

TNO-rapport**TNO/CH 2011.041****Signaleren en wat dan?****Behavioural and Societal
Sciences**Wassenaarseweg 56
2333 AL Leiden
Postbus 2215
2301 CE Leidenwww.tno.nl

T +31 88 866 90 00

F +31 88 866 06 10

infodesk@tno.nl

Datum Oktober 2011

Auteur(s) M.S. de Wolff
M.H.C. Theunissen
S.A. Reijneveld

Exemplaarnummer

Oplage

Aantal pagina's 28 (incl. bijlagen)

Aantal bijlagen

Opdrachtgever

Projectnaam

Projectnummer 031.21208/01.02

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

© 2011 TNO

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Methode	5
3	Resultaten	6
3.1	Globale werkwijze JGZ 0-4 en 4-19	6
3.2	Wat doet de JGZ bij een verhoogde score op een signaleringslijst of bij een niet-pluisgevoel?	10
3.3	Verwijzing en terugkoppeling	15
3.4	Is de werkwijze gebaseerd op bepaalde afspraken binnen de dienst?	20
3.5	Wordt binnen uw organisatie actief geprobeerd om de werkwijze bij signalering van psychosociale problemen te verbeteren?	21
3.6	Eigen werkwijze van de organisatie: goede en verbeterpunten	22
4	Conclusie	25
4.1	Verkennd gesprek:	25
4.2	Vervolgoproep of huisbezoek	26
4.3	Inzet van extra diagnostische vragenlijsten	26
4.4	Consultatie van derden	26
4.5	Verwijzen en terugkoppeling	27
4.6	Algemeen	27

1 Inleiding

Het signaleren van psychosociale problemen is een van de basistaken JGZ zoals wettelijk vastgelegd in het Basis-TakenPakket (BTP). Psychosociale problemen kunnen we omschrijven als

- emotionele problemen (oftewel internaliserende problemen) zoals angst, teruggetrokkenheid, depressieve gevoelens, psychosomatische klachten
- gedragsproblemen (oftewel externaliserende problemen) zoals agressief gedrag, onrustig gedrag en delinquent gedrag
- sociale problemen, dit zijn problemen die het kind heeft in het maken en onderhouden van het contact met anderen.

Onder 'vroegsignalering' wordt hier verstaan: het vroeg en dus tijdig signaleren van kinderen die waarschijnlijk (psychosociale) problemen hebben. 'Vroeg' wil zeggen: vroeg in de levensloop van een mens, maar bovenal ook vroeg in het ontwikkelingsproces van het probleem zelf¹. Bij het signaleren van psychosociale problemen kan gebruik gemaakt worden van een vragenlijst. De professional moet in staat zijn een goede inschatting te maken van de risico's op basis van onder andere de uitkomsten van de vragenlijst. Een signaleringsvragenlijst is dus een belangrijk hulpmiddel bij het signaleren.

Nog slechts een beperkt deel van de bestaande signaleringsvragenlijsten voor de Nederlandse situatie is gevalideerd² (Klein Velderman et al., 2007). Dit heeft tot gevolg dat de Richtlijn Signaleren van psychosociale problemen³ in de meeste gevallen aanbeveelt om een veelbelovend signaleringsvragenlijst te gebruiken. Een veelbelovend vragenlijst wil zeggen dat het een vragenlijst betreft waar op dit moment effectiviteitonderzoek naar loopt.

Signalen leiden tot de constatering dat er sprake is van (het risico op) problemen. Om welke problemen het precies gaat dient vervolgens nog te worden onderzocht. Daarna moet worden bepaald welke interventie in die specifieke situatie het beste kan worden ingezet.

Signaleringsvragenlijsten zijn uitsluitend een hulpmiddel bij het signaleren van problemen. Vervolgens zullen de professionals de uitkomsten van het onderzoek met het kind en/of diens ouders moeten bespreken en het probleem moeten verhelderen.

Wanneer een probleem is gesignaleerd dient een interventie op maat te worden ingezet. Als mogelijke interventies in de JGZ, wanneer sprake is van psychosociale problematiek, worden hier genoemd: verwijzing, voorlichting, advies, instructie en (kortdurende) begeleiding.

Signalen uit het veld wekken de indruk dat het handelen van de JGZ, wanneer signaleringslijsten voor psychosociale problematiek op mogelijke problemen wijzen, sterk varieert tussen individuele medewerkers en tussen JGZ-organisaties. Eerder liet onderzoek van TNO al zien dat de opsporing van deze problemen aanzienlijk

¹ Hermans J., Öry F., Schrijvers, G, Helpen bij opvoeden en opgroeien: eerder, sneller en beter, Utrecht, 2005

² Klein Velderman, M, Onderzoeksprogrammering Opvoed- en Opgroeiondersteuning, TNO Kwaliteit van Leven, 2007
³ Klein Velderman, M, Onderzoeksprogrammering Opvoed- en Opgroeiondersteuning, TNO Kwaliteit van Leven, 2007

³ Postma, S., JGZ-Richtlijn Signalering van Psychosociale Problemen, RIVM Centrum Jeugdgezondheid, 2008

verschilt tussen JGZ-professionals⁴ Ook kregen wij signalen dat JGZ-medewerkers in deze situatie niet goed weten wat te doen en hoe verder op te treden. De JGZ-richtlijn geeft in hoofdstuk 3 een aantal algemene aanwijzingen, zoals: nader onderzoek om welke problemen het gaat, evt. met behulp van uitgebreidere vragenlijsten, een structuur waar signalen besproken en beoordeeld kunnen worden, werkafspraken met betrokken instellingen en duidelijkheid over verantwoordelijkheden en vervolgens een interventie op maat. Deze aanwijzingen worden echter (nog) niet omgezet in concrete richtlijnen.

Naar aanleiding daarvan is in het kader van de TNO kennisinvesteringsprojecten een kwalitatief verkennend onderzoek opgezet naar het handelen van JGZ-medewerkers wanneer signaleringslijsten op de waarschijnlijke aanwezigheid van problemen wijzen. Doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de globale werkwijze bij het signaleren en eventueel doorverwijzen bij psychosociale problemen van kinderen. Welke werkwijze hanteert men bij de verschillende JGZ-contactmomenten, wordt gebruik gemaakt van signaleringsvragenlijsten, zijn er bepaalde afspraken gemaakt wat betreft diagnostiek of doorverwijzen, en hoe vaak worden kinderen doorverwezen naar derden. De focus van het onderzoek ligt dus ook op het vervolgtraject: nadat er een mogelijk probleem geconstateerd is, welke stappen worden daarna gezet door de JGZ-professional, en gebeurt dat ook systematisch. Hiertoe hebben we enkele professionals binnen de JGZ geïnterviewd over hun werkwijze. Hieronder beschrijven we eerst kort de onderzoeksmethode en dan de resultaten. We sluiten af met het benoemen van enkele verbeterpunten en conclusies.

⁴ Vogels, AG, Jacobusse G, Reijneveld SA, Identification of children with psychosocial problems differed between preventive child health care professionals, J Clin Epidemiol 2008; 61: 1144-51

2 Methode

Bij 9 JGZ-organisaties (4 organisaties voor JGZ 0-4 en 5 organisaties voor JGZ 4-19) zijn er semi-gestructureerde interviews afgenomen. Deze organisaties waren verspreid over heel Nederland. Bij de werving is rekening gehouden met de in de organisaties gevolgde werkwijze, met name op het onderscheid tussen het traditionele PGO en op Triage gebaseerde werkwijzen. De organisaties voor JGZ 0_4 zullen worden aangeduid met de codes J04a tot en met J04d. Die voor JGZ4-19 met J418a tot en met J419d. Bij de JGZ 0-4 zijn er interviews gehouden met 2 Jeugdartsen en 3 verpleegkundige die zelf direct betrokken zijn bij het periodieke onderzoek van kinderen. Bij de JGZ 4-19 zijn er interviews gehouden met 6 artsen en 5 verpleegkundigen.

Voor de gesprekken is in overleg met het Centrum Jeugdgezondheid een gespreksschema opgesteld. De gesprekken zijn (gedeeltelijk) opgenomen en van elk gesprek is een gestructureerd (non verbatim) verslag gemaakt.

De resultaten van die gesprekken worden in dit rapport gepresenteerd onder de volgende thema's:

- Wat doet de JGZ bij een verhoogde score op een signaleringslijst of bij een niet-pluisgevoel?
- Verwijzing en terugkoppeling
- Is de werkwijze gebaseerd op bepaalde afspraken binnen de dienst?
- Wordt binnen uw organisatie actief geprobeerd om de werkwijze bij signalering van psychosociale problemen te verbeteren?
- Eigen werkwijze van de organisatie: goede en verbeterpunten

3 Resultaten

3.1 Globale werkwijze JGZ 0-4 en 4-19

Eerst schetsen we in het kort wat de JGZ richtlijn vroegsignalering van psychosociale problemen voorschrijft. Vervolgens wordt de globale werkwijze met betrekking tot de opsporing van psychosociale problemen voor elk van de negen JGZ-organisaties beschreven. Per contactmoment wordt er onder andere beschreven welke vragenlijsten er gebruikt worden om de psychosociale gezondheid van het kind in kaart te brengen. Tevens wordt beschreven welke discipline de betreffende vragenlijst gebruikt (verpleegkundige of arts). Bij de JGZ 4-19 wordt steeds vaker een vorm van triage gehanteerd. Bij deze leeftijdsgroep wordt daarom per contactmoment niet alleen beschreven welk signaleringlijst er worden gebruikt, maar ook welke discipline(s) het kind onderzoekt, en of de ouder aanwezig is bij het onderzoek van het kind.

3.1.1 JGZ richtlijn 'Vroegsignalering van psychosociale problemen'

3.1.1.1 JGZ 0-4

In de eerste vier levensjaren zijn er volgens de richtlijnen 15 vaste contactmomenten op het consultatiebureau, waarvan een deel door de Jeugdarts en een deel door de verpleegkundige afgehandeld. De volgende vragenlijsten worden op dit moment getoetst in wetenschappelijk onderzoek en zijn daarom volgens de richtlijn 'veelbelovend'. Het gaat hierbij om vragenlijsten voor het signaleren van (dreigende) problemen in de psychosociale ontwikkeling:

- Ages and Stages Questionnaire (ASQ-SE)
- Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA)
- Kort Instrument voor Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie (KIPPI)
- Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)
- Vragenlijst Onvervulde Behoeftte aan Opvoedingsondersteuning (VOBO), recent omgedoopt tot SPARK (Structured Problem Analysis of Raising Kids)
- DMO-protocol (Samen Starten).

