Gemeente Rotterdam

Evaluatie Vroeg-signalering JGZ

Onderzoek en Business Intelligence



Evaluatie Vroegsignalering JGZ

Onderzoek en Business Intelligence

Inhoud

1	**Inleiding**		**4**
	1.1	Achtergrond onderzoek	5
	1.2	Doelstelling en onderzoeksvragen	5
	1.3	Vroegsignalering in de JGZ	6
	1.4	Leeswijzer	8
2	**Evaluatie contactmomenten basispakket JGZ**		**10**
	2.1	Contactmomenten: vergelijking met Landelijk Professioneel Kader	11
	2.2	Inhoud van het contactmoment: risico- en beschermende factoren	11
	2.2.1	Signalering	13
	2.2.2	Richtinggevende diagnostiek	16
3	**Evaluatie Ernsttaxatiemodel (ETM)**		**18**
	3.1	Achtergrond ETM	19
	3.2	Evaluatie ETM: ervaringen van jeugdartsen en verpleegkundigen	20
	3.2.1	Gebruik ETM in het consult	20
	3.2.2	Ondersteuning bij consult en waardering ETM	21
	3.2.3	Verbeterpunten voor praktisch gebruik ETM	21
	3.3	Evaluatie ETM: kwantitatieve gegevens	22
	3.3.1	Relatie tussen de BITSEA, SDQ en ETM	22
	3.3.2	ETM-score in relatie tot vervolgactie	23
4	**Samenwerking netwerkpartners**		**24**
	4.1	Algemene resultaten enquête	25
	4.2	Aandachtspunten uit werksessies	25
5	**Samenvatting, conclusies en aanbevelingen**		**26**
	5.1	Samenvatting	27
	5.2	Conclusies	29
	5.3	Aanbevelingen	30
	5.3.1	Aanbevelingen voor gemeenten	31
	5.3.2	Aanbevelingen voor CJG Rijnmond	31
Bijlagen			**34**

1 Inleiding

Elk onderzoek heeft een eigen achtergrond en context. Dat geldt ook voor dit onderzoek ‘Evaluatie Vroegsignalering in de jeugd-gezondheidszorg (JGZ)’. In deze inleiding leest u meer over de achtergrond van dit onderzoek en over ontwikkelingen die van invloed zijn op de werkwijze van de jeugdgezondheidszorg. Vervolgens komen in paragraaf 1.2 de doelstelling en onderzoeks-vragen aan de orde. De derde paragraaf gaat in op het begrip vroegsignalering en de manier waarop de jeugdgezondheidszorg aandacht aan de vroegsignalering kan besteden. Aan het slot van deze inleiding staat een leeswijzer voor dit rapport.

1.1 Achtergrond onderzoek

Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) Rijnmond baseert de uitvoering van de wettelijke basistaak jeugdgezondheidszorg op de KIEN-werkwijze[1]. Bij deze werkwijze is er sprake van flexibele uitvoering van de contactmomenten. Kenmerkend is dat JGZ-professionals meer tijd en aandacht besteden aan kinderen over wie zorgen bestaan. Zij realiseren dit door kinderen met wie het goed gaat minder contactmomenten te bieden. KIEN is in 2014 geëvalueerd. Eén van de conclusies was dat de huidige KIEN-werkwijze vernieuwend is in haar risicogerichte benadering. Bovendien loopt CJG Rijnmond met deze werkwijze voorop.

De evaluatie van KIEN is besproken in de Raad voor het Publiek Belang (RvhPB). In dit overleg hebben de gemeenten uit het werkgebied van CJG Rijnmond de wens geuit aanvullend onderzoek te doen naar de werkwijze van CJG Rijnmond en de gebruikte instrumenten, onder meer voor de eerste beoordeling van de gezondheid van kinderen (signalering). In mei 2015 is in de RvhPB afgesproken dat dit vervolgonderzoek een brede opzet zou krijgen. De wens van de gemeenten was om de risicogerichte benadering door de JGZ te behouden en daarnaast de huidige aanpak te toetsen aan de stelselherziening en de rol daarin voor de Jeugdgezondheidszorg (JGZ).

Voor dit onderzoek treedt Rotterdam namens alle gemeenten op als opdrachtgever. De afdeling Onderzoek en Business Intelligence van de gemeente Rotterdam voerde het onderzoek uit, in samenwerking met CJG Rijnmond.

Landelijk Professioneel Kader (LPK)
Een ontwikkeling die na het besluit voor een vervolgonderzoek in de RvhPB plaatsvond, is de komst van het Landelijk Professioneel Kader (LPK). Het LPK beschrijft de uitvoering van het basispakket JGZ. Het kader ondersteunt JGZ-organisaties bij een meer flexibele uitvoering van het basispakket JGZ en past bij een JGZ in verandering die met meer flexibiliteit nog beter zorg op maat wil leveren. Het LPK is sinds 1 januari 2016 van kracht en vervangt de richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket uit 2003. De Inspectie voor de Gezondheidszorg hanteert het LPK als toetsingskader. Met de komst van het LPK zijn de afspraken vervallen die CJG Rijnmond eerder met de inspectie over KIEN had gemaakt. Met deze ontwikkeling is het LPK tevens het toetsingskader voor dit onderzoek.

De JGZ in het nieuwe jeugdstelsel
Zorg voor de jeugd moet eenvoudiger. Ouders, andere opvoeders en kinderen moeten binnen de gemeente op een herkenbare plek gemakkelijk terecht kunnen met hun vragen en problemen, en ze moeten er andere ouders kunnen ontmoeten. Gezinnen moeten eerder, sneller en op maat hulp krijgen als het hun niet lukt op eigen kracht problemen op te lossen. Dat is de inzet van het nieuwe jeugdstelsel. De meeste kinderen groeien veilig en gezond op tot volwassenen die een steentje bijdragen aan de maatschappij. Met ondersteuning van de JGZ kan de groep gezonde kinderen groter worden. De JGZ is een belangrijke pijler van het jeugdbeleid, omdat de JGZ álle kinderen vanaf hun geboorte ziet en hun ontwikkeling volgt. Tijdige signalering van problemen of van aanwijzingen die later tot een risico kunnen leiden, is een essentieel onderdeel van de JGZ. De JGZ staat aan de basis van de ontwikkeling van elk kind. Daarmee is de JGZ dus dé instelling om preventief te helpen op een manier die een positieve ontwikkeling van kinderen bevordert en risicofactoren beperkt. Door de verbinding van de JGZ met de ontwikkelingen in het sociaal domein nemen maatwerk en flexibele inzet van medewerkers toe. De kracht van de JGZ zit dus in het in beeld hebben van alle kinderen, de bewaking en zo nodig versterking van de zelfredzaamheid, een tijdige signalering en bijsturing, het zelf interveniëren en een juiste doorverwijzing.

Met de beoogde transformatie van de zorg voor jeugd komt de nadruk sterker te liggen op preventie, vroegsignalering en ondersteuning. Deze beweging sluit goed aan bij de aanpak van de JGZ. De JGZ versterkt de eigen kracht van gezinnen, stimuleert gezond leven en positief opvoeden en opgroeien. De JGZ werkt daarbij samen met de ouders en kinderen. De JGZ richt zich verder op een goede samenwerking met de eerste- en tweedelijnszorg en met peuterspeelzalen, kinderdagverblijven, scholen, het welzijnswerk en de informele netwerken, waaronder netwerk van vrijwilligers.

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

De doelstelling van dit onderzoek is een evaluatie van de huidige wijze van vroegsignalering door CJG Rijnmond, om hiermee te komen tot aanbevelingen voor effectieve vroegsignalering in de context van het nieuwe jeugdstelsel.

1. KIEN: Kwaliteit voor Ieder kind door Effectief en Efficiënt Noodzakelijke jeugdgezondheidszorg

Het onderzoek richt zich op de vroegsignalering in het gehele Basispakket JGZ. Op basis van de doelstelling zijn de volgende vragen geformuleerd:

1. Zet de JGZ de contactmomenten op de juiste manier en op het juiste moment in? Zo niet, hoe kan de JGZ het huidige contactmomentenschema het beste aanscherpen wat betreft frequentie, vorm en leeftijdsmoment?
2. Is de JGZ in staat om een goed onderscheid te maken tussen kinderen die extra contactmomenten nodig hebben en kinderen die dit niet nodig hebben (evaluatie ETM, triage, zorgpaden)?
3. Welke instrumenten en werkwijzen zijn nodig om de huidige vroegsignalering van de JGZ te laten aansluiten op de nieuwe zorgtaken in het jeugdstelsel die gemeenten hebben gekregen?

Ad 1. De onderzoeksvraag naar de contactmomenten is vertaald als waarop en wanneer de JGZ signaleert:

- welke risico- en beschermende factoren[2], op de domeinen kind en gezin, deel uitmaken van het (vroeg) signaleringsproces van CJG Rijnmond in verschillende ontwikkelingsfasen van kinderen en jongeren;
- hoe de JGZ deze factoren meet en uitvraagt;
- of signalering plaatsvindt volgens het Landelijk Professioneel Kader, met name onderbouwing qua momenten en frequentie van vroegsignalering en gebruikte instrumenten.

Ad 2. Bij de onderzoeksvraag naar het maken van onderscheid tussen kinderen is het Ernsttaxatiemodel (ETM) geëvalueerd[3]. Het ETM is een wegingsinstrument dat CJG Rijnmond gebruikt om risicofactoren en beschermende factoren te wegen, om hiermee vervolgens de behoefte aan medische en pedagogische zorg in te schatten. Bij JGZ-professionals is onder meer nagegaan hoe ze het ETM gebruiken en welke afwegingen ze maken om tot een ETM-eindscore te komen. Daarnaast is de samenhang onderzocht tussen wat ouders of jongeren rapporteren in vragenlijsten (BITSEA, SDQ) en de scores op het ETM. Ook is nagegaan welke vervolgacties de JGZ bij verschillende ETM-scores inzet.

Ad 3. Bij de onderzoeksvraag naar instrumenten en werkwijze is geïnventariseerd welke instrumenten en werkwijzen voor vroegsignalering en richtinggevende diagnostiek voor CJG Rijnmond beschikbaar en bruikbaar zijn. Deze inventarisatie is meegenomen bij de eerste onderzoeksvraag. Het doel bij deze vraag was ook om na te gaan welke afspraken CJG Rijnmond heeft met andere partners over vroegsignalering, richtinggevende diagnostiek, doorverwijzing en hulpaanbod. De vraag is complex, er zijn verschillen tussen gemeenten in de rol van de JGZ in het stelsel, en er was onzekerheid of beantwoording door de praktijk haalbaar zou zijn binnen de beschikbare onderzoeksperiode. Om die redenen is besloten in eerste instantie een inventarisatie uit te voeren naar samenwerkingsrelaties van CJG Rijnmond met netwerkpartners. Hierbij is van elke netwerkpartner nagegaan of CJG Rijnmond daarmee contact heeft in het kader van vroegsignalering, hoe belangrijk dit contact is en of men tevreden is met het contact.

In bijlage I is per onderdeel een nadere toelichting gegeven op de opzet van het onderzoek.

1.3 Vroegsignalering in de JGZ

Vroegsignalering is een van de kerntaken van de JGZ. Dit is vastgelegd in het Basispakket JGZ, dat wettelijk verankerd is in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Met vroegsignalering wordt bedoeld het vroeg en dus tijdig signaleren. Het gaat om vroeg in de levensloop van een mens, maar bovenal vroeg in het ontwikkelingsproces van het probleem zelf (Hermanns et al, 2005)[4]. Vroegtijdig wil dus niet per definitie zeggen ‘in de eerste levensjaren’. Ook in de latere ontwikkelingsfasen kunnen problemen klein beginnen en groot eindigen. In 2005 heeft een groep deskundigen (‘de Inventgroep’) advies gegeven over vroegtijdige signalering bij opvoed- en opgroeiproblemen (Hermanns et al, 2005). Hierbij zijn vier strategieën van vroegtijdige signalering genoemd:

1. signalering van (toekomstige) zorgwekkende opvoed- en opgroeisituaties op basis van een lijst van risicofactoren;
2. signalering van risicoprocessen die erop wijzen dat er een probleem aan het ontstaan is;
3. signalering van diagnosticeerbare problemen (wanneer er een probleem is);
4. taxatie van veiligheidsrisico’s vóór, tijdens en na interventies bij het omschreven probleem.

2. Het betreffen risicofactoren en beschermende factoren die samen met een wetenschappelijke adviesgroep zijn opgesteld (Beleidskader Jeugd, Gemeente Rotterdam, 2015).
3. In het onderzoeksvoorstel is ook een vraag opgenomen over de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het ETM. Deze vraag zal in een later stadium worden beantwoord.
4. Hermanns et al. (2005). Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventie bij opvoedings- en opgroeiproblemen.

Van professionals in de JGZ wordt verwacht dat zij beschikken over competenties om risicofactoren te signaleren en dat ze deze factoren in hun context te kunnen beoordelen door risico- en beschermende factoren tegen elkaar af te wegen. Zij moeten tevens in staat zijn adequate ondersteuning te bieden of door te verwijzen.

Terminologie bij vroegsignalering
Vroegsignalering kan op verschillende manieren plaatsvinden en hierbij worden verschillende begrippen gebruikt. Dit rapport sluit aan bij de terminologie van het Nederlands Centrum voor Jeugdgezondheidszorg (NCJ). Het NCJ is het innovatie- en kenniscentrum voor de JGZ. Het NCJ hanteert de begrippen screening, signalering en richtinggevende diagnostiek (zie kader voor toelichting)[5].

Screening
Screening is de systematische, programmatische en gerichte vroege opsporing van ziekten of aandoeningen. In de JGZ is het een van de manieren ('producten') om de monitorfunctie van de JGZ te kunnen uitvoeren. Screening wordt bij alle kinderen ingezet. Het doel is vroegtijdige opsporing, vroegtijdige diagnostiek en vroegtijdige behandeling. JGZ zet een instrument in met een 'ja' of 'nee' (score met een afkappunt). Als de uitkomst 'ja' is, wordt toegeleid. Een screening moet aan een aantal eisen voldoen (Wilson en Jungner, 1968). Screeningen in het basispakket JGZ zijn: hielprik, perceptief hoorverlies, oogaandoeningen, aangeboren hartafwijkingen, spraak- en taalstoornissen, dysplastische heupontwikkeling en slechte indaling van de testikels.

Signalering
Naast de screeningen beschikt de JGZ over een ander belangrijk product om zicht te houden op de groei en ontwikkeling van kinderen, namelijk signalering. Signalering is het proactief opvangen van signalen dat de ontwikkeling niet gezond verloopt, dat de gezondheid gevaar loopt of dat er sprake is van risicofactoren op verschillende terreinen. JGZ zet hiervoor verschillende methoden en instrumenten in, zoals anamnese, lichamelijk onderzoek, ontwikkelingsonderzoek zoals het Van Wiechenonderzoek, psychosociale signaleringsinstrumenten als de SDQ of BITSEA en methodieken zoals Samen Starten of SPARK. Signalen kunnen ook uit de omgeving van een kind komen, bijvoorbeeld van kinderopvangleiders of leerkrachten of sportbegeleiders. Signalering gebeurt volgens de JGZ-richtlijnen.

Richtinggevende diagnostiek
Signalering kan in overleg met het kind of de jongere en de ouders leiden tot een inschatting dat er mogelijk een probleem of risico in de ontwikkeling en gezondheid van een kind aanwezig is (pluis/niet pluis). Het kan dan wenselijk zijn om het probleem verder te onderzoeken met behulp van richtinggevende diagnostiek. Richtinggevende diagnostiek is het scherper duiden van een gesignaleerd probleem. JGZ doet dit om ervoor te zorgen dat een kind zonder omwegen direct op de juiste plek belandt voor een preventieve interventie, jeugdhulp of medische zorg. Hiervoor zijn verschillende methodieken en instrumenten beschikbaar, maar het is ook mogelijk deskundigen te consulteren of erbij te halen.
Een bijzonder aspect in de probleemverheldering is de inschatting van de veiligheid van het kind. Hierbij kan de JGZ taxatie-instrumenten inzetten. Met een taxatie-instrument maakt de JGZ een inschatting of de situatie waarin een kind zich bevindt veilig is. Hoe waarschijnlijk is het dat een kind in de (nabije) toekomt (opnieuw) mishandeld, verwaarloosd of misbruikt zal worden? Hoe (levens)bedreigend is de huidige situatie?

Uit: De kracht van zelfregie, NCJ, 2015

Het onderzoeksrapport dat u nu leest hanteert de begrippen signalering en richtinggevende diagnostiek. 'Signalering' is een eerste stap in het signaleringsproces en 'richtinggevende diagnostiek' een vervolgstap. Het begrip screening blijft buiten beschouwing omdat screening volgens de definiëring van het NCJ gaat over ziekten of aandoeningen die meer medisch van aard zijn. Deze vallen buiten de scope van het onderzoek. CJG Rijnmond voldoet overigens met zijn screeningen aan de JGZ-richtlijnen die hiervoor zijn ontwikkeld.

5. Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), kennisnetwerkorganisatie voor jeugd- en opvoedingsvraagstukken, hanteert een iets andere terminologie om instrumenten in te delen, namelijk vroegsignalering, screening, diagnostiek en risicotaxatie. Het begrip screening bij het NJI is vergelijkbaar met de instrumenten die bij richtinggevende diagnostiek ingezet kunnen worden volgens het NCJ.

Wegingsinstrumenten
Voor het inzichtelijk in beeld brengen van de ontwikkeling en gezondheid van een kind gebruikt de JGZ wegingsinstrumenten. Bij weging neemt de JGZ de volgende factoren in samenhang met elkaar in overweging: kindfactoren (lichamelijke, psychologische en sociale aspecten van de ontwikkeling en de gezondheid), de ontwikkelbehoeften van het kind, de behoeften van ouders en de invloed van de omgeving. De uitkomst van de weging ondersteunt de gezamenlijke besluitvorming.

Wegingsinstrumenten zijn nog beperkt beschikbaar in de JGZ. Het Ernsttaxatiemodel (ETM) dat CJG Rijnmond gebruikt, is een voorbeeld van een wegingsinstrument. Landelijk hanteert de JGZ naast het ETM de GIZ-methodiek (Gezamenlijk Inschatten Zorgbehoefte). De GIZ-methodiek is gebaseerd op het ETM, maar heeft als uitgangspunt dat het oordeel van de ouder leidend is. Het ETM gaat uit van het oordeel van de professional waarin het oordeel van de ouder is meegenomen. Een dergelijke toepassing van een wegingsinstrument is uniek binnen de JGZ. Landelijk is CJG Rijnmond hiermee een voorloper.

1.4 Leeswijzer

Dit rapport is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 gaat in op de evaluatie van de contactmomenten die CJG Rijnmond uitvoert binnen het basispakket JGZ. Aspecten die hierbij aan de orde komen zijn het aantal contactmomenten, en de vorm en de inhoud van de contactmomenten. Hoofdstuk 3 gaat in op de evaluatie van het Ernsttaxatiemodel (ETM). Hoofdstuk 4 gaat beknopt in op de inventarisatie van samenwerkingsrelaties van CJG Rijnmond met netwerkpartners. Van dit onderdeel zijn uitgebreidere rapportages beschikbaar: een algemene rapportage en een rapportage met resultaten per CJG-locatie. Het rapport eindigt met een samenvatting van de resultaten, en met conclusies en aanbevelingen.

