

# Ouders tijdig en integraal geholpen?

Explorerend onderzoek naar ervaringen van ouders van kinderen met meervoudige ontwikkelings- en/of gedragsvragen op de organisatie en uitvoering van Integrale Vroeghulp

## Master thesis

Master Youth, Education and Society

Faculteit Sociale Wetenschappen



Universiteit Utrecht



Nederlands  
Jeugdinstituut



Nederlands  
Centrum  
Jeugdgezondheid

Auteur: Jantine Moen

studentnummer: 6013929

Beoordelaar Universiteit Utrecht: dr. Paul Baar

Tweede beoordelaar Universiteit Utrecht: dr. Monique van Londen

### Summary

**Background.** For their chances later in life it is with highly young children both difficult as well as important to identify problems as early as possible. The preventive method *Integrale Vroeghulp* (Integral Earlyhelp) offers integral diagnostics and advising in order to start the right help as soon as possible. **Purpose.** The new youthlaw in the Netherlands caused for major changes in the help for young children, these are clearly notable for Integrale Vroeghulp. This study aims to examine the experiences of parents on the organisation and implementation. Having insights into these factors can contribute to the enhancement the method. **Method.** This study used a qualitative approach. Data was gathered through open semi-structured interviews. Eleven interviews were held with parents. Furthermore, to get more insights on the three organisational models, conversations were held with six coördinators. **Results.** Results indicate that not the models but the aspects of early problem identification, parental involvement and long-term accompaniment are important for the experiences of parents. The quality of the execution is especially important but organisational choices can be helpful. **Discussion.** The insights of these important aspects for parents led to implications on the improvement of the method. The most important implication is to start with, is providing and spreading the right information about Intergrale Vroeghulp to improve the early problem identification. Further research is needed on the awereness of the excistence of the method.

*Keywords:* Outcome investigation, early problem identification, integral and effective collaboration, multidisciplinary diagnostics and advisement, Early Childhood Intervention

**Samenvatting:**

**Achtergrond.** Vroegsignalering bij zeer jonge kinderen is zowel moeilijk als zeer van belang voor hun kansen op latere leeftijd. De preventieve methodiek Integrale Vroeghulp biedt integrale diagnostiek en advisering om zo vroeg mogelijk de juiste hulp op te kunnen starten. **Doel.** De nieuwe jeugdwet heeft gezorgd voor veranderingen in de zorg voor het jonge kind, deze zijn duidelijk merkbaar voor Integrale Vroeghulp. Naar aanleiding van de nieuw ontstane situatie onderzoekt de huidige studie de ervaringen van ouders op de organisatie en uitvoering. Meer inzicht hierin kan bijdragen aan de verdere ontwikkeling van de methodiek. **Methoden.** Door middel van semi-gestructureerde interviews heeft een kwalitatief onderzoek plaatsgevonden. Elf open interviews met ouders zijn afgenomen. Daarnaast zijn er verdeeld over de drie organisatorische modellen met zes coördinatoren in de rol van informant een gesprek gevoerd. **Resultaten.** Het blijkt dat niet zozeer de modellen maar de aspecten vroegsignalering, ouderbetrokkenheid en langdurige trajectbegeleiding belangrijk zijn voor de ervaringen van ouders. De kwaliteit van de uitvoering is voor de ouder van belang en het lijkt erop dat bepaalde organisatievormen daarbij kunnen helpen. **Discussie.** Vanuit het inzicht over welke aspecten van belang zijn voor de ervaringen van ouders, zijn implicaties voor verbeteringen aan het NCJ gegeven. Deze betreffen onder meer de eerste en belangrijkste stap, namelijk het onder de aandacht brengen juiste informatie over de methodiek bij de doorverwijzende partijen om de vroegsignalering te verbeteren. Verder onderzoek naar de bekendheid van Integrale vroeghulp is nodig.

*Trefwoorden:* outcome onderzoek, vroegsignalering, integrale en effectieve samenwerking, multidisciplinaire diagnostiek en advisering, preventieve methodiek

### Ouders tijdig en integraal geholpen?

Bij ongerustheid over de ontwikkeling van het zeer jonge kind is het stellen van de juiste diagnose vaak een lange zoektocht. Tegelijkertijd onderschrijft internationaal onderzoek dat vroegtijdig signaleren de leefomstandigheden van jonge kinderen, maar met name voor jonge kinderen met een ontwikkelingsachterstanden of beperkingen, een grote impact heeft op hun kansen op latere leeftijd (Bruder, 2010; Heckman, Pinto, & Savelyev, 2013; Knudsen, Heckman, Cameron, & Shonkoff, 2006). Bij vroegtijdig signaleren van een ontwikkelingsachterstand of een beperking, blijkt de kans groter dat een kind profijt heeft van passende interventies (Guralnick, 2005). Daarnaast wordt verwacht dat door inzet van preventie, minder gebruik van dure vormen van jeugdhulp nodig is (Carta & Kong, 2007; Meima & Van Yperen, 2013; VNG, 2014). Kenmerkend aan de ouders van deze kinderen is dat zij vaak vragen hebben over de ernst, aard en omvang van het probleem en de stappen die daarvoor ondernomen moeten worden. Integrale Vroeghulp (IVH) probeert ouders zo tijdig mogelijk naar passende hulp te leiden door eerst integraal te diagnosticeren voordat er geadviseerd en doorverwezen wordt (Addink, Balledux, & Geurts, 2011). De preventieve methodiek biedt hulp in de zoektocht van ouders met kinderen van nul tot zeven jaar met een (mogelijke) ontwikkelings en/of gedragsvragen op het gebied van verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperking, een stoornis in het autistische spectrum, een chronische ziekte of een gedragsprobleem: de zogenoemde zorgintensieve kinderen. Over de grootte van deze groep kinderen is in Nederland veel onduidelijkheid (NCJ, 2018b). Huidig onderzoek wordt gedaan in opdracht van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) in samenwerking met het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en is onderdeel van een inventarisering naar de stand van zaken om de organisatie en uitvoering van IVH te kunnen verbeteren.

Het belang van vroegsignalering en preventie wordt gezien, daarom wordt sinds de jaren '70 steeds meer gebruik gemaakt van Early Childhood Intervention (ECI) (De Moor, Van Waesberghe, Hosman, Jeaken, & Miedema, 1993). ECI wordt gedefinieerd als een aanbod van evidence-based interventies om ouders en kinderen te voorzien van kennis en competenties om het alledaagse leven te verbeteren (Dunst & Espe-Scherwindt, 2017). In Europa is de werkgroep Eurlayaid opgericht om Europese eenwording van vroege diagnostiek en ondersteuning te borgen om in heel Europa de kwaliteit van leven voor deze doelgroep te verhogen. Landen zijn vrij om een invulling te geven aan ECI, Nederland gebruikt IVH. De afgelopen 30 jaar monitort Eurlayaid in vijftien Europese landen deze zorg, zij vinden daarbij positieve resultaten (Eurlayaid, 2014).

De landelijke coördinatie van IVH is sinds 2017 belegd bij het NCJ. Hun zoektocht naar de verbetering is ontstaan met de komst van de nieuwe jeugdwet wat zorgde voor een verschuiving van de verantwoordelijkheid voor de zorg voor het jonge kind van de overheid naar de gemeente. Met de inzet van IVH kunnen gemeenten aansluiten bij de transformatiedoelen rond de inzet van preventie en integrale hulp volgens het uitgangspunt ‘één gezin, één plan, één regisseur’ (Memorie van toelichting, 2013). Er zijn drie doelgroepen voor IVH: gemeenten voor organisatorische keuzes; de professionals voor de uitvoering; en de kinderen en hun ouders als de hulp ontvangende groep. Het NCJ heeft geïnformeerd naar de organisatie van IVH bij gemeenten en de professionals. Deze blijkt dermate versnipperd te zijn dat er niet eenduidig iets over te beschrijven is (NCJ, 2018a). Het NCJ wil grip krijgen op de verschillende organisatievormen door deze te verdelen in drie gemeentelijke modellen: Veldpartijenmodel (VPmodel); Jeugdgezondheidszorgmodel (JGZmodel); Gemeentelijk Geïntegreerd Jeugdmodel (GGJmodel). Onderzoek naar de laatste doelgroep is tot op heden onderbelicht maar daarmee zeker niet onbelangrijk. Cliënttevredenheidsonderzoeken helpen mee om indicaties tot effectiviteit te vinden (Van Yperen, Veerman, & Bijl, 2017). De huidige studie betreft een eerste inventarisatie van een ervaren outcome onderzoek. Onderzoek onder ouders is een waardevolle aanvulling in de zoektocht naar de doorontwikkeling van IVH.

Na een overdachte organisatie is een goede implementatie van belang omdat het invloed blijkt te hebben op de effectiviteit van de methodiek (Durlak & Dupre, 2008; Newcomer, Freeman & Barrett, 2013; Stals, 2012). Een geslaagd implementatieproces is onder andere te zien aan de programma integriteit gedefinieerd als: wordt de methodiek uitgevoerd zoals deze is bedoeld (Stals, Van Yperen, Reith, & Stams, 2008). Alle modellen bevatten dezelfde onderbouwing vanuit Eurlayaid, maar door organisatorische keuzes is het de vraag of de programma integriteit geschonden wordt. Daarnaast leert de praktijk dat er binnen de modellen vaak afgeweken wordt van de richtlijnen waardoor nog grotere verscheidenheid in organisatie per regio bestaat. In de huidige studie zijn gesprekken met professionals gevoerd om informatie te verkrijgen over de daadwerkelijke stand van zaken per regio.

