzen naar lichtere dan wel zwaardere jeugdhulp.

CB-arts

De CB-arts kan verwijzen naar het preventieve aanbod, Kijk op Kleintjes, Voor- en Vroegschoolse Educatie. De CB-arts heeft sinds de decentralisatie van de Jeugdhulp in 2015 ook de bevoegdheid om direct te verwijzen naar de individuele jeugdhulp voorzieningen met een beschikking, op eigen initiatief of op verzoek van bijvoorbeeld de CB-verpleegkundige of KoK-zorgcoördinator. Het consultatiebureau is één van de eerste plekken, of vindplaatsen, waar mogelijke ontwikkelingsachterstanden gesignaleerd kunnen worden. De opkomst op het consultatiebureau in de gemeente Nijmegen is 92%. Dat is hoger dan het landelijk gemiddelde voor inentingen (90,2%).¹⁶ Het leeuwendeel van de kinderen dat naar dagbehandeling wordt verwezen is overigens afkomstig uit VVE-groepen.

Huisarts

De huisarts kan direct verwijzen naar alle vormen van individuele jeugdhulp voorzieningen met een beschikking. De huisarts heeft ook een signalerende functie. Daarnaast komen ouders van het kind met een verzoek om doorverwijzing vanuit school of andere organisatie, terwijl de huisarts het kind en de (thuis)situatie niet of onvoldoende kent en niet kan beoordelen welke zorg nodig is. Momenteel loopt er een pilot met Praktijk Ondersteuner Huisartsenzorg-Jeugd (POH-Jeugd). De eerste resultaten hiervan zijn positief volgens de geïnterviewde huisarts. De POH-Jeugd heeft meer tijd voor vraagverheldering en gesprek wat kan leiden tot een betere beoordeling en lichtere inzet van jeugdhulp.

In bovenstaand schema met verwijzroutes ligt de focus op de voorschoolse leeftijd van de kinderen. Er zijn op de basisschool andere verwijzers betrokken. Deze zijn in de interviews aan bod gekomen.

Verwijzingen vanaf 4-12 jaar DSAV, BSOT, schoolmaatschappelijk werker en onderwijsondersteuner

In deze rapportage ligt de focus op de hulp aan kinderen van 0 – 4 jaar. Tijdens het onderzoek kwam in de interviews de overgang naar de leerplichtige leeftijd ter sprake. We stippen de routes in het basisonderwijs kort aan en adviseren om hier nader onderzoek naar te doen.

Alle basisscholen hebben een zorginfrastructuur (BSOT) met daarin onder meer interne begeleiders en schoolmaatschappelijk werkers en onderwijsondersteuners. Op 47 scholen¹⁷ is een jeugdspecialist van de school als vindplaats (DSAV) werkzaam.¹⁸ De aanwezigheid van een jeugdspecialist op de Nijmeegse basisscholen moet leiden tot vroegsignalering, zo nodig vroeg interventie en waar mogelijk terugdringen van behoefte aan zwaardere hulp. Kinderen en hun gezinnen worden bij tijdelijke verstoringen in de ontwikkeling vroegtijdig en deskundig gezien en erkend. Indien nodig wordt preventief ondersteund door consultatie en interventie, dan wel adequate toeleiding naar de juiste zorg. Uitgangspunt hierbij is het gebruik maken en het versterken van het eigen herstel- en regievermogen van het kind en gezin. DSAV kan beschikkingsvrij interventies inzetten zoals observatie, psycho-educatie en kortdurende begeleiding. BSOT kan een advies uitbrengen voor een verwijzing.

¹⁶ <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/vaccinaties/cijfers-context/trends#node-trend-vaccinatiegraad-zuigelingen>.

Geraadpleegd juli 2019.

¹⁷ CVS PKO DSAV, 2019.

¹⁸ Met andere ogen Nijmegen PKO DSAV, 2019.

Vanuit het ondersteuningsplatform van het SWV Stroomland werkt het team van onderwijsondersteuners op de basisscholen. Op een aantal scholen maakt deze ondersteuner onderdeel uit van het BSOT en denkt mee rond de ondersteuningsvraag van een leerling, een groep of gehele school. Onderwijsondersteuners ondersteunen in de vorm van ambulante begeleiding op basis van hun expertise. De belangrijkste taken voor een onderwijsondersteuner is het analyseren van de situatie rond de leerling, leerkracht en groep en vervolgens het coördineren van het plan van aanpak. De schoolmaatschappelijk werker helpt ouders, en kinderen, met problemen op de basisschool of thuis.

Effecten van verschillende verwijroutes

In Nijmegen zijn, niet anders dan in andere gemeenten, meerdere verwijroutes. Naast de sociaal wijkteams hebben huisartsen hun verwijbevoegdheid behouden en hebben ook de CB-artsen sinds 2015 een verwijbevoegdheid gekregen. Van de huisarts en de CB-arts als verwijzer wordt ook bij het jonge kind veelvuldig gebruik gemaakt, mede doordat de andere verwijkanalen niet goed functioneren.

Ook zien we in Nijmegen dat verschillende functionarissen verzoeken neerleggen bij wettelijke verwijzers om een verwijzing naar een individuele voorziening. Door deze verschillende routes is het onmogelijk zicht te houden op de ingezette ondersteuningstrajecten. Het is dus moeilijk te beoordelen of het kind en gezin de juiste hulp krijgen.

Tevens wordt er in weinig gebruik gemaakt van het IVH-MDO ten behoeve van kinderen met complexe hulpvragen en in complexe situaties en lijkt het erop dat er (te) vaak rechtstreeks wordt verwezen naar een zorgaanbieder.

Met zoveel vindplaatsen, professionals die een signaleringsfunctie hebben en verwijroutes is de vroegsignalering in Nijmegen (heel) goed geregeld. Wellicht zo goed dat er een risico op overproblematisering ontstaat. De vraag is of in Nijmegen tegenover deze sterke signaleringskracht niet een beter functionerende ‘zeef’, zoals het IVH-MDO, noodzakelijk is zodat het risico van over- of onderbehandeling wordt geminimaliseerd. Dit baseren we op de signalen van de specialistische jeugdhulp die aangeven dat er een groep kinderen (te) laat bij hen terecht komt terwijl daarvoor al meerdere hulptrajecten zijn ingezet.

Overzicht 3 geeft inzicht in het aantal besproken kinderen met een complexe hulpvraag over de periode vóór de transitie in 2015 tot mei 2019. Voor de transitie was er één loket voor IVH en iedereen wist hoe de route liep. Sinds 2015 is er een duidelijke daling in het aantal besproken kinderen. Eén verklaring hiervoor is de toename in de hoeveelheid verwijroutes en daarmee de versnippering van toeleiding tot jeugdhulp. Daarnaast verzorgde MEE voor 2015 zowel de coördinatie, casemanagement, enkelvoudige diagnostiek, kortdurende opvoedingsondersteuning en observatie. Sinds 2015 is het casemanagement ondergebracht bij de sociaal wijkteams (werkgever is Sterker), de kortdurende ondersteuning is vervallen en de IVH coördinatie is onderdeel van MEE gebleven.¹⁹ Hierin komt de versnippering van het veld ook weer duidelijk naar voren.

¹⁹ Aanvullende informatie v.w.b. huidige werkwijze Integrale Vroeghulp, gemeente Nijmegen, 13 juni 2019.

Overzicht 3: Aantal besproken kinderen in het IVH team.

Jaar	Aantal kinderen besproken in het team
Vóór 2015	75-100 (in de aanloop naar de transitie werd al een afname geconstateerd)
2015	12
2016	20
2017	13
2018	14
2019	11 (tot mei 2019)

N.B. Het gaat hier alléén om de kinderen die besproken zijn. Losse consultvragen zijn niet mee genomen in dit overzicht.

De IVH-coördinator en IVH-casemanagers hebben geen zicht op het totaal aan IVH-kinderen, oftewel kinderen en gezinnen met complexe vraagstukken. Er is een groot risico dat deze kinderen niet de juiste hulp op het juiste moment ontvangen. Wanneer zij niet direct de juiste hulp ontvangen, doorlopen zij meerdere trajecten achter elkaar. Dan spreken we van *stepped care* in plaats van *matched care*. Dit leidt tot verergering van ontwikkelingsachterstanden bij het kind en duurdere zorg. Het beeld dat er meer sprake is van *stepped care* in plaats van *matched care* bevestigen de geïnterviewde professionals uit de derde lijn. Zij verbazen zich er over dat met enige regelmaat kinderen, op latere leeftijd, bij hen terecht komen die al een hele hulpverleningsroute achter de rug hebben.

3.1 Aanbevelingen vindplaatsen en verwijroutes

Verwijroutes

Doordat er verschillende verwijroutes en verschillende verwijzers zijn, is er geen zicht op of en welke kinderen passende zorg ontvangen. Er is daarmee dus risico op meerdere zorgtrajecten achter elkaar. Om zorg te dragen voor *matched care* moet een aantal stappen gezet worden:

- Breng het aantal verwijroutes terug door het creëren van één route via één generieke functie die de coördinatietaken en verwijstaken op zich neemt voor de doelgroep jeugd 0-4 en later 0-12. Voeg dus de taken van de KoK-zorgcoördinator, ambulant begeleider PKO, de IVH-casemanager en SWT medewerker jeugd samen. Deze nieuwe functionaris gaat gebiedsgericht en vindplaatsgericht werken. Zo krijgt elke kinderopvang één aanspreekpunt op locatie en ontstaat er zicht op kinderen en gezinnen met complexe vraagstukken.

De huisarts en CB-arts zijn wettelijk bevoegd om te verwijzen naar jeugdhulp. Daar kunnen we niets aan veranderen. Wel kunnen we deze verwijroute verder op laten drogen door de volgende maatregelen:

- Een goed functionerende verwijroute dicht bij het kind en gezin maakt dat men minder via huisarts en CB-arts doet. Hier komen we uitgebreider op terug bij hoofdstuk 5.
- Bevoegdheid en snelheid bij de nieuwe generieke functionaris zo danig vergroten waardoor het aantrekkelijker wordt om deze route te bewandelen.

- Afspraken maken met huisartsen en CB-artsen over welke route te volgen:
 - Diagnostiek → via nieuwe coördinatiefunctie.
 - Enkelvoudige vraag → rechtstreeks doorverwijzen.
 - Meervoudige en complexe vraag → via nieuwe coördinatiefunctie die deze inbrengt in MDO.
- Complexe hulpvragen komen verplicht in het IVH-MDO waar ze multidisciplinair besproken worden. Verwijzing via huisarts en CB-arts zijn dan een langere route voor kind en gezin en wordt daarmee ontmoedigd.
- De vindplaatsen voor vroegsignalering in Nijmegen zijn voldoende en laagdrempelig. Behoud dit.