2 Evaluatie contactmomenten basispakket JGZ

In dit hoofdstuk komt aan de orde hoe het huidige contactmomentenschema van CJG Rijnmond zich verhoudt tot contacten volgens het Landelijk Professioneel Kader (LPK)[6]. In paragraaf 2.2 leest u informatie over de inhoud van de contactmomenten waarbij aan de orde komt hoe risico- en beschermende factoren op kind- en ouderniveau in het vroegsignaleringsproces van de JGZ aan bod komen en welke instrumenten de JGZ daarbij inzet.

Voor dit onderdeel van het onderzoek is een deskresearch uitgevoerd. De uitkomsten daarvan zijn in vijf werksessies besproken met professionals uit verschillende disciplines binnen CJG Rijnmond, namelijk met vijf jeugdartsen, zes jeugdverpleegkundigen en vier orthopedagogen.

2.1 Contactmomenten: vergelijking met Landelijk Professioneel Kader

Het LPK geeft per ontwikkelingsfase het aantal contactmomenten dat de JGZ moet aanbieden binnen het basispakket JGZ. Het geeft geen exacte leeftijdsmomenten aan. Onder het begrip 'contact' vallen alle mogelijke vormen van persoonlijk contact: face-to-face, telefonisch, e-consult, groepsconsult en observatie. De contacten biedt de JGZ aan aan alle ouders en jongeren. Als het goed gaat met de jeugdige en het gezin kan de JGZ van het schema afwijken. Met ouders en de jongere maakt de JGZ op de evaluatiemomenten afspraken over passende invulling wat betreft inhoud, aantal en vorm van de JGZ-ondersteuning.

In tabel 1 zijn de contactmomenten 0 tot 18 jaar uit het LPK afgezet tegen de contactmomenten 0 tot 18 jaar uit het basispakket van CJG Rijnmond. Bij de contactmomenten van CJG Rijnmond zijn de leeftijdsmomenten genoemd en de discipline die het moment uitvoert.

CJG Rijnmond heeft in vergelijking met het LPK twee contactmomenten minder, één in de periode 7 tot 12 maanden en één in de peuterperiode (1 tot 4 jaar). JGZ-professionals hebben met hun kennis van de huidige praktijk hierop gereflecteerd:

- JGZ-professionals ervaren het ontbreken van een contactmoment in de periode 7 tot 12 maanden niet als knelpunt, maar lopen aan tegen de vorm van het contactmoment bij 8 maanden. De opkomst van ouders bij de themabijeenkomst bij 8 maanden is laag. JGZ-professionals signaleren in een aantal gevallen op latere leeftijd problemen die met anticiperende voorlichting rond de 8 maanden voorkomen hadden kunnen worden. Het gaat vooral om problemen op het gebied van voeding. De JGZ-professionals geven aan dat bij het bieden van een groepsconsult op deze leeftijd het bij 6 maanden cruciaal is om een goede triage te maken.
- De peuterperiode is een belangrijke periode voor vroegsignalering van opvoed- en opgroeiproblemen. Vanuit dit perspectief zien JGZ-professionals de meerwaarde van een extra contactmoment in de peuterperiode. Een vraag die vooral in de peuterperiode speelt is welke JGZ-discipline het contactmoment uitvoert. Het LPK doet hier geen uitspraken over. De JGZ-richtlijn Opvoedingsondersteuning geeft aan dat de jeugdverpleegkundige een belangrijke taak heeft bij opvoedingsondersteuning. Voor artsen staat dit als neventaak omschreven.

Contactmoment bij 10- tot 11-jarigen
Alhoewel het aantal contactmomenten in de basisschoolperiode (4 tot 12 jaar) conform het LPK is, zijn er volgens de JGZ-professionals verbeteringen mogelijk bij de uitvoering van het contactmoment bij 10 tot 11-jarigen. Ouders krijgen de keuze om al dan niet mee te komen met hun kind bij het consult op school. Als ouders niet bij het consult aanwezig zijn, bestaat het consult uit het wegen en meten van het kind en vindt er op dat moment geen gesprek plaats. Bij zorgen, bijvoorbeeld rondom de groei of vanuit signalen van de school, neemt de jeugdverpleegkundige achteraf contact op met de ouders. Opvoedvaardigheden en middelengebruik zijn factoren die in deze leeftijdsfase volgens de richtlijnen belangrijk zijn om te bespreken, maar die komen op deze manier niet standaard aan de orde tijdens het groep 7-consult. Daarnaast zijn de uitkomsten van de SDQ (vroegsignaleringslijst voor psychosociale problemen) door de huidige werkwijze met anonieme invulling niet standaard beschikbaar voor de JGZ-professional. Ouders bepalen in de huidige werkwijze zelf of ze de SDQ invullen en of ze de resultaten willen delen met de jeugdverpleegkundige. JGZ-professionals geven aan dat een signaleringslijst als de SDQ een goed hulpmiddel is om het gesprek met de ouder aan te gaan.

Contactmomenten op het voortgezet onderwijs
Het basispakket JGZ richt zich vanaf 12 jaar alleen op de jongere. JGZ-professionals geven aan dat er weinig contact is met de ouders van adolescenten. Vaak zijn die er alleen als er problemen zijn gesignaleerd. Het preventieve aanbod voor ouders van jongeren is afhankelijk van wat gemeenten hebben ingekocht binnen het Aanvullend preventief pakket[7].

2.2 Inhoud van het contactmoment: risicofactoren en beschermende factoren

De inhoud van de contactmomenten is geëvalueerd door na te gaan hoe risicofactoren en beschermende factoren op het niveau van kind en ouder/gezin in het vroegsignaleringsproces van de JGZ aan bod komen en welke instrumenten daarbij de JGZ inzet. Hierbij is gebruik gemaakt van een overzicht aan risico- en beschermende factoren (zie figuur 1) die bij de ontwikkeling van jongeren een rol

6. https://www.ncj.nl/toolbox-basispakket-jgz1/uitvoeringsvarianten/landelijk-professioneel-kader
7. Voorbeelden zijn Puberchallenge, een online cursus voor ouders met pubers die een normale ontwikkeling doorlopen of een themabijeenkomst over het puberbrein.

Tabel 1. Vergelijking contactmomenten CJG Rijnmond met LPK

Ontwikkelingsfasen	Contacten volgens LPK	Huidige contacten CJG Rijnmond
Preconceptie	Deelname in ketenzorg	
Prenataal	Deelname in ketenzorg	
Geboorte		
4e tot 7e dag	1 contact	1 contact (gehoorscreening)
2e week t/m 6 maanden	6 contacten	6 contacten • 10-14 dagen (JV, geboortehuisbezoek)[1] • 3 weken (JA, individueel)[2] • 8 weken (JV, individueel) • 3 maanden (JA, individueel)* • 4 maanden (JV, collectief; vaccinatie) • 6 maanden (JA, individueel)*
7 t/m 12 maanden	3 contacten	2 contacten • 8 maanden (JV, collectief; themabijeenkomst) • 11 maanden (JV, collectief; vaccinatie)
Peuter 1-4 jaar	5 contacten + deelname JGZ ondersteuningsnetwerk school	4 contacten • 14 maanden (JV, individueel) • 2 jaar (JA, individueel) • 3 jaar (JA, individueel)* • 4 jaar (JV, collectief; vaccinatie)
Schoolkind 4-12 jaar	3 contacten + deelname JGZ ondersteuningsnetwerk school	3 contacten • 5-6 jaar (JA, individueel) • 9 jaar (JV, collectief; vaccinatie) • 10-11 jaar (JV, individueel)
Adolescent 12-18 jaar	2 contacten + deelname JGZ ondersteuningsnetwerk school	2 contacten • 12-13 jaar (JV, individueel) • 14-15 jaar (JV, individueel)

niet opgenomen in basispakket JGZ; aanbeveling voor optimale preventie
opgenomen in basispakket JGZ
1 JV: jeugdverpleegkundige
2 JA: jeugdarts
* triagemomenten: wel/geen plusaanbod; plusaanbod is individueel contactmoment bij daaropvolgend contactmoment (dus bij 4 maanden, 8 maanden en 4 jaar)

spelen. Dit overzicht is opgesteld als relevant voor het (Rotterdamse) jeugdbeleid[8]. Een aantal factoren, die met elkaar in relatie staan, zijn in het onderzoek op een hoger aggregatieniveau samengenomen. Voorbeelden hiervan zijn de emotionele zorg, de opvoedkwaliteit, de opvoedcompetentie en de ouder-kindrelatie die onder de noemer 'opvoedvaardigheden' zijn samengenomen.

Per contactmoment is aan de hand van een beschrijving van het werkproces nagegaan hoe de risicofactoren en beschermende factoren in de consulten aan bod komen (bron: Handboek CJG). Daarnaast zijn JGZ-richtlijnen en richtlijnen van CJG-Rijnmond bestudeerd. Op basis van het schema Leeftijdspecifieke preventie (NCJ)[9] en het schema Ontwikkelingsaspecten en Omgevingsinteracties (NCJ)[10] is tevens nagegaan wat cruciale momenten zijn voor preventieve activiteiten. In de werksessies is met professionals nagegaan of de factoren onder de scope van de JGZ vallen. Voor een uitgebreide beschrijving per risicofactor en beschermende factor van hoe deze aan bod komen in de consulten, de richtlijnen en schema's kunt u bijlage II raadplegen.

In bijlage III zijn twee tabellen te vinden waar per factor schematisch is weergegeven hoe deze factoren in het signaleringsproces aan de orde komen. In tabel 2-1 gaat het om kindfactoren en in tabel 2.2 om ouderfactoren. De resultaten uit deze tabellen staan beschreven in paragraaf 2.4.1 (Signalering) en 2.4.2 (Richtinggevende diagnostiek).

2.2.1 Signalering

Volgens de definitie van het NCJ is signalering het proactief opvangen van signalen dat de ontwikkeling niet gezond verloopt, dat de gezondheid gevaar loopt of dat er sprake is van risicofactoren op verschillende terreinen (zie ook de inleiding).

Risicofactoren en beschermende factoren

Uit de deskresearch en werksessies met CJG-professionals blijkt dat de risicofactoren en beschermende factoren op kindniveau (zie figuur 1, factoren op het niveau van kind-jeugd) op verschillende manieren aan de orde kunnen komen. Het gaat om factoren als anamnese, observatie, vragenlijsten, (lichamelijk) onderzoek en voorbespreking met scholen (zie bijlage III, tabel 2-1). Over het algemeen vallen deze factoren onder de scope van de JGZ. Factoren waarvoor minder aandacht is, zijn sociaal-emotionele vaardigheden in de zin van weerbaarheid, kwetsbaarheid en coping vaardigheden, identiteitsontwikkeling, en sociale participatie en burgerschap.

Sociaal-emotionele vaardigheden (een beschermende factor) bieden tegenwicht tegen tal van problemen, zoals psychosociale problemen, depressie, angst, pesten en helpen omgaan met tegenslagen en stress. Sociaal-emotionele vaardigheden zijn dus belangrijk voor een gezonde ontwikkeling en in het voorkomen van ernstiger problemen.[11] Als er problemen zijn met de identiteitsontwikkeling, dan komt dit vanuit school weleens aan de orde. Identiteitsontwikkeling, sociale participatie en burgerschap komen verder niet duidelijk naar voren in de landelijke richtlijnen en lijken daarmee niet onder de scope van de JGZ te vallen.

Risicofactoren en beschermende factoren op ouderniveau (zie figuur 1, factoren op het niveau van ouders-gezin) komen minder structureel aan de orde (zie bijlage III, tabel 2-2). Ze komen aan de orde als ze van invloed zijn op het functioneren van het kind. Een uitzondering hierop is het geboortehuisbezoek waar de JGZ uitgebreider navraag doet naar risicofactoren bij ouders. Spelen alleen ouderfactoren, dan verwijst CJG Rijnmond niet door naar passende hulpverlening; CJG Rijnmond belicht factoren altijd vanuit het effect op het kind. Zo nodig schakelt de JGZ-professional het wijkteam in, als de problemen van ouders binnen het gezin meer problemen veroorzaakt. Ouderfactoren spelen in diverse richtlijnen een grote rol in de ontwikkeling van kinderen en in het voorkomen van problemen.

Uit de deskresearch en de werksessies blijkt verder dat het niet duidelijk is bij welke grenswaarden de JGZ na signalering vervolgstappen inzet.

Een kanttekening die JGZ-professionals maken is dat zij ervaren dat de dialooggerichte consultvoering, waarbij de professional ingaat op de vragen en behoefte van ouders, botst met het structureel uitvragen van risicofactoren en beschermende factoren. Ook spelen factoren als gebrek

8. Het betreffen risicofactoren en beschermende factoren die samen met een wetenschappelijke adviesgroep zijn opgesteld (Beleidskader Jeugd, Gemeente Rotterdam, 2015).
9. https://www.ncj.nl/toolbox-basispakket-jgz1/uitvoeringsvarianten/leeftijdspecifieke-preventie
10. https://assets.ncj.nl/docs/d5771c50-bac7-4fb6-a307-e302b14d664b.pdf
11 Oud M, van der Zanden R, Cronenberg I, Sinnema H (dec. 2016) JGZ-richtlijn Depressie, Trimbos-instituut: Utrecht JGZ-richtlijn Psychosociale problemen (dec 2016), TNO, Leiden

aan tijd en gebrek aan methodieken en instrumenten een rol bij de structurele uitvraag van specifieke risicofactoren en beschermende factoren.

Gebruik instrumenten
De JGZ past aanbevolen generieke signaleringsinstrumenten toe (BITSEA, SDQ) voor psychosociale problematiek. Een uitzondering hierop vormt het contactmoment bij VO-3. Bij dit contactmoment zet de JGZ-professional alleen instrumenten in voor richtinggevende diagnostiek. Een knelpunt bij de signaleringsinstrumenten voor psychosociale problematiek is dat in sommige gebieden de respons op de oudervragenlijsten voor vooral de BITSEA bij tweejarigen erg laag is. In groep 2 is de respons op de SDQ hoger. Dat komt doordat de JGZ aan ouders vraagt de vragenlijst in de wachtkamer in te vullen als zij deze lijst niet ingevuld bij zich hebben. Daarnaast geeft de JGZ aan dat de lage respons op de BITSEA te maken kan hebben met de moeilijkheidsgraad van de vragenlijst. Een kanttekening bij het gebruik van de SDQ in groep 7 is dat deze anoniem wordt ingevuld. De SDQ komt alleen in het gesprek voor als de ouder aangeeft dit te willen en aanwezig is bij het gesprek. Bij ruim een derde van de leerlingen komen er echter geen ouders mee naar het gesprek.

In de consulten is er in algemene zin aandacht voor opvoedvaardigheden. De JGZ zet momenteel geen instrumenten in om opvoed- en opgroeiproblemen te signaleren. De JGZ-richtlijn Opvoedingsondersteuning beveelt drie instrumenten aan, namelijk DMO-p Samen Starten, SPARK en NOSIK.

CJG Rijnmond zou de Lexilijst willen inzetten bij alle tweejarigen. Dat is een vragenlijst voor de meting van de vroege taalontwikkeling. CJG Rijnmond is hiervoor echter afhankelijk van de beslissing van gemeenten om de afname van deze lijst in te kopen. Enkele CJG-locaties in de regio gebruiken de Lexilijst, maar het merendeel gebruikt alleen het Van Wiechenonderzoek.

In het kader van hechting geven professionals aan behoefte te hebben om signalen van een postnatale depressie beter te kunnen herkennen. Dat zou bijvoorbeeld kunnen door hiervoor een instrument in te zetten. Een postnatale depressie verstoort de moeder-kindinteractie en kan bij het kind tot problemen in onder meer de hechting leiden. Voor hechting bestaat geen landelijke JGZ-richtlijn.

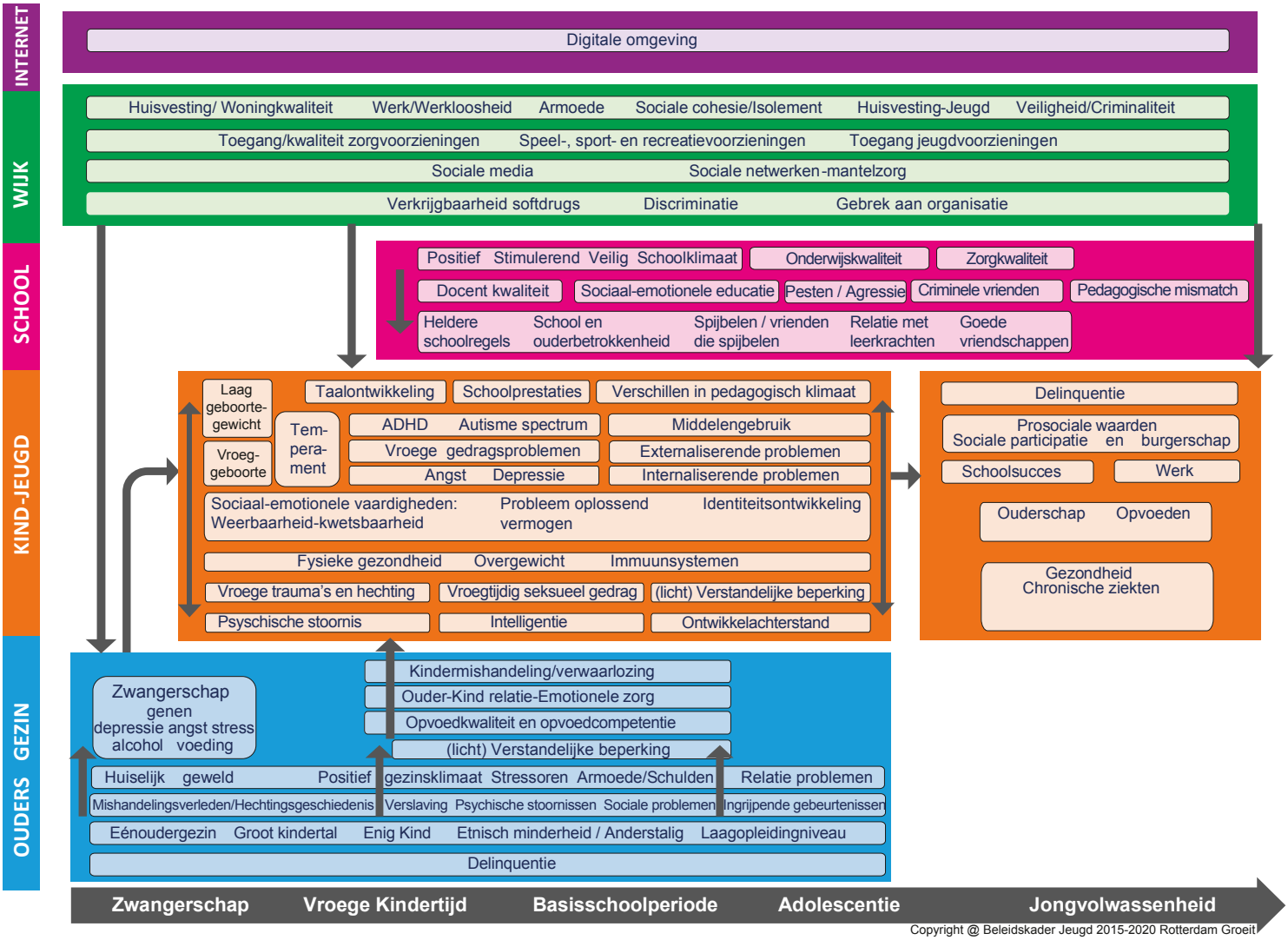
Moment van signalering: vergelijking met schema Leeftijdspecifieke preventie
Het schema Leeftijdspecifieke preventie van het NCJ is bedoeld als overzicht om aan te geven op welke leeftijden bepaalde preventieve handelingen nodig zijn om kwalitatieve preventieve gezondheidszorg te kunnen blijven bieden. Het NCJ heeft nagegaan of er op basis van de beschikbare JGZ-richtlijnen wetenschappelijke onderbouwing bestaat om bepaalde handelingen op een vast of variabel moment te verrichten, gekoppeld aan een specifieke leeftijd of aan een leeftijdsperiode.