De doelstelling van het huidige onderzoek is inzicht verkrijgen in de ervaringen van ouders over de organisatie en uitvoering van IVH in het gemeentelijke model wat op hen van toepassing is. Bekeken wordt welke ervaringen ouders hebben binnen de verschillende organisatorische modellen. Het is niet de bedoeling deze te vergelijken. Vanuit de werkzame

factoren die ouders noemen, worden implicaties gegeven aan het NCJ over bepaalde focus of aanpassing in de bouwstenen. Met als uiteindelijk doel dat het NCJ dit kan gebruiken in hun advisering over de inzet van de bouwstenen binnen de verschillende modellen naar gemeenten om zo tot een doorontwikkeling te komen. De volgende onderzoeksvragen zijn geformuleerd: Hoe is Integrale Vroeghulp georganiseerd in de drie gemeentelijke modellen en wat zijn de ervaringen van ouders rond deze organisatie? Wat zijn de ervaringen van ouders rond uitvoering van Integrale Vroeghulp?

**De organisatie van Integrale Vroeghulp**

De eerste onderzoeksvraag van deze studie is: Hoe is Integrale Vroeghulp georganiseerd in de drie gemeentelijke modellen en wat zijn de ervaringen van ouders rond deze organisatie? Om tegemoet te komen aan de leerbehoeften van zeer jonge kinderen is IVH ontworpen aan de hand van de drie aspecten van ECI. Allereerst wordt binnen ECI vanuit het ecologische model van Bronfenbrenner (1994) de interactie tussen verschillende omgevingsinvloeden rond het kind gezien als invloed op het leer- en ontwikkelingsproces. Dat vraagt om hulp aan zowel het kind als de familie en de omgeving van het kind (Bruder 2000; 2001; Dunst, 2000). Binnen IVH wordt het gezin als geheel geholpen waarbij ook omgeving als het kinderdagverblijf of de school betrokken worden. Als tweede is kinderen helpen binnen hun dagelijkse routines in het gezin het meest effectief (Bruder 2001; Dunst 2007). Bij IVH is het streven zoveel mogelijk aan te sluiten op de context van het gezin en ouders door hen de regie te geven bij het gehele proces van de diagnose en het adviesplan. Als laatste moet er met oog op het ontwikkelingsproces van jonge kinderen, wat verspreid is over vele verschillende ontwikkelingsdomeinen, een aanbod van hulp geboden worden dat integraal een oplossing biedt. Een samenkomst van een team met professionals met kennis vanuit verschillende disciplines lijkt hierbij de uitkomst te bieden (Bruder, 1994; Hanson & Bruder, 2001). IVH geeft dit vorm door multidisciplinaire teamoverleggen (MDO) te voeren. Deze drie aspecten samengenomen met het belang van tijdig signaleren is de onderbouwing van de bewezen werkzame factoren van Eurllyaid. IVH in de originele vorm, voor de ingang van de nieuwe jeugdwet, heeft deze factoren een plek gegeven in zeven bouwstenen zoals beschreven in Tabel 1.

Tabel 1.

*De bouwstenen van Integrale Vroeghulp*

Bouwsteen	Toelichting
(1) Vroegsignalering en doorverwijzing	Bij voorkeur voor het tweede levensjaar en anders zo snel mogelijk daarna. Consultatiebureaus en kinderdagverblijven hebben een grote signaleringsrol en verwijzen door naar een IVH expertteam (VVI, 2011).
(2) Diagnostiek door een multidisciplinair team	In een MDO wordt de casus onder begeleiding van de regiocoördinator IVH met verschillende professionals doorgesproken en gediagnosticeerd. De ouder houdt daarbij de regie en er wordt in afstemming met elkaar gewerkt (VVI, 2011).
(3) Vorming van een multidisciplinair adviesplan	Uit het MDO vloeit een adviesplan voort dat snel opgeleverd dient te worden en besproken met ouders. Ook hier zullen ouders de regie in handen houden (VVI, 2011).
(4) Informatie en advies door een casemanager	Bij aanvang van het traject krijgt het gezin een casemanager toegewezen die thuis langskomt voor een kennismaking en informatie ophaalt bij alle betrokken partijen voor het dossier dat besproken wordt in het MDO. De terugkoppeling na het MDO wordt gedaan door deze casemanager en vervolgens zal deze de ouders ondersteunen in de uitvoering van het adviesplan in de vorm van langdurige trajectbegeleiding (VVI, 2011).
(5) Aanbod van preventieve gezinsondersteuning	Voor de mogelijke behoefte aan ondersteuning thuis zal de casemanager een aanbod doen (VVI, 2011).
(6) Afstemming tussen zorg en onderwijs	Ook voor mogelijke behoeften in de toeleiding naar school zal de casemanager hulp bieden (VVI, 2011).
(7) Ketensamenwerking	Om zorg te dragen voor betrouwbare schakels tussen de zes bouwstenen wordt het gehele proces gecoördineerd door een IVH coördinator (VVI, 2011).

Tot 2015 werd het geheel van zeven bouwstenen in een landelijk dekkend netwerk uitgevoerd en gesubsidieerd door de overheid. De invoering van de nieuwe jeugdwet heeft voor grote verschuivingen gezorgd in de organisatie en uitvoering van IVH. Zoals genoemd heeft het NCJ grip willen krijgen op de grote verscheidenheid in organisatie. De informatie van deze structurering is uitsluitend beschikbaar in een factsheet (NCJ, 2018a). De verwachtingen binnen de huidige studie worden aan de hand daarvan uiteengezet. Per model worden alleen de grootste veranderingen ten opzichte van de originele organisatie weergegeven.

**Het Veldpartijenmodel.** Dit model is IVH zoals het in de basis georganiseerd was, met als enige verandering dat de financiering uit de gemeente komt in plaats van de overheid. In Nederlands is de inzet van deze bouwstenen als geheel effectief gebleken in de ondersteuning van de doelgroep van IVH (Osterop, 2016). Op basis daarvan wordt verwacht dat ouders binnen

dit model positieve ervaringen hebben. Uit een onderzoek waar op vergelijkbare wijze methodisch wordt gewerkt, blijkt dat deze manier van handelen krachtig is. Maar, dat door weinig vernieuwend werken nieuwe wetenschappelijk bewezen effectieve handelingen over het hoofd worden gezien (TNO, 2017). Over de uitvoering van IVH op originele wijze is daarom niet te zeggen dat het goede uitkomsten garandeert.

**Het Jeugdgezondheidszorgmodel.** Binnen dit model draagt de jeugdgezondheidszorg (JGZ) de zorg voor de organisatie en regiocoördinatie. Daarmee nemen zij wat betreft hun reguliere takenpakket een uitzonderlijke rol. Het sociale wijkteam zal de taken van de casemanager en daarmee de uitvoering op zich nemen. Binnen dit model is te zien dat door verdeling van de organisatie en uitvoering over deze twee partijen, een meer nauwe samenwerking nodig is. Uit onderzoek blijkt dat met name de JGZ en het consultatiebureau een grote rol spelen in het informeren en doorverwijzen van ouders naar IVH (NCJ, 2018b). De verwachting is dat de nauwe samenwerking tussen de JGZ en IVH binnen dit model een positieve invloed zal hebben waardoor een traject eerder kan starten.

**Het Gemeentelijk Geïntegreerd Jeugdmodel.** In dit model heeft het sociale wijkteam de verantwoordelijkheid voor zowel de organisatie als uitvoering. De IVH casemanager zal plaatsnemen tijdens de casuïstieke besprekingen van het wijkteam en zal initiatief tot doorverwijzing naar IVH moeten nemen. Hiermee ligt deze verantwoordelijkheid geheel bij het sociale wijkteam en zijn zij afhankelijk van de expertise van de IVH-casemanager. Uit een gesprek met een regiocoördinator blijkt dat een gemeente na overstap op het GGJmodel van 177 naar vier aanmeldingen per jaar is gegaan. Het lijkt zeer aannemelijk dat de vroegsignalering in dit model te laat zal plaatsvinden. Wat betreft het MDO is binnen dit model geen vast team en wordt expertise per casus ingevlogen. Onderzoek beschrijft dat een secure inzet van de werkzame factoren binnen een methodiek cruciaal is (Blase & Fixen, 2013). Met het wegvallen van een vast expertiseteam is het de vraag of hier nog wel aan voldaan wordt. In het meest gunstige geval zorgt dit voor expertise precies passend is bij de casus waardoor dit effectiever en daarom sneller en kostenbesparend is. Maar, het is zeer de vraag of juiste inschattingen gemaakt worden en het MDO voldoende expertise dekkend zal zijn. Het is de verwachting dat ouders minder tevreden zullen zijn. Als laatste is bouwsteen zeven, de regiocoördinatie, vaak weggevallen binnen dit model. De consequentie hiervan is dat de samenwerking tussen partijen binnen de keten van de overige zes bouwstenen mogelijk stroever verloopt wat kan leiden tot



langere wachttijden of onjuiste informatievoorziening (VVI, 2011). De communicatie tussen verschillende professionals, de interprofessionele communicatie, wordt onderschreven als aspect voor een positieve beoordeling van een zorgtraject (Jager, De Winter, Metselaar, Knorth, & Reijneveld, 2014). Het is de verwachting dat met name de kwaliteit van de ketensamenwerking van groot belang is voor positieve ervaringen. Naar verwachting is dit in het VP en JGZmodel positiever dan in het GGJmodel.