Volgens de JGZ Richtlijn Contactmomenten dient de psychosociale ontwikkeling aandacht te krijgen op de volgende contactmomenten in de periode tussen 0 en 4 jaar:

Op de leeftijd van 14 maanden worden de zorgen voor de peuterperiode ingeschat, op de leeftijd van 18 en 24 maanden dienen eventuele opvoedingsvragen besproken te worden met de ouders, en tevens vindt een pedagogische observatie plaats.

Het is de eerste periode vlak na de geboorte van een kind ook van belang een eventuele postpartumdepressie bij de moeder te signaleren, omdat zo'n depressie de ontwikkeling van de baby kan schaden. De Richtlijn adviseert daarom om hiervoor de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) te gebruiken binnen de JGZ, omdat dit vragenlijst momenteel onderzocht wordt op validiteit.

3.1.1.2 JGZ 4-19

In de leeftijdsgroep 4-12 jaar heeft de JGZ twee reguliere contactmomenten: het contactmoment in groep 2 en in groep 6/7. In de leeftijdsgroep 12-19 jaar is er

slecht één regulier contactmoment in de JGZ, namelijk op de leeftijd van dertien jaar (of klas 2 VO).

Voor de leeftijdsgroep van 7-12 jaar (contactmoment groep 6/7) is de ouderversie van de SDQ gevalideerd. In de richtlijn wordt daarom ook geadviseerd de ouderversie van de SDQ te gebruiken bij dit contactmoment. Bij de overige twee contactmomenten groep 2 en klas 2 VO wordt geadviseerd

- óf om door te gaan met het gebruik van de signaleringsvragenlijst dat momenteel in de eigen organisatie wordt gebruikt voor de betreffende leeftijdsgroep totdat er onderzoeksresultaten bekend zijn
- óf, wanneer nog geen signaleringsvragenlijst wordt gebruikt, om te starten met het gebruik van de SDQ, omdat deze vragenlijst ook gebruikt wordt in de leeftijdsgroep van 7-12 jaar.

Voor de kleuters wordt relatief vaak de LSPPK gebruikt; bij de adolescenten de KIVPA

3.1.2 *Gehanteerde vragenlijsten voor vroegsignalering van psychosociale problemen, discipline van de JGZ-professional en aanwezigheid van ouder bij het contactmoment*

3.1.2.1 *JGZ 0-4*

In twee organisaties wordt de KIPPPPI gebruikt, in één organisatie gebruikt men de SDQ en in de laatste organisatie gebruikt men het DMO protocol van Samen Starten. De leeftijden waarop deze vragenlijsten worden afgenomen variëren al naar gelang de vragenlijst en de organisatie.

In J04c wordt de **KIPPPPI** 3 keer gedurende de eerste vier jaar afgenomen: op de leeftijd van 7½ maand, 18 maanden en 2½ jaar vullen ouders vooraf de KIPPPPI in. De verpleegkundige bespreekt de ingevulde vragenlijst met de ouder tijdens het consult dat 5 minuten langer duurt. De KIPPPPI wordt overigens niet 'gescoord' met behulp van een totaalscore die kan worden vergeleken met een afkappunt. De ingevulde vragenlijst dient voornamelijk als gespreksleidraad.

In J04d wordt de KIPPPPI eenmalig afgenomen bij ouders op de leeftijd van 2 jaar, en nabesproken door de verpleegkundige. In beide organisaties waar de KIPPPPI ingezet wordt hebben de jeugdartsen geen bemoeienis met de KIPPPPI. In J04c is dat niet altijd zo geweest overigens: in de beginperiode toen de KIPPPPI pas ingevoerd was waren de artsen nog wel betrokken bij de KIPPPPI. Toen in alle gemeentes van de J04c het 2½ jarig consult werd ingekocht, is besloten dat alleen verpleegkundigen de KIPPPPI zouden afnemen.

Bij de J04b wordt vanaf september 2010 de **SDQ 3-4** gebruikt voor het signaleren van psychosociale problemen. De Jeugdartsen hebben hiervoor een trainingmiddag bijgewoond waarin met name aandacht besteed werd aan het scoren en interpreteren van de SDQ. De SDQ wordt voorafgaand aan het consult op 36 en 45 maanden door de ouder ingevuld en op het CB gescoord. De uitslag wordt tijdens het consult besproken.

In J04a gaat men werken met het **DMO-protocol van Samen Starten**: op de leeftijd van 8 weken wordt de brede opvoedingssituatie in kaart gebracht met de ouders, en tijdens elk volgend consult tot de leeftijd van 18 maanden wordt de opvoedingssituatie kort geëvalueerd om eventuele veranderingen of ontwikkelingen op het spoor te komen. Gezinnen die behoefte hebben aan extra steun worden tijdens extra huisbezoeken gestimuleerd om samen met de verpleegkundige na te denken over oplossingen. Op het moment van het interview is de training voor

Samen Starten net begonnen. Er is nog geen ervaring opgedaan met het feitelijk werken met het DMO protocol.

Naast vragenlijsten die specifiek bedoeld zijn voor algehele psychosociale gezondheid, worden ook vragenlijsten bij de JGZ 0-4 ingezet die meer specifiek screenen op autisme bij het kind of depressie bij de moeder.

Conform de Richtlijn worden alle moeders in J04b gescreend op postpartum depressie met behulp van een korte vragenlijst (de **EPDS**) die moeder tijdens consult invult. Dat gebeurt 3 keer in de eerste zes maanden: op de leeftijd van 1, 3 en 6 maanden. In J04a screent de JGZ niet zelf op depressie, maar verwijst de verpleegkundige bij een vermoeden van depressie door naar de huisarts die altijd de 4DKL afneemt en vervolgens weer terugkoppelt aan de JGZ hoe het vervolgtraject van moeder eruitziet.

Verder wordt in J04b bij alle kinderen op de leeftijd van 24 maanden de Checklist Autism for Toddlers (**CHAT**) afgenomen tijdens het consult om de kinderen te screenen op autisme. Hierbij gaat het om een vragenlijstje dat tijdens het consult door de ouders ingevuld kan worden.

Tenslotte wordt in J04a aan alle ouders kort na de bevalling de vragenlijst voor Stevig Ouderschap voorgelegd. Het gaat hier om een korte vragenlijst waarmee risicogezinnen vlak na de bevalling gesignaleerd kunnen worden met als indicatoren onder andere het hebben van ervaringen met mishandeling, of het hebben van een gewelddadige partner.

In het algemeen lijkt signalering van psychosociale problemen in de periode van 0-4 vooral een taak van de verpleegkundige. Slechts bij een organisatie is het de taak van de Jeugdarts.

3.1.2.2 JGZ 4-19

Groep 2

Alle 5 JGZ-organisaties gebruiken een signaleringslijst voor de opsporing van psychosociale problemen bij kleuters, 4 organisaties gebruiken de SDQ en één organisatie gebruik de LSPPK.

Bij 4 van de 5 JGZ-organisaties worden alle kleuters onderzocht door de arts, waarbij de ouder ook aanwezig is. Eén JGZ-organisatie hanteert een vorm van triage bij dit contactmoment: de assistente onderzoekt alle kinderen zonder ouders. Wanneer er een verhoogde SDQ score is wordt het kind vervolgens samen met de ouder bij de verpleegkundige opgeroepen (SDQ score 11 t/m 13) of bij de arts (SDQ score 14 of hoger).

Groep 6/7

Bij alle 5 JGZ-organisaties wordt voorafgaand aan het contactmoment van groep 6/7 de SDQ ingevuld door ouders.

De verdere werkwijze voor het contactmoment van groep 6/7 verschilt tussen de 5 JGZ-organisaties. Bij 2 van de 5 JGZ-organisaties wordt het kind onderzocht door de verpleegkundige, de ouder is hierbij aanwezig. Bij de derde JGZ-organisatie wordt het kind door de verpleegkundige op school onderzocht, zonder ouders. De overige twee organisaties hanteren een vorm van triage bij dit contactmoment. Alle kinderen worden bij deze twee organisaties onderzocht door de doktersassistente. Vervolgens wordt op basis van het oordeel van de assistente (o.a. gebaseerd op de SDQ score) of op basis van het oordeel van de verpleegkundige (zij bekijkt de dossiers en houdt een voorbespreking met de klassenleerkracht) bepaald of het kind opgeroepen wordt voor een vervolgonderzoek bij de arts of verpleegkundige.

Klas 2 VO

Alle 5 JGZ-organisaties laten voorafgaand aan het contactmoment van klas 2 VO een signaleringslijst klassikaal invullen door de leerlingen. Drie organisatie gebruiken hiervoor de KIVPA en de overige twee organisaties de SDQ. Bij 4 van de 5 JGZ-organisaties worden *alle* leerlingen onderzocht door de verpleegkundige of arts, de ouder is hierbij niet aanwezig. Welke discipline het onderzoek van klas 2 VO uitvoert (arts of verpleegkundige) bij deze 4 organisaties is o.a. afhankelijk van schoolniveau. Leerlingen van lagere schoolniveaus worden vaak onderzocht door de arts en leerlingen van hogere niveaus (havo/vwo) door de verpleegkundige. Eén JGZ-organisatie hanteert een vorm van triage bij het contactmoment van klas 2. Bij deze organisatie vullen de leerlingen voorafgaand aan het onderzoek de KIVPA in. Vervolgens worden alle havo/vwo kinderen gescreend door de assistente en kinderen met lagere schoolniveaus door de verpleegkundige. Echter, wanneer een kind een verhoogde score heeft op de KIVPA (6 of hoger) dan wordt het kind meteen opgeroepen door de arts (zonder ouders) in plaats van eerst een onderzoek door de assistente of verpleegkundige. De arts voert dan de screening en het vervolgonderzoek gecombineerd uit.