4. Regie ouders

In de *Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming* staat het proces beschreven van beoordelen en beslissen over hulp bij vragen en problemen in de opvoeding en ontwikkeling van jeugdigen van nul tot achttien jaar.²⁰

De (jeugd)professionals nodigen de ouders en jeugdige uit voor samenwerking en betrekken hen bij de besluitvorming tijdens het hele hulpproces. Wensen en verwachtingen van ouders en kind behoren leidend te zijn. Ook bevordert, volgens deze richtlijn, actieve deelname van ouders en jeugdige het effect van de hulpverlening. Commitment met ouders is hierin essentieel. Eén contactpersoon bevordert dit.

Zoektocht naar hulp

In Nijmegen kunnen ouders op veel plekken terecht met hun vragen naar expertise en hulp. Jeugdhulpexpertise is aanwezig op verschillende vindplaatsen zoals in het vorige hoofdstuk besproken. Die professionals kunnen ouders op weg helpen.

Ook zijn er meerdere digitale sociale kaarten van Nijmegen beschikbaar met informatie over jeugdhulpaanbod.²¹ Ouders weten deze sociale kaart(en), volgens de geïnterviewden, vaak niet te vinden. Ook professionals kennen de sociale kaart niet altijd en kunnen ouders daardoor niet doorverwijzen. De sociale kaart voldoet wellicht niet aan een bepaalde behoefte van ouders. Ouders zijn echter afhankelijk voor de informatievoorziening van de professionals. Daarmee creëert het veld een afhankelijkheidsrelatie en zijn ouders minder sterk in de regie.

Regie tijdens hulpproces

De importantie van de regie bij ouders en jeugdigen wordt door alle partijen onderschreven. Wij krijgen de indruk dat alle professionals nauwkeurig omgaan met de belangrijke rol die ouders hebben. Gesprekken vinden altijd plaats met de ouders. Informatie wordt alleen besproken of gedeeld wanneer ouders hiervoor toestemming geven. Hiermee wordt ook correcte invulling gegeven aan de AVG. De ouders nemen beslissing over zorg en zijn eindverantwoordelijk.

Geïnterviewden geven tegelijkertijd aan dat, doordat ouders het soms niet eens zijn met het advies van de professional, het kind verdere achterstanden ontwikkelt. Professionals kunnen niet zonder akkoord van ouders ondersteuning inzetten. Het is dus van groot belang dat professionals voldoende handvatten hebben om met ouders te verkennen wat wel mogelijk is. Of te verkennen waarom ouders bepaalde hulp of ondersteuning niet willen, zodat er naar een alternatief gezocht kan worden. Dit kan een vertraging, niet-doorlopende zorglijn bijvoorbeeld in het onderwijs, of een gehele onderbreking van hulp voor het kind, voorkomen.

Geïnterviewden spreken meerdere keren over de goede laagdrempelige vorm van zorg op de kinderopvang en op school. Sommige ouders zien de zorg als bedreiging. De ingang naar zorg via de kinderopvang of school wordt door ouders als prettig ervaren. Zij vertrouwen de pedagogisch medewerkers en de leerkrachten en ook de experts die hier regelmatig rondlopen. Voor vragen zijn zij makkelijk en laagdrempelig te benaderen.

²⁰ <http://richtlijnenjeugdhulp.nl/samen-beslissen-over-passende-hulp/inleiding/>. Geraadpleegd augustus 2019.

²¹ <https://nijmegen.socialekaartnederland.nl/rubrieken/opvoeden-en-opgroeien>. En: <https://www.digitale-sociale-kaart.nl/nijmegen>. Geraadpleegd juli 2019.

4.1 Aanbevelingen regie ouders

Verbeter de vindbaarheid van de correcte digitale sociale kaart bij professionals en verbeter de verstrekking van informatie aan ouders. Versterk de ouders met informatie over jeugdhulp. Ouders die gebruik hebben gemaakt van IVH geven aan dat zij eerder hadden willen weten van het bestaan van Integrale Vroeghulp.²² Wanneer ouders overzichtelijke- en goede informatie tot hun beschikking hebben, kunnen zij ook beter de regie pakken en behouden.

Door de verwijlsroute bij complexe problematiek via het IVH-MDO te laten verlopen, wordt er ook meer aandacht geschonken aan de regie en de betrokkenheid van ouders. Onafhankelijk van het aanbod van de verschillende aanbieders bekijken meerdere disciplines de complexe vraag. Deze bespreken ze samen met ouders en samen bepalen zij de best passende hulp. Dit versterkt de positie, zekerheid en uiteindelijke zelfstandigheid van de ouders in het gehele zorgproces.

Bekende gezichten op de kinderopvang en school werkt positief en is een laagdrempelige ingang naar zorg voor ouders. Dit pleit ook voor één nieuwe functie, zogenaamde jeugdprofessionals, per wijk en vindplaats. Eén gezicht in plaats van meerdere gezichten. Ouders waarderen een vast aanspreekpunt als spin in het web.²³ Dit behandelen we in hoofdstuk 5.

²² Integrale Vroeghulp veelal nog een witte vlek. Vakblad Vroeg, nummer 1, 2019.

²³ Integrale Vroeghulp veelal nog een witte vlek. Vakblad Vroeg, nummer 1, 2019.

5. Functioneren sociaal wijkteam en IVH

Sociaal wijkteams Nijmegen

De sociaal wijkteams in Nijmegen dragen zorg voor de uitvoering van de Wmo en jeugd voor inwoners van 0 – 100+ jaar. De medewerkers van de sociaal wijkteams zijn in dienst bij Sterker. Voor de jeugdhulp aan (gezinnen met) jonge kinderen werken IVH-casemanagers in de sociaal wijkteams. Daarnaast is er voor 205 uur op jaarbasis in Nijmegen een IVH-coördinator vanuit MEE aangesteld.

Door alle gemeentelijke taken op het gebied van Wmo en jeugd, inkomen en veiligheid onder te brengen in één sociaal team is het idee om samenwerking te bevorderen. Echter geven IVH-casemanagers aan dat niet alle SWT-medewerkers (met name Wmo) bij problemen bij volwassenen kijken of er kinderen in het gezin zijn, waardoor deze over het hoofd worden gezien.

Veel geïnterviewden geven aan dat er wachttijden zijn voor het SWT. Zowel voor het intakegesprek als voor het afgeven van de beschikking op Wmo en jeugd. De IVH-casemanagers geven aan dat de wachttijden op Wmo nog vele malen groter zijn dan op jeugd. Zij helpen daarom hun collega's bij Wmo. Dit wordt door het veld dus anders beleefd; er is een hardnekkig beeld ontstaan over een moeizaam functionerend SWT dat afstraalt op IVH én op het functioneren van de IVH-casemanagers.

Dat beeld wordt ook in stand gehouden. De geïnterviewden spraken regelmatig over de wachttijden bij het SWT ten aanzien van IVH. Ambulant medewerkers van PKO en DSAV, maar ook SWT-medewerkers verwijzen ouders naar de huisarts want “dan gaat het sneller”. De beeldvorming over wachttijd werd juist in de interviews aangedragen als belangrijkste reden om via een andere verwijzroute hulp voor het kind te regelen. Volgens de IVH-coördinator en de manager van Sterker ligt de wachttijd rond de 4 ½ week. Dit is binnen de norm die het landelijke platform IVH stelt. Er vindt prioritering plaats aan de hand van urgentie. In de wachttijdoverzichten 2019 zien we dat de wachttijd voor aanmelding bij het SWT in de eerste vijf maanden van 2019 varieert van 1,5 tot 9,3 weken (zie bijlage 3). Het stedelijk gemiddelde is in die periode 4,8 weken. Dit betreft zowel Wmo als Jeugd. De doorlooptijd varieert in de eerste vijf maanden van 2019 van 2,6 tot 43,3 weken. Met een gemiddelde van 13 weken. Deze verschillen lijken verklaarbaar vanuit verschillen in registratie. Sommige wijkteams laten een casus waar een vinger-aan-de-pols-contact nodig is, openstaan. Andere sluiten deze af en maken een nieuwe aanmelding aan wanneer ze weer in contact komen met het gezin. Er is onvoldoende eenheid in registratie waardoor de managementinformatie niet goed te interpreteren is.

Door te blijven spreken over wachttijden, andere verwijzroutes te blijven bewandelen én niet objectief te bekijken of er sprake is van een wachttijd, blijft het negatieve beeld in stand.

IVH

Integrale Vroeghulp en haar partners hebben een loketfunctie waar ouders informatie en advies kunnen krijgen. Bij IVH komen ouders van kinderen met een complexe hulpvraag. Door de complexiteit zijn zij meestal niet zelf in staat de hulpverlening overzichtelijk te houden. Deze ouders kunnen dan via een aanmelding en een multidisciplinair overleg een beroep doen op ondersteuning door IVH-casemanagers.

IVH-MDO

In feite kan iedereen een casus aanmelden bij de IVH-casemanager of de IVH-coördinator (zie overzicht 2 verwijsroutes in hoofdstuk 3) voor een multidisciplinaire bespreking. Er wordt één criterium voor aanmelding en IVH-MDO-bespreking gehanteerd: er moet sprake zijn van complexe problematiek bij het kind. Het landelijke platform IVH²⁴ heeft een uitgebreide handleiding beschikbaar met de werkwijze per bouwsteen voor IVH. Voor Nijmegen specifiek zijn de volgende formats²⁵ beschikbaar:

- Routing voor bespreking.
- Aanmeldingsverslag.
- IVH-checklist.
- Verslag adviesteam.
- Informatie bereikbaarheid casemanagers IVH in SWT's.

De slechte bereikbaarheid van de IVH-casemanagers voor een aanmelding is bekend in het veld.

Maandelijks vindt het IVH-MDO plaats. Daaraan nemen de volgende functionarissen deel:

- IVH-coördinator (MEE).
- IVH-casemanager (Sterker).
- Consultatiebureau jeugdarts (GGD Gelderland Zuid).
- Orthopedagoog voor kinderen met ontwikkelingsproblemen en handicaps (Driestroom).
- Orthopedagoog voor kinderen met ontwikkelingsproblemen en gedrag (Unik).
- Orthopedagoog voor kinderen met spraaktaalproblemen (Kentalis).
- GZ- psycholoog kinder- en jeugdpsychiatrie (Karakter).
- Ouders.
- Open plaatsen voor eventuele derden zoals: voogd, school, kinderopvang, andere hulpverleners.

Per overleg kunnen vier kinderen mét ouders besproken worden. Per kind is er 45 minuten voor de bespreking waarvan 15 minuten voorbespreking.