De leeftijdsmomenten waarop signalering van specifieke factoren een rol spelen, komen op de volgende punten niet overeen met de huidige praktijk:

- het contactmoment op 3 jaar en 9 maanden is volgens het schema een cruciaal moment voor het signaleren van overgewicht, (vroeg) seksueel gedrag en opvoedvaardigheden. In het huidige contactmomentenschema van CJG Rijnmond is dit contactmoment een vaccinatiemoment en komen deze onderwerpen niet aan de orde;
- voor signalering van overgewicht voert de JGZ bij VO-3 geen standaardmetingen uit van lengte en gewicht;
- wat middelengebruik betreft, zijn de leeftijd van 10 tot 11 jaar en de adolescentiefase cruciale momenten voor de inzet van preventieve activiteiten. Op de leeftijd van 10 tot 11 jaar is er echter binnen de contactmomenten weinig proactief aandacht voor middelengebruik. In de praktijk is wel een zichtbare toename van themabijeenkomsten rond dit thema. Vraaggericht speelt de jeugdverpleegkundige hierop in.
- Voor signalering van autismespectrumstoornissen zijn er hiaten op 11 maanden (het vaccinatiemoment) en 18 maanden (geen contactmoment). Echter, het is niet waarschijnlijk dat de JGZ mogelijke signalen van autismespectrumstoornissen mist als de signalering op iets latere leeftijden plaatsvindt (14 maanden en 2 jaar, in plaats van op 11 en op 18 maanden).

Volgen van risicoprocessen
Een hulpmiddel bij de signalering van risicoprocessen is de cliëntfoto in Kidos. Hierin staan de stabiele, zowel medische als niet-medische, kindfactoren. Dergelijke factoren zijn bijvoorbeeld vroeggeboorte of laag geboortegewicht (de zogenoemde 'stabiele factoren') en aandachtspunten uit voorgaande consulten. Deze aandachtspunten komen automatisch in de cliëntfoto bij de registratie van een bevinding. Wanneer er bij een volgend consult bij dit aandachtspunt geen bijzonderheden meer zijn, en als de professional dit registreert als 'geen bijzonderheden', dan verdwijnt dit aandachtspunt uit de cliëntfoto, met uitzondering van de stabiele factoren. De professional kan altijd zelf nog besluiten om het aandachtspunt in de cliëntfoto te laten staan. Een kanttekening hierbij is dat aandachtspunten die in het verleden gespeeld hebben uit het zicht kunnen raken. De informatie uit de cliëntfoto neemt de

Figuur 1. Factoren in ontwikkeling jeugd



Copyright @ Beleidskader Jeugd 2015-2020 Rotterdam Groeit

JGZ, naast de actuele informatie die uit een consult komt, mee in de weging die ze met het Ernsttaxatiemodel maakt (zie hoofdstuk 3).

Het LPK beveelt aan om aan het eind van elke leeftijdsfase een evaluatie uit te voeren met ouders en de jongere. De JGZ-professional kijkt samen met ouders en de jongere naar hoe het nu gaat, ze kijken samen terug op de voorgaande periode en blikken samen vooruit. Een dergelijke evaluatie heeft momenteel nog geen bewuste plek binnen het basisaanbod.

2.2.2 Richtinggevende diagnostiek

Richtinggevende diagnostiek wil zeggen: het scherper duiden van een gesignaleerd probleem. Dat kan door consultatie van deskundigen maar ook door het gebruik van instrumenten of methodieken (zie ook de inleiding).

Algemeen

Naast onderling overleg tussen jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en eventueel (ortho)pedagogen, kan na signalering van een probleem overleg plaatsvinden met derden, onder wie kinderopvangorganisaties en scholen. CJG-locaties met een orthopedagoog kunnen deze inzetten voor richtinggevende diagnostiek. De orthopedagoog kan een ontwikkelingsanamnese afnemen en observaties verrichten. Orthopedagogen kunnen op dit moment nog geen vragenlijsten of andere instrumenten inzetten om problemen nader te duiden. In 2017 krijgen de orthopedagogen een training in Handelingsgerichte Diagnostiek. Tijdens deze training bekijken orthopedagogen en beleidsadviseurs van CJG Rijnmond welke instrumenten wenselijk zijn.

Gebruik instrumenten

In de huidige situatie zet de JGZ geen instrumenten in voor richtinggevende diagnostiek (zie bijlage III, tabel 2-1 en tabel 2-2). Een uitzondering zijn de vragenlijsten die de JGZ in VO-3 bij 'Jij en Je Gezondheid'[12] afneemt, en de ASSIST[13]. De JGZ kan ASSIST in een vervolggesprek bij jongeren inzetten om de ernst van het middelengebruik te meten. In de praktijk gebruikt de JGZ dit instrument sporadisch. Momenteel onderzoekt CJG Rijnmond het gebruik van deze vragenlijst onder jeugdverpleegkundigen om een verbeterplan te ontwikkelen voor het gebruik van dit instrument.

Uit de inventarisatie van instrumenten voor richtinggevende diagnostiek blijkt dat een beperkt aantal vragenlijsten geschikt is om af te nemen door de JGZ. Voor de meeste instrumenten voor richtinggevende diagnostiek luidt het nadrukkelijke advies dat een gedragswetenschapper - en soms zelfs een psychodiagnosticus – de afname, scoring en interpretatie doet. Alleen de CoSoS/ESAT[14] (ASS: Autismespectrumstoornissen), de Lijst Verstoord Gedrag (hechting) en de NOSIK[15] (beleving van opvoedstress) zijn geschikt voor afname door een geschoolde JGZ-professional. Een jeugdarts kan de CRIES-13[16] (PTSS: Posttraumatische Stress Stoornis) afnemen.

12. Jij en je gezondheid is een werkwijze waarmee leerlingen vanaf 12 jaar met risicogedragingen en (verhoogde kans op) sociaal-medische en sociaal-emotionele problemen actief worden opgespoord. Zie https://www.jijenjegezondheidinfo.nl/
13. ASSIST: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
14. CoSoS: Communicatieve en Sociale ontwikkelingssignalen
15. NOSIK: Nijmeegse Ouderlijke Stress Index Kort
16. CRIES-13: Children's Revised Impact of Event Scale

3 Evaluatie Ernsttaxatiemodel (ETM)

In dit hoofdstuk leest u meer over de evaluatie van het Ernsttaxatie-model (ETM). Met dit instrument kan de JGZ-professional een weging maken van risicofactoren en beschermende factoren. Dergelijke instrumenten zijn nog beperkt beschikbaar binnen de JGZ. CJG Rijnmond loopt landelijk voorop met de toepassing van het ETM. Paragraaf 3.1. gaat in op de achtergrond van het ETM. Paragraaf 3.2 gaat in op de ervaringen van jeugdartsen en jeugd-verpleegkundigen met het ETM en paragraaf 3.3 gaat in op de samenhang tussen ETM-scores en de scores op de BITSEA en SDQ als indicatie voor de betrouwbaarheid van het ETM.

3.1 Achtergrond ETM

Sinds 1 juni 2012 gebruikt CJG Rijnmond het ETM bij elk individueel contactmoment binnen het basispakket JGZ. Het ETM is een hulpmiddel voor de professional om informatie over de ontwikkeling en opvoeding van het kind te verzamelen uit verschillende bronnen, zoals ouders, omgeving en ketenpartners, en deze informatie vervolgens te beoordelen. Het doel van het ETM is op uniforme wijze een inschatting te maken van de status van de ontwikkeling of opvoedingsproblemen bij een kind, om vervolgens de behoefte aan medische en pedagogische zorg binnen het gezin te bepalen. Het ETM bestaat uit vier hoofddomeinen en tien subdomeinen, zie onderstaand schema.

Functioneren kind	**Lichamelijk.** Hoe functioneert het kind op lichamelijk gebied?
	Cognitief. Hoe functioneert het kind op cognitief gebied?
	Gedrag. Hoe functioneert het kind op gedragsmatig gebied?
	Psychosociaal. Hoe functioneert het kind op emotioneel gebied?
Verzorging kind	**Kwaliteit van de basiszorg.** Hoe zit het met de basiszorg en veiligheid kind?
	Onderlinge steun van de ouders. In hoeverre wordt de basiszorg en veiligheid bevorderd of belemmerd door pedagogisch besef van de ouders en door de onderlinge relatie van de opvoeders?
Ouderschap	**Beleving opvoeding.** Hoe ervaren ouders de opvoeding?
	Beleving ouderschap. Hoe ervaren ouders het ouderschap?
Omgeving	**Omstandigheden.** Wat zijn de (belemmerende) opvoedomstandigheden?
	Steun netwerk. Welke steun heeft het gezin uit het sociaal netwerk?

ETM-schema: hoofddomeinen (verticaal) en subdomeinen (horizontaal)

Op basis van dit schema zijn in het contactmoment vier hoofdvragen leidend:

1. hoe functioneert het kind gelet op lichamelijk, cognitief, gedragsmatig en emotioneel gebied?
2. hoe zit het met de basiszorg en veiligheid van het kind? In hoeverre bevorderen of belemmeren het pedagogisch besef van de ouders en de onderlinge relatie tussen de opvoeders de basiszorg en veiligheid?
3. hoe ervaren ouders het ouderschap en de opvoeding?
4. wat zijn de belemmerende opvoedingsomstandigheden en welke steun heeft het gezin uit het sociaal netwerk?

Elk hoofd- en subdomein wordt gescoord op een schaal van 1 tot 5. De score 1 betekent 'geen zorgen', de score 2 'spanning', de score 3 'verhoogde spanning', de score 4 'nood' en de score 5 'crisis'. Bij elk subdomein is per score een omschrijving van deze score gemaakt (zie bijlage V). Naast het scoren van hoofd- en subdomeinen is er een ETM-eindscore, eveneens een score op een schaal van 1 tot 5. Over het scoren van de ETM-eindscore staat in de werkinstructie het volgende vermeld: *"Bij de totale weging gaat het om alle vragen tezamen die gewogen worden. De beschermende en/of risicofactoren worden naast elkaar gelegd en de CJG-professional maakt een weging en geeft een oordeel: de ETM-score (1, 2, 3, 4 of 5)"*. Bij een ETM-eindscore van 2 spreekt men van enkelvoudige problematiek, bij een ETM-eindscore van 3 of hoger van meervoudige problematiek. Voor elke eindscore is bepaald welke vervolgactie nodig is (zie: 'Stroomdiagram ernsttaxatiemodel en SISA' in bijlage VI).

Het ETM is door CJG Rijnmond ontwikkeld en is gebaseerd op modellen voor de inschatting van opvoedingsproblemen (Hermanns, 2006; Kousemaker & Timmers-Huigens, 1985)[17]. Sinds de introductie van het ETM in 2012 is nog beperkt onderzoek uitgevoerd naar het ETM. In het kader van het onderzoek 'Vroegsignalering JGZ' is het ETM nu voor het eerst zowel kwalitatief als kwantitatief geëvalueerd.

3.2 Evaluatie ETM: ervaringen van jeugdartsen en verpleegkundigen

Voor de kwalitatieve evaluatie van het ETM zijn zestien semigestructureerde interviews met CJG-professionals gehouden: acht interviews met jeugdverpleegkundigen en acht interviews met jeugdartsen (zie bijlage I). In de interviews is ingegaan op het gebruik van het ETM in het consult, de mate van ondersteuning bij het consult, de waardering en de verbeterpunten.

3.2.1 Gebruik ETM in het consult

Niet uniform gebruik van het ETM

Uit de interviews komt naar voren dat er verschillen zijn in de manier waarop CJG Rijnmond het ETM scoort. Er is nog geen uniforme toepassing van het ETM. Dat komt door verschillende factoren. Zo is er bij de bepaling van een ETM-eindscore veel ruimte voor interpretatie door de professional. Professionaliteit, ervaring en gevoel spelen hierbij een rol. Een andere factor die bij de ETM-eindscore een rol speelt, is de wijk waarin een jeugdarts of jeugdverpleegkundige werkt. De problematiek van de wijk is bepalend voor de norm die de professional hanteert. Daarnaast heeft de instructie om bij een ETM-eindscore van 3 een SISA-signaal af te geven geleid tot het verschillend omgaan met het scoren van het ETM. Er zijn professionals die lager scoren om geen SISA-signaal af te hoeven geven. Zo'n signaal vraagt extra tijd van de jeugdarts of –verpleegkundige en ze vinden het bovendien lastig om dit signaal aan ouders te 'verkopen'. Ook geven professionals soms een ETM-eindscore 3, maar zien af van het SISA-signaal, omdat bijvoorbeeld de zorg al is geregeld en er contact is opgenomen met de betrokken hulpverleners.

Scoren op hoofd- en subdomeinen ETM

Sinds midden 2015 is het ETM een integraal onderdeel van het elektronisch kinddossier (Kidos). Bevindingen zijn gekoppeld aan een subdomein en bij registratie van een bevinding volgt automatisch een score op het betreffende subdomein (score 1 bij geen bijzonderheden en een score 2 bij bijzonderheden). Er zijn zowel voordelen als nadelen bij het automatisch genereren van scores op hoofd- en subdomeinen. Een voordeel is dat het tijd scheelt, omdat de professional niet alle subdomeinen afzonderlijk hoeft na te gaan. Ze ervaren dit als prettig. Daarnaast is het voor sommige professionals makkelijker om de afweging voor een eindscore te maken omdat het meer uit het consult volgt. Een nadeel is dat de professional het niet altijd terecht vindt om een score 2 ('spanning') aan bepaalde bevindingen te geven. Dat gebeurt bijvoorbeeld bij het maken van een notitie over het geven van borstvoeding of vragen over bijvoeding. Een ander nadeel is dat de geïntegreerde versie van het ETM in Kidos meer aandacht vraagt: de professional moet zich steeds ervan bewust zijn een score op een hoofd- of subdomein handmatig aan te

17. Kousemaker, N.P.J. & Timmers-Huigens, D. (1985). Pedagogische hulpverlening in de eerste lijn. 'Primaire ambulante jeugdhulpverlening' in pedagogisch perspectief. Tijdschrift voor Orthopedagogiek, XXIV, 549-565.

passen. Dat was niet het geval bij de oude versie van het ETM. Scores op hoofd- en subdomeinen worden veelal niet aangepast.

De JGZ-professionals hebben diverse opmerkingen gemaakt bij de omschrijvingen van de domeinen. Er is soms sprake van overlap, bijvoorbeeld bij Psychosociaal en Gedrag, soms zijn domeinen lastig te scoren bij jonge kinderen (Psychosociaal, Cognitie) of bij jongeren (Ouderschap), soms zijn domeinen erg breed of vaag omschreven (bijvoorbeeld Kwaliteit van de basiszorg) en soms is het onderscheid niet duidelijk (Beleving Ouderschap en Beleving Opvoeding). Tot slot is het subdomein Omstandigheden lastig te scoren omdat niet alle omgevingsfactoren expliciet worden uitgevraagd. Dat wekt de suggestie dat er een goede indruk is, terwijl er slechts globaal navraag naar is gedaan.

Focus vooral op risicofactoren
Over de weging van risicofactoren en beschermende factoren is opgemerkt dat het ETM uitgaat van zorgen en dat in het ETM niet expliciet is aan te geven wat de draagkracht is. De werkinstructie geeft aan dat het voor een juiste weging nodig is de risicofactoren en beschermende factoren naast elkaar te leggen, maar hoe de professional dit moet doen is aan de professional zelf.

Geen eenduidig beeld bij doelen ETM
Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen schrijven verschillende doelen toe aan het ETM. Enerzijds benoemen ze 'professionele' doelen, zoals 'het standaardiseren van onderbuikgevoelens'. Anderzijds komen meer beleidsmatige doelen naar voren, zoals het 'in beeld krijgen van de zwaarte van de problematiek in een stad of gebied, om op die manier de formatie te bepalen'. De professionals geven aan dat er spanning is tussen deze twee soorten doelen en dat ze daarmee moeite hebben. De spanning is dat ze de situatie van een kind reëel willen scoren, maar tegelijkertijd het gevoel hebben dat de scores van hun locatie directe gevolgen hebben voor de formatie op de locatie. Zij ervaren hierdoor ongemak bij de vraag hoe zij moeten scoren.

3.2.2 Ondersteuning bij consult en waardering ETM

ETM geïnternaliseerd, waardering voor 'signaalwaarde'
Uit het evaluatieonderzoek blijkt dat jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen tijdens consulten veelal niet de werkinstructie voor het ETM-schema tot op de letter volgen. Dit lijkt een gevolg te zijn van de integratie van het ETM in het Kidos. Door die integratie zijn professionals meer bezig met de registratie van bevindingen onder de hoofd- en subdomeinen dan met het expliciet scoren op de hoofd- en subdomeinen. Uit de gesprekken blijkt verder dat de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen het ETM-schema wel in meer of mindere mate geïnternaliseerd hebben. Zij denken verschillend over de mate waarin het ETM ondersteunend is bij het consult. Veel professionals vinden dat het ETM hen niet helpt bij de bepaling van de zorgbehoefte, terwijl het ETM dat wel beoogt. De afweging welke vervolgstappen nodig zijn maken de professionals veelal tijdens het gesprek. Zij zijn ervan overtuigd dat ze ook zonder het ETM de nodige acties op zorg zouden nemen. Daarentegen is het ETM voor sommige professionals juist een hulpmiddel om inzicht te verkrijgen in de situatie waarin en omstandigheden waaronder een kind opgroeit. Enkelen ervaren het ETM als een gedwongen hulpmiddel, omdat zij het consult niet kunnen afronden voordat ze de ETM-eindscore hebben ingevuld.

Bij een aantal medewerkers is er waardering voor het feit dat er een taxatiemodel is. Er zijn echter ook professionals die geen enkele meerwaarde zien in het ETM omdat het hen niet helpt bij de praktijkvoering. Een jeugdverpleegkundige merkte op dat het ETM van meerwaarde zou kunnen zijn als er uniform gewerkt zou worden. De waarde van het ETM lijkt vooral te zitten in de signaleringswaarde van de ETM-eindscore. Die is vergelijkbaar met de sticker die de jeugdarts of –verpleegkundige in het verleden op papieren dossiers plakte bij kinderen die extra aandacht nodig hadden. Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen geven aan extra alert te zijn bij een ETM-eindscore 2 of 3.

3.2.3 Verbeterpunten voor praktisch gebruik ETM

Uit de evaluatie blijkt dat er aan het ETM een en ander te verbeteren valt om het consequente gebruik ervan te laten toenemen. De volgende verbeterpunten komen naar voren:

- benoem de beschermende factoren explicieter in het ETM, zodat jeugdartsen en–verpleegkundigen een goede draagkracht-draaglast analyse kunnen maken. Het is eveneens nodig de werkwijze voor de weging van risicofactoren en beschermende factoren beter te beschrijven door een duidelijker toelichting van de werkinstructie;
- onderzoek of vereenvoudiging van het ETM-schema mogelijk is. Nu komen in de praktijk de scores 4 en 5 vrijwel niet voor. De eindscore 2 komt juist vaker voor en dreigt daardoor een diversiteit aan problematiek te omvatten, met mogelijk zowel enkelvoudige als meervoudige problematiek. Bij een vereenvoudiging van het ETM-schema is het wellicht mogelijk bij de score 2 meer differentiatie aan te brengen;
- voor een grotere uniformiteit in het gebruik van het ETM is meer afstemming en intervisie nodig. Het is nodig de begrippen bij de omschrijvingen van de domeinen en subdomeinen van het ETM concreter te

formuleren, zodat ze voor minder uitleg vatbaar zijn. Daarnaast is het nodig om duidelijker vast te leggen wat de criteria zijn om een bevinding als 'afwijkend' te scoren.