3.1.3 *Samenvatting*

3.1.3.1 *JGZ 0-4*

- Slechts in één organisatie wordt gedurende de hele periode van 0-4 jaar een vragenlijst ingezet: de KIPPPi in dit geval. Bij twee andere organisaties ligt het accent meer op de laatste twee jaar: in J04d op de leeftijd van 2 jaar (KIPPPi), en in J04b wordt op de leeftijd van 3 en 4 jaar gescreend m.b.v. de SDQ. In J04a ligt de nadruk op de eerste anderhalf jaar; dit hangt samen met het feit dat Samen Starten zich met name op die leeftijd richt
- Hoewel zowel de verpleegkundige als de arts zich bezig houden met signalering van psychosociale problemen, ligt bij drie van de vier organisaties
- het zwaartepunt bij de verpleegkundige omdat deze de vragenlijsten afneemt en nabespreekt. Alleen in J04b is het de afname van de vragenlijst een aangelegenheid van de arts

3.1.3.2 *JGZ 4-19:*

- Alle vijf JGZ-organisaties gebruiken een signaleringslijst bij alle drie de contactmomenten. Bij het contactmoment van groep 2 is dit meestal de SDQ (één organisatie gebruikt de LSPPK). Bij het contactmoment van groep 6/7 gebruiken alle organisaties de SDQ. Bij het contactmoment van klas 2 VO gebruiken drie organisaties de KIVPA en twee organisaties de SDQ
- In vier van de vijf organisaties wordt er bij het contactmoment van groep 2 een regulier PGO uitgevoerd door de arts. De vijfde organisatie hanteert een vorm van triage bij dit contactmoment. Bij drie van de vijf organisaties wordt er bij het contactmoment van groep 6/7 een regulier PGO uitgevoerd door de verpleegkundige, de overige twee organisaties hanteren een vorm van triage. Bij vier van de vijf organisaties wordt er een regulier PGO uitgevoerd bij het contactmoment van klas 2 VO, Bij dit contactmoment worden leerlingen van lagere schoolniveaus veelal onderzocht door de arts, terwijl leerlingen van hogere niveaus (havo/vwo) onderzocht worden door de verpleegkundige. De overige organisatie hanteert een vorm van triage bij het contactmoment van klas 2 VO.

3.2 **Wat doet de JGZ bij een verhoogde score op een signaleringslijst of bij een niet-pluisgevoel?**

Alle professionals, zowel van 0-4 als 4-19, die geïnterviewd zijn benadrukten in de gesprekken dat een signaleringslijst slechts een hulpmiddel is bij de signalering van een psychosociaal probleem. Een vermoeden van een psychosociaal probleem wordt gebaseerd op verschillende bronnen; genoemd werden o.a. de signaleringslijst, het gesprek met ouder/kind, informatie uit het dossier en indien ouders toestemming geven wordt bij de oudere kinderen ook informatie opgevraagd op school (interne begeleider, zorgteams). Ook de eigen observatie speelt hierbij een grote rol, bijvoorbeeld moeder-kind interactie tijdens het consult is een belangrijke graadmeter voor de psychosociale ontwikkeling.

Wanneer er een vermoeden is van een psychosociaal probleem, wordt eerst het probleem verkend door middel van een gesprek met de ouders, indien nodig volgt er een onderzoek op indicatie door de JGZ. Tijdens dit onderzoek op indicatie kunnen diagnostische vragenlijsten worden ingezet. De JGZ raadpleegt ook regelmatig externe partijen bij een vermoeden van een psychosociaal probleem.

3.2.1 *Probleemverheldering*

3.2.1.1 *JGZ 0-4*

Zodra een mogelijk probleem is gesignaleerd, acht de JGZ-professional het altijd nodig om dit probleem eerst met de ouders verder/beter te verkennen. Dit kan middels een extra oproep op het bureau, ofwel door een extra huisbezoek te brengen om een mogelijk probleem verder met de ouders te bespreken. Afhankelijk van de ernst van het probleem, en de achtergrondsituatie van ouders wordt bepaald of een huisbezoek nodig is. Als er een 'gewone' opvoedingsvraag leeft bij de ouders, kiest men in de regel voor een extra afspraak op de locatie. Een huisbezoek is erg arbeidsintensief, en wordt daarom pas dan ingezet als de situatie complexer is, of als er grotere zorgen zijn bij ouders of professionals. Ouders moeten wel altijd instemmen met een huisbezoek.

Bij het nader verkennen van het probleem worden zelden andere vragenlijsten ingezet. Wel wordt in twee organisaties gebruik gemaakt van meer algemene methodieken zoals de Stap-voor-stap methode, en het Zorgplan JGZ formulier (als het om complexe problematiek gaat). Deze methodieken hebben betrekking op het systematisch vragen stellen en registreren van de informatie door de JGZ verpleegkundige. Deze hulpmiddelen worden benoemd maar alle geïnterviewde verpleegkundigen benadrukken dat ze dergelijke gesprekken in de regel op hun eigen manier uitvoeren.

3.2.1.2 *JGZ 4-19*

Contactmoment groep 2 en groep 7, gesprek met ouders

Naar aanleiding van een verhoogde score op een signaleringslijst wordt een gesprek aangegaan met de ouders van het kind. De signaleringslijst wordt hierbij als gespreksleidraad gehanteerd. De items in de signaleringslijst die wijzen op mogelijke problemen worden benoemd door de JGZ-medewerker en vervolgens worden deze items besproken met de ouders. Verschillende artsen en verpleegkundigen geven aan dat allochtone ouders en ouders van leerlingen in het speciaal onderwijs de vragenlijsten soms niet goed begrijpen, waardoor bepaalde items onterecht als problematisch worden aangekruist. Daarom wordt bij items met

een verhoogde score eerst nagevraagd aan ouders wat ze precies bedoelen en of zij dit als een probleem ervaren.

Vervolgens worden mogelijke problemen in een dialoog met ouders verhelderd. Er wordt onder andere in kaart gebracht of het een primair probleem is voor het kind, ouders of beide, of het probleem op meerdere leefomgevingen speelt (bijv. thuis en/of op school), en of er ingrijpende gebeurtenissen ten grondslag liggen aan het probleem. Vaak zijn ouders bij de signalering van een 'nieuw' probleem (nog) niet bereid om verdere hulp te ontvangen (verwijzing). De eerste reactie van ouders is vaak het minimaliseren van het probleem. Een belangrijk aspect van het gesprek is dus ouders motiveren om verdere hulp te accepteren.

Contactmoment groep 7 en klas 2 VO gesprek met kind, zonder ouders

Bij het contactmoment van klas 2 VO en bij sommige JGZ-organisaties ook bij het contactmoment van groep 7 vindt het gesprek plaats met het kind, zonder dat de ouders aanwezig zijn. Verschillende JGZ-medewerker geven aan dat bij een gesprek met het kind het belangrijk is om eerst vertrouwen te winnen op een gelijkwaardige manier. Dit zorgt voor openheid en motivatie om mee te werken. Er wordt na afloop van het onderzoek contact opgenomen met de ouders wanneer er zorgen zijn over het kind (bijv. verhoogde score op signaleringslijst, kind of leerkracht geeft problemen aan). Het kind moet hier wel toestemming voor geven. Contact met de ouders vindt meestal telefonisch plaats, behalve wanneer er erg veel zorgen zijn, dan volgt er een oproep. Aan de ouders wordt onder andere gevraagd of zij de gesignaleerde problemen bij het kind herkennen en er wordt met de ouder overlegd of vervolgacties nodig zijn.

3.2.2 *Onderzoek op indicatie bij de JGZ*

3.2.2.1 *JGZ 0-4*

Als het vermoeden bestaat dat het probleem meer bij het **kind** zelf ligt (bijvoorbeeld de ontwikkeling van het kind blijft achter) dan is, volgens de gesprekspartners aanvullend onderzoek van de arts noodzakelijk. Dat kan middels een extra oproep op het consultatiebureau, om te bekijken hoe de situatie zich verder ontwikkelt. Bij alle organisaties vinden regelmatig extra oproepen plaats in verband met een eventuele groeiachterstand, een achterblijvende taal-spraak ontwikkeling of problemen rond zindelijkheid.

Wanneer het probleem meer bij de **ouders** of de **omgeving** ligt, zal volgens de gesprekspartners de verpleegkundige in de regel eerst op huisbezoek gaan om het probleem nader te verkennen en de ouders met het kind in de thuissituatie te observeren. Tijdens een huisbezoek kunnen eventuele vragen die ouders hebben besproken worden. Na een huisbezoek bespreekt de verpleegkundige met de Jeugdarts haar bevindingen.

Niet altijd is een huisbezoek nodig. In J04a worden moeders van wie de verpleegkundige de indruk heeft dat ze onvoldoende stevig in hun schoenen staan als moeder ook extra opgeroepen op het consultatiebureau op de leeftijd van 4 tot 6 maanden. Ook in J04c kiest de verpleegkundige bij lichte problemen van de ouders of bij problemen in de opvoeding eerst voor een extra oproep op de locatie. "Als er zorgen bestaan over een gezin, dan moeten we als JGZ onze zorgen eerst gaan delen met de ouders. Dat vraagt dat we veel investeren in relatie-opbouw. Dat kan middels een huisbezoek, maar ook via een extra oproep".

3.2.2.2 JGZ 4-19

Tijdens de interviews werd in kaart gebracht in welke situaties er een onderzoek op indicatie door de JGZ plaatsvindt. Een kind/ouder wordt nogmaals opgeroepen door de JGZ (onderzoek op indicatie):

- Wanneer het PGO is uitgevoerd door de verpleegkundige, en vervolgens blijkt dat de problematiek complex is en/of een verwijzing noodzakelijk is. Het kind wordt dan opgeroepen bij de JGZ arts (onderzoek op indicatie)
- Wanneer de problematiek niet duidelijk is en er nader onderzoek nodig is.
- Wanneer de ouders (nog) niet bereid zijn om verdere hulp te zoeken. Bij de signalering van een 'nieuw' probleem is de eerste reactie van ouders vaak het probleem negeren of minimaliseren. Er is tijd nodig voor acceptatie, daarom wordt na enkele maanden een vervolgspraak gemaakt met de ouders
- Wanneer het gezin al hulpverlening ontvangt (bijv. opvoedondersteuning) wordt met een vervolgesprek bepaald of deze hulp voldoende is, of dat nog aanvullende hulp nodig is
- Er zijn lange wachtlijsten bij de GGZ. Wanneer een kind verwezen wordt naar de GGZ, worden als tussenoplossing soms extra afspraken gepland door de JGZ. Wanneer ouders het zelf aankunnen wordt er telefonisch contact gehouden.