De kernteamleden vinden IVH en het MDO belangrijk en willen investeren in het MDO. Er worden signalen afgegeven dat kinderen te laat bij de specialistische zorg terecht komen. Een genoemde oorzaak daarvan is dat het IVH-MDO niet meer in die mate wordt benut als in de periode voor de decentralisatie. Was dat wel gebeurd, dan zou ook vaker een multidisciplinair adviesplan geschreven zijn en zou er sprake zijn van *matched care* in plaats van *stepped care*.

In de huidige praktijk wordt de IVH-route niet meer nageleefd, terwijl er vóór 2015 sprake was van een goed functionerend IVH-MDO. Partijen houden zich niet aan de gemaakte afspraken. Er vinden nauwelijks aanmeldingen bij het IVH-MDO plaats (zie overzicht 3 in hoofdstuk 3).

²⁴ www.integralevroeghulp.nl, geraadpleegd juni 2019.

²⁵ Via de IVH-coördinator, 2019.

Een aantal verklaringen hiervoor zijn:

- Het convenant IVH is bestuurlijk opgesteld in 2010 en wordt elke 3 jaar stilzwijgend verlengd. Het convenant is sinds de transitie niet actief opnieuw besproken en onderschreven.²⁶
- De IVH-coördinator heeft in 2014 een IVH-visienotitie opgesteld en gepresenteerd aan alle partners. Sindsdien is deze niet geactualiseerd.²⁷
- Contractueel is niets vastgelegd in een subsidieverordening over deelname aan het IVH waardoor de IVH-coördinator kernpartners daar niet op aan kan spreken. Verwachtingen over het IVH, de werkwijze en de verwachte inzet kunnen dus sterk uiteenlopen.
- Er zijn na 2015 meerdere verwijrouten en 'projecten' in het veld bijgekomen, onder andere de CB-arts, PKO en DSAV.
- Het enige criterium voor aanmelding IVH-MDO creëert ruimte om als professional ook andere routes te bewandelen.
- Andere partijen zijn IVH-taken gaan uitvoeren. Dit creëert overlap (zie hierover paragraaf 5.1) en daardoor lijken partijen zoekende in het veld naar hun eigen positie.
- Door de beeldvorming over wachttijden bij het SWT, waar de IVH-casemanagers in werken, wordt liever een andere route bewandeld. De IVH-casemanagers vormen het aanmeldpunt voor het IVH-MDO. Hier kan naast het belang voor het kind ook een organisatiebelang in meespelen.
- IVH wordt mogelijk gezien als een lang traject. Dit is een motivatie voor partijen om een andere route te kiezen (aanbodgericht) of de kinderen zelf lang(er) vast te houden of de rol van een IVH-casemanager deels zelf op te pakken. Onder het mom "wij doen het sneller".
- Financiering van het IVH-MDO verliep voor 2015 gezamenlijk. Na 2015 regelt elke aangesloten partij zijn eigen financiering bijvoorbeeld via onderhandeling met de gemeente, via de Zvw, of het is niet begroot.
- IVH-casemanagers houden zich niet altijd aan de afspraken. Zij denken zelf de afweging en verwijzing, 'omdat het duidelijk genoeg is', te kunnen maken zonder het in te brengen in het IVH-MDO.

Als deze verklaringen kloppen dan leidt het geen gebruik maken van het IVH-MDO tot *stepped care* in de keten rondom het jonge kind, in plaats van *matched care*. Dat betekent verzwarende van de problematiek voor kind en gezin, meer zorginzet en meer kosten door het gebrek aan overzicht. Wanneer er geen actie wordt ondernomen verliest IVH haar legitimatie en positie.

Functioneren IVH-casemanager

Er zijn momenteel 5 IVH-casemanagers voor de 10 SWT's. Zij hebben onderling de wijken verdeeld. Dit is dekkend volgens uitvoerder Sterker. De IVH-casemanagers zijn niet apart begroot. Partners in het veld vinden dit echter niet dekkend. Vanwege de werkdruk en de krappe arbeidsmarkt voor jeugdprofessionals, is er verloop onder de IVH-casemanagers en jeugdcasemanagers. Het ziekteverzuim bij Sterker is ongeveer 7%. Daardoor is er geen geborgde continuïteit bij de IVH-casemanagers. Ook heeft, door het verloop, niet iedere wijk een IVH-casemanager en is de kennis en ervaring niet geborgd. Afhankelijk van de wijk is er wel of geen (ervaren) IVH-casemanager. De geïnterviewden geven tevens aan dat er per wijk verschillen zijn in de werking van IVH. Er wordt niet eenduidig gecommuniceerd. De continuïteit bij ziekte, vakantie en drukte is een groot risico. Sterker maakt inmiddels onderscheid in kennis en ervaring tussen senior- en junior casemanagers waarbij senioren de junioren coachen en ondersteunen.

²⁶ IVH-coördinator.

²⁷ IVH-coördinator.

Taakverdeling en werkafspraken

De IVH-casemanager is werkzaam in het SWT en zou idealiter het eerste contact met ouders en eventuele betrokken hulpverleners voor de vraagverheldering moeten hebben. De IVH-casemanager doet observaties, hulpvraagverduidelijking en geeft ook opvoedtips. In Nijmegen is de afspraak dat na aanmelding de IVH-casemanager binnen vier weken een eerste contact met ouders heeft gelegd. Er is een vast aanmeldingsverslag van Integrale Vroeghulp wat de casemanager samen met de ouders schrijft. Tevens vraagt men standaard altijd gegevens bij derden op na toestemming van ouders. De IVH-casemanager kan de casus samen met ouders bespreken in het team tijdens het IVH-MDO. Zij beschikken over de door de casemanager verkregen informatie (aanmeldingsverslag en verslagen van derden) en er wordt beeldmateriaal van het kind vertoont. Het team geeft een integraal advies, waaraan de casemanager samen met ouders uitvoering geeft. De casemanager kan na de vraagverheldering ook direct een zorgaanbieder inzetten als de vraag eenduidig is en stuurt de beschikbare informatie door.

IVH-casemanagers hebben geen invloed op eventuele wachttijden van zorgaanbieders. Er is gedurende de wachtperiode, geen overbruggingszorg. Met name worden wachttijden gemeld voor diagnostisch onderzoek zoals bij Karakter en Kentalis. De IVH-casemanager onderhoudt in deze periode contact met ouders en kan waar nodig adviezen geven.

Een aantal keer per jaar is er IVH-casemanagers overleg (zie hierover hoofdstuk 6). Bij geen enkel overleg zijn alle IVH-casemanagers aanwezig. Er zijn meerdere afmeldingen met als belangrijkste reden de werkdruk. Medewerkers geven aan dat door de hoge werkdruk er verloop is en verlies van ervaring en deskundigheid onder de IVH-casemanagers. Met andere woorden jeugd en de functie van IVH-casemanager is binnen het SWT onvoldoende ontwikkeld en geborgd.

Coördinatie IVH

De IVH-coördinator ervaart dat IVH niet meer zo sterk staat in gemeente Nijmegen als in de jaren vóór 2015. Er is na de transitie veel veranderd, maar IVH is niet meegegaan in die veranderingen. De rollen van IVH-casemanagers en de IVH-coördinator zijn ook veranderd sinds 2015. De coördinator staat meer op afstand van de IVH-casemanagers dan voorheen. Door alle ontwikkelingen heeft de coördinator geen grip meer op het IVH proces in Nijmegen. De gemeente zou volgens de IVH-coördinator, maar ook volgens andere geïnterviewden een sterkere regierol moeten pakken, IVH moeten erkennen en faciliteren. Geïnterviewden hebben behoefte aan een duidelijke visie voor de keten rondom het jonge kind en zeggen "gemeente neem regie!".

STJ

Het Stadsbreed Team Jeugd (STJ) kent drie soorten ondersteuning; korte consultatie en advies, actief meedenken en meelopen en overnemen van een casus. Ze is er voor de medewerkers van het SWT. Het STJ richt zich op complexe jeugdproblematiek. Dit betreft drang- en dwang, structurele onveiligheid, een langdurige bedreiging in de ontwikkeling van kinderen, vrijwillige of onvrijwillige uithuisplaatsing van minderjarige kinderen of complexiteit van verschillende financieringsvormen en wetten. In de doelgroep zit een kans op overlap met IVH. Daarom is een afstemming op overlap tussen STJ en IVH van belang.

Een belangrijk gesprek binnen Sterker gaat momenteel over de positionering van het STJ. De gebiedsregisseur stuurt formeel en hiërarchisch het STJ aan. Het STJ maakte in 2016 een 'valse start' doordat de betrokken medewerkers hun eigen casuïstiek meebrachten en onvoldoende toekwamen aan nieuwe casuïstiek.

In juni 2018 heeft een interne evaluatie plaatsgevonden waaruit een werkwijze is opgesteld en uitgevoerd die de afstand tussen het SWT en STJ kleiner maakt en de SWT's beter ondersteunt in hun vragen en behoeften rondom complexe jeugdproblematiek.²⁸

5.1 Overlap in functies

In hoofdstukken 2 en 3 constateerden we dat er in Nijmegen vele actoren actief zijn in de hulp aan het jonge kind. Verschillende organisaties hebben functionarissen die bij kinderen mogelijke problemen signaleren, hen observeren, hulpvragen verhelderen, informeren en adviseren, verwijzen naar andere (algemene- of individuele-) voorzieningen, zelf ondersteuning bieden aan zowel kind, gezin als aan pedagogische medewerkers of leerkrachten en tot slot hulptrajecten coördineren en vinger aan de pols houden. Door de hoeveelheid aan betrokkenen is het moeilijk om overzicht te creëren. Het is een zoektocht naar de samenhang tussen de initiatieven en functionarissen. Het beeld van een netwerk met veel overlap is evident.

In dit hoofdstuk schetsen we een beeld van met name de overlap in de verschillende functies van een aantal diensten. Dit doen we op basis van de gehouden interviews en van documentatie over functies.

Onderstaand overzicht toont dat de verschillende functionarissen een flink aantal dezelfde werkzaamheden verrichten. Er wordt zelfs gezegd dat bij iedere casus op de kinderopvang, de KoK-zorgcoördinator, de PKO-begeleider en de IVH-casemanager afspraken moeten maken over de regiefunctie. Uit de interviews blijkt dat als één organisatie betrokken is dat deze de regie krijgt, maar dat gebeurt meestal niet als een SWT betrokken is. De gemeente geeft aan dat de uitvoerende organisatie met de beschikking de regie heeft, maar er kunnen meerdere organisaties tegelijkertijd met een beschikking zijn. Mede hierdoor raken kinderen soms uit beeld, bijvoorbeeld wanneer de huisarts een verwijzing geeft. De huisarts krijgt niet standaard een terugkoppeling vanuit de aanbieder over de stand van zaken. Dit is geen efficiënte werkwijze en zorgt voor onduidelijkheid.