### **Uitvoering van Integrale Vroeghulp**

De tweede en laatste onderzoeksvraag is: Wat zijn de ervaringen van ouders rond uitvoering van Integrale Vroeghulp? Om de kwaliteit van de zorg zichtbaar te maken, kan gebruik gemaakt worden van een prestatie-indicatoren die fungeren als meetlat voor de kwaliteit. De resultaten van interventies of methodieken kunnen gemeten worden aan de hand van indicatoren binnen drie onderwerpen voor de outcome van voorzieningen, namelijk: bereik, tevredenheid van cliënten en doelrealisatie (Van Yperen, de Wilde, & Keuzenkamp, 2014). In de huidige studie zullen de ervaringen van ouders bevraagd worden aan de hand van deze drie onderwerpen, een daadwerkelijke meting zal niet plaatsvinden. Het bereik van de methodiek, de eerste outcome indicator, zal bevraagd worden in de eerste bouwsteen. Wanneer ouders van mening zijn dat de signalering op tijd of te laat heeft plaatsgevonden, kan dit iets zeggen over de bereikbaarheid van de methodiek. Op het gebied van de tweede outcome indicator, tevredenheid, wordt onderzocht wat de inhoud van zorgtraject van ouders is geweest. Daarbij gaat het in de eerste instantie om welke zorg geboden is door IVH. Vervolgens worden aanvullende vragen gesteld naar hun waardering op de uitvoering. Als laatste zal de derde indicator, de mate van doelrealisatie, worden bevraagd. Het van belang eerst na te gaan wat de doelen voorafgaand aan het traject zijn geweest (Van Yperen et al., 2014). Daarna kan worden geïnformeerd in hoeverre zij vinden dat deze zijn behaald, of dat zij iets willen aanvullen aan het zorgtraject.

De kwaliteit van de zorg heeft invloed op de tweede en derde outcome indicatoren en kan onderverdeeld worden in: technische aspecten, interpersoonlijke aspecten en voorzieningen (Donabedian in Patro et al., 2008). Verwachtingen rond de uitvoering van IVH worden beschreven aan de hand van deze aspecten. Met de technische aspecten wordt de kwaliteit van de diagnose en de behandeling bedoeld (Donabedian in Patro et al., 2008). Ouderbetrokkenheid speelt daarbij een belangrijke rol. Wanneer ouders betrokken worden bij de besluitvorming is de motivatie en kans van slagen groter (Swift & Callahan, 2009). De verwachting is dat de

ouderbetrokkenheid in het VPmodel positief beoordeeld wordt omdat de ouder de mogelijkheid krijgt aanwezig te zijn bij het MDO. Hierbij is het van belang dat professionals in hun communicatie rekening houden met de aanwezigheid van de ouder (Bartelink, 2011).

De interpersoonlijke aspecten gaan over in hoeverre de zorgverlener attent en vriendelijk is (Donabedian in Patro et al., 2008). Ouders die een goede klik hebben met hun casemanager zullen naar verwachting het zorgtraject positiever beoordelen. Omdat elk model met casemanagers werkt, zal dit geen verschil opleveren. Onderzoek beschrijft dat ouders veel waarden hechten aan goed contact met de zorgverlener (Hall & Slembrouck, 2009; Jager et al., 2014). Verwacht wordt dat de kwaliteit van de uitvoering en de capaciteit van casemanagers om een goede relatie op te bouwen daar invloed op zal hebben. Binnen het GGJmodel krijgen ouders een advies aangeboden maar zullen dit plan voornamelijk zelf uit moeten voeren. De casemanager is uitsluitend op aanvraag beschikbaar. Het is de vraag of ouders voldoende capaciteiten beheersen om hulp te vragen wanneer het uitvoeren van het adviesplan niet lukt. De verwachting is dat ouders in het GGJ model de langdurige trajectbegeleiding minder positief zullen beoordelen ten opzichte van de andere modellen.

Het laatste aspect, voorzieningen, gaat over de mogelijkheden binnen een methodiek (Donabedian in Patro et al., 2008). Binnen het JGZmodel zijn de uitvoerende taken verdeeld over de JGZ en het sociale wijkteam. Een nauwe samenwerking tussen deze partijen kan voordelig werken door goed contact tussen de JGZ en IVH wat zorgt voor een tijdige signalering en een meer voorspoedige uitvoering van het adviesplan. Dit kan ten goede komen van de mogelijkheden voor ouders. Tegelijkertijd vraagt dit om vaardigheden in een meer complexe samenwerkingsomgeving wat mogelijk negatieve gevolgen heeft voor de prestaties van beide organisaties (Zaccaro, Rittman, & Marks, 2001). Dit kan onbedoeld leiden tot moeilijkheden in de uitvoering van IVH en langere wachttijden.

## **Methodie**

### **Respondenten**

De respondenten in huidige studie vielen binnen de doelgroep van de methodiek IVH. Elf respondenten hebben aan het onderzoek deelgenomen. Drie uit het VPmodel, drie uit het GGJmodel en vijf uit het JGZmodel. Dit waren zeven vrouwen en vier mannen. De problematiek van de kinderen van deze ouders loopt zeer uiteen maar is altijd meervoudig. Omdat IVH een methodiek is om samen met ouders tot een passende diagnose en advies te komen, is deze bij elk

van de gevallen op dezelfde wijze in te zetten. Met de mate van problematiek is daarom geen rekening gehouden. Binnen dit explorerende onderzoek is middels een open benadering gezocht naar de ervaringen van ouders binnen de drie gemeentelijke modellen. Hun verhaal en gevoelsbeleving is daarbij centraal gesteld, dit onderzoek had geen toetsend karakter.

De respondenten zijn geworven via het contactenbestand van het NCJ bestaande uit de IVH-coördinatoren verspreid over Nederland. De generaliseerbaarheid van dit onderzoek is vergroot door respondenten te werven binnen zowel verschillende gemeentelijke modellen als verschillende gemeenten. Hiermee is getracht een zo representatief mogelijke steekproef te verkrijgen. In overleg met de landelijke coördinator IVH zijn gesprekken gevoerd met zes coördinatoren over de stand van zaken in hun regio wat diende als oriëntatie voor het opstellen van de verwachtingen. Daarnaast diende de verkregen informatie als basis voor de interviews met ouders. De coördinatoren is gevraagd om drie ouders te werven voor deelname. De steekproef is daarmee een aselechte gemakssteekproef. Als streven was om tien tot vijftien ouders in het onderzoek op te nemen. Voor een goede representatie zou dat gaan om drie tot vijf ouders per gemeentelijk model. Door de herkenbaarheid van de verhalen van ouders is over de inhoudelijke generalisatie te zeggen dat het een indicatie kan geven over hoe dergelijk onderzoek uit zal pakken. Inhoudelijke generalisatie wordt gedefinieerd als: de mate waarin de resultaten vergelijkbaar zullen zijn in soortgelijk onderzoek (Baarda, De Goede, & Teunissen, 2010).

### **Onderzoeksinstrument**

Door middel van semi-gestructureerde interviews met ouders die een IVH-traject hebben gevolgd, heeft een kwalitatief onderzoek plaatsgevonden. De onderzoeksvraag is operationeel gemaakt in een topiclijst (bijlage A). Deze is voorzien van chronologie waarbij de bouwstenen en prestatie-indicatoren (bereik, tevredenheid en doelrealisatie) zoals besproken in het theoretisch kader, leidend zijn geweest. Ouders is steeds per bouwsteen gevraagd om eerst de gekregen zorg te beschrijven (eerste onderzoeksvraag), vervolgens is hun mening daarover gevraagd (tweede onderzoeksvraag). Met deze reden waren de topics voor beide onderzoeksvragen hetzelfde. De topics waren: vroegsignalering; multidisciplinaire diagnostiek; multidisciplinair adviesplan; informatie, advies en casemanager; preventieve gezinsondersteuning; zorg en onderwijs; ketensamenwerking; doelrealisatie en het gehele zorgtraject.

Binnen het interview werd eerst gefocust op de prestatie-indicatoren ‘bereik’ en ‘tevredenheid’. Daarbij is ouders gevraagd te vertellen over de vroegsignalering en doorverwijzing, diagnostiek, de opstelling van het adviesplan en vervolgens de uitvoering daarvan (bouwsteen één tot en met vier). Naar aanleiding van deze punten is gevraagd naar hun mening over de snelheid, volledigheid en hun gevoel binnen dit proces. Er is gevraagd of dit overeenkwam met hun verwachtingen. Er is gevraagd naar de aanwezigheid van ondersteuning of dit al dan niet een prettig contact was en of hun mening gehoord werd. Aanvullend op hun verhaal is gevraagd of zorg en ondersteuning voldoende was in hoeveelheid en kwaliteit, of zij iets gemist hebben binnen het traject, ofwel: wat moet veranderen en wat moet hetzelfde blijven? Omdat bouwstenen vijf, zes niet in elke situatie passend is en zeven niet in elke gemeente wordt ingezet, is eerst nadrukkelijk gevraagd of ouders aanvullende zorg hebben gehad op het gebied van gezinsondersteuning en onderwijs. Vervolgens is hun mening gevraagd naar hun mening over de toegankelijkheid, of het op tijd en prettig is geweest. Omdat een IVH-coördinator voor de ouders lang niet altijd zichtbaar is, binnen bouwsteen zeven werd gevraagd wat hun mening is over de samenwerking tussen de professionals binnen hun zorgtraject. Als laatste is gevraagd in hoeverre ouders van mening zijn dat er sprake was van de indicator ‘doelrealisatie’ en wat hun perspectief was op het gehele zorgtraject.