3.2.3 Gebruik van diagnostische vragenlijsten bij vermoeden van een probleem

We hebben nagevraagd welke diagnostische vragenlijsten eventueel aanvullend ingezet worden door de JGZ wanneer er een vermoeden is van een psychosociaal probleem bij een kind.

3.2.3.1 JGZ 0-4

Bij vermoeden van autisme wordt in één organisatie de Early Screening of Autistic Traits Questionnaire (**ESAT**) ingezet. Deze screeningslijst wordt afgenomen wanneer de Jeugdarts het idee heeft dat een kind niet 'normaal' reageert, of wanneer de algehele ontwikkeling erg achterblijft. Dat kan soms al op de leeftijd van 1 jaar opvallen, meestal zijn de kinderen iets ouder als de ESAT ingevuld wordt. Bij geen enkele dienst worden andere vragenlijsten, zoals de CBCL, ingezet om een vermoeden van een psychosociaal probleem nader te verkennen.

3.2.3.2 JGZ 4-19

Alle 5 JGZ-organisaties maken wel eens gebruik van andere vragenlijsten tijdens het vervolgonderzoek, welk vragenlijst de voorkeur heeft varieert per organisatie, mogelijk ook per medewerker. Zo wordt er af en toe gebruik gemaakt van de sociaal emotionele vragenlijst (SEV), de AVL (ADHD vragenlijst) en de CEE of MDI voor het meten van depressie. Ook de CBCL en de Teacher Report Form wordt wel eens afgenomen.

Eén organisatie geeft aan in het kader van lange wachtlijsten bij de GGZ de CBCL en de TRF af te nemen. Deze vragenlijst wordt door een psychologisch medewerker bekeken en vervolgens met de ouders besproken, zodat er een heel gerichte verwijzing kan plaatsvinden.

Een medewerker van een andere organisatie vermeldt dat de helft van de medewerkers aanvullende vragenlijsten gebruikt tijdens een vervolgooproep, terwijl de andere helft van de medewerkers dit niet doet. Dit verschil is ontstaan vanwege fusie van twee JGZ-organisaties met verschillende werkwijzen. Er wordt nu bekeken welke werkwijze het beste toegepast kan worden.

3.2.4 *Consultatie van derden*

Er is in kaart gebracht welke partijen geconsulteerd worden door de JGZ, wanneer er sprake is van een vermoeden van een psychosociaal probleem.

3.2.4.1 *JGZ 0-4*

Bij een vermoeden van een probleem bij kind of ouders, ontstaat vaak de behoefte om andere professionals te raadplegen. Binnen alle vier de diensten waar we interviews hebben afgenomen, functioneert een **extra multidisciplinair team** dat in het leven geroepen is om gezinnen en kinderen waarover zorgen bestaan over een tijdsperiode te volgen. De JGZ heeft als partij zitting in zo'n team en kan kinderen inbrengen. Naast deze teams bestaat in de regel ook nog een Zorg Advies Team (ZAT).

In J04b kan de Jeugdarts of een verpleegkundige een casus voorleggen aan het *Team Vroegsignalering*. In dit Team heeft een Jeugdarts een verpleegkundige, een orthopedagoog, een leidster van het KDV, een peuterspeelzaalleidster en een docent van het speciaal onderwijs zitting.

In J04a functioneert een *behandelteam* waarin JGZ, Maatschappelijk werk, huisarts en doktersassistent, en fysiotherapie vertegenwoordigd zijn. Het behandelteam komt maandelijks bij elkaar om de kinderen over wie zorgen bestaan te bespreken en volgt de gezinnen over een langere tijdsperiode. Middels een afsprakenblad wordt centraal bijgehouden wat de meest recente afspraken zijn, wie verantwoordelijk daarvoor is en wie het aanspreekpunt is voor het gezin. Het behandelteam verwijst naar de 2^e lijn, zoals Bureau Jeugd Zorg. Multi-probleem gezinnen worden in de regel gevolgd door een behandelteam, ouders moeten altijd instemmen met deze gang van zaken.

In één JGZ-instelling is er een vestiging met een *Multidisciplinair Team* (MD team) dat alle 'probleemkinderen' (ook de kinderen die verwezen worden) bespreekt en volgt. Bij onzekerheid over een kind bv. met betrekking tot zijn gedrag, opvoedsituaties of taal- spraak bespreekt de Jeugdarts dat kind in het MD-team. Naar aanleiding daarvan kan een kind bv. 4x spelen op de PSZ. Dit wordt bijvoorbeeld gedaan bij taal-spraakachterstand (allochtone ouders), of bij te weinig structuur of opvoedkunde in het gezin. Dankzij het MD team blijven alle kinderen, ook als ze naar het audiologisch centrum of de kinderpsychiater verwezen worden, in beeld.

In J04c functioneert een ZorgAdviesTeam (ZAT) voor 0-4 jarigen, waar casussen kunnen worden ingebracht door de verpleegkundige. Het ZAT wordt in J04c in de regel ingezet bij meervoudige problematiek in een gezin.

Naast deze teams (waar casussen ingebracht kunnen worden) hebben alle JGZ-professionals ook de mogelijkheid om consultatie te vragen bij MEE, het AMK, Bureau Jeugdzorg. Door middel van de Verwijs Index Risico kinderen kunnen ook contacten met andere zorgverleners tot stand komen.

Tenslotte bestaat in J04a de mogelijkheid om consultatie te vragen bij de verwijzingsinstantie over het specifieke gezin dat je wilt gaan verwijzen. Dus als de verpleegkundige erover denkt om een moeder te verwijzen naar een psycholoog, kan zij eerst met de psycholoog contact opnemen over het probleem van moeder en of verwijzen hier zin heeft. In hoeverre deze mogelijkheid ook bestaat bij andere organisaties hebben we niet nagevraagd.

3.2.4.2 *JGZ 4-19*

Bij alle JGZ-organisatie vindt er regelmatig consultatie van derden plaats. Dit is meestal met school (bijv. intern begeleider/school begeleidingsdienst). In sommige

gevallen wordt er informatie ingewonnen bij de huisarts, bijvoorbeeld wanneer de problematiek niet helemaal duidelijk is. Ook het AMK wordt soms geraadpleegd, het AMK kent het kind niet, zij geven anoniem advies. Tevens wordt soms informatie of advies ingewonnen bij andere instanties die betrokken zijn bij het kind zoals bureau jeugdzorg, kinderarts of GGZ etc. Wanneer er informatie ingewonnen wordt, moet de ouder hiervoor toestemming geven.

In hoeverre JGZ 4-19 deel uitmaakt van multidisciplinaire teams of behandelteams is niet nagevraagd.

3.2.5 *Samenvatting: vervolg bij signalen*

3.2.5.1 *JGZ 0-4*

- *Probleemverheldering*: Er wordt altijd een verkennend gesprek gevoerd bij een verhoogde score of een niet-pluisgevoel. Afhankelijk van de ernst van het probleem, en de achtergrond situatie van ouders wordt bepaald of dat gesprek tijdens een extra oproep dan wel in een huisbezoek gevoerd wordt. Bij het nader verkennen van het probleem worden 'algemene' hulpmiddelen zoals de Stap-voor-stap methode en het Zorgplan JGZ (als het om complexe problematiek gaat) ingezet. Zelden worden andere vragenlijsten ingezet. Alle geïnterviewde verpleegkundigen geven aan dat ze dergelijke gesprekken in de regel op hun eigen manier uitvoeren
- *Onderzoek op indicatie*: In de JGZ 0-4 wordt meestal niet met afkappunten gewerkt. Bij een aanwijzing dat er iets aan de hand is met het kind of de ouders, wordt altijd eerst het probleem nader verkend. De Jeugdarts doet dit in de regel middels een extra oproep op de locatie; de verpleegkundige gaat op huisbezoek. Bij lichtere problemen kiest ook de verpleegkundige voor een extra oproep op de locatie
- *Gebruik van diagnostische vragenlijsten*: Bij slechts één organisatie wordt een diagnostisch vragenlijst gebruikt voor nader onderzoek. Dit is een vragenlijst voor de signalering van autisme (ESAT)
- *Consultatie van derden*: Binnen alle vier organisaties functioneert een extra multidisciplinair team dat in het leven geroepen is om gezinnen en kinderen waarover zorgen bestaan over een tijdsperiode te volgen. Naast deze teams (waar casussen ingebracht kunnen worden) hebben alle JGZ-professionals ook de mogelijkheid om consultatie te vragen bij MEE, het AMK of Bureau Jeugdzorg.

3.2.5.2 *JGZ 4-19*

- *Probleemverheldering*: de signaleringslijst wordt als gespreksleidraad gehanteerd. Items die wijzen op mogelijke problemen worden benoemd door de JGZ-medewerker, en besproken met de ouder. Mogelijke problemen worden in een gesprek verhelderd, aanvullende informatie uit het dossier en informatie aangeleverd op school wordt geraadpleegd.
- *Onderzoek op indicatie*: een vervolgooproep bij de JGZ vindt o.a. plaats wanneer de problematiek nog niet duidelijk is en wanneer ouders nog niet bereid zijn om verdere hulp te zoeken.
- *Gebruik van diagnostische vragenlijsten*: Alle 5 de JGZ-organisaties maken weleens gebruik van andere vragenlijsten tijdens de vervolgooproep, o.a. SEV, AVL, de CEE of MEE, CBCL en TRF.

- *Consultatie van derden:* Bij alle JGZ-organisaties vindt er regelmatig consultatie van derden plaats. Dit is meestal met school en andere hulpverleners die direct betrokken zijn bij het kind (huisarts, bureau jeugdzorg, kinderarts, GGZ).

3.3 Verwijzing en terugkoppeling

Wanneer een eerste verkenning plaatsgevonden heeft, is de volgende stap in de regel een verwijzing naar een interne of externe partij die extra diagnostiek, hulp of ondersteuning kan bieden aan kind en ouders. Bij de JGZ-professionals is er nagegaan naar welke instelling men zoal verwijst voor psychosociale problemen. Tevens is er nagegaan hoe vaak men verwijst voor psychosociale problemen. Tenslotte is er gevraagd aan de professional of er afspraken zijn gemaakt met externe instellingen over wanneer een kind verwezen wordt naar een bepaalde instelling, en of er terugkoppeling over de betreffende verwijzing plaatsvindt.