PKO en DSAV²⁹ hebben tot doel om sneller passende zorg in te zetten en zwaardere inzet van zorg te voorkomen. Beide initiatieven zetten hiervoor jeugdprofessionals van jeugdhulpaanbieders in op de vindplaatsen kinderopvang (ambulant begeleiders PKO) en basisonderwijs (jeugdspecialisten). Er kan op dit moment geen uitspraak gedaan worden of beide initiatieven kostenbesparend zijn. Echter, alle geïnterviewden ervaren een meerwaarde van zowel PKO als DSAV. Er is ook sprake van een hoge clienttevredenheid bij DSAV. Ouders beoordeelden DSAV met een rapportcijfer 8,2 en de school beoordeelde DSAV met 8,0 voor het schooljaar 2017/2018. 56,5% van de ouders met betrokkenheid PKO zouden andere ouders PKO aanraden. 74,2 % van de pedagogisch medewerkers zou PKO aanraden.

Geïnterviewden voor het huidige onderzoek bevestigen unaniem de ervaren meerwaarde van de aanwezigheid van expertise op jeugd in zowel de kinderopvang als op het basisonderwijs. Ook geven zij aan dat de kinderopvang en de school goede en natuurlijke vindplaatsen zijn. Ouders stellen makkelijker vragen aan vaste medewerkers op deze plekken, waardoor er een laagdrempelige ingang tot zorg toegankelijk is. De functionarissen met expertise op jeugd zijn in staat om problemen

²⁸ Werkplan Stadsbreed Team Jeugd 2019-2020, 6 februari 2019, Sterker.

²⁹ Zie voor uitgebreide omschrijving van deze initiatieven en de doelstellingen de Maatschappelijke Business Case 'Vroeginterventie en vindplaatsgericht werken op school en opvang'. Sinzer, februari 2017.

vroegtijdiger te herkennen. Zij duiden gesignaleerde symptomen soms op een andere manier dan hulpverleners uit de algemene voorzieningen.

Overzicht 4: Overlap in taken op hoofdlijnen en de uitvoerende functionarissen

	KoK-coördinator	PKO- ambulante begeleider	IVH-casemanager
Coördinatie of regie van zorg			
Adviseren op preventief en algemeen aanbod			
Verwijsadvies rapportage voor individuele voorziening			
Verwijzing individuele voorziening ³⁰			
Observatie van kind			
Vraagverheldering			
Lichte kind- en gezins-interventies (ook kortdurende ambulante begeleiding)			
Ondersteuning (coaching) en adviezen aan onderwijs-medewerkers (zoals pedagogisch medewerkers kinderopvang, leerkrachten), gericht op individueel kind			
Ondersteuning (coaching) en adviezen aan onderwijs-medewerkers (zoals pedagogisch medewerkers kinderopvang, leerkrachten), gericht op pedagogisch klimaat			
Advies- en informatiefunctie ouders en kind			
Aanwezigheid op vindplaatsen (zoals kinderopvang en school)			
Huisbezoeken			

De belangrijkste constatering is dat er in uitvoerende taken grote overlap zit, op meerdere plekken zijn verschillende functionarissen aanwezig die een groot risico lopen om elkaar in de weg te lopen.

Ter illustratie van de overlap in functies:

Op de site van de GGD staat: “Bij een complexe situatie kan de KoK-zorgcoördinator een kind bespreken in een multidisciplinair overleg. Zij betreft dan andere experts bij het zoeken naar een passende oplossing. De KoK- zorgcoördinator blijft het kind volgen tot de concrete hulpverlening is

³⁰ Zie voor alle verwijzers en verwijroutines hoofdstuk 3.

gestart. Daarna neemt de hulpverlenende instelling deze rol over.” Deze omschrijving doet erg denken aan de rol van de IVH-casemanager.

In de praktijk schakelt de KoK-zorgcoördinator een PKO-ambulant begeleider in, omdat andere voorliggende preventieve voorzieningen niet het antwoord lijken te zijn. PKO gaat van start, maar de PKO-begeleider kan uiteindelijk adviseren om het kind naar observatie & diagnostiek, begeleiding of dagbehandeling te verwijzen. De PKO-ambulant begeleider mag zelf geen verwijsadviezen opstellen, maar laat de KoK-zorgcoördinator het advies opmaken. Dit advies gaat vervolgens naar de IVH-casemanager of naar de jeugdarts.

De IVH-casemanagers kunnen precies dezelfde taken uitvoeren als de KoK-zorgcoördinatoren.

Bovenstaande werkprocessen kunnen effectiever én efficiënter worden ingericht door de inzet van één jeugdprofessional met capaciteiten in: observatie, vraagverheldering, beoordelingsvermogen, inzicht in de sociale kaart en in het opstellen van een beschikkingsvoorstel.

Met de overlap in functies bedoelen we dat de huidige verschillende functionarissen op hoofdlijnen dezelfde taken kunnen uitvoeren, dat zij die taken nu al uitvoeren, soms gelijktijdig, maar veel vaker achtereenvolgens. Dit is onwenselijk en inefficiënt. Deze overlap lijkt ook aanwezig onder functionarissen voor de leeftijdsgroep 4-12 namelijk de DSAV-coördinator, de schoolmaatschappelijk werker en de onderwijsondersteuner.

In het onderstaande overzicht 5 maken we de inzet van de verschillende functionarissen deels inzichtelijk. Van sommige functionarissen ontbreken een aantal gegevens.

Overzicht 5: Uren verschillende functionarissen

	KoK-coördinator	PKO- ambulante begeleider ³¹	IVH-casemanager ³²	Stadsbreed Team Jeugd ³³
Aantal Fte			-	6 Fte
Aantal medewerkers		6 ambulant begeleiders ³⁴	5 IVH-casemanagers	
Begroot budget	€ 296.248	€ 257.360 AB € 42.640 projectmanagement	-	
Uren per jaar	4.833	4.674	-	
Aantal geholpen		131 kinderen en consulten	1.143	

³¹ Beschikking PKO, DSAV 2019, gemeente Nijmegen.

³² Niet apart begroot in de subsidieaanvraag.

³³ Totaalformatie, Formatie in en rondom SWT, dd 10 juni 2019, Sterker.

³⁴ Elk 19 uur per schoolweek (41 schoolweken in een jaar).

5.2 Aanbevelingen sociaal wijkteam, IVH en dubbelingen in functies

SWT

Bij de decentralisatie is gekozen voor een geografische indeling van de SWT-structuur en een generieke doelgroep. Dit blijkt niet gewerkt te hebben in deze situatie voor het onderdeel jeugd. Een doelgroepgerichte structuurindeling lijkt in de Nijmeegse situatie beter passend.

Wij bevelen aan om in Nijmegen een apart jeugdteam in te richten dat zelfstandig naast de sociaal wijkteams opereert. In iedere wijk kan een sub-jeugdteam actief zijn. Op deze wijze kan men werken aan de werkprocessen voor jeugd en het creëren van één jeugdprofessional functie voor observatie, verwijzing, coördinatie en advies voor gezinnen en andere professionals. Andere opdrachten voor dit jeugdteam zijn verbetering informatievoorziening en advies aan gezinnen en andere professionals, eigen deskundigheidsbevordering, afname werkdruk en verminderen van beroep op alternatieve verwijzingsroutes.

Als coördinatiemechanisme is het belangrijk om werkafspraken te maken met het SWT op casusniveau over inkomen, veiligheid en Wmo. In een latere fase, wanneer alles goed functioneert en geborgd is, kan men opnieuw bekijken of het zinvol is om jeugd samen te voegen met de SWT's.

IVH

Integrale Vroeghulp in de SWT's functioneert niet. Ook landelijk blijkt uit onderzoek dat IVH niet meer goed op het netvlies staat in de jeugdsector.³⁵ Daarvoor zijn verschillende verklaringen voor die onderling elkaar beïnvloeden. De inrichting van hulp aan jeugd is sinds 2015 veranderd. Sindsdien zien we de beweging dat verschillende partijen zoeken naar hun positie in het jeugdveld, de afspraken rondom IVH niet meer worden nagekomen, het SWT met daarbinnen jeugdcasemanagers hun werkprocessen niet op orde hebben en regie en overzicht ontbreekt. De vraag die gesteld kan worden is: 'Is IVH, zoals deze op dit moment in Nijmegen functioneert, nog van toegevoegde waarde?'

Wij vinden, en de ketenpartners met ons, dat er een platform nodig is waar complexe gezinnen en kinderen besproken worden om vorm en inhoud te geven aan *matched care*. We werken dit hierna verder uit.

IVH-MDO

Ter voorkoming van *stepped care* bij complexe problematiek speelt het multidisciplinaire overleg een belangrijke rol. Partijen in het veld erkennen ook deze meerwaarde. Om het IVH-MDO nieuw leven in te blazen is het van belang dat allereerst het eigen huis op orde is en er rust komt aan het front. Dit houdt in dat er:

- Eenduidige aanmeld- en werkprocesafspraken zijn die door alle functionarissen en ketenpartners worden gevolgd.
- Afspraken zijn over aanmelding op basis van opnieuw vastgestelde criteria.
- Dat er geen wachttijden zijn.
- Periodiek met alle partijen gecommuniceerd wordt over de stand van zaken.
- Transparante afspraken worden gemaakt met alle partijen gezamenlijk over de facilitering van de aanwezigheid bij en de te leveren bijdrage aan het MDO.
- Betrokkenheid is van partners bij de uitwerkingsvraagstukken MDO.

³⁵ Integrale Vroeghulp veelal nog een witte vlek. Vakblad Vroeg, nummer 1, 2019.

Daarnaast wordt er ook met de CB-artsen en huisartsen gesproken over hun rol in het verwijzen van kinderen met complexe problematiek. In hoofdstuk 3 constateerden we dat artsen een professionele autonomie hebben als het gaat om de invulling van hun beroep, maar het kan niet zo zijn dat er geen samenwerking en stroomlijning plaats vindt als het gaat om het kwetsbare kind. Daarom wordt er ook gesproken met de POH-Jeugd over op welke wijze zij betrokken kan worden bij het IVH-MDO.

Een effect hiervan is dat de negatieve beeldvorming die in de loop der tijd is ontstaan, verdwijnt.

Ontwikkel nieuwe functie jeugdprofessional voor kind en gezin

Zoals in hoofdstuk 3 al kort aangestipt, adviseren we de ontwikkeling van een nieuwe functie. We constateren een overlap in de taken van de KoK-coördinator, de IVH-casemanager en de PKO-ambulante begeleider. De taken van deze functionarissen worden in de nieuwe functie samengevoegd. Deze professionals gaan vindplaatsgericht werken waardoor ze kinderen en gezinnen beter in beeld hebben, bekend zijn bij andere hulpverleners en actief casuïstiek naar het IVH-MDO kunnen leiden. Zij houden een coördinerende rol bij het hulpproces van het kind en gezin, observeren, verhelderen hulpvragen en kunnen bij enkelvoudige problematiek direct verwijzen naar zwaardere jeugdhulp.