3.3 Evaluatie ETM: kwantitatieve gegevens

Om een goede weging te kunnen maken, gebruikt de JGZ op verschillende leeftijdsmomenten een instrument om het subdomein Psychosociaal te kunnen scoren. De BITSEA en SDQ dienen hiervoor als input. Om een indicatie te krijgen van de betrouwbaarheid van het ETM is bij deze evaluatie het volgende nagegaan:

1. de samenhang tussen door ouders of jongeren gerapporteerde vragenlijsten (BITSEA en SDQ) en scores op het ETM;
2. welke vervolgacties de JGZ-professionals inzetten op basis van de scores op het ETM.

Bij eenduidig gebruik van de vragenlijsten en het ETM verwachten de onderzoekers een sterke samenhang tussen deze vragenlijsten en de score op het subdomein psychosociaal van het ETM. Tegelijk verwachten ze een minder sterke samenhang met de ETM-eindscore. Bij deze eindscore wegen namelijk ook de scores op andere domeinen mee.

Om deze vragen te beantwoorden zijn de gegevens opgevraagd uit het Kidos voor de contactmomenten op twee jaar, groep 2 van het basisonderwijs en klas 1 van het voortgezet onderwijs. Op deze momenten vindt standaard afname plaats van de BITSEA of SDQ. Voor bijna alle jeugdigen was een ETM-eindscore bekend. Bij tweejarigen was er voor 36% een BITSEA score. Hiervan had 5% een grensscore of een verhoogde score. Voor 77% van de kinderen in groep 2 was een SDQ-score aanwezig; hiervan had 6% een grensscore of verhoogde score. Voor 90% van de jeugdigen in de eerste klas van het voortgezet onderwijs was een SDQ aanwezig; hiervan had 8% een grensscore of verhoogde score.

Het ontbreken van een BITSEA-score of een SDQ-score kan komen doordat de ouders de vragenlijst niet hebben meegenomen. Een verklaring voor het verschil in respons tussen BITSEA en SDQ is dat ouders bij het contact in groep 2 de SDQ op locatie kunnen invullen. Andere redenen voor het ontbreken van een vragenlijst kunnen zijn dat ouders een dergelijke lijst niet willen invullen of dat de ouders de Nederlandse taal onvoldoende beheersen. Deze redenen kunnen op de ene locatie meer spelen dan op de andere locatie. Ook blijkt dat bij een hogere score op het ETM de BITSEA of SDQ vaker ontbreekt. Dit kan leiden tot een minder sterke relatie met de ETM-score op het subdomein Psychosociaal.

3.3.1 Relatie tussen de BITSEA, SDQ en ETM

Tabel 3 geeft een beeld van de relatie tussen BITSEA en SDQ enerzijds en de score op het subdomein Psychosociaal van het ETM anderzijds, en van de relatie tussen BITSEA en SDQ en de ETM-eindscore.
Gekeken naar de totale groep valt op dat het overgrote deel van de jeugdigen (85 tot 92%) een ETM-score 1 heeft binnen het subdomein Psychosociaal. Een kleiner deel (tussen de 8 en 14%) heeft een ETM-score 2 (enkelvoudige problematiek). Een ETM-score 3 of hoger op het subdomein Psychosociaal komt vrijwel niet voor.
Afhankelijk van het leeftijdsmoment heeft ongeveer de helft of meer van de jeugdigen een ETM-eindscore 1 (49%-65%; geen zorgen). Een relatief grote groep krijgt een ETM-eindscore 2 (32-48%; enkelvoudige problematiek) en 3% heeft een ETM-eindscore 3 of hoger (meervoudige problematiek).

Uit de analyses blijkt een significant verband tussen de SDQ- of BITSEA-score en de score op het subdomein Psychosociaal. Dit geldt ook voor de ETM-eindscore. Kinderen met een grensscore of verhoogde score op de SDQ of BITSEA hebben vaker een verhoogde score op het subdomein Psychosociaal en een verhoogde ETM-eindscore. Daarnaast is te zien dat de SDQ en BITSEA sterker samenhangen met de ETM-eindscore dan met de score op het subdomein Psychosociaal. Zo krijgen kinderen met een verhoogde score op de SDQ of BITSEA vaker een ETM-eindscore 2 of hoger dan een ETM-score 2 of hoger op het subdomein Psychosociaal. Voorts valt op dat de groep jeugdigen met een verhoogde score op de SDQ of BITSEA (onderste vier rijen in tabel 2) nog relatief vaak een eindscore 1 op het ETM krijgen.

In lijn met de verwachting is er een samenhang te zien van de SDQ of BITSEA met zowel de ETM-eindscore als de ETM-score op het subdomein Psychosociaal. Echter, de scores op de BITSEA en SDQ hangen sterker samen met de ETM-eindscore dan met de ETM-score op het subdomein Psychosociaal.
Een deel van de jeugdigen met een grensscore of verhoogde score op de SDQ of BITSEA krijgt geen verhoogde ETM-eindscore. Hiervoor kunnen verschillende oorzaken zijn. Er is bijvoorbeeld al hulp aanwezig, of er zijn voldoende beschermende factoren die de jeugdarts of –verpleegkundige meenemen in de weging. Het is ook mogelijk dat de vragen van de SDQ of BITSEA niet goed zijn begrepen, wat kan leiden tot een onterechte verhoogde of normale score.

Tabel 2. Relatie tussen SDQ en BITSEA en het ETM bij drie contactmomenten

		ETM psychosociaal				ETM eindscore			
		1	2	>3	Totaal	1	2	>3	Totaal
Totaal	2 jaar	92%	8%	0%	**100%**	58%	39%	3%	**100%**
	Groep 2	88%	12%	0%	**100%**	49%	48%	3%	**100%**
	VO1	85%	14%	1%	**100%**	65%	32%	3%	**100%**
Normale score (BITSEA of SDQ)	2 jaar (probleemscore)	92%	8%	0%	**100%**	66%	33%	1%	**100%**
	2 jaar (competentiescore)	91%	9%	0%	**100%**	66%	33%	1%	**100%**
	Groep 2	89%	11%	0%	**100%**	53%	45%	2%	**100%**
	VO1	87%	12%	1%	**100%**	69%	29%	2%	**100%**
Grens of verhoogde score (BITSEA of SDQ)	2 jaar (probleemscore)	68%	31%	1%	**100%**	29%	59%	12%	**100%**
	2 jaar (competentiescore)	83%	16%	1%	**100%**	46%	49%	5%	**100%**
	Groep 2	60%	38%	2%	**100%**	15%	73%	12%	**100%**
	VO1	52%	45%	3%	**100%**	26%	63%	11%	**100%**

3.3.2 ETM-score in relatie tot vervolgactie

Nagegaan is welke vervolgacties de JGZ inzet bij de verschillende ETM-eindscores. Met de gegevens uit Kidos was het voor de onderzoekers alleen mogelijk om interne vervolgacties te bekijken. Interne vervolgacties zijn een extra contactmoment kort, een extra contactmoment lang, een extra contactmoment telefonisch of per e-mail, en afstemming van de zorg. Directe doorverwijzingen naar andere vormen van hulp buiten CJG Rijnmond konden niet op een kwantitatieve wijze uit het Kidos halen. Conclusies hebben daardoor alleen betrekking op extra contactmomenten en niet op directe doorverwijzingen. Daarom is de verwachting dat bij een ETM-score 2 een hoger percentage een vervolgactie krijgt dan bij een ETM-score van 3 of hoger, omdat bij een ETM-score van 3 of hoger vaker een directe doorverwijzing zou moeten plaatsvinden.

In overeenstemming met de verwachting krijgt het grootste deel (93%) van de jeugdigen met een ETM-eindscore 1 geen vervolgactie. Bij een ETM-eindscore 2 volgt bij 67% van de kinderen een interne vervolgactie en bij een ETM-eindscore 3 volgt bij 42% van de kinderen een interne vervolgactie. Bij een eindscore 2 is vaker sprake van de inzet van een ‘extra contactmoment kort’ en bij een eindscore van 3 vaker van een ‘extra contactmoment lang’ of ‘afstemming van zorg’.

4 Samenwerking netwerkpartners

Een van de doelen van de evaluatie is meer inzicht te krijgen in de lokale samenwerkingsrelaties die de JGZ-teams hebben bij de vroegsignalering. Daarom is medio 2016 onder alle CJG-locaties (n=24) een digitale enquête uitgezet. De JGZ-teams hebben over 35 organisatievormen de vraag gekregen hoe belangrijk ze die vinden, of zij er contact mee hebben en of zij tevreden zijn met het contact. Daarnaast is geïnventariseerd of er schriftelijke samenwerkingsovereenkomsten zijn, welke structurele overleggen er zijn en of er ***best practices*** te benoemen zijn.

De inventarisatie geeft een globaal inzicht in de samenwerkingsrelaties van de JGZ-teams. De interpretatie van de resultaten is afhankelijk van de rol van de JGZ in het jeugdstelsel. Het gaat er bijvoorbeeld om of de JGZ wel of geen onderdeel uitmaakt van een wijkteam, en dit verschilt per gemeente. Om die reden zijn de resultaten voor elke CJG-locatie in een aparte rapportage weergegeven[18]. In de rapportage is per CJG-locatie en per organisatiesoort aangegeven hoe belangrijk de JGZ deze organisatiesoort vindt, of de JGZ er contact mee heeft en of de JGZ tevreden is met het contact. Elke gemeente kan zelf met deze resultaten aan de slag.

Paragraaf 4.2 van dit hoofdstuk bevat de beschrijving van enkele algemene resultaten van de digitale enquête. In paragraaf 4.3 staan enkele specifieke aandachtspunten beschreven die in de werksessies met JGZ-professionals naar voren zijn gekomen.

4.1 Algemene resultaten enquête

Uit de inventarisatie onder CJG-locaties blijkt dat JGZ-teams vooral organisaties uit het lokale voorveld en specialistische zorgorganisaties belangrijk vinden voor de uitvoering van de vroegsignaleringstaak. Dit zijn enerzijds organisaties op het gebied van onderwijs, veiligheid, welzijn, eerstelijnsvoorzieningen en verloskundige zorg, en anderzijds praktijken van kinderartsen, gynaecologen, instellingen voor zorg aan jeugd met een verstandelijke beperking, enzovoorts. In mindere mate hechten JGZ-teams waarde aan contact met overige lokaal werkzame organisaties als sportverenigingen en vrijwilligersorganisaties.

In de regio hebben JGZ-teams vaak contact met organisaties die zij belangrijk vinden en met organisaties die ze minder of niet belangrijk vinden. In Rotterdam komen dergelijke contacten minder vaak voor dan in de andere gemeenten. Echter, niet alle JGZ-teams zijn tevreden over de contacten die zij in het kader van vroegsignalering hebben. Organisatiesoorten die de JGZ wel belangrijk vindt, maar waarmee volgens de professional het contact verbeterd kan worden, zijn Veilig Thuis en de politie of de wijkagent. Waarom er over het contact met bepaalde organisatiesoorten geen tevredenheid bestaat, is niet onderzocht.

De meeste lokale samenwerkingsrelaties in het kader van vroegsignalering zijn informeel. Een beperkt aantal JGZ-teams heeft samenwerkingsrelaties in een schriftelijke overeenkomst vastgelegd. Wel nemen de JGZ-teams in het kader van vroegsignalering regelmatig deel aan allerlei overleggen. Het aantal varieert van 4 tot 15 verschillende overleggen per jaar.

4.2 Aandachtspunten uit werksessies

Overdracht geboortezorg
De eerste informatie-uitwisseling over de mogelijke aanwezigheid van – eventueel prenatale - risicofactoren vindt plaats bij de overdracht van de geboortezorg naar de JGZ. In het samenwerkingsconvenant 'Overdracht geboortezorg naar JGZ-CJG Rijnmond' is vastgelegd dat er een gezamenlijke overdracht van verloskundigen en kraamzorg naar CJG Rijnmond plaatsvindt. Sinds maart 2016 is het de bedoeling om in het hele werkgebied van CJG Rijnmond dezelfde werkwijze en hetzelfde overdrachtsformulier te gebruiken. Op het overdrachtsformulier kunnen gegevens geregistreerd worden over onder meer de bevalling, kindkenmerken als geboortegewicht, pre- of dysmaturiteit en aangeboren afwijkingen, over sociale factoren (onder meer taalbarrière, laaggeletterdheid, woonomstandigheden, roken, hechting binnen gezin, stabiliteit van de gezinssituatie, moeder of vader kan gezinssituatie aan) en over informatie vanuit de Checklist Vroegsignalering in de kraamtijd. Dit levert veel relevante informatie op voor de JGZ, maar tot nu toe is de kwaliteit van deze informatie nog wisselend.

Politiezorgformulieren
Een knelpunt voor de CJG-locaties in Rotterdam is dat CJG Rijnmond in het nieuwe jeugdstelsel niet meer direct politiezorgformulieren ontvangt. Verzending van politiezorgformulieren naar de wijkteams gebeurt nu via Veilig Thuis. Professionals geven aan dat ze door deze indirecte manier van werken niet meer op de hoogte zijn van een mogelijk onveilige thuissituatie op basis van politiegegevens, en nu afhankelijk zijn van de vraag of het wijkteam deze politie-informatie deelt.

Ondersteuningsnetwerk school
Het LPK geeft aan dat de JGZ moet deelnemen aan het ondersteuningsnetwerk op school. De situatie is nu dat per gemeente verschilt of deelname van de JGZ aan dit netwerk structureel of vraaggericht georganiseerd is. Vraaggericht houdt in dit geval in dat de school bepaalt of de JGZ bij een overleg moet aanschuiven.

18. Inventarisatie van samenwerkingen CJG Rijnmond. Algemene rapportage; Inventarisatie van samenwerkingen CJG Rijnmond. Tabellen rapportage per locatie.

5 Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

De evaluatie van de huidige manier van vroegsignalering door CJG Rijnmond is verricht in opdracht van de Raad voor het Publiek Belang. De aanleiding voor deze opdracht is meerledig en komt voort uit de evaluatie van KIEN, de veranderingen in het nieuwe jeugdstelsel en de rol die de raad daarbij ziet voor de JGZ.

Voor deze evaluatie hebben de onderzoekers onder andere het Landelijk Professioneel Kader (LPK) als toetsingskader gebruikt. Het LPK beschrijft de uitvoering van het basispakket JGZ. Het LPK is sinds 1 januari 2016 van kracht en vervangt de richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket uit 2003. De Inspectie voor de Gezondheidszorg hanteert het LPK ook als toetsingskader. De inhoud van de contactmomenten is geëvalueerd door na te gaan hoe risico- en beschermende factoren op het niveau van kind en ouders of op gezinsniveau in het vroegsignaleringsproces van de JGZ aan bod komen en welke instrumenten de JGZ daarbij inzet.

In dit hoofdstuk zijn de resultaten samengevat (paragraaf 5.1), staan de conclusies per onderzoeksvraag geformuleerd (paragraaf 5.2) en staat een opsomming van de aanbevelingen aan gemeenten en CJG Rijnmond (paragraaf 5.3).

5.1 Samenvatting

Aantal en vorm contactmomenten
Uit de evaluatie van het aantal contactmomenten komt naar voren dat, uitgaande van het LPK, er bij de uitvoering van het basispakket JGZ twee contactmomenten minder zijn, namelijk één in de periode 7 tot 12 maanden en één in de peuterperiode (1 tot 4 jaar). JGZ-professionals hebben met hun kennis van de huidige praktijk hierop gereflecteerd. Dit levert het volgende beeld op:

- JGZ-professionals ervaren het ontbreken van een contactmoment in de periode 7 tot 12 maanden niet als knelpunt, maar lopen wel aan tegen de vorm van het contactmoment bij acht maanden. De opkomst van ouders bij de themabijeenkomst bij acht maanden is laag. JGZ-professionals signaleren in een aantal gevallen op latere leeftijd problemen die voorkomen hadden kunnen worden met anticiperende voorlichting rond de acht maanden. Het gaat vooral om problemen op het gebied van de voeding. JGZ-professionals geven aan dat bij het bieden van een groepsconsult in de leeftijdsfase 7 tot 12 maanden het moment van zes maanden cruciaal is om een goede triage te kunnen maken.
- De peuterperiode is een belangrijke periode voor vroegsignalering van opvoed- en opgroeiproblemen. Vanuit dit perspectief zien JGZ-professionals de meerwaarde van een extra contactmoment in de peuterperiode. Een vraag die vooral in de peuterperiode speelt is welke discipline het contactmoment uitvoert. Het LPK doet hier geen uitspraken over. De JGZ-richtlijn Opvoedingsondersteuning geeft aan dat de jeugdverpleegkundige een belangrijke taak heeft bij opvoedingsondersteuning. Voor artsen staat dit als neventaak omschreven.

Hoewel het aantal contactmomenten in de basisschoolperiode (4 tot 12 jaar) conform het LPK is, zijn er volgens de JGZ-professionals verbeteringen mogelijk bij de uitvoering van het contactmoment bij 10- tot 11-jarigen. Ouders krijgen de keuze of ze met hun kind willen meekomen bij het consult op school. Als ouders niet bij het consult aanwezig zijn, bestaat het consult uit een meting van het gewicht en de lengte van het kind. Er vindt op dat moment dan geen gesprek plaats. Bij zorgen, bijvoorbeeld rondom de groei of door signalen van de school, neemt de jeugdverpleegkundige achteraf contact op met de ouders. Volgens de richtlijnen zijn opvoedvaardigheden en middelengebruik factoren die in deze leeftijdsfase belangrijk zijn om te bespreken. Die factoren komen op deze wijze echter niet standaard aan de orde tijdens het groep 7-consult. Daarnaast zijn de uitkomsten van de SDQ (vroegsignaleringslijst voor psychosociale problemen) niet standaard voor de JGZ-professional beschikbaar. Dat komt doordat de huidige werkwijze voorziet in het anoniem invullen van de vragenlijst. Ouders bepalen in de huidige werkwijze zelf of ze de SDQ invullen en of ze de resultaten willen delen met de jeugdverpleegkundige. JGZ-professionals geven aan dat een signaleringslijst als de SDQ een goed hulpmiddel is om het gesprek met ouders aan te gaan.

Inhoud contactmomenten:
signalering en richtinggevende diagnostiek
In het algemeen signaleert de JGZ tijdens contactmomenten de risicofactoren en beschermende factoren op kindniveau op verschillende manieren. Dit gebeurt met behulp van anamnese, vragenlijsten, observaties, lichamelijk onderzoek en in de voorbespreking met de scholen. Factoren waarvoor minder aandacht is, zijn sociaal-emotionele vaardigheden (in de zin van weerbaarheid, kwetsbaarheid en coping vaardigheden), identiteitsontwikkeling en sociale participatie en burgerschap. Identiteitsontwikkeling, sociale participatie en burgerschap komen niet duidelijk naar voren in landelijke richtlijnen. Ze lijken daarmee niet onder de scope van de JGZ te vallen.