3.3.1 *Naar welke instanties wordt verwezen?*

Naar welke instellingen verwezen wordt is afhankelijk van de soort problematiek, de ernst van de problematiek en de sociale kaart in de regio waar de JGZ-medewerker werkzaam is. De sociale kaart wisselt met name vaak sterk tussen stad en platteland regio's.

3.3.1.1 *JGZ 0-4*

Als het probleem heel duidelijk bij het **kind zelf** ligt, dan zijn er de volgende mogelijkheden:

- Via de huisarts een verwijzing naar het Audiologisch centrum (Jo4d, J04b, en J04a). In het audiologisch centrum wordt het gehoor en de spraaktaalontwikkeling uitvoerig getest, en vindt een algemeen psychologisch onderzoek plaats. De spraaktaal-ontwikkeling hangt volgens de betreffende JGZ-medewerkers bij jonge kinderen nauw samen met de psychosociale ontwikkeling. In het Audiologisch centrum is een orthopedagoog aanwezig die een behandelplan kan opstellen voor een kind nadat een diagnose gesteld is.
- Bij ernstige gedragsproblemen, autisme, slaapproblemen, dwangneurosen, of angsten verwijst de Jeugdarts naar de Jeugd GGZ (kinderpsychiater) zodat de ouders handvatten kunnen krijgen hoe ze met de gedragsproblemen moeten omgaan (J04b, J04d, J04a).
- naar Integrale Vroeghulp (J04a)
- naar schoolmaatschappelijk werk (J04a)

Indien de **ouders** extra ondersteuning kunnen gebruiken bij hun rol als ouder, dan verwijst de JGZ verpleegkundige of arts naar

- de opvoedadviseur of pedagogisch adviseur die bereikbaar is via een inloopspreekuur waar ouders met opvoedingsvragen terecht kunnen (J04a en J04d). Ouders kunnen ook een afspraak maken voor een gesprek. In de praktijk blijkt dat ouders deze ondersteuning vooral gebruiken bij afgebakende problemen, zoals zindelijkheid, of bij slaapproblemen
- kortdurende Video Home Training waarbij moeders in maximaal 3 opnames en 3 keer nabespreken video interactie begeleiding krijgen (J04c en J04a)
- kortdurende pedagogische gezinsbegeleiding (een soort 'nanny'): bij deze ondersteuning legt een gespecialiseerde verpleegkundige of maatschappelijk werker 8 a 10 huisbezoeken af tijdens de spitsuren in het gezin om ouders te coachen / te ondersteunen juist op die momenten dat het vaak misgaat (J04b)
- Triple P (niveau 2 en 3) . Bij de J04b zijn enkele JGZ verpleegkundigen inmiddels getraind op niveau 2 en 3 van Triple P. Niveau 4 en 5 is toegankelijk via Bureau Jeugdzorg
- Gespecialiseerde gezinsverzorging, praktische ondersteuning bij het huishouden en opvoeden (J04b); hiervoor is nog wel een indicatie nodig van het CIZ.

Wanneer er aanwijzingen zijn dat er sociale, financiële of relationele problemen aanwezig zijn in het gezin, dan verwijst de Jeugdarts in de regel naar maatschappelijk werk. Ook wanneer *psychische problemen* bij de moeder geconstateerd worden - in J04b en J04d werd daarvoor een extra vragenlijst ingezet - dan wordt in de regel via de huisarts verwezen naar de maatschappelijk werk, naar gespreksgroepen of naar GGZ, al naar gelang de ernst van de psychische klachten van moeder.

In J04b is er een speciaal aanbod voor moeders die minder goed contact maken met hun kind, mogelijk ten gevolge van een depressie. Als er aanwijzingen zijn dat het contact tussen moeder en de baby niet goed verloopt, dan verwijst de Jeugdarts de moeder naar een interventie die door het Riagg aangeboden wordt 'Contact met je baby'. In J04a wordt de JGZ goed geïnformeerd door de huisarts over depressie bij moeders, zodat de verpleegkundige op het consultatiebureau altijd navraag kan doen bij moeder hoe het met haar gaat en waar ze naartoe kan indien de klachten weer opspelen.

3.3.1.2 JGZ 4-19

Ook bij de professionals van de JGZ 4-19 is er nagegaan naar welke instellingen men zoal verwijst voor psychosociale problemen. Wanneer de problemen heel duidelijk bij het **kind zelf** ligt, dan zijn er de volgende mogelijkheden:

- schoolbegeleidingsdienst of intern begeleider voor kinderen die op school slecht presteren of wanneer er is sprake van dyslexie/dyscalculie)
- huisarts (wanneer een kind lichamelijke klachten heeft of wanneer de problematiek niet helemaal duidelijk is, bijv. kind is vaak moe of hoog schoolverzuim)
- GGZ bij ernstige gedragsproblemen, autisme en angsten
- particuliere psychologen en orthopedagogen (voor nadere diagnostiek, bijv. ontwikkelingsniveau te bepalen zoals hoogbegaafdheid)
- kinderarts

Indien de **ouders** extra ondersteuning kunnen gebruiken bij hun rol als ouder, dan verwijst de JGZ verpleegkundige of arts naar:

- sociaal verpleegkundige (JGZ), opvoedbureau of pedagogische hulpverlener wanneer er sprake van problemen gerelateerd aan eten, zindelijkheid en slapen
- Triple P (niveau 2 en 3). In sommige regio's is de grondslag van opvoedadvies Triple P. Triple P, niveau 2 wordt gegeven door de JGZ arts. Dit is eenmalige advisering over de ontwikkeling en het gedrag van het kind, ondersteund door schriftelijk materiaal en een follow-up contact (telefonisch, email of face to face). Triple P, niveau 3 wordt gegeven door de JGZ verpleegkundige. Dit is gericht advies bij specifieke zorgen over het gedrag en/of de ontwikkeling van het kind. Soms zijn meerdere afspraken nodig om een stukje verandering in gedrag te bereiken
- Schoolmaatschappelijk werk, en algemeen maatschappelijk werk (problemen gericht op systeem 'gezin/netwerk', zoals scheiding, schulden, burn-out)
- Bureau Jeugdzorg (bijv. ouders geven aan dat er veel conflicten zijn tussen ouder en kind, of ouders geven aan dat ze moeite hebben met het oppositioneel gedrag van het kind).

3.3.2 *Hoe vaak verwijst men naar een externe instantie voor een vermoeden van psychosociaal probleem*

3.3.2.1 *JGZ 0-4*

Alle professionals die we geïnterviewd hebben, vroegen we om een globale schatting te geven van het aantal gezinnen dat men verwijst naar een externe instantie (dus buiten de JGZ), waarbij psychosociale problemen aan de orde waren. In J04a verwijst een verpleegkundige per week ongeveer 7 à 10 kinderen naar een externe instantie zoals maatschappelijk werk of de opvoedadviseur. Deze verpleegkundige ziet doorgaans 60 kinderen per week, dus 1 op de 6 tot 8 gezinnen krijgt een verwijzing. Bij de J04b lag dit aantal lager: 1 op de 15 à 20 gezinnen wordt verwezen wordt vanwege de psychosociale problemen. In J04d was het aantal nog lager: hier werden jaarlijks 3 tot 5 kinderen verwezen naar een externe instantie. Voor de regio J04c konden de verpleegkundigen geen schatting geven van de aantallen.

3.3.2.2 *JGZ 4-19*

Sommige professionals vonden het lastig om aan te geven hoeveel kinderen verwezen worden naar een externe instantie voor psychosociale problemen. Enkele professionals vermelden dat het aantal verwijzingen verschilt per school/wijk en afhankelijk is van de leeftijd van het kind. Zo geeft een professional aan dat problemen op school bij een 5 jarige er na 6 maanden heel anders uit kunnen zien, waardoor er niet snel verwezen wordt bij deze leeftijd.

De percentages van verwijzingen voor psychosociale problemen lopen uiteen van 2-5%. En professional geeft aan 3-5% van alle kinderen te verwijzen voor psychosociale problemen (laagdrempelige hulpverlening niet meegenomen). Een andere professional geeft aan 2% van alle kinderen te verwijzen voor psychosociale problemen (inclusief laagdrempelige hulpverlening).

3.3.3 *Afspraken met externe instellingen over verwijzingen en terugkoppeling*

3.3.3.1 *JGZ 0-4*

De professionals geven zelf aan dat verwijzingen naar externe instanties beter verlopen wanneer er afspraken zijn gemaakt met die instanties. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om afspraken over het terugkoppelen van informatie over dat gezin aan de verwijzer; zodat de JGZ bij vervolg consulten kan voortbouwen op de extra steun of hulp die is ingezet. In J04d zijn er niet direct afspraken met betrekking tot verwijzing en terugkoppeling op papier gezet. Wel is het zo dat er uitsluitend gezinnen verwezen worden waarvan ook zeker vaststaat dat daar iets aan de hand is. In J04c heeft de verpleegkundige geen idee of hierover zaken zijn vastgelegd. In J04b staan er wel zaken op papier over verwijzing en terugkoppeling. Een groot deel van de verwijzingen verlopen via de huisarts. Een verwijzing naar het Riagg, het audiologisch centrum, de jeugd-GGZ en naar maatschappelijk werk moeten altijd via de huisarts. De terugkoppeling van de huisartsen verloopt in de regio J04b heel goed. Dat wil zeggen: de JGZ wordt na afloop van het ingezette traject geïnformeerd. De verwijzingen naar Kortdurende Pedagogische gezinsbegeleiding en Triple P worden in J04b rechtstreeks gedaan zonder huisarts. Ook in J04a zijn er afspraken gemaakt met de verwijzers. Dankzij het gerealiseerde Centrum voor Jeugd en Gezin in J04a is de onderlinge samenwerking daar in ieder geval redelijk goed. Veel instellingen waarnaar wordt verwezen, inclusief de huisartsen zijn daarbij aangesloten. Concluderend: bij twee diensten zijn er wel afspraken gemaakt, bij 2 diensten geen afspraken m.b.t. verwijzing en terugkoppeling en bij twee diensten is dat niet het geval.