In plaats van dat meerdere functionarissen zoals KoK-zorgcoördinatoren, PKO-ambulant begeleiders en IVH-casemanagers naast elkaar in een groter gebied werken, werkt in dit geadviseerde model één jeugdprofessional in een kleiner gebied en op vindplaatsen, waardoor deze de kinderen en gezinnen kent. Andersom kennen ouders de professional en blijft deze laagdrempelig toegankelijk op de vindplaatsen zoals kinderopvang en school.

Visie op herinrichting functies voor de stelselwijziging 2021

Voordat de gemeente kan starten met de uitwerking van de functie is de visie op deze inrichting essentieel. Op basis van de visie op de hulp aan jeugd vanaf 2021 kan, in samenwerking met het veld, de gemeente vorm geven aan de invulling van één of twee nieuwe functies. Die twee mogelijkheden lichten we hieronder kort toe.

Eén of twee functies voor coördinatie en ambulante hulpverlening

Keuze 1:

Vervolgens is er de keuze of deze nieuwe jeugdprofessional, naast de begeleiding van het proces (observatie, vraagverheldering, eventuele verwijzing naar individuele voorziening) ook een deel van de begeleiding aan kind en gezin op zich neemt. Hiermee bedoelen we de ondersteuning die nu door de PKO-ambulante begeleiders wordt uitgevoerd. Dit vraagt van de nieuwe professional competenties op dit gebied. De voordelen hiervan zijn:

- De continuïteit van hulpverlening door een 'vast gezicht' is nog verder geborgd, wat de laagdrempeligheid voor de ouders verder verlaagt.
- Het voortraject, uitvoering en nazorg zijn in één hand.
- Er zijn minder overdrachtsmomenten.

Keuze 2:

De andere keuze is om twee aparte functies te creëren; de nieuwe jeugdprofessional en daarnaast een aparte functie voor de uitvoerende jeugdprofessional aan kind en gezin. De zogenaamde coördinerende taken van de functies KoK-zorgcoördinator en de IVH-casemanager worden ondergebracht in 1 functie. Daarbij komt een aanvullende functie van een uitvoerende jeugdprofessional die de kinderen en gezinnen hulpverlening biedt vanuit het voorliggend veld.

Wanneer die hulpverlening ontoereikend is, kan de jeugdprofessional (niet uitvoerend) verwijzen naar de individuele jeugdhulp voorziening. Beide functionarissen werken in één team. De voordelen van twee aparte functies zijn:

- De uitvoerende jeugdprofessional is niet belast met het toekennen van individuele voorzieningen waardoor deze meer onafhankelijk naast kind en gezin kan staan.
- Kleiner risico op te grote caseload waardoor hulpverleners niet opgeslokt raken door aanmeldingen en verwijzingen en niet toekomen aan daadwerkelijk hulpverleners.

Bij de integratie van alle taken in één functie zoeken we, volgens sommige partijen uit het veld, naar een schaap met vijf poten. De invulling van de functies hangt samen met de visie op de stelselwijziging en bijvoorbeeld de wenselijkheid om meer jeugdexpertise naar het voorliggend veld te schuiven.

We adviseren eerst de visie en kaders voor de stelselwijziging te ontwikkelen en vast te stellen, vervolgens de taken van de nieuwe functie verder uit te werken en daarna de keuze te maken voor opdeling van de taken in één of twee functies.

Het herstructureren van het jeugdveld en het goed neerzetten van de nieuwe functie(s) vereist nogal wat. Om dat goed te kunnen doen is een fundamentele herziening van het stelsel in Nijmegen nodig. Zet daarom deze hulp apart in een jeugdteam naast het SWT zodat het zichzelf kan ontwikkelen. Pas als het jeugdteam staat en geborgd is kan men bezien of het samenvoegen van het jeugdteam met het SWT nog meerwaarde heeft om deze stap te maken.

We pleiten in het onderwijs voor een doorlopende zorglijn van 0-7 jaar zeker ook om een knip in het zorgproces bij de overgang van voorschool naar vroegschool te voorkomen. We richten ons echter in dit rapport op de leeftijd 0-4 jaar. We willen wel de aanbeveling doen om te kijken naar de taken van DSAV en deze onder te brengen bij het jeugdteam.

Coördinatie IVH

Met het tot stand brengen van de nieuwe functie en het organiseren op doelgroep als eerste ordeningsprincipe, oftewel het losweken van Jeugd (en IVH) van de SWT's, is er een nieuwe managementstructuur nodig die daar op aansluit. Er zal nader onderzoek moeten plaatsvinden waar het jeugdteam het beste gepositioneerd kan worden. Is één van de veldpartijen hiervoor het meest geschikt? Is een nieuwe organisatievorm gewenst of is het onderbrengen van het jeugdteam in de gemeentelijke organisatie een wenselijk model?

Gezien de kwetsbaarheid en de benoemde knelpunten in deze rapportage is het nodig om de hiërarchische, operationele en functionele aansturing in één hand te leggen. De manager maakt samenwerkingsafspraken met alle kernpartners en de gemeente en maakt contractafspraken met de gemeente. De manager voert de coördinerende IVH taken uit zoals het onderhouden van het netwerk, opstellen en bewaken van de gemaakte afspraken. Het voorbereiden en voorzitten van het IVH-MDO voert de manager ook uit of hij delegeert deze aan een ervaren collega.

De jeugdteam manager zorgt voor communicatie en verspreiding van deze informatie aan alle partners in de keten voor jeugd en wordt hierbij ondersteund door de gemeente en haar eigen uitvoeringsorganisatie van het jeugdteam.

STJ

Haal de overlap in doelgroep tussen STJ en IVH eruit en maak afspraken over afstemming over het grijze gebied. Plaats het Stadsbreed Team Jeugd in het nieuw te vormen Jeugdteam. Bundel hier ook de ondersteunende interne deskundigheid.

Gemeente neem regie

Het is voor het jeugdveld van wezenlijk belang dat de gemeente in 2019 de visie en kaders van de stelselwijziging vaststelt. Als er geen punt op de horizon is dan weten zij ook niet waarheen ze moeten bewegen. In een marsroute moet duidelijk worden hoe in 2020 de stelselwijziging vorm krijgt zodat het jeugdveld daarop kan anticiperen.

6. Aanwezige expertise bij professionals

In dit hoofdstuk bekijken we de aanwezige expertise bij professionals die te maken krijgen met kinderen met gedragsproblemen en ontwikkelingsachterstanden. We richten ons hier met name op de partijen die een belangrijke rol spelen in de keten, zoals de kinderopvang en de IVH-casemanagers.

De uitvoerende organisaties zijn verantwoordelijk voor de deskundigheid van hun medewerkers. Zij moeten de deskundigheid van hun medewerkers op niveau brengen en houden in het jeugd- en voorschoolse onderwijsveld. Kwaliteitseisen zijn vastgelegd in (landelijke) wetten, kaders en richtlijnen. Bijvoorbeeld in de Jeugdwet, wet Innovatie en Kwaliteit Kinderopvang en het kwaliteitskader gehandicaptenzorg. Ook zijn er verschillende beroepsregisters voor professionals waar zij zich kunnen of moeten registreren. In de jeugdsector is er bijvoorbeeld voor professionals het Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ). De hierbij geregistreerde professionals voldoen aan de wettelijke kwaliteitseisen voor hun vakgebied. Voor herregistratie moet de professional aantonen dat hij of zij actief bezig is geweest met professionele ontwikkeling. De registratie en de continue professionele ontwikkeling van medewerkers is belangrijk voor uitvoerende organisaties om goede kwaliteit te waarborgen.

Kinderopvang, PKO en VVE

De geïnterviewden uit de kinderopvang geven aan dat medewerkers die in de kinderopvang werken voldoen aan de benodigde deskundigheidsnorm die de organisatie stelt. De pedagogisch medewerkers in de kinderdagopvang zijn Mbo opgeleid en er is een Hbo'er aanwezig of bereikbaar op locatie. De laatste richt zich vooral op educatieve advisering. Ook uit uitgebreid onderzoek van de Onderwijsinspectie naar de kwaliteit van het VVE-aanbod in de kinderopvang in Nijmegen is in 2017 gebleken dat de kwaliteit goed was.³⁶

Echter geven onder meer de ambulant begeleiders van PKO aan, dat er verschillen zijn in niveau en functioneren van pedagogisch medewerkers in de kinderopvang wat betreft omgang met kinderen die problematisch gedrag vertonen. Door enkele ambulant begeleiders is aangegeven dat met name oudere pedagogisch medewerkers moeite hebben met kinderen die 'moeilijk zijn' in gedrag en ontwikkeling. Als daarbij ouders de Nederlandse taal niet of onvoldoende beheersen, hebben medewerkers de neiging om deze kinderen over te laten aan de ambulant begeleider.

Het risico bestaat dat deze pedagogisch medewerkers kinderen eerder aanmerken als probleemkinderen bij de KoK-zorgcoördinator. De PKO-ambulant begeleiders coachen de pedagogisch medewerkers waarmee de deskundigheid en handelingsrepertoire van de pedagogisch medewerker wordt vergroot. Dit zou dus eigenlijk moeten leiden tot vermindering van handelingsverlegenheid en normalisering van het systeem. Het delen van kennis gebeurt ook door inzet van tweede lijn in de eerste lijn (b.v. PKO), IVH-MDO, DSAV, BSOT, themabijeenkomsten en casuïstiekbesprekingen. Kennelijk lukt het momenteel niet altijd om pedagogisch medewerkers de opgedane kennis vanuit de coaching vanuit PKO in te zetten in hun dagelijks handelen. Een aanvullende reden dat zij eerder hulp inschakelen, is het signaal dat VVE-groepen groter worden. Daardoor kan de aandacht voor alle kinderen in het gedrang komen en de werkdruk als hoger worden ervaren.

³⁶ Henk Peereboom, 2019.

Bij de invoering van Beleidsregels VVE Peuteropvang Nijmegen in 2018 is in het kwaliteitscriterium opgenomen dat de VVE-peutergroepen ondersteund moeten worden door educatieve ondersteuners (op Hbo-niveau). Deze kwaliteitsslag heeft de peuteropvang in Nijmegen al gemaakt. Het is een voorwaarde om in aanmerking te komen voor subsidie voor de VVE-peuteropvang.³⁷

De ambulant medewerkers PKO, IVH-casemanagers, KoK-zorgcoördinatoren, jeugdspecialisten van DSAV en schoolmaatschappelijk werkers zijn allen (minimaal) Hbo opgeleid.