Omdat nog niet eerder een soortgelijk onderzoek is gedaan, waren er geen bestaande vragenlijsten beschikbaar. De betrouwbaarheid en validiteit van de huidige topiclijst is onduidelijk. De validiteit van een onderzoek neemt toe door semi-gestructureerde interviews af te nemen. Deze bieden namelijk de ruimte voor respondenten om voor hen relevante informatie te delen. De aspecten die ouders benoemden, zijn beschreven en geprobeerd te begrijpen en waar mogelijk verklaard (Boeije, 2014). Voor een zo valide mogelijke vragenlijst is deze zoveel mogelijk gebaseerd op het theoretisch kader.

### **Procedure**

Na goedkeuring tot deelname bij de regiocoördinator zijn ouders telefonisch benaderd om een afspraak voor afname van het interview te maken. De interviews zijn telefonisch afgenomen en duurden 30 tot 45 minuten. Bij aanvang zijn de onderzoeksdoelstellingen, structuur en de inhoud van het interview aan de respondent uitgelegd. Vervolgens zijn in het centrale gedeelte de belangrijkste vragen gesteld, waarmee getracht is om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Door middel van doorvragen is de interviewer gekomen tot een meer uitgebreide uitleg en meer

gedetailleerde informatie. Bij onduidelijkheden is om opheldering gevraagd. Als laatste is het voor de respondent mogelijk geweest om aanvullende informatie te geven of vragen te stellen, waarna het interview is afgesloten. Met betrekking tot de informed consent is er toestemming gevraagd voor opname welke direct na het transcriberen zijn verwijderd. Persoonlijke informatie van respondenten in de resultatensectie is niet te tot op de persoon te herleiden. Aan de respondent is verteld dat de anonimiteit gewaarborgd zou blijven om sociaal wenselijke antwoorden te verminderen. Dit draagt bij aan de validiteit van het onderzoek. Ten behoeve van de betrouwbaarheid is er achtergrondinformatie over de respondent gevraagd, zoals de leeftijd van het kind en de ernst, aard en omvang van de problematiek de situatie helder te krijgen.

### **Analyse**

Conform de kwalitatieve analysemethode van Boeije (2014) zijn de verzamelde data inductief geanalyseerd. De interviews zijn open, axiaal en selectief gecodeerd en vervolgens geanalyseerd. Bij het open coderen werd de tekst in fragmenten verdeeld, aan de hand van codes die gebaseerd zijn op de topiclijst en nieuwe codes. Hierbij worden uitspraken systematisch vergeleken via analytische inductie waaruit kernlabels worden ontwikkeld. In dit proces is zoveel mogelijk bij de originele uitspraken van de respondenten gebleven wat bijdraagt aan de interne validiteit (Baarda et al., 2010). Het axiaal coderen had als doel het onderscheiden van fragmenten door middel van hoofd- en subcodes. Als laatste werd door middel van selectief coderen belangrijke categorieën bepaald en onderlinge relaties bekeken om zo de onderzoeksvragen te beantwoorden. Hierop zijn vervolgens kernlabels geformuleerd, om tot een data analyse te kunnen komen. Hiermee is tot controle op de analyse gekomen wat de betrouwbaarheid vergroot.

### **Resultaten**

De belangrijkste resultaten worden weergegeven aan de hand van de dikgedrukte kernlabels. De cijfers voor de kernlabels staan voor de bouwstenen. Achtereenvolgens wordt beschreven welke hulp ouders hebben gehad en wat hun mening daarover is. Deze uitspraken zijn waar mogelijk gekoppeld aan de drie gemeentelijke modellen (Veldpartijenmodel: VP; Jeugdgezondeheidsmodel: JGZ; Gemeentelijk geïntegreerd jeugdmodel: GGJ). Ouders hebben in de interviews de ruimte gekregen om het voor hen relevante verhaal te vertellen, hun persoonlijke hoogte- en dieptepunten zijn het uitgangspunt van deze resultatensectie. Geen uitgesproken positieve uitspraak duidt dan ook niet direct op een negatieve uitspraak. In de

analyse is vanwege het kleine aantal respondenten met name gekeken naar de betekenis en zeggingskracht van uitspraken. De belangrijkheid van een uitspraak is aan de hand van emoties en herhaling proberen op te merken. Er wordt met citaten gewerkt om dit te illustreren.

**(1) Ouders doen de vroegsignalering.** Alle respondenten benoemden dat de signalering van problemen startte bij henzelf. Vier van deze ouders hadden vage vermoedens van een afwijking in de ontwikkeling van hun kind, de overige zeven ouders beschreven concreet afwijkend gedrag. Op een na gaven alle ouders aan dat zij zelf hun zorgen moesten aankaarten bij ofwel het consultatiebureau of kinderdagverblijf.

**(1) De doorverwijzing naar IVH was te laat.** Vijf respondenten spraken expliciet en herhaaldelijk over een te late signalering van problemen en daarna een doorverwijzing die te laat op gang is gekomen: *“Het consultatiebureau heeft ons niet op IVH gewezen. En achteraf, met de kennis van nu, hadden wij veel eerder bij IVH aan moeten sluiten”* (Respondent 1, VP). Alleen ouders uit het JGZmodel zijn direct doorverwezen naar IVH maar ook hier zijn ervaringen van te late doorverwijzing. Ouders uit het VP- en GGJmodel zeiden dat zij zich gefrustreerd en machteloos voelden door vele doorverwijzingen voorafgaand aan het IVH-traject zonder dichterbij een oplossing te komen:

*“Hij was al vijf of zes keer geobserveerd en iedere keer kwam er dezelfde vage conclusie uit, we wilde nu wel eindelijk een keer een oplossing. En dat gevoel kregen we wel bij de vroeghulp. Ook dat het observeren dan een keer klaar zou zijn. Dat het uiteindelijk via dit traject we wel in een richting geduwd zouden worden, dat we wisten wat we ermee konden”* (Respondent 2, VP).

**(1) Weinig informatieverstrekking vooraf.** Vijf van de respondenten spraken over een duidelijke uitleg. Niet elke ouder had uitgebreide informatie nodig om vertrouwen te krijgen in IVH, zij wisten niet precies waaraan ze begonnen maar hebben het zorgtraject over zich heen laten komen. Vier respondenten waren ontevreden en spraken over een vage uitleg of een folder die hen niet aansprak. Zij hadden vooraf geen vertrouwen in de effectiviteit van het inschakelen van IVH. In twee gevallen heeft dit in de eerste instantie geleid tot een afwijzing van de hulp:

*“Ik heb dit in de eerste instantie afgewezen. Ik had namelijk een heel ander beeld bij IVH. Ik denk dat meer benadrukt mag worden dat IVH eigenlijk een neutrale partij is die ouders verder helpt op het moment dat zij of door de bomen het bos niet meer zien of bij instanties steeds van het kastje naar de muur worden gestuurd”* (Respondent 4, VP).

**(2) Eerste contact met de casemanager was prettig.** Alle ouders geven aan dat de casemanager bij hen thuis is geweest om de stand van zaken te bespreken, het kind te observeren en verdere uitleg te geven over het traject. Zes respondenten lieten zich herhaaldelijk positief uit over dit bezoek. Ouders gaven aan dat het een prettig gesprek was en dat zij zich op hun gemak voelden bij de casemanager. De informatieverzameling ten behoeve van het MDO door de casemanager verschilde sterk per regio en was niet te koppelen aan een bepaald model. Bij twee respondenten was dit via een gesprek, zij beoordeelden dit positief en hadden vertrouwen dat de casemanager hun verhaal goed overbracht in het MDO. In vier gevallen heeft de casemanager geobserveerd. Ouders vonden het fijn dat er thuis werd geobserveerd:

*“Dat hij in zijn eigen speelhoekje kan opereren zonder dat hij daarin gestoord wordt of dat hij ander gedrag vertoont omdat hij op een andere plek was. Dus dat ze hem ook echt daadwerkelijk kon zien zoals hij was. Dat vond ik fijn”* (Respondent 2, VP).

In de overige vijf gevallen werden er filmbeelden gemaakt van het kind. Respondenten gaven aan dit onprettig te vinden. Maar, hadden het ook over de meerwaarde hiervan:

*“We hebben er ook wel eens om gevraagd. Maak maar videobeelden dan kunnen we zelf ook nog even terugkijken en meedenken over wat we vinden en of het wel juist is wat zij gezien hebben. Je weet dan in ieder geval zeker dat je het over hetzelfde hebt, je kunt van gedachte wisselen wat is er gebeurd en ben je het ermee eens?”* (Respondent 10, JGZ).

**(2) Ouders voelden zich gehoord in het multidisciplinair teamoverleg.** Vervolgens is de casus van elke respondent ingebracht in een MDO met verschillende professionals. Per regio verschilt het welke experts aan tafel zaten, maar in alle gevallen was de casemanager onderdeel van dit overleg. Alle ouders waren positief over het MDO. Ze gaven aan dat het rust gaf, het gevoel hadden gehoord en geholpen te worden en dat zij vertrouwen hadden in de expertisedekking. Ouders uit het VPmodel waren bij het MDO aanwezig. Deze ouders spraken over een gevoel van betrokken worden bij de totstandkoming van de diagnose en het adviesplan:

*“Toen dacht ik: ja precies, jullie begrijpen mij. Dat was voor mij heel erg fijn, dat was rustgevend. Dat iemand die wel professioneel genoeg is om daar een uitspraak over deed waar ik achter stond. Ik geloofde in haar professionaliteit. Ik voelde me daar in het gesprek gehoord en begrepen. We gaan er gewoon met elkaar voor zorgen dat ze op de juiste plek komt. Van het positieve uitgaan en ik had het gevoel dat er nu een oplossing zou komen”* (Respondent 4, VP).