3.3.3.2 *JGZ 4-19*

De professionals van vier JGZ-organisaties geven aan dat er bijna geen afspraken zijn gemaakt met instellingen over wanneer een kind verwezen wordt. Of een kind verwezen wordt en naar welke instantie bepaald de JGZ-professional zelf. Eén van deze vier JGZ-organisaties heeft wel een afspraak over verwijzen met een vrijgevestigde psychiater. Samen met deze psychiater is in kaart gebracht hoe duidelijk het vermoeden moet zijn voor problemen voordat verwezen wordt naar deze psychiater in plaats van naar een psycholoog om nader onderzoek te doen. Professionals van één organisatie geven aan dat in toenemende mate afspraken met instellingen worden gemaakt over wanneer een kind verwezen wordt. Bij deze organisatie wordt bijvoorbeeld voorafgaand aan een verwijzing naar een GGZ-instelling met de instelling overlegd. Ondanks dat er nauwelijks afspraken worden gemaakt met externe instellingen over wanneer een kind verwezen wordt, geven de professionals van twee organisaties wel aan informatie in te winnen, waarheen een kind zoal verwezen kan worden. Bijvoorbeeld, in één JGZ-organisatie wordt er in het ICT overleg (interne collegiale toetsing, per discipline) af en toe besproken naar welke instanties er verwezen kan worden voor bepaalde problematiek, en welke ervaringen er zijn met deze instanties. Dit is belangrijk vooral met het oog op de wildgroei van psychotherapeuten. Soms wordt er contact gezocht met een overkoepelende stichting (bijvoorbeeld voor hoogbegaafdheid) om een lijstje van beschikbare hulpverleners op te vragen. In het werkgebied van één van de JGZ-organisaties vindt een structureel overleg plaats van het platform ADHD en aanverwante stoornissen structureel overleg. Dit platform bestaat uit de GGZ, JGZ, huisarts en Bureau jeugdzorg. Binnen dit

platform wordt onder andere gekeken naar welke instanties kinderen het beste verwezen kunnen worden voor bepaalde problematiek.

Er is ook gevraagd aan de professionals in hoeverre er terugkoppeling plaatsvindt wanneer een kind naar een externe instantie verwezen is. Alleen bij directe verwijzingen door de JGZ-arts zelf ontvangt de JGZ terugkoppeling. Wanneer een verwijzing plaatsvindt via de huisarts dan krijgt alleen de huisarts terugkoppeling en niet de JGZ. Wanneer ouders zich bij deze instellingen die niet geïndiceerde hulp en ondersteuning bieden aanmelden, is er geen terugkoppeling naar de JGZ. Over het algemeen vindt er nauwelijks inhoudelijke terugkoppeling plaats. Een paar JGZ-organisaties hebben wel afspraken gemaakt met instellingen (in elk geval met bureau jeugdzorg en soms de GGZ) om terug te koppelen of een kind is aangekomen. De JGZ-professionals geven aan dat deze afspraken niet goed worden nageleefd. Tevens wordt er door JGZ-professionals gemeld dat terugkoppeling afhankelijk is van de hulpverlener. Sommige hulpverleners koppelen heel erg goed terug, terwijl een collega van dezelfde instelling niets laat horen.

3.3.4 *Samengevat: Verwijzing en terugkoppeling: waarheen verwijst men en hoe verloopt de terugkoppeling?*

Naar welke instantie verwezen wordt is blijkens de gevoerde gesprekken afhankelijk van de soort problematiek, de ernst van de problematiek en de sociale kaart in de regio waar de JGZ-medewerker werkzaam is.

Problemen gerelateerd aan het *kind* worden vaak verwezen naar

- Audiologisch centrum (0-4)
- integrale vroeghulp (0-4)
- Huisarts (0-19)
- GGZ (0-19), kinderarts (0-19) en
- schoolbegeleidingsdienst (4-19).

Problemen die gerelateerd zijn aan de *ouder of het gezin* worden vaak verwezen naar:

- video home training (0-4)
- kortdurende pedagogische gezinsbegeleiding (0-4)
- gespecialiseerde gezinsverzorging (0-4)
- sociaal verpleegkundige (0-19)
- opvoedbureau (0-19)
- pedagogische hulpverlener (0-19)
- Triple P (0-19)
- schoolmaatschappelijk werk (0-19) en
- bureau jeugdzorg (0-19)

3.3.4.1 *JGZ 0-4*

Bij twee diensten zijn er afspraken gemaakt met ketenpartners m.b.t. verwijzing en terugkoppeling. Bij twee diensten zijn er geen afspraken. Kortom: de situatie is zeer wisselend.

3.3.4.2 JGZ 4-19

De percentages van verwijzingen voor psychosociale problemen lopen uiteen van 2-5%. Het aantal verwijzingen verschilt per school/wijk en is afhankelijk van de leeftijd van het kind.

Over het algemeen zijn er op het gebied voor psychosociale problemen weinig afspraken gemaakt met externe ketenpartners over verwijzen. Drie van de 5 JGZ-organisaties geven aan dat er met externe instanties (in elk geval met Bureau Jeugdzorg) afspraken zijn gemaakt over terugkoppeling. Dit betreft terugkoppeling of een kind is aangekomen, niet zozeer inhoudelijke terugkoppeling. Deze afspraken worden in het algemeen slecht nageleefd.

3.4 Is de werkwijze gebaseerd op bepaalde afspraken binnen de dienst?

3.4.1 JGZ 0-4

Alle professionals die we gesproken hebben gaven aan dat hun werkwijze gebaseerd is op onderlinge afspraken. Maar niet overal staan die afspraken ook daadwerkelijk op papier. In één instelling verschilt de werkwijze ook per gemeente: in een vestiging is wel een multidisciplinair team aanwezig, maar in een andere weer niet.

In J04a zijn er duidelijke afspraken gemaakt binnen de hele brede organisatie. Wanneer het contact tussen moeder en kind niet goed loopt, of indien moeder erg onzeker is, dan kan VIB ingezet worden. Indien er spraak problemen aan de orde zijn, dan is er een duidelijk protocol, bij psychosociale problemen ontbreekt zo'n protocol, omdat hier de achtergrondsituatie erg divers kan zijn. Er is wel een sociale kaart.

Verder zijn er in J04a enkele vaste uitgangspunten bij het werken in de JGZ.

- Er wordt gewerkt met het zogenaamde 'opschalingsmodel' (bij zwaardere problemen wordt de zorg opgeschaald, waarbij vastgelegd moet worden wie de zorgcoördinatie op zich neemt)
- Ouders moeten altijd instemmen wanneer de problemen van hun kind worden ingebracht in de bespreking door het behandelteam. Als ouders dat niet willen,, moet er meer geïnvesteerd worden in de relatie met de ouders zodat het inzicht bij de ouders vergroot wordt
- Er dient een warme overdracht plaats te vinden: niet de moeder zelf dient het initiatief te nemen, maar de JGZ-verpleegkundige brengt de ouders in contact met de instelling waarnaar verwezen wordt
- Indien een vermoeden bestaat van een probleem of een achterstand, dan moet de verpleegkundige niet onnodig lang blijven 'pappen en nathouden'. Zodra die de indruk heeft dat de grenzen van haar mogelijkheden zijn bereikt, moet ze doorverwijzen bijv. naar de opvoedadviseur, naar de huisarts, naar een maatschappelijk werk, naar de KNO arts (via de huisarts).

In J04b zijn er vooral afspraken binnen de disciplines gemaakt. De Jeugdartsen hebben jaarlijks enkele Intercollegiale Toetsingen. Dat is een gestandaardiseerde methode die gericht is op verbetering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. In een vaste groep wordt een bepaalde werkwijze besproken, en er worden ook onderlinge afspraken gemaakt. Daarnaast vinden ook intervisiebijeenkomsten plaats, hier wordt meestal gewerkt met de incidentmethode: een vast schema voor

het bespreken van een casus. De verpleegkundigen hebben hun eigen intervisie bijeenkomsten.

In J04c is het Zorgplan JGZ ontwikkeld voor de afdeling JGZ. Het zorgplan wordt inmiddels door de V&VN als voorbeeld gebruikt van een goed activiteitenplan voor de JGZ. Het werken met een zorgplan valt tegen in de praktijk van de JGZ: Medewerkers vinden dat het veel tijd en moeite kost om bijvoorbeeld doelen SMART te formuleren.

3.4.1.1 JGZ 4-19

Alle JGZ-medewerkers geven aan dat er gewerkt wordt volgens de landelijke standaarden en dat de werkwijze bij een verhoogde score op een signaleringslijst vergelijkbaar is met andere collega's binnen de organisatie. Verschillen tussen medewerkers is vooral merkbaar in bijvoorbeeld de handigheid van de JGZ-medewerker om ouders te motiveren voor verdere hulpverlening.

Echter, bestudering van verschillende protocollen van enkele van de JGZ-organisaties met wie wij spraken, maakte duidelijk dat de afspraken vooral gericht zijn op het bepalen van welke kinderen opgeroepen moeten worden en welke gegevens vastgelegd moeten worden. Dit wekt de indruk dat deze stappen geprotocolleerd zijn, maar dat eventuele vervolgstappen (bijv. verwijzing) plaatsvinden op geleide van het eigen oordeel van de JGZ-medewerker. Er vindt soms wel intercollegiale toetsing (ICT) plaats, wat de uniformiteit van de werkwijze binnen een organisatie kan vergroten.

3.4.2 *Samenvatting: afspraken binnen de dienst*

3.4.2.1 JGZ 0-4

Alle professionals geven aan dat hun werkwijze gebaseerd is op afspraken, bij drie van de vier organisaties staan de afspraken ook op papier. Vaak worden alleen afspraken gemaakt binnen de disciplines (afzonderlijk voor artsen en verpleegkundigen).

3.4.2.2 JGZ 4-19

Alle JGZ-organisaties geven aan dat er gewerkt volgens de landelijke standaarden en dat de werkwijze bij een verhoogde score vergelijkbaar is met andere collega's binnen de organisatie. Echter, deze afspraken zijn vooral gericht op het bepalen van het oproepen van kinderen en documenteren van gegevens. Vervolgstappen, zoals verwijzing, vinden vaak plaats op eigen oordeel van de JGZ-medewerker.

3.5 **Wordt binnen uw organisatie actief geprobeerd om de werkwijze bij signalering van psychosociale problemen te verbeteren?**

Er is nagegaan bij de JGZ-professionals, in hoeverre de eigen organisatie actief probeert om de werkwijze op het gebied van signalering van psychosociale problemen te verbeteren. Dit kan bijvoorbeeld door middel van consultatie, intervisie en training.