Op ouderniveau komen risicofactoren en beschermende factoren aan de orde als ze van invloed zijn op het functioneren van het kind. In dat geval bespreekt de JGZ-professional dit tijdens het consult. CJG Rijnmond leidt niet daadwerkelijk toe naar passende hulpverlening voor alleen ouderfactoren. De JGZ belicht deze factoren altijd vanuit het effect op het kind. Zo nodig schakelt de professional het wijkteam in. Dit is het geval als de problemen van de ouders – of een van de ouders - binnen het gezin verschillende problemen veroorzaakt. Ouderfactoren spelen in diverse richtlijnen een grote rol in de ontwikkeling van kinderen en het voorkomen van problemen.

Voor de meeste risicofactoren en beschermende factoren zet de JGZ instrumenten voor vroegsignalering in. Dat is ook de aanbeveling in de JGZ-richtlijnen. Bij het contactmoment in VO-3 zet de JGZ instrumenten voor richtinggevende diagnostiek in, in plaats van een vroegsignaleringsinstrument dat de richtlijn aanbeveelt. Het is de vraag of de JGZ met deze werkwijze jongeren met lichtere problemen mist. Voor signalering van opvoed- en opgroeiproblemen zet de JGZ momenteel geen instrumenten in. De JGZ-richtlijn Opvoedingsondersteuning doet de aanbeveling om hiervoor wel instrumenten in te zetten.

In het kader van hechting geven professionals aan behoefte te hebben om signalen van een postnatale depressie beter te kunnen herkennen. Dat kan bijvoorbeeld door gebruik van een instrument. Een postnatale depressie verstoort de moeder-kind interactie en dat kan bij het kind leiden tot problemen met onder meer de hechting. Voor hechting bestaat geen landelijke JGZ-richtlijn.

Een kanttekening die JGZ-professionals maken is dat zij ervaren dat de dialooggerichte consultvoering, die ingaat op de vragen en behoefte van ouders, botst met het structureel uitvragen van risicofactoren en beschermende factoren. Ook spelen factoren als tijdgebrek en gebrek aan methodieken en instrumenten een rol bij het structureel uitvragen van specifieke risicofactoren en beschermende factoren.

De leeftijdsmomenten waarop signalering van specifieke factoren een rol spelen, komen volgens het schema Leeftijdspecifieke preventie op een aantal punten niet overeen met de huidige praktijk:

- het contactmoment op 3 jaar en 9 maanden is een cruciaal moment voor signalering van overgewicht, (vroeg) seksueel gedrag en opvoedvaardigheden. In het huidige contactmomentenschema van CJG Rijnmond is dit contactmoment een vaccinatiemoment en komen deze onderwerpen niet aan de orde;
- voor de signalering van overgewicht voert de JGZ bij VO-3 geen standaard metingen van lengte en gewicht uit;
- wat middelengebruik betreft zijn de leeftijd van 10 tot 11 jaar en de adolescentiefase cruciale momenten voor de inzet van preventieve activiteiten. Op de leeftijd van 10 tot 11 jaar is er weinig proactief aandacht voor middelengebruik binnen de contactmomenten. In de praktijk is er wel een zichtbare toename in themabijeenkomsten rondom dit thema. Vraaggericht speelt de jeugdverpleegkundige op middelengebruik in.

Uit de inventarisatie van instrumenten voor richtinggevende diagnostiek blijkt dat een beperkt aantal vragenlijsten geschikt is om af te nemen door de JGZ. Voor de meeste instrumenten is het advies om een gedragswetenschapper deze te laten afnemen. CJG Rijnmond doet beperkt aan richtinggevende diagnostiek. CJG-locaties met een orthopedagoog kunnen een ontwikkelingsanamnese afnemen of een observatie verrichten. Orthopedagogen kunnen op dit moment nog geen instrumenten inzetten om problemen nader te duiden. In 2017 krijgen de orthopedagogen een training in Handelingsgerichte Diagnostiek. Tijdens deze training bekijken orthopedagogen en beleidsadviseurs van CJG Rijnmond welke instrumenten wenselijk zijn in de praktijk.

Een evaluatie met ouders en de jongere aan het eind van elke leeftijdsfase, zoals het LPK aanbeveelt, heeft momenteel nog geen bewuste plek binnen het basisaanbod.

Ernsttaxatiemodel (ETM)
CJG Rijnmond loopt landelijk voorop met de toepassing van het ETM als wegingsinstrument binnen de JGZ. Dergelijke instrumenten zijn binnen de JGZ vrijwel niet beschikbaar. Er bestaat één ander instrument, de GIZ (Gezamenlijk Inschatten Zorgbehoefte). De GIZ-methodiek is gebaseerd op het ETM, maar heeft als uitgangspunt dat het oordeel van de ouder leidend is. Het ETM gaat uit van het oordeel van de professional die daarin het oordeel van de ouder meeneemt. CJG Rijnmond is ver in de ontwikkeling om het instrument te integreren binnen de werkprocessen. Zo is het ETM geïntegreerd in het elektronisch kinddossier (Kidos). Onderwerpen die tijdens het consult aan bod komen worden automatisch geautomatiseerd naar het betreffende ETM-subdomein.

Uit de evaluatie blijkt dat het ETM nog niet helemaal voldoet aan het gestelde doel. Dit doel is het op uniforme wijze inschatten van de status van de ontwikkeling of opvoedingsproblemen bij een kind, om vervolgens de behoefte aan medische en pedagogische zorg binnen het gezin te bepalen. Deze evaluatie levert aangrijpingspunten op voor een uniformer en objectiever gebruik. Over de weging van risico- en beschermende factoren geven professionals aan dat het ETM uitgaat van zorgen, en dat het een aandachtspunt is om explicieter aan te geven wat de draagkracht is. JGZ-professionals zien de waarde van het ETM vooral in de signaleringswaarde van de ETM-eindscore.

Scores op de SDQ en BITSEA hangen significant samen met de score op het subdomein Psychosociaal. Echter, de samenhang met de ETM-eindscore is sterker dan die met de score op dit subdomein. Kinderen met een grensscore of verhoogde score op de SDQ of BITSEA hebben vaker

een verhoogde score op het subdomein Psychosociaal en een verhoogde ETM-eindscore dan kinderen met een normale score op de SDQ of BITSEA. Deze resultaten duiden op twee dingen: de JGZ neemt de antwoorden van ouders op vroegsignaleringslijsten mee in het score van het ETM, en de samenhang tussen de SDQ en BITSEA scores en die op het subdomein Psychosociaal zou beter kunnen. De vraag welke vervolgacties de JGZ inzet op basis van een ETM-score, kunnen de onderzoekers alleen voor interne vervolgacties beantwoorden. In overeenstemming met de verwachting krijgt het grootste deel van de jeugdigen met een ETM-eindscore 1 geen vervolgactie (93%). Bij een ETM-eindscore 2 volgt bij 67% van de kinderen een interne vervolgactie. Bij een ETM-eindscore 3 of hoger volgt bij 42% een interne vervolgactie. Waarschijnlijk krijgen kinderen met een ETM-eindscore 3 of hoger vaker een directe doorverwijzing. Daarover kunnen de onderzoekers echter geen uitspraak doen, omdat verwijzingen naar vormen van hulp buiten CJG Rijnmond niet uit het Kidos zijn te halen. Bij een eindscore 2 zet de JGZ vaker een 'extra contactmoment kort' in en bij een eindscore van 3 vaker een 'extra contactmoment lang' of 'afstemmen van zorg'.

Samenwerking met netwerkpartners

De onderzoekers hebben inzicht verkregen in de samenwerkingsrelaties van de JGZ-teams: met wie er contact is in het kader van vroegsignalering, hoe belangrijk dit contact is, hoe tevreden de JGZ is met dit contact, of er afspraken zijn vastgelegd, welke overleggen er zijn en of er best practices te benoemen zijn. De interpretatie van de resultaten is afhankelijk van de rol van de JGZ in het jeugdstelstel, bijvoorbeeld of de JGZ wel of geen onderdeel uitmaakt van een wijkteam. Daarom zijn de resultaten voor elke CJG-locatie in een aparte rapportage weergegeven. Elke gemeente kan zelf met deze resultaten aan de slag.

In algemene zin valt op dat JGZ-teams vooral organisaties uit het lokale voorveld en specialistische zorgorganisaties belangrijk vinden voor de uitvoering van de vroegsignaleringstaak. Dit zijn enerzijds organisaties op het gebied van onderwijs, veiligheid, welzijn, eerstelijnsvoorzieningen en verloskundige zorg, en anderzijds praktijken van kinderartsen, gynaecologen, zorginstellingen voor jeugd met een verstandelijke beperking, enzovoorts. In mindere mate hechten JGZ-teams aan contact met andere lokaal werkzame organisaties, zoals sportverenigingen en vrijwilligersorganisaties.

JGZ-teams hebben vaak contact met organisaties die men belangrijk vindt en ook met organisaties die men niet belangrijk vindt. In Rotterdam vinden dergelijke contacten minder vaak plaats dan in de andere gemeenten in de regio. Niet alle JGZ-teams zijn tevreden over de contacten die zij in het kader van vroegsignalering hebben. Organisaties die ze wel belangrijk vinden, maar waarmee volgens de JGZ het contact beter zou kunnen, zijn Veilig Thuis en de politie/wijkagent. Waarom de JGZ over het contact met bepaalde organisatiesoorten minder tevreden is, is niet onderzocht.

Uit de werksessies met JGZ-professionals kwamen specifieke knelpunten naar voren in de samenwerking met netwerkpartners. Die knelpunten zijn: de uitwisseling van gegevens met ketenpartners stagneert door veranderingen in het jeugdstelsel (voorbeeld politiezorgformulieren), de kwaliteit van informatieoverdracht bij voorbeeld geboortezorg is nog van onvoldoende kwaliteit. Verder is de deelname van JGZ aan het ondersteuningsnetwerk op scholen beperkt. Dat komt omdat deze overleggen vaak vraaggericht zijn. Dat betekent dat de school bepaalt of de JGZ moet aanschuiven. Het LPK onderschrijft deelname van de JGZ binnen dit netwerk.

5.2 Conclusies

De conclusies zijn per onderzoeksvraag beschreven.

1. Worden de contactmomenten JGZ op de juiste manier en op het juiste moment ingezet? Zo niet, hoe kan het huidige contactmomentenschema het beste worden aangescherpt (wat betreft frequentie, vorm, leeftijdsmoment)?

In vergelijking met het LPK, het toetsingskader van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, voert CJG Rijnmond twee contactmomenten minder uit in het kader van het basispakket JGZ. Het gaat om één contactmoment in de periode 7-12 maanden en één contactmoment in de peuterperiode.

Tijdens de contactmomenten signaleert de JGZ risicofactoren en beschermende factoren op kindniveau op verschillende manieren: anamnese, vragenlijsten, observaties, onderzoek, voorbespreking scholen. Een belangrijke beschermende factor waar de JGZ in de contactmomenten minder aandacht voor heeft, zijn sociaal-emotionele vaardigheden: weerbaarheid, kwetsbaarheid, coping. Op ouderniveau komen risicofactoren en beschermende factoren aan de orde als deze invloed hebben op het functioneren van het kind. Ouderfactoren spelen in diverse richtlijnen een grote rol in de ontwikkeling van kinderen en het voorkomen van problemen.

Voor de meeste risicofactoren en beschermende factoren zet de JGZ vroegsignaleringsinstrumenten in volgens de aanbevelingen in de JGZ-richtlijnen. Voor de signalering van opvoed- en opgroeiproblemen zet de JGZ momenteel geen instrumenten in.

De leeftijd waarop de JGZ signaleert, komt voor enkele factoren niet overeen met de richtlijnen. Een evaluatie met ouders en de jongere aan het eind van elke leeftijdsfase, zoals het LPK aanbeveelt, vindt nog niet bewust plaats.

Daarnaast is het voor de signalering van risicoprocessen een aandachtspunt om risico's die in het verleden hebben gespeeld beter in zicht te houden binnen het kinddossier.

Dit onderzoek levert aangrijpingspunten op om het huidige contactmomentenschema aan te scherpen. Voor zo'n nadere aanscherping stelt CJG Rijnmond een plan van aanpak op waarin ze deze aangrijpingspunten meeneemt (zie: aanbevelingen).

2. Is de JGZ in staat om een goed onderscheid te maken tussen kinderen die extra contactmomenten nodig hebben en kinderen die dit niet nodig hebben (evaluatie ETM, triage, zorgpaden)?

Voor de beantwoording van deze vraag lag de focus in dit onderzoek bij de evaluatie van het ETM, een instrument waarmee de JGZ-professional een weging kan maken van risicofactoren en beschermende factoren. De onderzoekers concluderen dat de JGZ het ETM nog niet helemaal uniform gebruikt. Vanwege beperkingen in de manier waarop vervolgacties in het systeem staan, kunnen de onderzoekers het aspect van zorgpaden niet goed beantwoorden. De evaluatie van het ETM heeft aangrijpingspunten opgeleverd voor een doorontwikkeling die moet leiden tot een uniformer en objectiever gebruik.

3. Welke instrumenten en werkwijzen zijn nodig om de huidige vroegsignalering van de JGZ aan te laten sluiten op de nieuwe zorgtaken van gemeenten in het jeugdstelsel?

Het onderzoek heeft inzicht gegeven in welke instrumenten voor richtinggevende diagnostiek de JGZ-professional kunnen gebruiken en welke instrumenten andere disciplines, zoals gedragswetenschappers en psychodiagnostici kunnen inzetten.

Een andere conclusie is dat een beperkt aantal instrumenten en vragenlijsten voor richtinggevende diagnostiek geschikt is voor de JGZ om af te nemen.

Een conclusie is ook dat CJG-locaties mét een orthopedagoog een stap verder kunnen zetten met richtinggevende diagnostiek dan CJG-locaties zonder orthopedagoog. Vanuit de kennis wat de JGZ wel of niet kan doen op het terrein van richtinggevende diagnostiek kan de JGZ de stap maken naar aansluiting met andere ketenpartners. De onderzoekers hebben inzicht verkregen in de samenwerkingsrelaties van de CJG Rijnmond met netwerkpartners in de JGZ. Van elke netwerkpartner is nagegaan of CJG Rijnmond daarmee contact heeft in het kader van vroegsignalering, hoe belangrijk de JGZ dit contact vindt en of de JGZ tevreden is met het contact. Omdat de interpretatie van de resultaten afhankelijk is van de rol van de JGZ in het jeugdstelstel, bijvoorbeeld of de JGZ wel of geen onderdeel is van een wijkteam, zijn de resultaten voor elke CJG-locatie in een aparte rapportage weergegeven. Elke gemeente kan zelf met deze resultaten aan de slag.

5.3 Aanbevelingen

Aanbevelingen zijn geformuleerd voor de gemeenten en voor CJG Rijnmond.

5.3.1 Aanbevelingen voor gemeenten

Flexibilisering contactmomenten JGZ
Spreek als gemeenten onderling en met het bestuur van CJG Rijnmond af aan welke voorwaarden (Landelijk Professioneel Kader, toetsingskader IGZ) en specifieke uitgangspunten ('Factoren in ontwikkeling jeugd', definitie 'bereik') het basistakenpakket JGZ van CJG Rijnmond moet voldoen. Werk toe naar SMART-afspraken over de concrete invulling hiervan.

Doorontwikkeling ETM
Bespreek als gezamenlijk opdrachtgevers JGZ met het bestuur van CJG Rijnmond op welke manier het ETM verder doorontwikkeld zou moeten worden. Neem hierin de aangrijpingspunten mee die deze evaluatie van het ETM heeft opgeleverd voor een doorontwikkeling die moet leiden tot een uniformer en objectiever gebruik.
Bespreek in dit kader tevens hoe om te gaan met registratie van gegevens in Kidos, zodat enerzijds de JGZ door deze registratie de gezonde en veilige ontwikkeling van jeugdigen kan bevorderen en borgen, en anderzijds de JGZ de collectieve data kan omzetten in adviezen voor het lokale jeugdbeleid.

Samenwerking netwerkpartners
Bespreek als elke opdrachtgevende gemeente apart met het bestuur van CJG Rijnmond de uitkomsten van de inventarisatie van samenwerkingsrelaties. Bekijk samen welke verbeteringen in de samenwerking mogelijk zijn. Neem hierin mee: de voorwaarden van het LPK (in het bijzonder de deelname JGZ aan het ondersteuningsnetwerk scholen), de overweging om prioriteit te geven aan een betere samenwerking met de huisartsenzorg en jeugdhulpverlening (gemeentelijk voorzieningsniveau) die volgens het

LPK 'gegarandeerd dient te worden', en neem de knelpunten mee die JGZ-professionals hebben benoemd: stagnatie in de uitwisseling van gegevens tussen ketenpartners en de kwaliteit van informatie bij overdracht.

Signalering en richtinggevende diagnostiek
Maak afspraken met CJG Rijnmond en zijn belangrijkste samenwerkingspartners over wie wat signaleert (inclusief de kindcheck) en wie welke rol daarbij heeft, zowel op individueel casuïstiek niveau als op het niveau van de collectieve signalering en beleidsadvisering. Besteed ook aandacht aan wie welke rol zou moeten spelen bij identiteitsontwikkeling, sociale participatie en burgerschap. Bekijk vervolgens hoe CJG Rijnmond de richtinggevende diagnostiek kan inrichten en maak afspraken over welke rol de JGZ in de keten speelt in het diagnostisch traject en het verwijstraject.

5.3.2 Aanbevelingen voor CJG Rijnmond

Plan van aanpak CJG Rijnmond
CJG Rijnmond is van plan om op basis van dit onderzoek een plan van aanpak te maken. De onderzoekers bevelen aan om in dit plan van aanpak onderscheid te maken tussen zaken die behoren tot de bedrijfsvoering en reguliere productie van de JGZ, en zaken die behoren tot de doorontwikkeling en de aansluiting van de JGZ op de lokale stelsels. Alvorens daarvoor een nieuwe aanpak te ontwikkelen is het advies om voorafgaand het gesprek met de opdrachtgevers te voeren (zie: aanbevelingen gemeenten).

Contactmomentenschema
Voor het aantal, de vorm en de inhoud van de contactmomenten is de aanbeveling om het productieproces JGZ te laten aansluiten op de kaders van de LPK, zodat:
- de JGZ alle LPK-contacten aanbiedt aan alle ouders en jongere. Er is dus geen sprake van structureel schrappen van een contact voor alle jeugdigen;
- onder 'contact' alle mogelijke vormen van persoonlijk contact vallen: face-to-face, telefonisch, e-consult, groepsconsult of observatie;
- de JGZ met ouders en de jongere op de evaluatiemomenten, aan het eind van elke leeftijdsfase, afspraken maakt over een passende invulling van inhoud, aantal en vorm van de JGZ-ondersteuning;
- als het goed gaat met de jeugdige en het gezin de JGZ van het LPK-contactmomentschema kan afwijken. In overleg tussen ouders en jeugdarts of jeugdverpleegkundige kan dan het besluit vallen om enkele specifieke contacten - of delen daaruit - in een andere vorm aan te bieden, bijvoorbeeld digitaal, of naar andere ontwikkelingsfasen te verplaatsen of geheel te laten vervallen. De JGZ houdt hierbij rekening met eventuele signalen van samenwerkingspartners.

Als aangrijpingspunten uit dit onderzoek geven de onderzoekers de volgende overwegingen mee:
- Overweeg een andere vorm voor het contactmoment op 8 maanden.
- Heroverweeg welke discipline een contactmoment uitvoert in de peuterperiode.
- Overweeg om tijdens de vaccinatiemomenten op 3,9 jaar meer tijd te besteden aan de signalering en preventie van overgewicht, en om een meting van lengte en gewicht te doen op 14 tot 15 jaar, met tijd voor signalering en preventie van overgewicht.
- Zet vanaf 10 tot 11 jaar meer in op preventie van middelengebruik.
- Zorg voor ouderbetrokkenheid bij het contactmoment 10 tot 11 jaar en zorg daarbij dat de SDQ standaard onderdeel is van het consult.