Ouders uit het JGZ- en GGJmodel zijn niet bij het MDO aanwezig geweest. Hen is gevraagd of zij dit wenselijk gevonden zouden hebben. Daar zagen zij zowel de voor- als de nadelen van. Ze hadden het prettig gevonden om hun mening te kunnen uiten of dachten dat dit het proces kon versnellen: *“Absoluut had ik daarbij willen zijn. Want wie kan het beter vertellen de eigen vader en moeder en natuurlijk vertrouw je erop dat dat goed gebeurt, maar je kan het dan misschien net even beter toelichten of aanvullen”* (Respondent 11, JGZ). Overeenkomend met de mening van een respondent die wel bij het MDO aanwezig was, gaven zij aan dit confronterend te vinden en zeiden bang te zijn het proces te verstoren:

*“Nou ik denk aan de ene kant wel goed, maar ik vond het soms ook wel wat confronterend want dan zijn het echt professionals en die zien het dan niet vanuit een ouder maar puur op hun stukje werkgebied en daar... ze hebben het wel over jouw kind. Dat vond ik dan wel eens wat lastig”* (Respondent 9, JGZ).

**(3) Positief over overdracht, inhoud en snelheid van het adviesplan.** Uit het MDO vloeide een adviesplan voort wat in alle gevallen werd opgesteld door de coördinator van de regio. In tien van de gevallen werd het verslag naderhand opgestuurd naar de ouder om in te lezen, bij acht ouders werd het ook mondeling toegelicht. Zij spraken daarbij van de ruimte om hun mening te geven en dat er nooit iets zonder hun toestemming werd besloten. De laatste ouder heeft geen verslag gekregen, het advies werd mondeling door de casemanager gegeven. Volgens de ouder was dit voldoende. Één ouder had frustratie van de gegeven adviezen en moest het laten bezinken voordat hij blij kon zijn met het gegeven advies. Een mondelinge uitleg zou naar zijn mening hebben geholpen, nog liever wilde hij bij het MDO kunnen schuiven. Alle respondenten lieten zich positief uit over de snelheid van de oplevering en start van het adviesplan. Ze gaven aan dat hun adviesplan overeenkwam met hun zorgvraag of dat zij vertrouwen hadden in de uitvoering ervan: *“Het was ook een uitgebreid rapport, ik had wel het gevoel dat ik hier met deskundigheid te maken had. Dat geeft voor ons ook wel aan dat het goed opgebouwd was en dat ze... Goed naar ons geluisterd hebben”* (Respondent 2, VP).

**(4) professionele en persoonlijke begeleiding van de casemanager.** Alle respondenten spraken herhaaldelijk positief over hun contact met de casemanager. Ze praatten over professionele, persoonlijke begeleiding, goede bereikbaarheid en goede en warme zorg. Ook namen casemanagers zelf contact op met de ouders om te vragen wat de stand van zaken was of hen van vorderingen op de hoogte te brengen. Uit het gesprek met de coördinator van het JGZmodel



bleek dat zij een duidelijke visie hebben en scholing aanbieden voor de casemanagers. De overige coördinatoren spraken hierover met minder zeggingskracht. Acht ouders spraken over hoe fijn het was om een casemanager te hebben die hielp om de weg te vinden naar de zorg en dat deze een grote steun was gedurende IVH traject:

*“Het is heel veel wat er op je afkomt, dat wel maar als je daar dan zo casemanager niet bij zou hebben dan zou ik erin vastgelopen zijn denk ik en weet je niet waar je allemaal terecht kan en wat er allemaal mogelijk is. We zijn heel blij geweest met de steun die we kregen van IVH. Het is echt een soort zorgcoach ofzo, iemand waar je altijd op terug kunt vallen”* (Respondent 9, JGZ).

Ouders vonden goed contact met de casemanager van groot belang. Één ouder zei dat het werk van de casemanager de reden was dat zij door zijn gegaan met het traject:

*“En zo kwam onze casemanager bij ons in het gezin en wij waren eigenlijk wel heel positief verrast over haar manier van werken en hoe zij communiceerde. Dus het was echt aan de casemanager zelf te danken, aan haar inzet en haar manier van benaderen dat wij door zijn gegaan met IVH”* (Respondent 11, JGZ).

Er was weinig tot geen ondersteuning in de uitvoering van het adviesplan door de casemanagers in het GGJmodel. Toch beoordeelden ouders de casemanager net zo positief als in andere modellen. De mate van doelrealisatie werd door ouders voornamelijk toegeschreven aan het uitgevoerde werk door de casemanager. Ouders waren hier positief over.

**(5) gezinsondersteuning lang niet altijd passend bij hulpvraag.** In het geval van de preventieve gezinsondersteuning viel op dat dit lang niet in elk traject passend was bij de hulpvraag. Ouders die niet over een aanbod hiervan spraken, gaven daarbij altijd direct aan dat dit niet passend of gewenst was. Ook waren er meerdere ouders die wel een aanbod hebben gehad maar dit om deze redenen hebben afgewezen. Vier ouders hebben wel gezinsondersteuning gehad, deze waren daar tevreden over. Bij twee gezinnen had de casemanager dit zelf opgepakt. Beide respondenten kwamen uit een kleine gemeente waardoor de casemanager hier tijd voor kon maken. Bij de andere twee gezinnen werd dit niet direct door IVH aangeboden maar de zorgaanbieder waar zij naar doorverwezen zijn door het IVH-team.

**(6) Aanbod hulp bij toeleiding onderwijs zeer verschillend.** Deze bouwsteen toonde verschillen tussen de modellen. Maar ook dit was lang niet altijd passend bij de hulpvraag. In het JGZmodel hebben alle ouders ondersteuning gehad in de toeleiding naar een kinderdagverblijf of

school. Ook kregen zij bredere hulp, zoals bij de aanvraag van een toelaatbaarheidsverklaring van de gemeente. Zij beoordelen dit positief:

*“De casemanager heeft namelijk met gesprekken op school de wegen aan de IB’er kunnen uitleggen, zodat zij die kon bewandelen om het proces te versnellen. Ze heeft ons wel geholpen daarmee, met de gesprekken in ieder geval zeker. Wij zouden die wegen zelf niet hebben geweten en dat heeft ons enorm geholpen. Zij heeft daar zeker wel een goede rol in gespeeld”* (Respondent 7, JGZ).

Bij het VP en GGJmodel waren casemanagers meer op de achtergrond. Zij waren bij problemen beschikbaar, maar in eerste instantie moest de ouder zelf aan de slag om deze stappen te zetten.

**(7) Respondenten merken weinig van ketensamenwerking.** Het kleine aantal respondenten dat hier iets over zei, spraken over de samenwerking tussen de professionals in hun eigen zorgtraject. Zij gaven aan dat het professionele en persoonlijke begeleiding was: *“Ik geloof echt dat dit een instrument is die door samenwerking in de organisatie mensen heel vroeg op het goede pad zet of ouders gerust kunnen stellen door te vertellen dat er niks met hun kind aan de hand”* (Respondent 5, GGJ).

### Discussie

Het doel van huidig onderzoek was inzicht verkrijgen in de ervaringen van ouders over de organisatie en uitvoering van IVH in het gemeentelijk model wat op hen van toepassing was. Daarbij stond niet een vergelijking van de gemeentelijke modellen centraal, maar is geprobeerd te herleiden welke aspecten van de methodiek als meest belangrijk worden ervaren door ouders. Vanuit deze resultaten gaan de aanbevelingen aan het NCJ over mogelijke aanpassingen of bepaalde focus in de organisatie en uitvoering van de bouwstenen. Uiteindelijk zal dit bruikbaar zijn in hun advisering aan gemeenten. Uitsluitend de meest relevante aspecten binnen de betreffende deelvraag worden besproken.

### De organisatie van Integrale Vroeghulp

De eerste onderzoeksvraag is: Hoe is Integrale Vroeghulp georganiseerd in de drie gemeentelijke modellen en wat zijn de ervaringen van ouders rond deze organisatie? Conform de verwachting is uit de beschrijvingen van zowel ouders als professionals op te merken dat IVH door de invoering van de nieuwe jeugdwet op vele verschillende manieren is georganiseerd (NCJ, 2018a). Met name het GGJmodel heeft grote aanpassingen op het gebied van vroegsignalering, diagnostiek en trajectbegeleiding doorgevoerd. Daarom werden problemen

verwacht rond de programma integriteit (Stals et al., 2008) en de invloed daarvan op de ervaringen van ouders. Uit de resultaten lijkt duidelijk te worden dat de organisatie in het VP en JGZmodel wat soepeler verloopt ten opzichte van het GGJmodel. Toch is geen enkel model negatief beoordeeld, er worden uitsluitend aanwijzingen tot verbetering gegeven. Ook de mate van doelrealisatie (Van Yperen et al., 2014) beoordelen ouders positief. Een mogelijke verklaring is dat ouders de modellen of bouwstenen vanuit ervaringen niet kunnen vergelijken, wat een vertekend beeld geeft. Immers kennen zij uitsluitend hun eigen situatie. Mogelijk vervolgonderzoek zou een meer kwantitatieve studie naar de tevredenheid van ouders over de modellen en bouwstenen kunnen zijn. Maar, dit kan ook impliceren dat het wel of niet accuraat opvolgen van de bouwstenen geen garantie is tot succes of dat een ander aspect een grotere invloed heeft. Als alternatieve verklaring vanuit de resultaten wordt mogelijk geacht dat de uitvoering van de zorg van de casemanager invloed heeft op de ervaringen. Maar, vanuit bepaalde organisatorische keuzes ontbreekt het soms aan mogelijkheden om bepaalde zorg te bieden. Met andere woorden, zowel de organisatie als de uitvoering zijn van belang.