3.5.1 JGZ 0-4

Bij twee van de vier ondervraagde organisaties is ruimte voor extra scholingen op dit terrein. In J04b worden de volgende scholingen gevolgd: een scholing Motivational Interviewing van 3 dagdelen, een scholing m.b.t. het signaleren van kindermishandeling, een scholing bij het gebruik van het Van Wiechenschema. Er is

ook een scholing over het gebruik van de SDQ geweest, dat ging met name over het scoren en interpreteren van de vragenlijst, niet zozeer over het signaleren van psychosociale problemen in het algemeen.

In J04a is men momenteel volop bezig met het invoeren van Samen Starten en alle training en scholing die daarbij hoort. Dat is wel een verbetering van de werkwijze. Verder hebben de zorgcoördinatoren 5 keer per jaar een intervisie-bijeenkomst. Maar nog niet iedereen is zich voldoende bewust van de noodzaak om als JGZ0-4 verder te professionaliseren.

In één JGZ0-4-instelling worden geen intervisiebijeenkomsten voor artsen meer gehouden, vanwege het tekort aan Jeugdartsen. In J04c is niet helemaal duidelijk geworden of daar ruimte is voor extra scholingen, maar volgens een verpleegkundige moet er meer geïnvesteerd moeten worden in de training van gesprekstechnieken, omdat ze de dialooggerichte consultvoering erg belangrijk acht. Verder zou deze verpleegkundige ook graag meer methodisch gaan werken in de JGZ 0-4. Ze wil zich daarom gaan bezighouden met de toetsing van de huidige werkwijze met de KIPPPPI.

3.5.2 JGZ 4-19

Bijna alle JGZ-medewerkers geven aan dat er trainingen zijn geweest voor de implementatie van het gebruik van de SDQ en dat er zes keer per jaar intervisie-overleg plaatsvindt. Bij sommige organisaties zijn er trainingen geweest voor het gebruik van het DMO-protocol, Triple P, implementeren van de verwijzindex en motiverende gesprekstechnieken. Eén organisatie heeft een training gegeven aan medewerkers gericht op de sociaal emotionele vragenlijst (SEV). Verder kunnen medewerkers bijscholing volgen naar individuele wens en behoeften. Sommige medewerkers volgen bijvoorbeeld trainingen gericht op de opsporing van kindermishandeling.

3.5.3 *Samengevat: Wordt binnen uw organisatie actief geprobeerd om de werkwijze bij signalen van psychosociale problemen te verbeteren?*

JGZ 0-4

Bij twee van de vier ondervraagde organisaties is ruimte voor extra scholingen op dit terrein, en zijn er intervisie bijeenkomsten. Bij een derde organisatie is er geen ruimte voor scholing en intervisie wegens personeelsgebrek, en bij een vierde weet de verpleegkundige niet goed of er ruimte is voor scholingen.

JGZ 4-19

Bij alle organisaties zijn er trainingen geweest voor SDQ implementatie en vindt er intervisie (ICT) overleg plaats. Bij sommige organisaties zijn er trainingen geweest voor het DMO protocol, Triple P, verwijzindex en motiverende gesprekstechnieken. Daarnaast kunnen medewerkers bij bijscholing volgen op individuele wensen en behoeften.

3.6 **Eigen werkwijze van de organisatie: goede en verbeterpunten**

Voordat we de balans opmaken van de werkwijze rond signaleren en verwijzen, hebben we alle professionals gevraagd aan te geven welke aspecten zij nu juist goed vonden aan de werkwijze zoals die binnen de organisatie gevolgd wordt. Tenslotte hebben we hen ook gevraagd naar verbeterpunten,

3.6.1 *Wat vindt u goed aan de eigen werkwijze rond signalering en verwijzen?*

3.6.1.1 *JGZ 0-4*

De volgende aspecten zijn de professionals werkzaam in de JGZ 0-4 erg tevreden over.

- Het feit dat we vroegsignalering erg serieus nemen en het feit dat we een vragenlijst gebruiken, en dat we vervolgens het gesprek aangaan met ouders .
- De Intercollegiale Toetsingen: we overleggen als Jeugdartsen onderling over onze werkwijze. Er is ook een klimaat dat je fouten mag maken en onderling het gesprek kunt aangaan daarover
- Het Team Vroegsignalering of Multidisciplinair Team is een positief aspect van de werkwijze: bij twijfel kun je als Jeugdarts altijd dit Team inschakelen
- De mogelijkheid om consultatie te vragen bij de verwijzinstantie over het specifieke gezin dat je wilt gaan verwijzen
- De samenwerking met andere professionals zoals huisartsen is goed .
- De samenwerking tussen Jeugdarts en verpleegkundige is goed
- Het aanbod van de kortdurende Pedagogische gezinsbegeleiding. Op een laagdrempelige manier ontvangen veel ouders extra steun juist op die momenten dat het vaak fout gaat in een gezin.

3.6.1.2 *JGZ 4-19*

De professionals werkzaam in de JGZ 4-19 geven aan tevreden te zijn over de volgende punten.

- Grote tevredenheid over het gebruik van de SEV, deze geeft veel informatie
- Het is fijn dat *alle* kinderen onderzocht worden door een arts of verpleegkundige. Vanwege deze werkwijze zie je ook veel 'gewone' kinderen, waardoor je beter een inschatting kunt maken wanneer er wel iets aan de hand is. Een nadeel van deze werkwijze is dat er minder tijd beschikbaar is voor andere dingen
- Het is fijn dat in groep 7 kinderen onderzocht worden zonder ouders, op deze manier worden de kinderen minder beïnvloed door de ouders. Een nadeel van deze werkwijze is dat je de ouders niet spreekt
- Er is een goede band met scholen, leerkracht en zorg coördinatoren. Zo kun je leerlingen laten bespreken op school, bijvoorbeeld in een Zorg en Advies Team
- Tevredenheid over het gebruik van de SDQ. Het is een goede vragenlijst, het richt zich alleen op signalering en niet op diagnose. Deze vragenlijst signaleert beter dan de KIVPA of de LSPPK
- Een arts werkzaam bij een JGZ-organisatie waar een vorm van triage wordt gehanteerd, is tevreden met de signalering van problemen door school buiten de contactmomenten om
- Bij de signalering van problemen wordt er gebruik gemaakt van meerdere informatiebronnen: ouder, school en dossier.

3.6.2 *Op welke punten zou de werkwijze verbeterd kunnen worden?*

3.6.2.1 *JGZ 0-4*

Het contact met de verwijzers (met name Bureau Jeugdzorg en de kinderpsychiater) kan beter, vinden alle geïnterviewde JGZ-professionals. De communicatie met de jeugdpsychiaters en met Bureau Jeugdzorg verloopt nogal eens moeizaam. `Als Jeugdarts horen we nooit iets terug van de psychiater of BJJ. Ofwel er wordt alleen aan de huisarts gerapporteerd er wordt helemaal niet terug

gerapporteerd (in het geval van BJZ), aldus een Jeugdarts. Volgens een verpleegkundige ligt hier een grote uitdaging voor de JGZ 0-4. Ze moeten zelf zorgen dat ze beter in beeld komen bij de huisartsen, kinderspsychiaters. Naast de gebrekkige samenwerking met verwijzers worden de volgende zaken genoemd

- Meer geld is nodig voor scholingen.
- Een valide signaleringsvragenlijst voor peuters
- Een meer systematische manier van werken in de JGZ 0-4
- Kortere lijnen voor de JGZ om gezinshulp in te kunnen zetten. Via het CIZ verloopt indicering erg stroef en de regels voor indicatie veranderen voortdurend.
- Een meer dialooggerichte consultvoering
- Meer contactmomenten in het derde en vierde levensjaar van het kind. Nu zijn er slechts twee contactmomenten op 36 en 45 maanden. Dat is veel te weinig om de ontwikkeling van het kind te kunnen monitoren.

3.6.2.2 JGZ 4-19

- Ouders zien de JGZ niet als deskundige op het gebied van psychosociale problemen. Het moet meer bekend worden gemaakt dat ouders voor psychosociale problemen van het kind terecht kunnen bij de JGZ
- Sommige vragenlijsten zoals de KIVPA en de CEE (depressielijst) werken niet goed bij kinderen in het speciaal onderwijs. Er zullen andere signaleringslijsten ontwikkeld moeten worden voor deze groep
- Een verpleegkundige, binnen een organisatie waar een vorm van triage wordt gehanteerd bij groep 7, mist de eigen blik op ouder en kind (en ook ouder/kind interactie) bij deze kinderen
- Het gat tussen groep 2 en groep 7 is erg groot
- Er is te weinig tijd voor intervisie. Tevens is er te weinig overleg tussen arts en verpleegkundige over de werkwijze, dit moet plaatsvinden op eigen initiatief
- De KIVPA wordt soms slecht ingevuld door leerlingen (subjectief, momentopname, sociaal wenselijk)
- Het is wenselijk dat ook de leerkracht een signaleringslijst invult.
- Het is wenselijk dat er meer informatie over psychosociale problemen wordt verzameld via het internet (EMOVO, PSYCAT).

De JGZ zou een grotere rol moeten spelen bij ziekteverzuim. Op dit moment valt dit stukje zorg onder risicozorg, het is wenselijk om dit fundamenteel in te voeren, maar hier is geen financiële ruimte voor.

4 Conclusie

De conclusies die uit deze verkenning getrokken kunnen worden kunnen niet als algemeen geldig beschouwd worden; daarvoor is het aantal JGZ-professionals dat wij spraken te gering. Niettemin leidden de gevoerde gesprekken tot een aantal relevante aandachtspunten.

Bij het signaleren worden conform aanbeveling vragenlijsten ingezet. Wat de keuze van de vragenlijst betreft is er in de JGZ 4-19 minder variatie dan in de JGZ 0-4. Voor het contactmoment van groep 7 wordt standaard gekozen voor de SDQ, en voor beide andere contactmomenten (groep 2 en klas VO) voert de SDQ wel de boventoon. Wel worden ook andere vragenlijsten gebruikt: de LSPPK en de KIVPA. Binnen de JGZ 0-4 is er geen vragenlijst dat door meer organisaties wordt gebruikt dan andere vragenlijsten.

Welke acties de JGZ precies inzet bij een verhoogde score op een signaleringslijst of bij een niet-pluisgevoel is globaal genomen vergelijkbaar over de verschillende organisaties (0-4 en 4-19). In de regel leidt een verhoogde score tot

- a. een verkennend gesprek met ouders en/of kinderen
- b. mogelijk een vervolgooproep bij de JGZ of een huisbezoek door verpleegkundige
- c. inzet van extra diagnostische vragenlijsten
- d. consultatie van derden
- e. verwijzen.