Met de gemeentelijke opdrachtgevers zijn nadere afspraken nodig over de cliëntfoto: de JGZ houdt ook rekening met eerdere signalen, en over de kindcheck: de JGZ houdt ook rekening met nieuwe signalen bij broers en zussen of over ouders vanuit andere professionals.

Onderstaande aanbevelingen gaan over de doorontwikkeling van de JGZ. Het heeft de voorkeur dat gemeentelijke opdrachtgevers en CJG Rijnmond deze in samenspraak oppakken. De gemeenten geven daarbij de kaders, randvoorwaarden en uitgangspunten voor de doorontwikkeling aan (zie ook de aanbevelingen voor gemeenten) en CJG Rijnmond komt op basis daarvan met een doorontwikkelplan.

Signalering
Voor de signalering is de aanbeveling om hierin de volgende punten mee te nemen:
- Overweeg om een instrument in te zetten om signalen van een postnatale depressie beter te kunnen herkennen, bijvoorbeeld de Edinburgh Postnatal Depression Scale. Maak duidelijk welke vervolgstappen na signalering nodig zijn.
- Organiseer meer aandacht voor sociaal-emotionele vaardigheden (weerbaarheid, kwetsbaarheid, coping) van het kind en maak duidelijk welke vervolgstappen na signalering nodig zijn.
- Organiseer meer aandacht voor risicofactoren en beschermende factoren op ouderniveau.
- In het kader van preventie en het vroegtijdig bieden van laagdrempelige zorg: zet in VO-3 niet alleen instrumenten in voor richtinggevende diagnostiek, maar ook voor generieke signaleringsinstrumenten voor de signalering van psychosociale problemen.
- Zet signaleringsinstrumenten in voor de signalering van opvoed- en opgroeiproblemen.

- Daarnaast is het binnen het kinddossier voor de signalering van risicoprocessen een aandachtspunt om risico's die in het verleden hebben gespeeld beter in het zicht te houden.

Doorontwikkeling ETM

Voor het ETM is de aanbeveling om de volgende punten mee te nemen:

- Maak de ambitie voor en de eisen aan dit instrument duidelijk. Neem de verbeterpunten mee in de doorontwikkeling van het ETM. Denk hierbij ook aan het eenduidig gebruik van instrumenten die helpen bij het scoren van de subdomeinen in het ETM, zoals de SDQ. Deze aanbeveling staat in het licht van het gegeven dat er binnen de JGZ geen ander instrument is met een overeenkomstig doel als het ETM.
- Zorg voor blijvende aandacht voor een verdere onderbouwing en verantwoording van het instrument. Betrek bij een doorontwikkeling de professionals die met het instrument werken en externe deskundigen met expertise op het terrein van instrumentontwikkeling.
- Onderzoek is aan te bevelen naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het ETM nadat een verbeterde versie van het ETM is ingevoerd. Dit onderzoek staat gepland voor 2018.

Bijlagen

BIJLAGE I Methode van onderzoek

Evaluatie contactmomenten basispakket JGZ

Bij de evaluatie van de contactmomenten is ingegaan op het aantal, de vorm en de inhoud van de contactmomenten.

Deskresearch

Het huidige contactmomentenschema van CJG Rijnmond is vergeleken met de contacten die aangeboden dienen te worden volgens het Landelijk Professioneel Kader (LPK). Bij de inhoud is nagegaan welke erkende risico- en beschermende factoren op het niveau van kind en ouder/gezin[19] worden meegenomen in het vroegsignaleringsproces van CJG Rijnmond en hoe deze worden gemeten. Per contactmoment is aan de hand van een beschrijving van het werkproces nagegaan hoe de risico- en beschermende factoren in de consulten aan bod komen (bron: Handboek CJG). Onderscheid is gemaakt in de volgende bronnen van informatie: anamnese, onderzoek, observatie en vragenlijsten. Daarnaast zijn JGZ-richtlijnen en richtlijnen van CJG-Rijnmond bestudeerd. Op basis van het schema Leeftijdspecifieke preventie (NCJ)[20] en het schema Ontwikkelingsaspecten en Omgevingsinteracties (NCJ)[21] is tevens nagegaan wat cruciale momenten zijn voor preventieve activiteiten. Per factor is een inventarisatie gemaakt van instrumenten voor richtinggevende diagnostiek die worden aanbevolen door diverse richtlijnen. De informatie afkomstig van de JGZ-richtlijnen en het NCJ (NCJ Schema instrumenten voor richtinggevende diagnostiek) is hierbij als leidend gezien. Indien hieruit geen informatie beschikbaar was is in een enkel geval gebruik gemaakt van andere richtlijnen (Richtlijn jeugdhulp en jeugdbescherming).

Werksessies met professionals

De uitkomsten van deze deskresearch zijn vervolgens getoetst in werksessies met professionals. Er zijn vijf werksessies georganiseerd, één werksessie per ontwikkelingsfase (0-6 maanden, 7-12 maanden, 1-4 jaar, 4-12 jaar en 12-18 jaar). Aan elke werksessie nam een jeugdarts, een jeugdverpleegkundige en een orthopedagoog deel (m.u.v de sessie over 4-12 jaar waar geen orthopedagoog bij aanwezig was).

Evaluatie Ernsttaxatiemodel (ETM)

De evaluatie van het ETM bestond uit een kwalitatief onderdeel en een kwantitatief onderdeel. In het kwalitatieve onderdeel is bij jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen nagegaan wat hun ervaringen zijn met het gebruik van het ETM, de implementatie, hoe ze de mate van ondersteuning en waardering ervaren en hoe het ETM eventueel verbeterd zou kunnen worden. Voor de kwantitatieve evaluatie van het ETM is nagegaan 1) wat de samenhang is tussen door ouders of jongeren gerapporteerde vragenlijsten (BITSEA en SDQ) en scores op het ETM, 2) welke vervolgacties de JGZ-professionals inzetten op basis van de scores op het ETM en 3) wat de reden is om een extra contactmoment zorg in te zetten.

Kwalitatief

Zestien semi-gestructureerde interviews met CJG-professionals zijn gehouden: acht interviews met jeugdverpleegkundigen en acht interviews met jeugdartsen. De professionals zijn geworven door CJG Rijnmond. Bij de werving van respondenten is rekening gehouden met een gelijke verdeling van professionals werkzaam in Rotterdam of een regiogemeente en met de doelgroep waarmee men werkt (0-4, 0-12, 4-19 jaar). Op basis van deze kenmerken en de diversiteit in aantal jaren werkervaring, is de inschatting dat een representatieve groep professionals is geïnterviewd. De interviews zijn opgenomen en woordelijk uitgewerkt.
Om inzicht te krijgen in de achtergrond van het ETM is documentatie over het ETM[22] bestudeerd en zijn twee gesprekken gevoerd met stafmedewerkers van CJG Rijnmond.

Kwantitatief

Gegevens uit het elektronische kinddossier (Kidos) van CJG-Rijnmond zijn gebruikt van de consulten die tussen 1 juli 2015 en 1 juli 2016 hebben plaatsgevonden. Het betreft de consulten op 2 jaar (n=13.038), in groep 2 (n=12.488) en in de brugklas (VO1; n=12.817).
Gegevens omvatten de ETM eindscore en de ETM scores op de verschillende subdomeinen, de BITSEA gegevens voor kinderen van 2 jaar, de SDQ gegevens voor kinderen in groep 2 en jeugdigen in de brugklas, het type vervolgactie en demografische gegevens.

Inventarisatie samenwerking netwerkpartners

Medio 2016 is onder alle CJG-locaties (n=24) een digitale enquête uitgezet om meer inzicht te krijgen in de lokale samenwerkingsrelaties van de JGZ-teams in het kader van vroegsignalering. Van 35 organisatiesoorten is nagevraagd hoe belangrijk deze organisatiesoort is, of men er contact mee heeft en of men tevreden is met het contact. Daarnaast is geïnventariseerd of er schriftelijke samenwerkingsovereenkomsten zijn, welke structurele overleggen er zijn en of er 'best practices' te benoemen zijn. Alle CJG-locaties hebben een ingevulde vragenlijst teruggestuurd.

---

19 Het betreffen risico- en beschermende factoren die samen met een wetenschappelijke adviesgroep zijn opgesteld (Beleidskader Jeugd, Gemeente Rotterdam, 2015)

20 www.ncj.nl/toolbox-basispakket-jgz1/uitvoeringsvarianten/leeftijdspecifieke-preventie

21 assets.ncj.nl/docs/d5771c50-bac7-4fb6-a307-e302b14d664b.pdf

22 Werkinstructie ETM, Jaarverslag CJG 2015, rapport evaluatie ETM (R. Jansen e.a., 2014)

BIJLAGE II Signalering risico- en beschermende factoren

Deze bijlage bevat de uitwerking van de onderzoeksvragen uit het onderzoek Vroegsignalering JGZ 2016:

> Worden de contactmomenten JGZ op de juiste manier en op het juiste moment ingezet? Zo niet, hoe kan het huidige contactmomentenschema het beste worden aangescherpt (wat betreft frequentie, vorm, leeftijdsmoment)?
>
> Vertaald als waarop signaleren we en wanneer signaleren we?
> - Welke erkende risico- en beschermende factoren[23], met betrekking tot de domeinen kind en gezin, worden meegenomen in het (vroeg) signaleringsproces van CJG Rijnmond in verschillende ontwikkelingsfasen van kinderen en jongeren?
> - Hoe worden deze factoren gemeten cq uitgevraagd door de JGZ?

Beschrijving werkwijze

In eerste instantie is een deskresearch uitgevoerd. Per contactmoment is aan de hand van een beschrijving van het werkproces nagegaan hoe de risico- en beschermende factoren in de consulten aan bod komen (bron: Handboek CJG). Onderscheid is gemaakt in de volgende bronnen van informatie: anamnese, onderzoek, observatie en vragenlijsten. Daarnaast zijn JGZ-richtlijnen en richtlijnen van CJG-Rijnmond bestudeerd. Op basis van het schema Leeftijdspecifieke preventie (NCJ)[24] en het schema Ontwikkelingsaspecten en Omgevingsinteracties (NCJ)[25] is tevens nagegaan wat cruciale momenten zijn voor preventieve activiteiten.

De uitkomsten van deze deskresearch zijn vervolgens getoetst in werksessies met professionals. Er zijn vijf werksessies georganiseerd, één werksessie per ontwikkelingsfase (0-6 maanden, 7-12 maanden, 1-4 jaar, 4-12 jaar en 12-18 jaar). Aan elke werksessie nam een jeugdarts, een jeugdverpleegkundige en een orthopedagoog deel (m.u.v de sessie over 4-12 jaar waar geen orthopedagoog bij aanwezig was).

Kindfactoren

Lichamelijke gezondheid

Voor overgewicht geeft het schema Leeftijdspecifieke preventie de volgende momenten aan: 6 maanden, 11 maanden, 2 jaar, 3,9 jaar, 5-6 jaar, 9 jaar, 13 jaar, 14-16 jaar; andere momenten op indicatie.
Lichamelijke gezondheid, waaronder chronische ziekten en overgewicht, komt standaard in de contactmomenten aan de orde. Omdat er geen contactmomenten bij 3,9 jaar en 9 jaar zijn, vindt hier geen meting van lengte en gewicht plaats en ontbreekt eventuele inzet van preventieve activiteiten ter voorkoming van overgewicht. Bij 14-15 jarigen vindt ook geen meting plaats. Hiermee is geen inzicht in voorkomen van overgewicht.

Ontwikkelachterstand

Onder ontwikkelachterstand wordt ook verstaan licht verstandelijke beperking (LVB), intelligentie en taalontwikkeling. Voor de spraak/taalontwikkeling geeft het schema Leeftijdspecifieke preventie aan dat het contactmoment bij 2-jarigen en bij 5-6 jarigen cruciale momenten zijn voor de inzet van preventieve activiteiten.

Het signaleren van een ontwikkelachterstand vindt plaats op alle contactmomenten. LVB en intelligentie spelen in de eerste twee jaar nog geen rol; het onderscheid tussen ontwikkelachterstand en taalontwikkeling is op deze leeftijd niet zinvol. Dit komt pas vanaf peuterleeftijd. CJG Rijnmond doet zelf geen onderzoek naar LVB of intelligentie. Indien een kind achterblijft in zijn ontwikkeling kan het aanleiding zijn om door te verwijzen (vaak medische oorzaak). JGZ-professionals krijgen in 2016 en 2017 een training over het herkennen van signalen van LVB. Dit is een basiscursus van Stichting MEE die is gericht op het communiceren met ouders met LVB over de ontwikkeling van het kind. In eerste instantie is dit voor de professionals in Rotterdam; de professionals in de regio volgen later. Stichting MEE is een verdiepende module aan het ontwikkelen die mogelijk later wordt ingezet.

Hechting, vroege trauma's

Volgens het schema Ontwikkelingsaspecten en Omgevingsinteracties moet er aandacht zijn voor hechting bij kinderen van 0-14 maanden. Professionals geven echter aan dat

23 Het betreffen risico- en beschermende factoren die samen met een wetenschappelijke adviesgroep zijn opgesteld (Beleidskader Jeugd, Gemeente Rotterdam, 2015)
24 www.ncj.nl/toolbox-basispakket-jgz1/uitvoeringsvarianten/leeftijdspecifieke-preventie
25 https://assets.ncj.nl/docs/d5771c50-bac7-4fb6-a307-e302b14d664b.pdf

hechting bij alle contactmomenten onder de aandacht moet zijn, als mogelijke oorzaak van problemen. Hechtingsproblematiek kan bijvoorbeeld op latere leeftijd tot uiting komen in gedragsproblemen of problemen bij de identiteitsontwikkeling (pubertijd).

Bij hechting observeren professionals vooral de ouder-kind-relatie. Het thema hechting is onder de aandacht bij CJG Rijnmond, maar verbeteringen zijn mogelijk. JGZ-professionals krijgen op dit moment een training waarin ingegaan wordt op hoe de hechtingsrelatie versterkt kan worden en hoe in het consult aandacht gegeven kan worden aan hechting. Het doel van deze training is o.a om meer bewustwording te creëren bij professionals. Een onderdeel van de training is hoe ouders in hun kracht gezet kunnen worden. In de training komt op dit moment nog niet aan de orde hoe mogelijke hechtingsproblemen gesignaleerd kunnen worden. Dit is nog in ontwikkeling. Wel bestaat er voor CJG-locaties in Rotterdam de mogelijkheid om de orthopedagoog in te schakelen die een rol spelen kan spelen bij nadere duiding en kortdurende begeleiding.
Vroege trauma's worden nagegaan door te vragen naar ingrijpende gebeurtenissen.

Ingrijpende gebeurtenissen zoals ziekenhuisopnames, scheidingen etc. worden uitgevraagd bij het geboortehuisbezoek. In principe komt de vraag naar het meegemaakt hebben van ingrijpende gebeurtenissen bij elk contactmoment aan de orde.

(Vroeg) seksueel gedrag
Het schema Leeftijdspecifieke preventie geeft aan dat er aandacht voor de seksuele ontwikkeling moet zijn in de periode tussen 2 en 3 jaar, bij 3.9 jaar, 10-11 jaar en 14 jaar. De JGZ-richtlijn Seksuele Ontwikkeling geeft aan dat JGZ-professionals proactief vragen naar de seksuele ontwikkeling van kinderen en jongeren op verschillende momenten. Per leeftijdsfase is omschreven hoe het onderwerp seksuele gezondheid aan de orde kan komen en welke preventieve activiteiten ingezet kunnen worden.

In de praktijk merken JGZ-professionals dat ouders in de peuterperiode veel vragen hebben over seksueel gedrag, maar stellen zelf niet actief vragen over dit onderwerp. Het komt aan de orde als ouders hier zelf vragen over hebben. Professionals geven aan het belangrijk te vinden om meer voorlichting te geven. Niet alleen wanneer er sprake is van afwijkend gedrag, maar ook over de normale seksuele ontwikkeling op jonge leeftijd.

Bij het contactmoment in groep 7 (10-11 jarigen) kan seksuele ontwikkeling aan de orde komen, vooral bij meisjes die al aan het puberen zijn. Ook hier gaat het niet om proactief vragen stellen, maar meer als er aanleiding voor is. Een knelpunt bij dit contactmoment is dat een gesprek alleen plaatsvindt als er een ouder bij aanwezig is.

In de adolescentiefase is er zowel bij VO1 als bij VO3 aandacht voor seksuele ontwikkeling in de vragenlijst; twee vragen bij VO1 (seksueel actief, tegen zin seksuele handelingen verricht), bij VO3 vragen uit het onderzoek Seks onder je 25e. Seksuele gezondheid kan ook in het gesprek met de jeugdverpleegkundige aan de orde komen. Onvrijwillige seks is bij VO3 één van de indicaties om een jongere uit te nodigen voor een gesprek.

School / werk en vriendschappen
Onder school, werk en vriendschappen wordt ook verstaan schoolprestaties, schoolsucces / verzuim, pesten.

Hoewel pesten vóór de leeftijd van 4 jaar nog weinig voorkomt, is het volgens de richtlijn pesten van het NCJ belangrijk dat er al in de periode 0-4 jaar aandacht is voor voorlopers van pesten. Zo geeft buitensporig agressief gedrag bij kinderen jonger dan 4 jaar en een autoritaire opvoedstijl van ouders waarschijnlijk een grotere kans op pestgedrag op latere leeftijd bij de kinderen. Daarom zou er tijdens alle contactmomenten JGZ (ouder)voorlichting moeten worden gegeven ter preventie van pesten, op indicatie weerbaarheidstraining en /of opvoedondersteuning geboden moeten worden en al bij jonge kinderen (0-4 jaar) aandacht moeten zijn voor agressief gedrag. De onderdelen schoolprestaties, schoolsucces / verzuim, vriendschappen en werk komen in de richtlijnen niet voor.

In de praktijk is er vanaf 5-6 jaar op elk moment aandacht voor schoolfactoren, pesten en vriendschappen. Pesten en vriendschappen komen naar verwachting bij gedrag bij de voorbesprekingen aan de orde. Als de kinderen nog niet op school zitten wordt gevraagd naar hoe het op het kinderdagverblijf of peuterspeelzaal gaat. Voorafgaand aan het consult op 5-6 jaar in groep 2, in groep 7 en in de eerste klas van het voortgezet onderwijs worden alle kinderen met de school van te voren besproken. De school geeft aan of er al dan niet bijzonderheden zijn op het gebied van o.a. verzuim. Bij toestemming worden deze bijzonderheden met de JGZ gedeeld.

26 www.ncj.nl/richtlijnen/jgzrichtlijnenwebsite/details-richtlijn/?richtlijn=2

Daarnaast heeft de JGZ een rol bij het terugdringen van geoorloofd schooluitval. Er is een werkbeschrijving 'Terugdringen schooluitval' van CJG Rijnmond welke gebaseerd is op een landelijke handreiking "Snel terug naar school is veel beter". In de werkbeschrijving staat duidelijk beschreven wat de rol van de jeugdverpleegkundige en de jeugdarts is. In de werksessies is gezegd dat deze rol door tijdsdruk moeilijk uit te voeren is.

Temperament en identiteitsontwikkeling
Temperament en identiteitsontwikkeling zijn geen onderwerpen waar in de praktijk een duidelijk beeld over bestaat van wat het nu precies is. Temperament komt alleen als risicofactor voor in de richtlijn psychosociale problemen van het NCJ/RIVM. Identiteitsontwikkeling komt in geen van de richtlijnen of handboeken voor. Temperament en identiteitsontwikkeling worden door sommigen als een persoonlijkheidskenmerk gezien en door anderen meer onder gedrag geschaard.