IVH-casemanagers

Volgens de geïnterviewden verschilt de deskundigheid van IVH-casemanagers per medewerker. Er is een hoog verloop waardoor expertise en ervaring verloren gaat en continuïteit van deskundigheid en vaardigheid niet is geborgd.

Bijscholing

Tijdens de interviews blijkt dat de mate van bijscholing van de verschillende medewerkers wisselend is. KINOP bijvoorbeeld organiseert veel bijscholing voor het VVE+ programma en de casemanagers in de SWT's komen niet aan bijscholing toe.

Vier keer per jaar wordt een casemanager overleg georganiseerd. Tijdens dit overleg wordt aandacht besteed aan bijscholing. Echter melden IVH-casemanagers zich hiervoor af. Als reden geven zij aan dat ze de druk van de wachtlijsten voelen. Het overleg heeft als doel:

- Zorgen voor de verbinding IVH-casemanagers onderling en met de IVH-coördinator.
- Kennis en kunde actueel houden, voor deze specifieke methodiek en samenwerking.
- Behoud van IVH als onderdeel van de zorgstructuur binnen Nijmegen en aansluiten bij nieuwe projecten of ontwikkelingen.

Doordat de overleggen niet door iedereen bezocht worden, kunnen we stellen dat bovenstaande doelstelling niet volledig wordt bereikt.

6.1 Aanbevelingen aanwezige expertise bij professionals

De gemeente zou met alle uitvoerende organisaties nadrukkelijker afspraken dienen te maken over deskundigheidsbevordering. Dit kan enerzijds in sturende sfeer, zoals het maken van afspraken in de subsidieovereenkomsten, en anderzijds in stimulerende sfeer, zoals het faciliteren van workshops en studieprogramma's waarin organisaties onderling deskundigheid inbrengen en door medewerkers een kijkje te laten nemen in de keuken van anderen.

Pedagogisch medewerkers zijn logischerwijs de eerste die te maken krijgen met veranderingen in populatie en individuele signalen. Zij en de kinderopvang als werkgever signaleren deze veranderingen en zouden hierop direct moeten kunnen acteren. Wanneer niet tijdig en adequaat ingesprongen wordt op de veranderende vraag, verergert de problematiek bij het kind en gezin. Dit lijkt aan de hand te zijn in Nijmegen. We adviseren om zo snel mogelijk te bespreken wat pedagogisch medewerkers aan aanvullende kennis en bagage nodig hebben om hiermee om te kunnen gaan. En wie kan hierin een rol spelen?

³⁷ Henk Peereboom, 2019.

Bijvoorbeeld een tijdelijke inzet van een cultuursensitief werker of maatschappelijk werker psychiatrie (zie ook hoofdstuk 2), of de inzet van een extra Hbo-functie voor deskundigheidsbevordering op het gebied van pedagogische vaardigheden, ontwikkelingspsychologie, didactische- en spelvaardigheden. Het zal gaan om een tijdelijke inzet van aanvullende expertise met de verwachting dat de pedagogisch medewerkers en hun organisatie in de toekomst zelfstandig regie kunnen nemen op hun eigen handelen. Tevens kan de nieuwe coördinatiefunctie hierin het nodige betekenen.

Doordat de PM'ers momenteel nog onvoldoende toegerust lijken op de veranderingen in de populatie kan de coaching, door alleen al de aanwezigheid van de ambulant begeleider, een aanzuigende werking hebben op de inzet van PKO en mogelijke zwaardere vormen van hulpverlening zoals dagbehandeling. Momenteel is hierover geen uitspraak te doen. Voer daarom een 0-meting uit in januari 2020 en een tussenmeting in juli 2020. Het doel hiervan is meer bewustwording in eigen handelen, minder doorverwijzingen PKO enkelvoudige problematiek, makkelijke vragen zelf kunnen oppakken door PM'ers.

Deskundigheid nieuwe functie

Met de komst van de nieuwe jeugdprofessional verdwijnt de huidige functie IVH-casemanager. Bij het ontwikkelen, invullen, neerzetten en borgen van deze functie is het van wezenlijk belang dit goed te doen en de (nieuwe) medewerkers individuele scholing op maat te bieden. Daarbij zal ook collectieve scholing geboden moeten worden, zodat werkprocessen op eenduidige wijze ingevuld worden door alle coördinerende professionals.

7. Onderwijs en zorg

De toeleiding naar het onderwijs van kinderen die vroeghulp (hebben) ontvangen, is afhankelijk van betrokkenen in het (vroeg)hulp traject, de toestemming én medewerking van ouders. Zoals in hoofdstuk 4 besproken, hebben ouders een bepalende stem in de ondersteuning voor hun kind(eren).

Het lijkt logisch dat de behaalde resultaten van de hulpverlening, bijvoorbeeld van de inzet van PKO en/of VVE en de dagbehandeling op de specialistische kinderopvang, worden voortgezet na de overgang naar de (vroeg)basisschool.

Daarom wordt in Nijmegen gebruik gemaakt van het systeem Alle Kinderen in Beeld (AKIB) en het 'kind volgsysteem'. Na toestemming van ouders overhandigen zij samen met de kinderopvang (de voorschoolse periode) de informatie aan het basisonderwijs. Dat kan dus samengaan met een warme overdracht vanuit de betrokken hulpverlener. Geïnterviewden geven aan dat wanneer het kind op een brede school zit, de samenwerking en overdracht makkelijker verloopt dan wanneer dat niet het geval is. Geïnterviewden zien daarom een meerwaarde in de doorlopende lijn die in een brede school meer vanzelfsprekend is.

Expertise jeugd op de kinderopvang en basisonderwijs

De zichtbare aanwezigheid van jeugdexpertise³⁸ op kinderdagverblijven, peuterspeelzalen en op het basisonderwijs wordt door de geïnterviewden als een meerwaarde ervaren. Kinderdagverblijf, peuterspeelzalen en (brede) school worden gezien als een laagdrempelige plek waar ouders terecht kunnen met vragen of met problemen. Volgens de opgestelde maatschappelijke businesscase voor PKO en DSAV in 2017 zou deze aanwezigheid ook de inzet van zwaardere jeugdhulp kunnen voorkomen. Er kan momenteel over die resultaten geen uitspraken worden gedaan.

Doorstroom van dagbehandeling naar (speciaal)onderwijs

Geïnterviewden uit het onderwijs signaleren dat de doorstroom van kinderen van dagbehandeling naar (speciaal) onderwijs *over all* goed verloopt. Echter geven de cijfers een ander beeld. In 2017 en 2018 hebben 91 kinderen in de leeftijd van 4 tot 5 jaar uit Nijmegen (totaal regionaal 129 kinderen) op dagbehandeling gezeten terwijl zij in principe naar het (reguliere) onderwijs zouden kunnen gaan.³⁹ De exacte redenen waarom deze kinderen op de dagbehandeling zijn en geen onderwijs volgen, is voor dit onderzoek niet inzichtelijk. Er kunnen meerdere verklaringen gegeven worden. Mogelijk spelen er tegenstrijdige belangen tussen de partijen waarom deze kinderen niet naar school gaan.

Tijdens de interviews signaleren zowel zorgaanbieders als onderwijs terecht knelpunten én in lijn met de verstrekte cijfers door de gemeente. Niet alle kinderen die vroeghulp (hebben) ontvangen, stromen goed door naar het onderwijs. Zij noemen hiervoor verschillende oorzaken:

- Overgang van een kleine groep (zoals in de dagbehandeling) naar een schoolklas is te groot.
- Geen plek op het onderwijs.
- Onvoldoende passende plek; het onderwijs is nog niet passend genoeg.
- De aanmelding voor instroom naar het onderwijs komt te laat.
- Ouders geven geen toestemming voor informatieoverdracht of zijn het oneens met de zorgaanbieder en/of onderwijsinstelling over plaatsing.

³⁸ Zoals ambulante begeleiders, jeugdspecialisten, KoK-zorgcoördinatoren en schoolmaatschappelijk werkers.

³⁹ Gemeente Nijmegen, juli 2019.

- Sommige kinderen met ontwikkelingsachterstanden komen pas op de leerplichtige leeftijd in beeld bij de aanmelding op school, maar kunnen het onderwijs door problematiek (nog) niet aan.
- Trend in het speciaal onderwijs (m.n. voormalig ZMLK onderwijs) is een jaarlijks capaciteitsprobleem en men kan in de loop van een schooljaar (vanaf januari-maart) geen kinderen meer opnemen. Deze blijven dan “hangen” binnen dagbehandeling ondanks dat ze toe zijn aan doorstroom naar een vorm van onderwijs.
- Het speciaal onderwijs geeft aan handelingsverlegen te zijn met jonge kinderen (4 jaar) met laag verstandelijk niveau en gedragsproblematiek (partijen verkennen momenteel een zorg-onderwijsgroep voor kinderen van 4-6 jaar met Punt Speciaal en Stroomland).
- Waar plaats je dove-slechthorende kinderen met autisme? Cluster 2 of cluster 4 onderwijs? Voor Kentalis staat taalprobleem voorop.

Opvallend is dat het onderwijs de knelpunten van de zorgaanbieder benoemt en andersom, maar niet direct de knelpunten binnen het eigen verantwoordelijkheidsdomein.

Multidisciplinair perspectief zorgaanbieder, IVH-casemanager en onderwijs

Bij de doorstroom naar het onderwijs is het afhankelijk van de betrokken partijen of een multidisciplinair perspectief gewaarborgd is. Het BSOT zorgt ook voor een multidisciplinaire blik. Individuele betrokken partijen doen hun best om zo goed mogelijk het kind met de zorg over te dragen. In de huidige situatie is de IVH-casemanager soms betrokken, dit is echter niet vanzelfsprekend. Zorgaanbieders en onderwijs kunnen na toestemming van ouders informatie warm overdragen. Zowel vanuit de zorgaanbieder als vanuit onderwijs wordt hier naar gestreefd. Een warme overdracht lijkt meer vanzelfsprekend wanneer de professionals elkaar al kennen. Ook hierin lijkt de brede school een stapje voor te hebben op andere onderwijsvormen.

Domeinen zorg en onderwijs en financiering

Zorg en onderwijs zijn twee gescheiden domeinen. Daarbij kan de financiering van zorg uit verschillende potten komen: vanuit de Jeugdwet, Wlz, of Zvw. Dat zorgt in de praktijk soms voor discussies. Toch zoekt men naar manieren om deze schotten zo min mogelijk van invloed te laten zijn op een samenwerking tussen onderwijs en zorg. Een gezamenlijke visie en samenwerking in de gemeente is essentieel om kinderen met hulpvragen tijdig de passende zorg én onderwijs te kunnen bieden.