Uit huidige studie blijkt dat vroegsignalering en doorverwijzing belangrijke punten zijn voor ouders. Op organisatorisch gebied heeft het JGZmodel een aanpassing gemaakt, namelijk een nauwere samenwerking tussen de JGZ en IVH (NCJ, 2018a). Juist de JGZpartijen blijken een grote rol spelen in de doorverwijzing (NCJ, 2018b). Nauwe samenwerking kan hierbij helpen, onderzoek wijst immers uit dat goede interprofessionele communicatie hieraan bijdraagt (Jager et al., 2014). Conform literatuur en de verwachting lijkt dit erop te duiden dat de originele organisatie van een methodiek niet de beste uitkomsten garandeert maar mogelijke vernieuwingen blijvend onderzocht moeten worden (TNO, 2017). Maar, resultaten wijzen uit dat de doorverwijzing ook in het JGZmodel niet vlekkeloos verloopt, daarom is niet te zeggen dat een aanpassing op die wijze de problemen oplost. Ook hier is de verklaring dat een verbetering mogelijk niet zozeer in de organisatie zit maar in de uitvoering daarvan.

Wat betreft het de ouderbetrokkenheid zou de ouder, overeenkomend met de transformatiedoelen, gedurende het traject de regie in handen moeten hebben (Memorie van toelichting, 2013; VVI, 2011). Literatuur beschrijft dat de motivatie van ouders en de kans van slagen groter is wanneer zij betrokken worden bij de besluitvorming (Swift & Callahan, 2009). De organisatorische keuze van het JGZmodel en GGJmodel van de afwezigheid van ouders bij het MDO lijkt hierin een gemiste kans te zijn. Een keuze die, zo blijkt uit de gesprekken met

professionals, vaak gemaakt wordt uit efficiëntie. Ouders in het VPmodel zijn zeer positief over de mogelijkheid tot aanwezigheid. Ouders uit het JGZmodel en GGJmodel zijn positief over de uitkomsten en de terugkoppeling van het MDO. Maar, geven aan dat aanwezigheid een welkome aanvulling zou zijn. Het is daarom maar zeer de vraag of de ouderbetrokkenheid voldoende tot zijn recht komt in deze modellen. Vervolgonderzoek naar de ouderbetrokkenheid in de verschillende modellen zou dit duidelijk kunnen maken.

### **Uitvoering en van Integrale Vroeghulp**

De tweede onderzoeksvraag was: Wat zijn de ervaringen van ouders rond de uitvoering van Integrale Vroeghulp? De gevolgen van de organisatorische keuzes die gemaakt worden, zijn terug te zien in de uitvoering en de kwaliteit daarvan. Dit lijkt invloed te hebben op de ervaringen van ouders. Allereerst blijkt dat ouders problemen zelf moeten aankaarten en vervolgens vaak een langlopend traject bij verschillende zorgaanbieders moeten doorlopen voordat een doorverwijzing naar IVH plaatsvindt. IVH zou door integrale diagnostiek frustratie kunnen voorkomen (Addink et al., 2011). Maar dit lijkt in de huidige stand van zaken vaak niet te lukken. Mogelijk wijst dit op problemen in de bekendheid van de methodiek of kennis van welke vormen van problematiek passend zullen zijn voor een doorverwijzing naar IVH. Als laatst kan het zo zijn dat ouders onvolledige of foutieve informatie krijgen bij aanvang van het traject. Uit resultaten blijkt dat dit voor uitval of uitstel van het traject kan zorgen.

De kwaliteit van de (langdurige) trajectbegeleiding blijkt voor de geïnterviewde ouders veel belangrijker dan de verwachting van tevoren was. Daarbij lijkt de ouder voornamelijk afhankelijk te zijn van de professionaliteit, expertise en vriendelijkheid van de hulpverlener, ofwel de interpersoonlijke aspecten van de zorg (Donabedian in Patro et al., 2008). Uit gesprekken met professionals blijkt dat zij in het JGZ- en VPmodel worden ondersteunt met cursussen wat positieve ervaringen kan verklaren. Toch zijn ouders ongeacht het model waarin zij zorg hebben ontvangen, zeer positief en vol lof over de casemanager. Wat kan impliceren dat de organisatie van het model geen invloed heeft op de professionaliteit van de casemanager. Een alternatieve verklaring is dat de gemeenten in het GGJmodel klein waren en casemanagers veel tijd aan ouders konden besteden met positieve ervaringen als resultaat.

Samengevat blijkt uit de resultaten dat ouders ongeacht het gemeentelijk model waarin ze zorg hebben gehad, voornamelijk zeer positief zijn over hun zorgtraject en de uitkomsten hiervan. De punten vroegsignalering, kwaliteit van de langdurige trajectbegeleiding door de

casemanager en de betrokkenheid van ouders zijn het meest van belang. De kwaliteit van de uitvoering is voor hen voornamelijk belangrijk en het lijkt erop dat bepaalde organisatievormen daarbij kunnen helpen. Het antwoord op de vraag of ouders tijdig en integraal geholpen zijn, is niet te koppelen aan een van de modellen. Het tijdige aspect verdient in alle modellen aandacht. De geïnterviewde ouders hebben integrale hulp ontvangen, de kwaliteit daarvan verschilt per regio als gevolg van organisatorische keuzes die gemaakt worden.

**Limitaties**

De huidige studie heeft een aantal limitaties. Allereerst is het aantal respondenten in dit onderzoek laag als gevolg van afwijzing voor deelname door professionals. Verder hebben de deelnemende professionals zich in de keuze tot respondenten mogelijk laten leiden door de wil een positieve indruk te geven van de zorg in hun regio. Verder is de ernst en omvang van de problematiek van ouders in huidig onderzoek niet meegenomen. Mogelijk zorgt makkelijker oplosbare problematiek voor een meer voorspoedig zorgtraject en meer positieve ervaringen van ouders. Ook de interview kwaliteiten van de onderzoeker hebben mogelijk invloed gehad, door gebrek aan doorvragen kunnen meer negatieve beoordelingen niet ter sprake zijn gekomen. Daarnaast zijn de interviews telefonisch afgenomen wat mogelijk invloed heeft gehad op de vrijheid van spreken. Een steekproef van elf respondenten maakt het moeilijk om de uitkomsten te generaliseren. Voor vervolgonderzoek zal een grotere steekproef verspreid over heel Nederland genomen moeten worden. Daarbij zouden ook ouders die vroegtijdig gestopt zijn met het zorgtraject geïnterviewd moeten worden. Mogelijk geven de redenen tot stoppen interessante inzichten. Verder blijkt er vaak afgeweken te worden van de organisatorische richtlijnen met als gevolg: een grote verscheidenheid in organisatie binnen de modellen. Een van de GGJmodellen in huidig onderzoek heeft tegen de richtlijnen in wel een regiocoördinator. Als laatste zijn de respondenten niet gelijkmatig over de modellen verdeeld wat mogelijk van invloed is geweest.

**Implicaties**

Ondanks deze limitaties geeft de huidige studie een beeld van de meerwaarde van vroeghulp voor ouders en hun kinderen. Ondanks de verbeteringen die ouders noemen, heeft IVH hen geholpen in de zoektocht naar de juiste hulp voor hun kind. Deze positieve inzichten moedigen hopelijk aan voor een passende plek en de juiste inzet van vroeghulp in het zorglandschap van gemeenten. Uit de resultaten blijken bepaalde elementen van het zorgtraject extra belangrijk zijn voor ouders aan de hand daarvan worden aanbevelingen gedaan.

Vroegsignalering en snelle doorverwijzing blijken van belang en verlopen op het moment niet zonder problemen. Aanbevolen wordt om doorverwijzende partijen te wijzen op het bestaan van IVH en van de juiste informatie over de inhoud van het traject te voorzien. Een mogelijkheid tot vervolgonderzoek is een studie naar de bekendheid van IVH bij de JGZ. En een onderzoek naar de criteria tot doorverwijzing om na te gaan of deze passend zijn bij de methodiek en inzicht te krijgen in waar deze problemen spelen. Mogelijk helpt het wanneer de methodiek wat vereenvoudigd wordt. Het blijkt dat een aanbod van zorg in het gezin of bij de toeleiding naar de kinderopvang of school (bouwsteen vijf en zes) zeer afhankelijk is van de hulpvraag die ouders hebben. Om de methodiek minder complex te maken kunnen deze onderdeel worden van bouwsteen vier. De casemanager dient de hulp altijd aan te bieden, maar afhankelijk van de zorgvraag krijgt dit ook daadwerkelijk een plek in het zorgtraject van de ouder.

Wat betreft de ouderbetrokkenheid wordt het NCJ aangeraden om gemeenten te wijzen op de toegevoegde waarde van een organisatievorm waarbij het mogelijk is om ouders deel te laten nemen aan een MDO. Uit onderzoek blijkt immers dat wanneer ouders betrokken worden bij de besluitvorming, de kans van slagen groter is (Swift & Callahan, 2009). Daarnaast zien ouders de meerwaarde van het vertonen van videobeelden. De ouderbetrokkenheid kan verder verhoogd worden door de mogelijkheid te bieden om zelf beelden aan te dragen. Het werken vanuit *eigen kracht* blijkt de effectiviteit van een methodiek te versterken. Maar, daarbij dient wel specifiek getoetst te worden welke aspecten in de methodiek daaraan bijdraagt (Lafra & Nikken, 2014). Binnen IVH heeft dit verder onderzoek nodig.