Temperament komt al op jonge leeftijd aan de orde tijdens de consulten in de zin van dat er gevraagd wordt: 'Hoe zou je je kind omschrijven?'. Uit het antwoord kan dan meestal wel iets van een temperament worden afgeleid (kind is makkelijk, gevoelig, snel van streek, pittig etc). Over het algemeen wordt er alleen dieper op temperament ingegaan wanneer de ouder er niet mee kan omgaan of temperament van het kind en de ouder botsen.

Op de peuterleeftijd (2-3 jaar) en in de basisschoolleeftijd wordt via anamnese ('Hoe zou je je kind omschrijven?') en observatie aandacht besteed aan temperament en/of identiteitsontwikkeling. In het voortgezet onderwijs komen problemen met temperament en/of identiteitsontwikkeling weleens binnen via de school of mentor. Het wordt echter niet structureel uitgevraagd.

Probleemoplossend vermogen
Onder probleemoplossend vermogen verstaan we de vaardigheid om cognitieve processen te gebruiken bij het oplossen van problemen waarbij de oplossing niet voor de hand ligt ook wel coping genoemd.

Probleemoplossend vermogen komt in deze bewoording in geen van de richtlijnen voor. In de praktijk is er voor probleemoplossend vermogen als apart onderwerp geen aandacht. Het wordt meer gezien als onderdeel van LVB, intelligentie, ontwikkelingsachterstand, taalachterstand.

Sociale en emotionele vaardigheden
Onder emotionele en sociale vaardigheden worden in dit rapport weerbaarheid, kwetsbaarheid en coping vaardigheden verstaan.
Sociale- en emotionele vaardigheden in de zin van weerbaarheid, kwetsbaarheid en coping komen niet voor in de richtlijnen JGZ. In de praktijk is er in deze context geen aparte aandacht voor.

Sociale- en emotionele vaardigheden komen wel aan de orde in de zin van emotionele en gedragsproblemen. De verder uitwerking hiervan wordt beschreven onder psychosociale problemen.

Psychosociale problemen
Onder psychosociale problemen wordt verstaan: emotionele problemen ofwel internaliserende problemen (zoals angst, teruggetrokkenheid, depressieve gevoelens, psychosomatische klachten), gedragsproblemen ofwel externaliserende problemen (zoals agressief gedrag, onrustig gedrag en delinquent gedrag) en sociale problemen, dit zijn problemen die het kind heeft in het maken en onderhouden van het contact met anderen (onder prosociale waarde verstaan we empathie en altruïsme wat we beschouwen we als een onderdeel van sociale vaardigheden en daarmee deels het tegenovergestelde van sociale problemen, hoewel dit niet expliciet zo vermeld wordt in de richtlijn)[27].

De JGZ-richtlijn Vroegsignalering van Psychosociale problemen stelt dat als hulpmiddel bij de vroegsignalering een (veelbelovend) generiek signaleringsinstrument ingezet moet worden (bijvoorbeeld BITSEA en SDQ). Ook in de richtlijn Opvoedondersteuning wordt aanbevolen om een instrument in te zetten voor het signaleren van psychosociale problemen. CJG Rijnmond werkt met deze lijsten met uitzondering van het contactmoment in VO3 waar lijsten voor richtinggevende diagnostiek worden ingezet.

Volgens het overzicht Leeftijdspecifieke preventie moet er gedurende de hele periode 0-19 jaar op indicatie aandacht zijn voor psychosociale problemen. De JGZ heeft in de schoolperiode (4-19 jaar) echter een beperkt aantal contactmomenten. Als ouders duidelijk maken dat er problemen zijn op het psychosociale vlak dan kunnen deze in elk consult (behalve de vaccinatiemomenten) worden besproken. Verder komen psychosociale problemen in ieder geval aan de orde op 2 jaar, in groep 2 en in VO1 met behulp van de vroegsignaleringslijsten BITSEA (2 jaar), SDQ (groep

27 Postma S JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen. Samenvatting. RIVM, Centrum Jeugdgezondheid, Bilthoven, 2008.

2 en VO1). De SDQ in groep 7 wordt alleen besproken als de ouders er bij zijn. In VO3 wordt de werkwijze 'Jij en Je Gezondheid' gebruikt. Jij en Je Gezondheid is een werkwijze waarmee leerlingen vanaf 12 jaar met risicogedragingen worden opgespoord, ondersteund en zo nodig worden toegeleid naar veelbelovende en effectieve (preventie) programma's. Jij en Je Gezondheid bestaat uit screeningslijsten (instrumenten voor richtinggevende diagnostiek). Deze instrumenten richten zich NIET op psychosociale problemen, maar op DSM-5 gerelateerde problemen (onder andere op het gebied van: angst, depressie, suïcide, zelfbeschadiging, eetproblemen, slaapproblemen, piekeren, psychose). De richtlijn geeft aan dat de JGZ-professional het initiatief moeten nemen om de samenwerking met partners (school, voorschoolse voorzieningen, geboortezorg professionals, huisarts, wijkteams, jeugd GGZ, jeugdhulp, CJG en Veilig Thuis) beter te laten verlopen. Bij groep 2 en het VO1 consult komen sociaal-emotionele problemen en gedrag ook aan de orde in de voorbesprekingen met de scholen en worden ook met de ouders en de leerlingen besproken. Volgens het schema Ontwikkelingsaspecten en Omgevingsinteractie moet er op de leeftijd tussen 9-11 maanden aandacht zijn voor internaliserende problemen waarmee op deze leeftijd specifiek verlatingsangst bedoeld wordt. In de praktijk is op deze leeftijd geen specifieke aandacht voor verlatingsangst omdat er geen contactmoment is, maar ook op andere contactmomenten is er niet op een structurele manier aandacht voor verlatingsangst. Sociaal emotionele vaardigheden zouden volgens het schema Ontwikkelingsaspecten en Omgevingsinteractie op de leeftijd 4-6 jaar en 14-17 jaar aan bod moeten komen. De leeftijd van 4-6 jaar wordt gedekt door afname van de SDQ in combinatie met een gesprek / anamnese en/of in overleg met scholen met uitzondering van de non-respons.

Het vroegsignaleren van psychosociale problemen is verder ook van belang om in een vroeg stadium signalen op te pikken van psychiatrische aandoeningen als ASS, ADHD, angst en depressie. De JGZ-richtlijnen voor ASS, ADHD, Angst en Depressie komen in de volgende paragraaf Psychiatrische stoornissen aan de orde.

Psychiatrische stoornissen

Onder psychiatrische stoornissen worden autisme spectrum stoornis, psychische en psychiatrische stoornis (Angst, ADHD, angststoornissen, depressie) geschaard.
Globaal adviseren de JGZ-richtlijnen ASS, ADHD, Angst en Depressie dezelfde stappen. Allereerst, vroegtijdig oppikken van signalen met behulp van generieke instrumenten waarin ook enkele stoornis specifieke kenmerken zitten (bijvoorbeeld BITSEA, SDQ, Van Wiechen). Informatie moet komen uit verschillende bronnen en in verschillende situaties worden verzameld (ook van ouders, kinderdagverblijven, scholen) en met behulp van anamnese. Vervolgens is het devies om de signalen te blijven volgen. Als de signalen aanblijven en er zijn vermoedens van een stoornis dan is de volgende stap te screenen met signalerings-specifieke instrumenten of met een stoornis specifieke anamnese (voor ASS de CoSoS/ESAT[28]; voor ADHD de ADHD vragenlijst[29]; voor angst het afnemen van een angstspecifieke anamnese of bijvoorbeeld de SCARED-NL[30]; voor depressie de CDI of de CES-D[31]).). Als vermoedens in deze stap bevestigd worden dan doorverwijzen.

Het schema Leeftijdspecifieke preventie geeft aan dat de leeftijden van 11 maanden, 18 maanden en 2 jaar cruciale momenten voor preventie zijn van ASS. In de praktijk is er op 11 maanden geen inhoudelijk contactmoment (alleen een vaccinatie moment) en op 18 maanden ontbreekt een contactmoment. Hierdoor is er op deze momenten geen aandacht voor ASS. Volgens de JGZ-richtlijn ASS zijn vroege signalen van ASS met een 8-tal specifieke items uit het Van Wiechenonderzoek op te pikken en wel op 8 maanden, 12 maanden, 15 maanden, 18 maanden en 2 jaar. Het gaat hierbij om mogelijk vroege signalen en deze alleen geven nooit aanleiding voor vervolgacties. Het Van Wiechenonderzoek wordt al vanaf de eerste maand afgenomen en dient primair ten behoeve van het volgen van de ontwikkeling van

28 Voor een juiste toepassing moet de JGZ professional getraind zijn in de afname van de CoSoS/ESAT. Bij de CoSoS/ESAT wordt een e-learning module ontwikkeld. Bron: www.ncj.nl/richtlijnen/jgzrichtlijnenwebsite/details- richtlijn/?richtlijn=25&rlpag=974 (download: 7 november 2016).

29 De AVL moet worden geïnterpreteerd door een gedragsdeskundige of diagnosticus (Bron: www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Instrumenten/Zoek-een-instrument/ADHD-vragenlijst-(AVL); 7 november 2016).

30 De SCARED-NL is een zelfrapportage screeningslijst die afgenomen en geïnterpreteerd dient te worden door klinische werkende psychologen en personen uit aanverwante disciplines (bijvoorbeeld psychiaters, orthopedagogen, maatschappelijk werkers, schoolpsychologen. Bron: NCJ schema instrumenten richtinggevende diagnostiek.

31 De CDI (Child Depression Inventory) kan individueel (voorkeur zeker voor kinderen jonger dan 9 jaar) maar ook op groepsniveau worden afgenomen. De gebruiker zou een master moeten hebben in (para)medische wetenschappen, psychologie of (ortho)pedagogiek, of een HBO diploma toegepaste psychologie. De CES-D heeft als doel het vaststellen van depressieve gevoelens bij bevolkingsgroepen. De vragenlijst vereist geen specifieke kenmerken van gebruikers.

het kind. Het Van Wiechenonderzoek kent een aantal kenmerken die mogelijkerwijs aanwijzingen voor ASS kunnen geven (bijvoorbeeld lacht niet naar anderen, reageert niet wanneer hij/zij wordt toegesproken). Vanaf het 14 maanden consult wordt ook via observatie van het kind gelet op symptomen van ASS; zo ook op 2 jaar en 3 jaar (door de JA; bijvoorbeeld niet reageren op andere mensen; problemen in de sociale interactie). Bij genoeg aanwijzingen probeert men ouders door te verwijzen naar de pedagoog. Vaak zijn de ouders nog niet klaar om te horen dat er iets mis is met het kind. De pedagoog kan hierbij belangrijke eerste ondersteuning aan ouders bieden om hen langzaam voor te bereiden op een eventueel vervolgtraject in het kader van ASS. Als er al vermoedens waren van ASS dan komen die op de basisschool vaak ook naar voren in de voorbesprekingen (in termen van gedrag).

ADHD, angst en depressie worden niet als zodanig benoemd, maar symptomen ervan komen wel aan de orde via het afnemen van generieke vroegsignaleringsinstrumenten voor psychosociale problemen (BITSEA, SDQ), anamnese en in het contact met de scholen, zoals in voorgaande paragraaf over psychosociale problemen is beschreven. Verder is in Jij en Je gezondheid nog een vragenlijst over Faalangst opgenomen (geen oproepindicatie) en een vragenlijst voor het meten van angst en depressie (RCADS-25). Het betreft niet gevalideerde vragenlijsten voor richtinggevende diagnostiek die momenteel nog onderzocht worden op psychometrische kenmerken.
Het afnemen van vragenlijsten voor richtinggevende diagnostiek nadat er signalen en vermoedens zijn in een bepaalde richting wordt in de praktijk nog niet gedaan. De enige uitzondering is dan in VO3, waar alleen maar lijsten voor richtinggevende diagnostiek worden afgenomen.

Middelengebruik
Onder middelengebruik valt het gebruik van alcohol, soft- en harddrugs, maar ook roken.

Er zijn geen richtlijnen van het NCJ met betrekking tot middelengebruik. Het schema Leeftijdspecifieke preventie geeft alleen voor roken een leeftijdsindicatie. Cruciale momenten voor de inzet van preventieve activiteiten zijn de leeftijd van 10-11 jaar en de adolescentiefase.

Bij 10-11 jarigen is er weinig proactief aandacht voor gebruik van genotmiddelen (roken, alcohol, drugs). Indien ouders niet aanwezig zijn bij het consult, komt dit onderwerp helemaal niet aan bod. In de adolescentiefase is er zowel bij VO1 als bij VO3 aandacht voor genotmiddelengebruik in de vragenlijst. Bij VO3 worden vragenlijsten uit Jij en je gezondheid gebruikt over de onderwerpen alcohol, roken, cannabis, XTC en waterpijp. Professionals vragen zich bij de vragen over middelengebruik wel af of deze betrouwbare antwoorden opleveren. Indien de signalen duiden op (risico tot) problematisch gebruik, kan de ASSIST[32] in een vervolggesprek afgenomen worden. Dit gebeurt echter in de praktijk vrijwel niet. CJG Rijnmond heeft een Richtlijn Alcohol en Drugs ontwikkeld. Hierin wordt o.a. ingegaan op theoretische achtergrond, signalering en het gebruik van de ASSIST. Middelengebruik kan ook in het gesprek met de jeugdverpleegkundige aan de orde komen. Bij VO3 is frequent middelengebruik een indicatie om een jongere uit te nodigen voor een gesprek.

Sociale participatie en burgerschap – verschillen in pedagogisch klimaat
Deze thema's komen veelal niet actief aan de orde in de consulten; vallen niet primair binnen de scope van de JGZ.

Ouderfactoren

Prenatale risicofactoren
In het samenwerkingsconvenant 'Overdracht geboortezorg naar JGZ-CJG Rijnmond is vastgelegd dat er een gezamenlijke overdracht van verloskundigen en kraamzorg naar CJG Rijnmond plaats moet vinden. In het hele werkgebied van CJG Rijnmond wordt hiervoor dezelfde werkwijze en hetzelfde overdrachtsformulier gebruikt. Op het overdrachtsformulier kunnen gegevens geregistreerd worden over o.a. de bevalling, geboorte uitkomsten (o.a geboortegewicht, pre/dysmaturiteit, aangeboren afwijkingen), sociale factoren (taalbarrière, laaggeletterdheid, woonomstandigheden, roken, hechting binnen gezin, stabiliteit gezinssituatie, moeder/vader kan gezinssituatie aan) en informatie vanuit de Checklist Vroegsignalering in de kraamtijd. De kwaliteit van de informatie die wordt overgedragen is echter wisselend. Prenatale risicofactoren komen ook aan de orde bij het geboortehuisbezoek en in de vragenlijst van Stevig Ouderschap (vroeggeboorte, laag geboortegewicht). In het Kidos worden een lage APGAR score, vroeggeboorte, laag geboortegewicht en aangeboren afwijkingen als stabiele factoren geregistreerd.

Opvoedvaardigheden
Onder opvoedvaardigheden vallen emotionele zorg, opvoedkwaliteit en opvoedcompetentie, maar ook de ouder-kind relatie.

32 ASSIST: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

Volgens het schema Leeftijdspecifieke preventie is aandacht voor opvoedondersteuning nodig op de volgende leeftijdsmomenten: 4-7 dagen, 18 maanden-2 jaar, 3.9 jaar, 10-12 jaar en 14-15 jaar. De JGZ-richtlijn Opvoedingsondersteuning beveelt – ter ondersteuning en als aanvulling op de dialoog met ouders - de volgende instrumenten aan om opvoed- en opgroeiproblemen te signaleren:

- 0-1 jaar: DMO-p Samen Starten
- 1-4 jaar: DMO-p (t/m 18 maanden), SPARK (18 maanden), NOSIK (vanaf 2 jaar)
- 4-12 jaar: NOSIK[33]
- 12-19 jaar: NOSIK (t/m 14 jaar)

In de JGZ-richtlijn is een beslisschema opgenomen dat te gebruiken is bij preventie, signalering en het inzetten van interventies bij opvoedproblematiek. Dit schema is ook in het handboek van CJG Rijnmond opgenomen. Daarnaast wordt in de richtlijn Opvoedondersteuning aanbevolen om een instrument in te zetten voor het signaleren van psychosociale problemen.
In de consulten is in algemene zin aandacht voor opvoedvaardigheden. Inzicht hierin wordt verkregen door middel van observatie en door anamnese. Bij het geboortehuisbezoek wordt de vragenlijst Stevig Ouderschap uitgezet, met enkele vragen over (verwachtingen van de) opvoeding. In de werksessies wordt aangegeven dat er niet systematisch wordt geobserveerd en dat er een lacune is in de kennis en vaardigheden. Er is te weinig (bij)scholing op dit vlak. Specialistische kennis gaat ook verloren door integraal werken 0-19 jaar. In de werksessies is opgemerkt dat er relatief veel aanbod is aan interventies over opvoedingsondersteuning voor ouders van 0-4 jarigen, terwijl er voor ouders van pubers weinig aanbod is. Daarnaast is het signaleren van onvoldoende opvoedvaardigheden een neven taak van de arts, maar hoort het wel bij het standaard pakket van de verpleegkundige. Op bijna alle momenten uit het schema Leeftijdspecifieke preventie heeft de verpleegkundige contact met de ouders, met uitzondering van 3,9 jaar en vanaf 10 jaar. Vanaf de leeftijd van 10 jaar is er zeer beperkt aandacht voor opvoedvaardigheden. Het laatste contactmoment op de basisschool is bij 10-11 jaar. Bij dit contactmoment hebben de ouders de keus om wel of niet aanwezig te zijn. Indien de ouder niet aanwezig is, wordt het kind alleen gewogen en gemeten. Bij de contactmomenten op het voortgezet onderwijs zijn standaard geen ouders aanwezig.

Kindermishandeling en huiselijk geweld
Het schema Leeftijdspecifieke preventie geeft aan dat er tussen 4-7 dagen en bij 4 weken specifiek aandacht voor kindermishandeling moet zijn. Op alle andere contactmomenten als daar aanleiding voor is.

Zorgprofessionals van CJG Rijnmond zijn verplicht om te handelen volgens de Wet Meldcode Kindermishandeling en Huiselijk Geweld. In de meldcode Kindermishandeling en Huiselijk Geweld CJG Rijnmond worden de stappen beschreven die genomen dienen te worden bij een vermoeden van Kindermishandeling en Huiselijk Geweld. De meldcode CJG Rijnmond is gebaseerd op de landelijke Wet meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (1 juli 2013). Voor CJG professionals die jeugdgezondheidszorg uitvoeren is er de landelijke richtlijn JGZ richtlijn Secundaire Preventie kindermishandeling (RIVM 2010) en het Standpunt Preventie van Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) door de Jeugdgezondheidszorg (RIVM 2010). In de meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld wordt hiernaar verwezen.
In 2011 zijn op alle CJG locaties professionals benoemd tot aandachtsfunctionaris Kindermishandeling en Huiselijk Geweld (KMHG). De aandachtsfunctionaris KMHG kan door andere CJG professionals worden geconsulteerd voor inhoudelijke ondersteuning opdat de stappen van de meldcode op de juiste manier doorlopen worden.
Bij alle contactmomenten zijn JGZ-professionals alert op signalen van kindermishandeling en huiselijk geweld. Signalen kunnen bij lichamelijk onderzoek, observatie en anamnese naar voren komen. Het bespreekbaar maken van signalen is voor sommigen echter lastig. Een aandachtspunt bij kindermishandeling is dat ouders niet met kinderen vol met blauwe plekken naar het consult zullen komen. Het protocol non-bereik is in dat kader belangrijk. CJG Rijnmond ontvangt in het nieuwe jeugdstelsel niet meer direct de politiezorgformulieren; de politiezorgformulieren worden nu via Veilig Thuis naar het wijkteam gestuurd. CJG Rijnmond is hierdoor niet meer vanuit de politie op de hoogte of er sprake is van een onveilige thuissituatie en is afhankelijk van het wijkteam of deze informatie gedeeld wordt.