7.1 Aanbevelingen onderwijs en zorg

- Ga om tafel met zorgaanbieders, dagbehandeling en het samenwerkingsverband Stroomland om gezamenlijk tot oplossingen te komen voor de tijdige doorstroming van kinderen naar onderwijs. Oplossingen zouden kunnen zijn:
 - Casusoverleg in het IVH-MDO bij jonge kinderen rond 3,5 jarige leeftijd tussen coördinerende functie, behandelaar dagbehandeling en onderwijs: hoe kan dit kind naar het onderwijs? Gezamenlijk zorgdragen voor maatwerk.
 - De verantwoordelijkheid voor een onderwijsplek ligt bij het onderwijs. Wanneer een kind echt niet aan school toe is, maar wel kan leren, lijkt het in de rede te liggen dat het onderwijs meebetaalt aan een alternatieve (en tijdelijke) overgangsplek.
 - Wanneer school geen passende oplossing (plaats) heeft voor het kind, werkt gemeente mee aan overbruggingszorg op het onderwijs (financiering).
 - Tijdens het MDO wordt allereerst de best passende oplossing met en voor het kind gezocht. De financiering volgt het kind. Monitoring en evaluatie worden daarin afgesproken.
 - Afspraken vastleggen op organisatie en uitvoeringsniveau.
 - Evaluer voortgang samenwerking en resultaten op basis van casuïstiek vier keer per jaar.
 - Doorlopende lijn zorg (bekend gezicht in onderwijs), dus de coördinator heeft spilfunctie bij de overgang van vroeg- naar voorschoolse periode.
- Organiseer voor kinderen op de huidige wachtlijst een extra MDO om wachtenden 'weg te werken': wat is nodig?
- Investeer verder in het op orde brengen van het passend onderwijs.

8. Aanbevelingen in een tijdpad

Hieronder tonen we een globale indeling voor de aanbevelingen in deze rapportage. Als eerste de Quick Wins die op korte termijn opgepakt en gerealiseerd kunnen worden. Als tweede de aanbevelingen die binnen de stelselwijziging uitgewerkt dienen te worden en dus meer tijd kosten. Meerdere aanbevelingen kunnen gecombineerd opgepakt worden in werkgroepen of beleidsnotities. Wanneer men weerstand verwacht op één of meerdere onderwerpen bevelen we echter aan dit op te splitsen om de snelheid en slagkracht in stand te houden.⁴⁰

Quick Wins

Preventief

- Voorkom zoveel mogelijk stapelen van preventieve voorzieningen, uit ervaring van professionals blijkt dat dit niet effectief is.
- Organiseer preventief aanbod gebiedsgericht en meer vraaggericht. Neem daarvoor de wijk als uitgangspunt. Kijk hierbij naar de vragen en behoeften van de inwoners uit de wijk.
- Bouw de subsidie voor zorgpeuters af.
- Maak meer gebruik van welzijn bij afschalen. Welzijn moet zich meer kenbaar maken bij specialistische jeugdhulp en bij andere verwijzers.
- Stel criteria op voor nieuw preventief aanbod. Eén van die criteria is dat het aanbod voorkomt (of opgenomen wordt bij innovatief aanbod) in de Databank erkende jeugdinterventies of zich anderszins heeft bewezen.
- Vergroot interculturele deskundigheid van medewerkers in het preventieve aanbod.
- Investeer in een veilige vertrouwensband met de ouders, waarbij in het begin de hulpverlening plaatsvindt in voor de ouders een vertrouwde omgeving (bijvoorbeeld thuis).

Vindplaatsen en verwijroutines

- Maak afspraken met HA en CB-artsen over verwijroutines:
 - Diagnostiek → via nieuwe coördinatiefunctie.
 - Enkelvoudige vraag → rechtstreeks doorverwijzen.
 - Meervoudige en complexe vraag → via nieuwe functie jeugdprofessional die deze inbrengt in MDO.
- Complexe hulpvragen komen verplicht in het IVH-MDO waar ze multidisciplinair besproken worden.
- De vindplaatsen voor vroegsignalering in Nijmegen zijn voldoende en laagdrempelig. Behoud dit.

Regie ouders

- Verbeter de vindbaarheid van de correcte digitale sociale kaart bij professionals en verbeter de verstrekking van informatie aan ouders.
- Door de verwijrute bij complexe problematiek via het IVH-MDO te laten verlopen, wordt er ook meer aandacht geschonken aan de regie en de betrokkenheid van ouders.
- Eén nieuwe functie, de jeugdprofessional per wijk en vindplaats zorgt voor één vertrouwd gezicht voor ouders.

⁴⁰ Wil je doorgang vinden in de realisatie van de stelselwijziging, en voor de voortgang van het besluitvormingsproces, moeten een aantal Quick Wins tijdig door de bestuurlijke besluitvorming heen zijn.

Aanwezige expertise bij professionals

- Gemeente maak nadrukkelijker afspraken met uitvoerende organisaties over deskundigheidsbevordering.
- Rust pedagogisch medewerkers toe op veranderingen in de populatie.
- Voer een 0- en 1-meting uit om het effect hiervan op ambulante begeleiding te meten.

Onderwijs en zorg

- Ga om tafel met zorgaanbieders, dagbehandeling en het samenwerkingsverband Stroomland om gezamenlijk tot oplossingen te komen voor de tijdige doorstroming van kinderen naar onderwijs.
- Organiseer voor kinderen op de huidige wachtlijst een extra MDO om wachtenden 'weg te werken': wat is nodig?
- Investeer verder in het op orde brengen van het passend onderwijs.

Lange termijn stelselherziening

Preventief

- Draag zorg voor een goede eenduidige multidisciplinaire screening en triage: een goede 'zeef'. Breng alle triage rondom preventieve voorzieningen onder bij één coördinatie functie en implementeer daar de triagecriteria.
- Houd de sociaal medische indicatie in stand. Beleg de aanvraagtaak bij de nieuwe coördinatiefunctie.

Vindplaatsen en verwijroutes

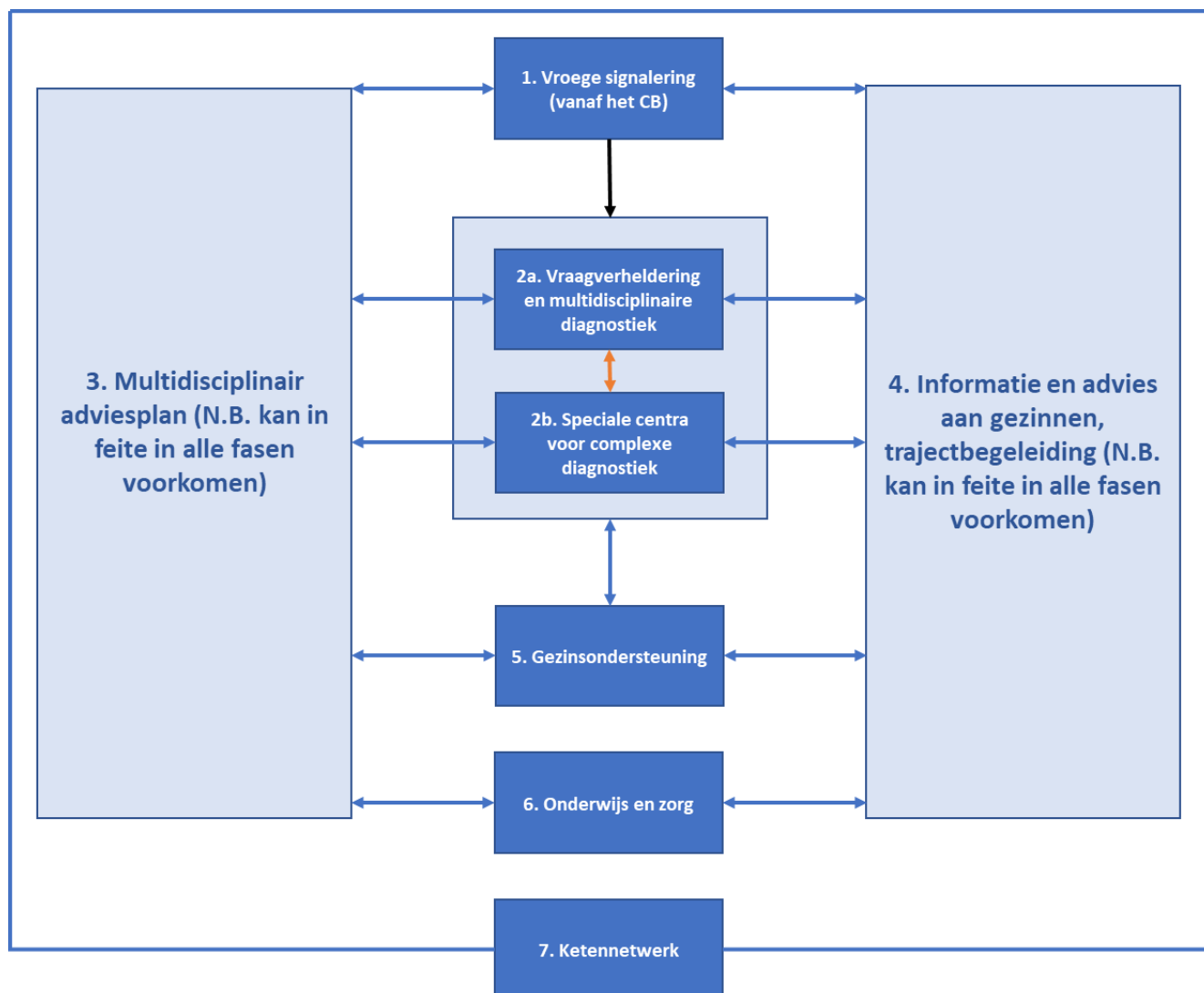
- Breng het aantal verwijroutes terug door het creëren van één route via één generieke functie die de coördinatietaken en verwijstaken op zich neemt voor de doelgroep jeugd 0-4 en later 0-12. Voeg dus de taken van de KoK-zorgcoördinator, ambulant begeleider PKO, de IVH-casemanager en SWT medewerker jeugd samen.

Functioneren sociaal wijkteam en IVH

- Gemeente neem de regierol. Als eerste door in 2019 een visie op jeugd te ontwikkelen die kaders geeft voor de stelselwijziging en inrichting van het jeugdveld.
- Richt een jeugdteam in dat zelfstandig functioneert naast het SWT.
- IVH heeft een toegevoegde waarde in de keten, hernieuw deze.
- Blaas het IVH-MDO nieuw leven in. Breng hiervoor eerst het eigen huis op orde en maak goede werkafspraken.
- Kom tot een doorlopende zorglijn van 0-7 jaar met het onderwijs.
- Richt een managementstructuur in die aansluit op de nieuwe orderingsstructuur.
- Haal overlap tussen SJT en IVH eruit en maak afspraken over het grijze gebied. Voeg STJ toe aan het jeugdteam.