Hieronder gaan we op elke vervolgactie in.

4.1 Verkennend gesprek:

Wanneer er sprake is van een verhoogde score op de signaleringslijst, worden de antwoorden op deze signaleringslijst besproken met ouders/ en of kind. Alle JGZ-organisaties geven aan de volgende stappen te doorlopen bij het eerste gesprek met ouder:

- a. bespreken items die wijzen op mogelijke problemen
- b. in kaart brengen of het voornamelijk een probleem is voor ouder en/of kind
- c. in kaart brengen of het probleem op meerdere leefomgevingen speelt
- d. navragen of er ingrijpende gebeurtenissen ten grondslag liggen aan het probleem.

Het lijkt erop dat bij deze verkennende gesprekken geen systematische werkwijze en gesprekstechnieken worden toegepast. Alle JGZ-professionals geven aan dat er gewerkt volgens de landelijke standaarden en dat de werkwijze bij een verhoogde score vergelijkbaar is met die van andere collega's binnen de organisatie. Echter, deze afspraken die daarbij gemaakt zijn vooral gericht op het bepalen van groepen kinderen die moeten worden opgeroepen en op het documenteren van gegevens. Verschillende gesprekspartners zeiden dat zij de methode van 'Motivational Interviewing' hanteerden. Een belangrijk probleem dat verschillende gesprekspartners noemden was dat het vaak erg lastig was om ouders en/of kinderen te laten accepteren dat hulp en of begeleiding wenselijk zou zijn. Dat geldt voor gesprekken met adolescenten waarschijnlijk nog sterker dan voor gesprekken met (ouders van) jongere kinderen.

Aanbeveling

JGZ-professionals hebben aangegeven dat in de gesprekken met ouders de mate waarin ouders het probleem herkennen een moeilijke factor is. Vaak kost het de JGZ-professional veel moeite om ouders/adolescenten te laten accepteren dat extra aandacht of steun op een specifiek punt wenselijk is. In de gesprekken met de adolescenten is het motiveren mogelijk een nog groter struikelblok. Het verdient daarom aanbeveling om een cursus gespreksvaardigheden te ontwikkelen en aan te bieden, die specifiek gericht is op de primaire doelen van het gesprek tussen ouders/kinderen en de JGZ-professional: probleem verheldering en bespreking van de mogelijkheden om het probleem aan te pakken, in het eigen netwerk dan wel met professionele begeleiding, indien wenselijk, acceptatie door ouders en kind van een hulpaanbod.

4.2 Vervolgoproep of huisbezoek

Om verschillende redenen kan de JGZ kiezen voor een vervolgoproep bij een vermoeden van een psychosociaal probleem (zowel o.b.v. een vragenlijst als eigen inschatting). Een vervolgoproep vindt plaats wanneer

- a. er een verwijzing door een JGZ arts noodzakelijk is (wanneer kind bij het contactmoment onderzocht is door verpleegkundige)
- b. wanneer de problematiek nog niet duidelijk is, wanneer ouders nog niet bereid zijn om verdere hulp te accepteren
- c. wanneer het gezin al hulpverlening ontvangt en onduidelijk is of deze hulpverlening voldoende is en
- d. wanneer vanwege wachtlijsten een kind nog niet terecht kan bij de GGZ .

4.3 Inzet van extra diagnostische vragenlijsten

Alle JGZ-organisaties voor de zorg voor 4-19 maken wel eens gebruik van diagnostische vragenlijsten, zoals SEV, AVL, de CEE of MEE, CBCL en TRF. Bij JGZ 0-4 lijkt dat aanmerkelijk minder voor te komen.

Welke vragenlijsten er gebruikt worden varieert per organisatie en waarschijnlijk ook per medewerker. De keuze voor een bepaald vragenlijst of voor de aard van de problematiek waarvoor dergelijke vragenlijsten ingezet worden, lijkt ook mede afhankelijk van de interesse van een of enkele medewerkers binnen de organisatie.

Aanbeveling

Aanbevolen wordt om op basis van een literatuurstudie en overleg met JGZ-professionals te komen tot een selectie van vragenlijsten die de JGZ kunnen helpen om de aard en de ernst van vermoede problemen nader te bepalen.

4.4 Consultatie van derden

Bij gesignaleerde problemen komt het vaak voor dat men derden consulteert, over de aard van problemen, het functioneren van het kind en mogelijke interventies. Dit betreft dan personen en disciplines binnen of buiten de eigen organisatie. Door de JGZ 4-19 wordt dan met name de school vaak genoemd. Binnen de JGZ 0-4 is een multidisciplinair team een belangrijke mogelijkheid tot consultatie. Men is in de regel erg enthousiast over de beschikbaarheid van multidisciplinaire teams, waar men snel en effectief gebruik van kan maken. Die mogelijkheid lijkt binnen de JGZ 4-19 minder algemeen beschikbaar. In theorie kan men zich daar wenden tot de ZAT,

maar dat werkt minder snel. Overigens is men bij de JGZ 4-19 wel erg tevreden over het goede contact met scholen.

Naast multidisciplinaire teams (0-4) en de school (4-19) wordt er door de JGZ-professional ook een beroep gedaan op MEE, het AMK, de huisarts, Bureau Jeugdzorg, de kinderarts en de jeugd-GGZ.

Wanneer precies een deskundige of een team geconsulteerd kan worden is niet systematisch vastgelegd, in ieder geval niet in de JGZ 0-4 en waarschijnlijk ook niet in de JGZ 4-19. Veel hangt van de lokale situatie .

4.5 Verwijzen en terugkoppeling

Vervolgstappen, zoals verwijzing, vinden vaak plaats naar eigen inzicht van de JGZ-medewerker. Onderlinge afstemming binnen de totale JGZ-organisatie lijkt in ieder geval niet stelselmatig aanwezig en afstemming met het veld van de hulpverlening in de regio lijkt ook onvoldoende. In het algemeen zijn er geen afspraken gemaakt met instellingen over wanneer een kind verwezen wordt. Naar welke instantie verwezen wordt (zowel 0-4 als 4-19) is daarom zeer variabel: dit is afhankelijk van de soort problematiek, de ernst van de problematiek, en van de sociale kaart in de regio waar de JGZ-medewerker werkzaam is.

Normaal gesproken krijgt de JGZ van organisaties waarnaar verwezen wordt niet of nauwelijks feedback betreffende de vraag of de verwijzing daadwerkelijk resulteert in een afspraak en over de uitkomst van vervolgonderzoek, begeleiding of behandeling. Daarbij spelen in ieder geval ook moeilijk op te lossen juridische zaken, zoals privacy, een rol. Maar ook als er wel afspraken met instellingen gemaakt zijn over terugkoppeling worden die afspraken vaak slecht nageleefd. Als er al terugkoppeling plaatsvindt dan is deze terugkoppeling vaak niet inhoudelijk, maar geeft alleen informatie of een kind is aangekomen..

De JGZ kan zelf telefonisch of met behulp van een vervolgonderzoek contact opnemen met ouders en kinderen om na te gaan wat het resultaat van gegeven adviezen en verwijzingen is geweest. De indruk bestaat dat dit niet stelselmatig gebeurt. Slechts een van de gesprekspartners hanteerde een lijst met namen en adressen die zij belde om na te gaan wat er met haar adviezen en verwijzingen gedaan was. Aanbevolen wordt dat JGZ-organisaties hier duidelijke afspraken over ontwikkelen.

Aanbeveling

Hoewel het eigen inzicht van de professional en ook de wensen en mogelijkheden van ouders en kind altijd een essentiële rol zullen en ook moeten spelen, lijkt er toch verbetering mogelijk, met name als de JGZ komt tot afstemming met het hulpverleningsveld in de regio: wat zijn de concrete mogelijkheden tot hulp en begeleiding van welke ouders en kinderen, bij welke problemen zijn die aangewezen, hoe staat het met eventuele wachtlijsten en met welke informatie kan de JGZ een snel traject van verwijzing naar die instellingen realiseren. Een up to date sociale kaart is daarbij onontbeerlijk. Een internetapplicatie, ter beschikking te stellen op pc's laptops, tablets of smartphones zou hierbij een interessante mogelijkheid zijn, maar moet ontwikkeld worden.

4.6 Algemeen

Het gebruik van de momenteel gangbare signaleringslijsten bij (ouders van) kinderen in het speciaal onderwijs en bij allochtonen wordt als problematisch

ervaren. Die lijsten zouden veelal te moeilijk zijn en slecht begrepen worden door de ouders en de kinderen.

Verschillende informanten noemden ook problemen bij het invullen van vragenlijsten door adolescenten, die de lijsten slordig en of niet geheel naar waarheid zouden invullen.

Aanbevelingen

Voor deze doelgroepen zouden alternatieve methodieken ontwikkeld moeten worden. Gegeven het feit dat taalproblemen en beperkte schriftelijke taalvaardigheden hier doorslaggevend lijken te zijn, moet daarbij mogelijk in eerste instantie aan interviewtechnieken gedacht worden. Mogelijk zou de toepassing van Computerized Adaptive Testing⁵ in de vorm van een interview hierbij kunnen leiden tot een snelle en valide eerste signalering. Als alternatief kan natuurlijk ook gedacht worden aan een gestructureerde en algemene signalering in eerste instantie op basis van informatie van leerkrachten.

Wat betreft de kwaliteit van het invullen van vragenlijsten door adolescenten, kan in principe aan twee dingen gedacht worden. Allereerst is van belang een goede presentatie, aansluitend bij de doelgroep van het waarom van de vragenlijst en de functie ervan. Of dat voldoende effectief zal zijn is niet zeker. Het is dan belangrijk na te gaan of er alternatieve mogelijkheden zijn om informatie over het psychosociale functioneren en de ontwikkeling daarvan te verkrijgen. Die mogelijkheid zou des te meer aandacht moeten krijgen omdat onderzoek laat zien dat informatie afkomstig van ouders en leerkrachten bij adolescenten betere indicaties zijn voor het bestaan van problemen dan informatie van adolescenten zelf.

⁵ Vogels AGC, Jacobusse G, Reijneveld SA, An accurate and efficient identification of children with psychosocial problems by means of computerized adaptive testing, BMC Med Res Methodol. 2011 Aug 4;11:111.