Als laatst blijkt de (langdurige) trajectbegeleiding van belang voor de kans van slagen van het traject. Iets wat ook bij vergelijkbare methodieken rond Integrale Jeugdhulp van belang blijkt te zijn (Verheijden & De Lange, 2016). Omdat ouders soms voldoende vaardigheden hebben om hulp te vragen, zou het NCJ het belang van langdurige trajectbegeleiding onder de aandacht moeten brengen bij gemeenten. Casemanagers zouden dicht bij de ouder moeten staan gedurende de uitvoering van het zorgtraject. Iets wat in de huidige organisatie lang niet altijd gebeurt. Daarbij wordt aanbevolen om deze casemanagers van ruim voldoende expertise en vaardigheden te voorzien om ouders te informeren en ondersteunen. Op deze manier kan de kwaliteit van de zorg gewaarborgd blijven of verder verbeterd worden. Immers blijkt het contact met de casemanager van groot belang te zijn voor de ouder.

Referenties

- Addink, A., Balledux, M., & Geurts, E. (2011). *Duizend bloemen bloeien: Op weg naar een samenhangend boeket*. Geraadpleegd van <https://www.nji.nl/nl/Producten-en-diensten/Publicaties/Duizend-bloemen-bloeien-op-weg-naar-een-samenhangend-boeket>
- Baarda, D. B., De Goede, M. P. M., & Teunissen, J. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen, Nederland: Wolters-Noordhoff.
- Bartelink, C. (2011). *Ouders en kinderen betrekken bij beslissingen over hulp: De hulpverlener als brug tussen kennis en cliënt*. Geraadpleegd van: <https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Ouders-en-kinderen-betrekken-bij-beslissingen-over-hulp.pdf>
- Blase, K., & Fixsen, D. (2013). Core intervention components: Identifying and operationalizing what makes programs work. ASPE Research Brief. *US Department of Health and Human Services*. Geraadpleegd van: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED541353.pdf>
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag, Nederland: Boom Onderwijs.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. *International Encyclopedia of Education*, 3, 37-43. Geraadpleegd van: <http://www.psy.cmu.edu/~siegler/35bronfenbrenner94.pdf>
- Bruder, M. B. (1994). *Working with members of other disciplines: Collaboration for success including children with special needs in early childhood programs*, (pp. 45-70). Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.

- Bruder, M. B. (2000). Family-centered early intervention: Clarifying our values for the new millennium. *Topics in Early Childhood Special Education, 20*, 105-115. doi:10.1177/027112140002000206
- Bruder, M. B. (2001). Infants and toddlers: Outcomes and ecology. In M.J. Guralnick (Ed.), *Early childhood inclusion: Focus on Change*, (pp. 203-228). Baltimore, MD: H. Brookes
- Bruder, M. B. (2010). Early childhood intervention: A promise to children and families for their future. *Exceptional Children, 76*, 339-355. Geraadpleegd van: [https://www.cdd.unm.edu/ecln/ECN/common/pdfs/RBI\\_article\\_1forION.pdf](https://www.cdd.unm.edu/ecln/ECN/common/pdfs/RBI_article_1forION.pdf)
- Carta, J. J., & Kong, N. Y. (2007). *Trends and issues in interventions for preschoolers with developmental disabilities: Handbook of developmental disabilities*, (pp. 181-198). New York, NY: Guilford Press.
- De Moor, J. M. H., Van Waesberghe, B. T. M., Hosman, J. B. L., Jaeken, D., & Miedema, S. (1993). Early intervention for children with developmental disabilities: Manifesto of the eurllyaid working party. *International Journal of Rehabilitation Research, 16*, 23-23. Geraadpleegd van: [http://www.eurllyaid.eu/wpcontent/uploads/2016/05/aei\\_manifesto\\_eng.pdf](http://www.eurllyaid.eu/wpcontent/uploads/2016/05/aei_manifesto_eng.pdf)
- Dunst, C. J. (2000). Rethinking early intervention. *Topics in Early Childhood Special Education, 20*, 95-104. doi:10.1177/027112140002000205
- Dunst, C. J. (2007). *Early intervention for infants and toddlers with developmental disabilities: Handbook of developmental disabilities*. (pp. 161-180). New York, NY: Guilford Press.



- Dunst, C. J., & Espe-Sherwindt, M. (2017). *Contemporary early intervention models, research, and practice for infants and toddlers with disabilities and delays: Handbook of special education*. (pp. 831-849). New York, NY: Routledge.
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology, 41*, 327-350.  
doi:10.1007/s10464-008-9165-0
- Eurlyaid (2014). *Report about answers to an eurlyaid questionnaire: The implementation of Early Childhood Intervention (ECI) in 15 European countries*. Geraadpleegd van: [https://www.eurlyaid.eu/wp-content/uploads/2016/05/booklet\\_eurlyaid\\_25years\\_eng.pdf](https://www.eurlyaid.eu/wp-content/uploads/2016/05/booklet_eurlyaid_25years_eng.pdf)
- Guralnick, M. J. (2005). An overview of the developmental systems model for early intervention. *The Developmental Systems Approach to Early Intervention, 1*, 3-28.  
doi:10.1.1.472.6388
- Hanson, M. J., & Bruder, M. B. (2001). Early intervention: Promises to keep. *Infants & Young Children, 13*, 47-58. doi:10.01163.200113030.00009
- Hall, C., & Slembrouck, S. (2009). Communication with parents in child welfare: Skills, language and interaction. *Child & Family Social Work, 14*, 461-470. doi:10.1111/j.1365-2206.2009.00629.x
- Hazelzet, A. M., & Otten, W. (2017). *Methodisch werken: Waarom wel, waarom niet? Onderzoek naar factoren die methodisch werken van klantmanagers bij sociale diensten bevorderen*. Geraadpleegd van: [https://www.divosa.nl/sites/default/files/nieuwsbericht\\_bestanden/rapport-methodisch-werken-waarom-wel-waarom-niet-tno.pdf](https://www.divosa.nl/sites/default/files/nieuwsbericht_bestanden/rapport-methodisch-werken-waarom-wel-waarom-niet-tno.pdf)

- Heckman, J., Pinto, R., & Savelyev, P. (2013). Understanding the mechanisms through which an influential early childhood program boosted adult outcomes. *American Economic Review*, *103*, 2052-2086. doi:10.1257/aer.103.6.2052
- Jager, M., De Winter, A. F., Metselaar, J., Knorth, E. J., & Reijneveld, S. A. (2015). Priorities in the communication needs of adolescents with psychosocial problems and their parents. *Health Expectations*, *18*, 2811-2824. doi:10.1111/hex.12259
- Knudsen, E. I., Heckman, J. J., Cameron, J. L., & Shonkoff, J. P. (2006). Economic, neurobiological, and behavioral perspectives on building America's future workforce. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *103*, 10155-10162. doi:10.1073/pnas.0600888103
- Laffra, J., & Nikken, P. (2014) *Wat werkt bij het versterken van eigen kracht?* Geraadpleegd van: <https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/Wat-werkt-versterken-van-eigen-kracht.pdf>
- Meima, B., & Van Yperen, T. (2013). *Beleidsinformatie stelselherziening jeugd: Meetbare preventie*. Utrecht, Nederland: Nederlands Jeugdinstituut.
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (2018a). *Gemeentelijke varianten bij borging Integrale Vroeghulp*. Geraadpleegd van: [https://vng.nl/files/vng/20180219\\_gemeentelijk\\_varianten\\_ivh\\_def.pdf](https://vng.nl/files/vng/20180219_gemeentelijk_varianten_ivh_def.pdf)
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (2018b). *Rapportage: Quickscan Vroeghulp in Nederland*. Geraadpleegd van: <https://assets.ncj.nl/docs/6ce06db5-3a46-45be-9999-c04bdeb31614.pdf>

- Newcomer, L., Freeman, R., & Barrett, S. (2013). Essential systems for sustainable implementation of tier 2 supports. *Journal of Applied School Psychology, 29*, 126-147. doi:10.1080/15377903.2013.778770
- Osterop, S. (2016). *Integrale Vroeghulp, een duurzaam netwerk: Subsidievaststelling VWS*. Geraadpleegd van: <https://integralevroeghulp.pleio.nl/groups/view/20954092/platform-integrale-vroeghulp/files>
- Patro, B. K., Kumar, R., Goswami, A., Nongkynrih, B., Pandav, C. S., & UG Study Group (2008). Community perception and client satisfaction about the primary health care services in an urban resettlement colony of New Delhi. *Indian Journal of Community Medicine: Official Publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine, 33*, 250-254. doi:10.4103/0970-0218.43232
- Rijksoverheid (2013). *Memorie van toelichting bij de Jeugdwet*. Geraadpleegd van: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2013/07/01/memorie-van-toelichting-bij-de-jeugdwet>
- Stals, K. (2012). *De cirkel is rond: Onderzoek naar succesvolle implementatie van interventies in de jeugdzorg*. Utrecht, Nederland: Universiteit Utrecht.
- Stals, K., Yperen, T. V., Reith, W., & Stams, G. (2008). *Effectieve en duurzame implementatie in de jeugdzorg: Een literatuurrapportage over belemmerende en bevorderende factoren op implementatie van interventies in de jeugdzorg*. Utrecht, Nederland: Universiteit Utrecht.
- Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2009). The impact of client treatment preferences on outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 65*, 4368-4381. doi:10.1002/jclp.20553