Aanwezige expertise bij professionals

- Organiseer groepsgewijze en op maat scholing voor de medewerkers die de nieuwe functie van jeugdprofessional gaan invullen.

Bijlage 1 De 7 bouwstenen van integrale vroeghulp

Bijlage 2 Overzicht interviews en gesprekstafels

Datum	Organisatie	Naam	Functie
Woensdag 5 juni	SWV Stroomland	Titia Blankenstein	Coördinator platform Nijmegen
	Gemeente Nijmegen	Henk Peereboom	Beleidsadviseur KO & Onderwijs
	Driestroom	Thierry van den Heuvel	Accountmanager regio Nijmegen
		Ria Bakarbessy	Coördinator Driestroomloket
		Christel Gijsbers	Hoofd Behandeling
Dinsdag 11 juni	KION	Kerstin Vogel	Manager Beleid & Advies
		Mireille Aarts	Beleidsmedewerker
	MEE Gelderse Poort	Gerrie Driessen	Regionaal IVH-coördinator
	DSAV	Chris Raaijmakers	Programmaleider DSAV
		Emmy Colijn	Jeugdspecialist DSAV
		Floortje Boeijen	Jeugdspecialist DSAV
Dinsdag 18 juni	Passende Kinderopvang	Elianne Vossen	Projectleider PKO
		Tirza de Vries	Orthopedagoog en coördinator
		Judith Bremen	Ambulant begeleider
	GGD Gelderland zuid	Emilie Ruiter	Stafarts JGZ GGD
	Unik	Lian Raams	Operationeel manager
	St. Liz	Esther de Bruijn	Directeur-bestuurder

Datum	Organisatie	Naam	Functie
Woensdag 19 juni	Bindkracht 10	Irfan Mohammedamin	Manager Jeugd
		Bea de Ruijter	Programmaontwikkelaar Jeugd
		Marleen	Coördinator Spelbegeleiders
	VONK	Rutger van Straten	Voorzitter
	Entrea	Jan Smolders	Regiomanager
Donderdag 27 juni	Kinop	Astrid Snelder	Kwaliteit coördinator en trainer
		Melodie Snelder	Locatiemanager
	Sterker	Igor van der Vlist	Beleidsmedewerker Jeugd
		Constance ten Have	IVH-casemanager
		Jackie Wijnroks	IVH-casemanager
	Kentalis	Jasmijn Postma	Orthopedagoog
	Karakter	Eric Keizers	Zorglijnmanager bedrijfsvoering centrum Jonge Kind
		Martine van Dongen	Kind- en jeugdpsychiater
	Kijk op Kleintjes	Ellen Brakels	Teammanager JGZ GGD
		Marlene Meys	Zorgcoördinator
		Miriam van der Steen	Zorgcoördinator

Gesprekstafels dinsdag 10 september

Datum	Organisatie	Naam	Functie
Ochtendtafel	Karakter	Eric Keizers	Coördinator platform Nijmegen
	Jeugdarts	Emilie Ruiter	Beleidsadviseur KO & Onderwijs
	Driestroom	Christel Gijsbers	Hoofd Behandeling
	St. Liz	Esther de Bruijn	Directeur-bestuurder
	Huisarts	Claudia Meulemans	Huisarts
	Entréa Lindenhout	Femke Nijenhuis	
	Unik	Joep Adank	Manager
		Anita van Gaal	PKO
	Gemeente Nijmegen	Mahmut Erciyas	Beleidsadviseur Jeugd
Middagtafel	Sterker	Constance ten Have	IVH-casemanager
	MEE	Gerrie Driessen	IVH coördinator
	Kijk op Kleintjes	Marlene Meys	Zorgcoördinator
	PKO	Elianne Vossen	Projectleider PKO
	DSAV	Chris Raaijmakers	Programmaleider DSAV
	Gemeente Nijmegen	Henk Peereboom	Beleidsadviseur KO & Onderwijs
	Gemeente Nijmegen	Mahmut Erciyas	Beleidsadviseur Jeugd
	VONK	Rutger van Straten	Voorzitter
	Kinop	Melodie Snelder	
	SWV Stroomland	Titia Blankenstein	Coördinator platform Nijmegen
	De Klompjes	Bianca Klomp	Kinderopvang
	Poespas	Pascal Plevier	Kinderopvang
	Ikke	Tesse Nuijten	Kinderopvang
	Struin	Mathijs de Gruijter	Kinderopvang
	De Tweeling	Annemarie Janssen	Kinderopvang
	KO Heyendaal	Annelies Janssen	Kinderopvang
	KION	Suus Sas	Kinderopvang

Bijlage 3 Wachttijden SWT**Gebaseerd op #
aanmelding**

430

	2019						Gemiddelde
Maand	1	2	3	4	5	Gemiddelde	
	6,0	5,7	2,0	3,7	6,4	4,8	4,8
Dukenburg	6,2	5,6	3,7	7,4	4,3	5,5	5,5
Hatert	3,6	1,8	5,3	3,1	2,0	3,3	3,3
Lindenholt	5,4	4,6	5,2	6,1	6,4	5,5	5,5
Nijmegen-Centrum				5,0		5,0	5,0
Nijmegen-Midden	2,6	6,0	3,4	6,5	3,2	4,1	4,1
Nijmegen-Nieuw-West	5,5	3,0	5,0	4,3	2,3	3,9	3,9
Nijmegen-Noord	5,4	3,7	5,5	8,5	9,0	6,1	6,1
Nijmegen-Oost	3,8	3,3	2,2	3,6	3,3	3,3	3,3
Nijmegen-Oud-West	5,0 ⁴¹	3,8	4,2	8,7	6,0	5,0	5,0
Nijmegen-Zuid	2,8	1,5	4,9	6,8	9,3	5,1	5,1
Gemiddelde	4,9	4,1	4,3	5,6	4,9	4,8	4,8

Onderstaande tabel toont de wachttijden per werksoort⁴²

	2019					
	K1			K2		
Werksoort	januari	februari	maart	april	mei	juni
WMO - Klassiek	8,3	7,3	6,7	6,6	7,0	8,0
WMO - Nieuw	6,5	6,6	6,4	6,9	7,9	8,7
Jeugdwet	5,2	4,4	4,8	6,1	4,9	5,2

⁴¹ Jeugd, Sterker.⁴² Rapportage Nijmegen 2019 Q2, Sterker.

Bijlage 4 Overzicht gezinsondersteuning door aanbieders

Onderstaande jeugdhulporganisaties leveren binnen de gemeente Nijmegen de volgende diensten:

Driestroom:

- Observatie en diagnostiek; kind product, ouderproduct.
- Zorg binnen onderwijs.
- Dagbehandeling.
- DDT.
- Traumabehandeling.
- Gezinshuizen: 918 gezinshuisplaatsen waarvan 11 kinderen uit Nijmegen.

Unik:

- Specialistische opvang.
- Orthopedagogische Dagbehandeling (OPD).
- Intensieve Orthopedagogische Dagbehandeling (IOG).
- Buitenschoolse opvang (BSO).
- Logeren in het weekend of tijdens schoolvakanties.
- Hulp bij de persoonlijke verzorging van het kind.
- Praktische opvoedondersteuning.
- Ambulante begeleiding.

St. LIZ:

- Begeleiding gezinnen thuis.
- Ambulant begeleiders op basisscholen.
- Veel kinderen gaan op den duur over naar WLZ.
- Discussie met SWT over regulier onderwijs met begeleiding of naar speciaal onderwijs.

Entrea Lindenhout:

Preventie:

- DSAV (zonder indicatie).

Praktische ondersteuning; Jeugdhulp met gemeentelijke beschikking.

Intensieve ambulante gezinsbegeleiding:

- Vormen van dagbehandeling.
- Dagbehandeling voor het jonge kind.
- Verblijf; pleegzorg en gezinshuizen (weinig residentiele zorg).
- Interventies als mDTV, Pgo.
- Pilot combiklassen, voor kinderen die nog niet naar school kunnen.
- Tapirgroep, niet bekend bij regiomanager.

Bijlage 5 Afkortingenlijst

Afkorting	
AKIB	Alle kinderen in beeld
AVG	Algemene verordening gegevensbescherming
BSOT	Brede school ondersteuningsteam
CB	Consultatiebureau
DEI	Databank erkende jeugdinterventies
DSAV	De school als vindplaats
Eerste lijns zorg	Ondersteuning zoals gevonden door professionals vanuit de sociaal wijkteams (IVH), de inzet (door de zorgcoördinatoren van KoK) van PKO en VVE.
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
HA	Huisarts
Hbo	Hoger beroepsonderwijs
IVH	Integrale vroeghulp
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KoK	Kijk op Kleintjes
<i>Matched care</i>	Staat voor het afstemmen van de behandeling op kenmerken van de hulpvrager, zoals de ernst van de problematiek, mentale en sociale vaardigheden, omgevingsfactoren en wensen en behoeften van de hulpvrager.
mBC maatschappelijke businesscase	Maatschappelijke businesscase
MDAP	Multidisciplinair adviesplan
MDO	Multidisciplinair overleg
NJi	Nederlands Jeugdinstituut
Nulde lijns zorg	Alle preventieve hulp, informatie en advies in het voorliggend veld dat vrij beschikbaar is.
PKO	Passende Kinderopvang
PO	Passend Onderwijs
POH-J	Praktijk Ondersteuner Huisartsenzorg voor jeugd

PM	Pedagogisch medewerker
SES	Sociaaleconomische status
SMI	Sociaal medische indicatie
<i>Stepped care</i>	Zorgmethode volgens het principe van getrapte zorg. Stappenplan van steeds intensievere vormen van zorg, waarbij het niet de bedoeling is om alle stappen af te lopen, maar juist om met zo weinig mogelijk stappen resultaat te boeken.
STJ	Stadsbreed team jeugd
SWT	Sociaal wijkteam
TOA	Taalontwikkelingsachterstand
TOS	Taalontwikkelingsstoornis
Tweede lijns zorg	Alle hulp en zorg die na verwijzing met beschikking door de sociaal wijkteams of een arts (huisarts of CB-arts) wordt ingezet. Hieronder verstaan we dus specialistische jeugdhulp.
VVE	Vroeg- en voorschoolse educatie
VVE+	Vroeg- en voorschoolse educatie extra programma
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wlz	Wet langdurige zorg
ZMLK	Zeer moeilijk lerende kinderen
Zvw	Zorgverzekeringswet