- Van Yperen, T., Veerman, J.W., & Bijl, B. (2017). *Zicht op effectiviteit: Handboek voor resultaatgerichte ontwikkeling van interventies in de jeugdsector*. Rotterdam, Nederland: Lemniscaat.
- Van Yperen, T., Wilde, E. D., & Keuzenkamp, S. (2014). *Outcome in zicht: Werken met prestatieindicatoren in de jeugdhulp*. Utrecht, Nederland: Nederlands Jeugdinstituut.
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten (2014). *Handreiking Integrale Vroeghulp*. Geraadpleegd van: [http://www.integralevroeghulp.nl/media/47514/handreiking\\_intergrale\\_vroeghulp\\_voor\\_gemeenten\\_dec\\_2014.pdf](http://www.integralevroeghulp.nl/media/47514/handreiking_intergrale_vroeghulp_voor_gemeenten_dec_2014.pdf)
- Verheijden, E., & De Lange, M. (2016). *Wat werkt bij integrale jeugdhulp?* Geraadpleegd van: <https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/Wat-werkt-integrale-jeugdhulp.pdf>
- Vroeg Voortdurend Integraal (2011). *Kader van meten en weten: Kwaliteitsindicatoren voor alle bouwstenen van Vroeg, Voortdurend, Integraal*. Geraadpleegd van: <http://schriftelijk.com/wp/wp-content/uploads/2016/12/Kader-voor-meten-en-weten.pdf>
- Zaccaro, S. J., Rittman, A. L., & Marks, M. A. (2001). Team leadership. *The Leadership Quarterly*, 12, 451-483. doi:1048-9843/02

**Bijlage A – Topics, operationalisatie en analyseplan.**

Onderzoeksvraag: Hoe is Integrale Vroeghulp georganiseerd en wat zijn de door ouders ervaren sterke en zwakke kanten van de organisatie, uitvoering en doelrealisatie van Integrale Vroeghulp?

<b>Outcome evaluatie indicator</b>	<b>Topic:</b>	<b>Operationalisering</b>
<b>Bereik</b>	1: vroegsignalering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwijsstromen (ouders en kind adequaat doorverwijzen) via welke weg? Waarheen? snelheid voldoende informatie? Juiste informatie?</li> </ul>
<b>Tevredenheid</b>	2: Multidisciplinaire diagnostiek	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positie van de ouders met betrekking tot de diagnose</li> <li>• Samenstelling expertise team</li> <li>• Handelingssnelheid van definitief maken van de diagnose</li> </ul>
<b>Tevredenheid</b>	3. multidisciplinair adviesplan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• positie van de ouders met betrekking tot het adviesplan</li> <li>• handelingssnelheid met betrekking tot het definitief maken van het adviesplan</li> <li>• aansluiting van het adviesplan bij de hulpvraag</li> </ul>
<b>Tevredenheid</b>	4. Informatie, advies en casemanager	<ul style="list-style-type: none"> <li>• positie van de ouders met betrekking tot de zorg op maat</li> <li>• begeleiding van de ouder bij de uitvoering van het plan</li> </ul>

<b>Tevredenheid</b>	5. preventieve gezinsondersteuning	<ul style="list-style-type: none"> <li>• preventieve gezinsondersteuning</li> <li>• praktische (gezins) ondersteuning</li> </ul>
<b>Tevredenheid</b>	6. Zorg en onderwijs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ondersteuning van de ouder met betrekking tot onderwijs</li> </ul>
<b>Tevredenheid</b>	7. ketensamenwerking	<ul style="list-style-type: none"> <li>• controle op de keten van de overige 6 bouwstenen</li> </ul>
<b>Doelrealisatie (en probleem afname)</b>	8. Doelrealisatie en het gehele zorgtraject	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mate van doelrealisatie</li> <li>• Mate van probleem afname</li> </ul>

Vragenlijst:

**Introductie:**

- Bedankt voor deelname
- Introductie van mezelf
- Introductie van het onderzoek en het doel van het interview
  - Geïnteresseerd in het ware en eerlijke verhaal van uw beleving van de zorg die u heeft gehad
  - Het doel: uiteindelijke doorontwikkeling en verbetering van Integrale Vroeghulp
- Vragen om goedkeuring voor opname
- Anonimiteit
- De mogelijkheid om te stoppen met het interview
- De mogelijkheid om een vraag te stellen op elk gewenst moment
- Indicatie van de tijd

**Interview:**

Algemeen:

- Kunt u iets vertellen over de reden waarom u bij IVH betrokken bent?
- Hoe oud is uw kind? en hoe oud was uw kind toen u met IVH in aanmerking kwam?
- Kunt u vertellen wat voor u het doel was van het zorgtraject waar u ingestapt bent? Of met andere woorden: wat heeft u gehoopt u te bereiken? (OPSCHRIJVEN)
- Kunt u een algemeen beeld geven van de zorg die u heeft gehad van begin tot het eind?

1. Doorverwijzing

- a. Hoe kwam u terecht bij IVH?
- b. Waar werd u naartoe verwezen? Hoe ging dat?
- c. Wat vindt u van de snelheid waarmee u doorverwezen bent?
- d. Welke informatie heeft u gekregen tijdens de doorverwijzing? Van wie?
- e. Had u het idee de informatie te hebben gekregen die u nodig had bij de doorverwijzing?
- f. Was het van tevoren duidelijk wat IVH precies was?
- g. Zo niet, is het nu wel duidelijk?

## 2. Multidisciplinaire diagnostiek

- a. Nadat u was doorverwezen, wat is er toen gebeurd? Welke stappen zijn er gezet?
- b. (Door wie zijn deze stappen gezet? ) Als het goed is waren er meerdere professionals (voorbeelden noemen... kinderarts, gedragsdeskundige) betrokken bij het tot stand komen van de diagnose. Klopt dat, heeft u daar iets van gemerkt? Hoe heeft u dat ervaren, of wat vond u daarvan?
- c. Wat is uw mening over de mate waarin u op de hoogte gehouden werd over het tot stand komen van de diagnose?
- d. In hoeverre heeft u het gevoel gehad dat u invloed had op het tot stand komen van de diagnose? Had u inspraak bij de totstandkoming en zo ja, kunt u vertellen op welke manier hier de mogelijkheid voor geboden werd? Hoe heeft u dit ervaren, of wat vond u daarvan?
- e. Heeft u het gevoel gehad dat alle zorg die uw kind nodig had, betrokken is geweest bij het stellen van de diagnose?
- f. Kunt u iets vertellen over de tijd die het kostte om tot een definitieve diagnose en een adviesplan te komen?

## 3. Multidisciplinair adviesplan

- a. Nadat de diagnose was gesteld, wat is er toen gebeurd? Welke stappen zijn er gezet?
- b. Door wie zijn deze stappen gezet? Als het goed is waren ook hier meerdere professionals (voorbeelden noemen...) bij betrokken. Klopt dat? Hoe heeft u dat ervaren, of wat vond u daarvan?
- c. wat vindt u van de manier waarop u op de hoogte bent gehouden over het tot stand komen van het adviesplan? Was dat voldoende? Was het op tijd?

d. In hoeverre heeft u het gevoel gehad dat u invloed had op het tot stand komen van het adviesplan? Op wat voor manier heeft u dat gemerkt? Of zo niet, op welke manier had u dat anders willen zien?

e. Kunt u iets vertellen over de tijd die het kostte om tot een definitieve diagnose en een adviesplan te komen? (doorvraag: kan ik concluderen dat dit te lang duurde/ qua tijd prima voor u was?)

f. Kwam het adviesplan overeenkwam met de hulpvraag die u had?

#### 4. Informatie, advies en casemanager

a. Heeft u begeleiding gehad bij het uitvoeren van het adviesplan? Zo ja, door wie? Hoe heeft u dit ervaren?

b. Zo nee, Heeft u dit gemist? Welke begeleiding had u willen hebben?

c. Zo ja, kunt u iets vertellen over uw mening over de kwaliteit van deze begeleiding? Is er iets wat u liever anders had gezien?

d. Als u vragen had of advies nodig had, kon u dan ergens terecht? Voelde u zich daarna ook geholpen?

#### 5. Preventieve gezinsondersteuning

a. Heeft u aanvullend of na de uitvoering van het adviesplan aanvullende ondersteuning aangeboden gekregen?

b. (Zo, ja) wat voor ondersteuning heeft u gekregen? Op welke wijze werd dit aangeboden en wat vond u daarvan?

c. Zo nee, wat voor ondersteuning had u willen krijgen.

#### 6. Zorg en onderwijs

a. Is u ondersteuning aangeboden om aansluiting te vinden in het onderwijs, passend bij de zorg die uw kind nodig had?

b. Zo ja, hoe vond u deze ondersteuning? Op welke wijze werd dit aangeboden en wat vond u daarvan?

c. Zo nee, Wat voor ondersteuning had u willen krijgen?

#### 2. Ketensamenwerking



a. Is er voor u een aanspreekpunt geweest waar u heen kon ten tijde van de zorg die u heeft gekregen?

Zo ja, waaraan heeft u dit gemerkt?

Zo nee, waaraan heeft u dit gemerkt?

b. Wat vindt u van de manier waarop alle professionals hebben samengewerkt bij het zorgtraject van uw kind? Heeft u het gevoel dat alle professionals die betrokken waren bij het zorgtraject van u kind goed hebben samengewerkt?

Doelrealisatie

a. Nu u dit zorgtraject heeft doorlopen met uw kind en daarop terug kunt kijken, kunt u aangeven hoe jullie terugkijken in het algemeen op de afgelopen tijd wat betreft zorg die jullie hebben gehad? Hoe heeft u dit ervaren?

b. Heeft u het gevoel dat het doel van uw zorgtraject is behaald?

c. Is er iets wat u zou hebben willen aanvullen in het zorgtraject? Iets wat u heeft gemist?

**Afsluiting:**

- Dank voor deelname
- Wilt u nog iets kwijt naar aanleiding van dit interview?
- Heeft u nog vragen?