Ingrijpende gebeurtenissen
Onder ingrijpende gebeurtenissen vallen onder andere echtscheiding, overlijden van een naaste of ziekenhuisopnames, maar ook armoede en schulden problematiek.
Er zijn geen landelijke richtlijnen met betrekking tot ingrijpende gebeurtenissen.
Ingrijpende gebeurtenissen worden uitgevraagd bij het geboortehuisbezoek. In principe komt de vraag naar het meegemaakt hebben van ingrijpende gebeurtenissen in elk contactmoment aan de orde. Het wordt echter meer in algemene zin nagevraagd en niet gestructureerd.
Informatie over ingrijpende gebeurtenissen kan ook via derden (bijvoorbeeld school) binnen komen. Dit kan vervolgens een indicatie zijn voor een gesprek.

33 De NOSIK zou meer selectief gebruikt moeten worden voor gezinnen in risicosituaties en onder supervisie van een gedragswetenschapper.

Naar armoede of schulden wordt niet expliciet gevraagd. Er wordt op ingegaan als er aanleiding toe is, bijvoorbeeld in het geval dat ouders werkeloos zijn geworden of dat ouders gaan scheiden. Armoede en schulden geven stress, maar zorgen er ook voor dat kinderen niet mee kunnen doen aan normale activiteiten als zwemles, sport of schooluitjes. Professionals geven aan dat het in een consult wel 'snel' naar voren komt. CJG Rijnmond verwijst na signaleren door naar bijvoorbeeld de Vraagwijzer. Aangegeven is dat het belangrijk is om in deze gevallen een extra contactmoment in te plannen.

Problemen ouders
Onder problemen ouders vallen onder andere LVB van de ouder, mishandelingsverleden ouder, hechtingsgeschiedenis ouder, verslaving ouder, psychische stoornissen ouder, sociale problemen ouder, delinquentie ouder en lichamelijke gezondheid van de ouders

Lichamelijke gezondheid van de ouders komt aan de orde tijdens het geboortehuisbezoek. LVB ouder(s) als dat bekend is en de andere factoren worden door verloskundige/kraamzorg overgedragen aan de JGZ alleen als het een multiprobleem gezinnen betreft ('warme overdracht'). De overdracht van verloskundigen en kraamzorg naar JGZ/CJG vindt plaats in het kader van de samenwerkingsconvenant 'Overdracht geboortezorg naar JGZ-CJG Rijnmond'(maart 2016) en is in lijn met het JGZ-standpunt 'Gegevensoverdracht van kraamzorg en verloskunde naar Jeugdgezondheidszorg'. Het standpunt geeft een ontwikkelingsrichting aan ter waarborging van de continuïteit van zorg na de geboorte.

Bij het geboortehuisbezoek wordt de vragenlijst Stevig Ouderschap uitgezet, met enkele vragen over mishandelingsverleden, hechtingsgeschiedenis, verslaving, psychische stoornissen (verwachtingen van de) opvoeding. Op basis van de scores op de vragenlijst Stevig Ouderschap wordt bepaald of er risicofactoren aanwezig zijn voor opvoedingsproblematiek en kindermishandeling en deze bepalen of gezinnen in aanmerking komen voor extra begeleiding (interventie). Tot 6 maanden kan men instromen in de interventie die tot het kind 2 jaar is kan duren. Gemiddeld krijgen gezinnen die instromen 6 huisbezoeken door een speciaal getrainde Stevig Ouderschap verpleegkundige. Op latere leeftijdsmomenten komen deze onderwerpen alleen aan bod indien de ouder zelf aangeeft dat hier problemen mee zijn.

Achtergrondkenmerken gezin / ouders
Bij achtergrond kenmerken van het gezin kan gedacht worden aan één-ouder gezin, groot kindertal, enig kind, etnische herkomst, anderstalig en opleidingsniveau ouder. Volgens het schema Ontwikkelingsaspecten en Omgevingsinteractie moet er in de eerste maand na de geboorte aandacht zijn voor de veranderde gezinssamenstelling. Elk type gezinssamenstelling zal zijn eigen risicofactoren met zich meebrengen. In een één-ouder gezin zullen eerder financiële problemen of beperkte steun van de andere ouder een risico kunnen zijn voor de ontwikkeling, terwijl bij hele grote gezinnen bijvoorbeeld eerder beperkte aandacht voor de baby een rol zal spelen.

De factoren gezinssamenstelling, herkomst, anderstaligheid en opleidingsniveau komen alleen aan de orde tijdens het geboortehuisbezoek. Tijdens het geboortehuisbezoek wordt een standaard formulier met de ouders doorlopen en ingevuld. Een groot deel van deze factoren is dan al bekend door de overdracht van verloskundige en/of kraamzorg aan de JGZ. Voor deze overdracht wordt ook een standaard formulier ingevuld. Afhankelijk van het ingeschatte risico door verloskundige/kraamhulp geeft de ouder dit formulier zelf door aan de JGZ of wordt het telefonisch of digitaal besproken tussen verloskundige/kraamhulp en JGZ of vindt er een zogenaamde warme overdracht plaats.

In het kader van de Voorschoolse en Vroegschoolse Educatie (VVE)-indicatie wordt de taal die thuis wordt gesproken en het opleidingsniveau van de ouders tijdens het 14 maanden consult nogmaals uitgevraagd (anamnese). Vanuit de praktijk wordt aangegeven dat ook etnische herkomst nog wordt nagevraagd.

De factoren gezinssamenstelling, herkomst, anderstaligheid en opleidingsniveau worden voorafgaand aan het groep 2 consult door de doktersassistente nagevraagd.

BIJLAGE III Signalering kind- en ouderfactoren: vergelijking met richtlijnen

In tabel 2-1 (kindfactoren) en tabel 2-2 (ouderfactoren) is per factor schematisch weergegeven hoe deze in het signaleringsproces aan de orde komt. De opbouw van de tabel staat uitgelegd in het kader. De resultaten die in de tabellen staan weergegeven volgen in paragraaf 2.4.1 (Signalering) en 2.4.2 (Richtinggevende diagnostiek).

Tabel 2-1 en tabel 2-2 zijn als volgt opgebouwd:

- In de eerste kolom staan de factoren. Een factor is groen als uit de deskresearch en werksessies is gebleken dat deze onder de scope van CJG Rijnmond valt en in rood als dit niet het geval is.
- In de tweede kolom 'Signalering door:' staat per factor op wat voor manier deze bij CJG Rijnmond aan de orde komt (anamnese, observatie, vragenlijst, onderzoek etc.).
- In de derde kolom staat per factor aangegeven welke signaleringsinstrumenten door de richtlijn worden aanbevolen te gebruiken. Niet voor alle factoren is een richtlijn ('geen JGZ-richtlijn). Soms is er wel een richtlijn maar wordt geen specifieke vragenlijst aanbevolen maar worden bijvoorbeeld wel standaardanamnese vragen gegeven in de richtlijn.
- In de vierde kolom staat aangegeven of CJG Rijnmond het advies van de richtlijn volgt.
- De laatste drie kolommen gaan over instrumenten voor richtinggevende diagnostiek.
    - In de kolom 'instrumenten' staan de instrumenten die worden aanbevolen door diverse richtlijnen. De informatie afkomstig van de JGZ-richtlijnen en het NCJ (NCJ Schema instrumenten voor richtinggevende diagnostiek) is hierbij als leidend gezien. Soms is hier geen informatie van zoals bijvoorbeeld bij Hechting (Richtlijn jeugdhulp en jeugdbescherming).
    - In de een na laatste kolom staat aangegeven welke discipline de instrumenten af zou moeten nemen. Deze informatie is afkomstig van het NJI, het Landelijk Centrum kinder- en jeugdpsychiatrie of de uitgever van het instrument.
    - In de laatste kolom staat aangegeven of CJG Rijnmond het instrument gebruikt of niet. In de volgende paragrafen 2.5.1 Signalering en 2.5.2 Richtinggevende diagnostiek wordt ingegaan op de inhoud van tabel 2-1 en tabel 2-2.

Tabel 2-1. Kindfactoren uitgezet tegen signalering door CJG Rijnmond in vergelijking met richtlijnen (zie verdere uitleg het kader op voorgaande pagina)

Factoren / kleur: scope	Signalering door:					Instrumenten signalering gebruik (JGZ-richtlijn)	Gebruik CJG	Instrumenten richting-gevende diagnostiek	Afname				Gebruik CJG
	anamnese	observatie	vragenlijst	onderzoek	voorbespreking scholen				Geschoolde JGZ-professional	Gedragswetenschapper	(jeugd) arts, verpleeg-kundige specialist	Psychodiagnosticus	
KINDFACTOREN													
Lichamelijke gezondheid	•		•	•	•	diverse JGZ-richtlijnen met standaard anamnese vragen	ja	geen					
Ontwikkelachterstand	•	•		•	•	Van Wiechenonderzoek	ja	geen					Lexilijst soms in de regio
(Vroege) trauma's	•		•			geen JGZ-richtlijn		CRIES-13 §			•		CRIES-8 (VO3; Jij en Je Gezondheid)
Hechting	•	•				geen JGZ-richtlijn		Lijst Signalen Verstoord Gedrag-AII § (Richtlijn Problematische Gehechtheid Jeugdhulp enJeugdbescherming)	•	•			Nee
(Vroeg) seksueel gedrag	•		•			geen instrument volgens richtlijn; wel standaardanamnese bij jongeren		geen					
School (-verzuim)	•		•		•	geen instrument volgens richtlijn		geen					
Vriendschappen	•		•		•	geen JGZ-richtlijn		geen					
Pesten	•		•		•	geen instrument volgens richtlijn; wel standaardanamnese		Standaard aanvullende anamnese uit de Richtlijn Pesten §					nb
Temperament	•				•	geen JGZ-richtlijn		geen					
Identiteitsontwikkeling													

Vervolg tabel 2-1.

Factoren / kleur: scope	Signalering door:					Instrumenten signalering gebruik (JGZ-richtlijn)	Gebruik CJG	Instrumenten richting-gevende diagnostiek	Afname				Gebruik CJG
	anamnese	observatie	vragenlijst	onderzoek	voorbespreking scholen				Geschoolde JGZ-professional	Gedragswetenschapper	(jeugd) arts, verpleeg-kundige specialist	Psychodiagnosticus	
KINDFACTOREN													
Psychosociale problemen	•		•		•	BITSEA, SDQ	ja muv VO3	Zie ASS, ADHD, angst, depressie, NCJ Schema richtinggevende diagnostiek					nee
Sociaal emotionele vaardigheden													
Psychiatrische stoornissen													
ASS	•	•	•		•	Van Wiechenonderzoek (8 signalen van Dietz; 0-4 jaar): SDQ (4 jaar e.o.)	ja	0-4 jaar: CoSoS/ESAT §	•		•		nee
								4 jaar e.o.: ASS alarmsignalen		•			nee
								Als positief dan SCQ §		•			nee
								ASV #		•			nee
								SRS §		•			nee
ADHD	•	•	•		•	SDQ (> 3 jaar 9 maanden)	ja	AVL #					nee
Angst	•		•		•	BITSEA, SDQ	ja, muv VO3	Zie richtlijn Angst, NCJ Schema richtinggevende diagnostiek					RCADS (VO3/Jij en Je Gezondheid)
								SCARED-NL #		•			nee
								PMT-K-2 #		•			nee
Depressie	•		•		•	BITSEA, SDQ	ja, muv VO3	CDI #, CES-D #		•			nee, RCADS (VO3/Jij en Je Gezondheid)
Middelengebruik	•		•		•	geen JGZ-richtlijn		ASSIST # (Richtlijn CJG Rijnmond)		•			zelden of niet
								SMA §		•			nee
								Icm CRAFFT § (Richtlijn middelengebruik jeugdhulp)		•			nee
Sociale participatie en burgerschap													

Tabel 2.2 Ouderfactoren uitgezet tegen signalering door CJG Rijnmond in vergelijking met richtlijnen
(zie verdere uitleg het kader op pagina 44)

Factoren / kleur: scope	Signalering door:						Instrumenten signalering gebruik (JGZ-richtlijn)	Gebruik CJG	Instrumenten richting-gevende diagnostiek	Afname	Gebruik CJG
	anamnese	observatie	vragenlijst	onderzoek	voorbespreking scholen	anders				Geschoolde JGZ-professional	
OUDERFACTOREN											
Prenatale risicofactoren	•		•			Overdracht geboortezorg, geboortehuisbezoek, Stevig Ouderschap	Samenwerkingsconvenant 'Overdracht geboortezorg naar JGZ- CJG-Rijnmond'; overdrachtsformulier	ja met wisselende kwaliteit van gegevensoverdracht	geen		
Opvoedvaardigheden	•	•					DMO-p #, SPARK #, NOSIK #	nee	NOSIK #	•	nee
Kindermishandeling en huiselijk geweld	•		•			Overdracht geboortezorg, geboortehuisbezoek, Stevig Ouderschap	geen specifiek instrument volgens de JGZ-richtlijn		geen		
Ingrijpende gebeurtenissen	•				•	Geboortehuisbezoek	geen JGZ-richtlijn		geen		
Problemen ouders	•		•			Overdracht geboortezorg, geboortehuisbezoek, Stevig Ouderschap	Samenwerkingsconvenant 'Overdracht geboortezorg naar JGZ- CJG-Rijnmond'; overdrachtsformulier	ja met wisselende kwaliteit van gegevensoverdracht	geen		
Achtergrondkenmerken gezin/ouders	•		•			Overdracht geboortezorg, geboortehuisbezoek, Stevig Ouderschap	Samenwerkingsconvenant 'Overdracht geboortezorg naar JGZ- CJG-Rijnmond'; overdrachtsformulier	ja met wisselende kwaliteit van gegevensoverdracht	geen		

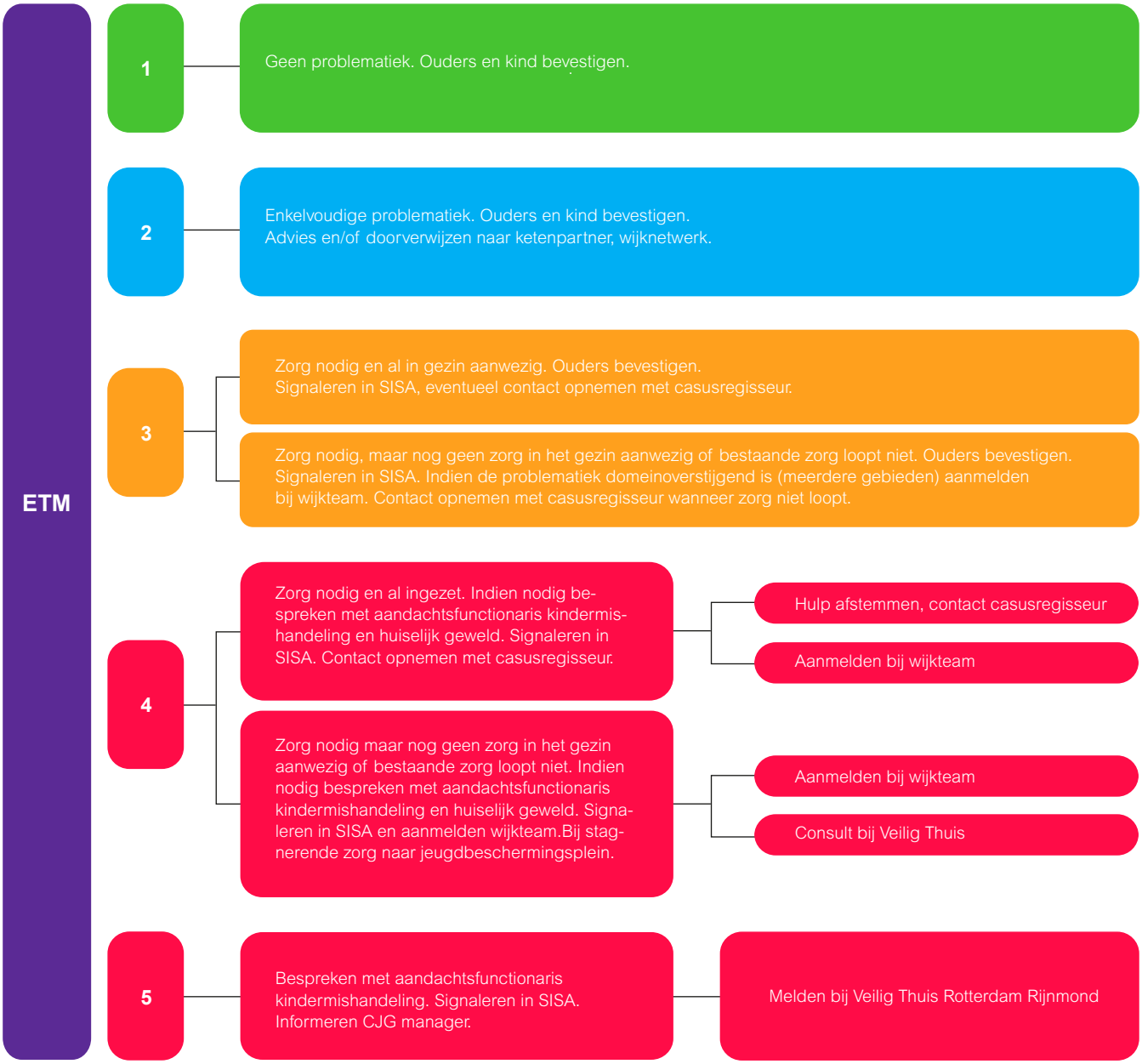
psychometrische eigenschappen goed
§ psychometrische eigenschappen niet bekend
nb: niet bekend
Zie bijlage IV voor afkortingen

BIJLAGE V Ernsttaxatiemodel

ERNSTTAXATIE/AANDACHTSSTATUS		Enkelvoudige problematiek (80%)		Meervoudige problematiek (20%)		
		GEEN ZORGEN	SPANNING	VERHOOGDE SPANNING	NOOD	CRISIS
FUNCTIONEREN KIND	**Lichamelijk** Hoe functioneert het kind op lichamelijk gebied?	Er zijn geen zorgen. De lichamelijke ontwikkeling is normaal	Er zijn enkele zorgen	Er zijn veel zorgen	Er zijn ernstige zorgen	Er zijn ernstige zorgen en er moet acuut actie ondernomen worden
	Cognitief[1] Hoe functioneert het kind op cognitief gebied?	Er zijn geen zorgen over het cognitief functioneren	Er zijn enkele zorgen over het cognitief functioneren	Er zijn veel zorgen over het cognitief functioneren	Er zijn ernstige zorgen over het cognitief functioneren	Er zijn ernstige zorgen over het cognitief functioneren
	Gedrag Hoe functioneert het kind op gedragsmatig gebied?	Het kind heeft thuis, op school of op straat weinig tot geen problemen	Er is regelmatig een probleem met het kind thuis, op school of op straat	Er zijn altijd wel wat problemen met het kind thuis, op school of op straat	Het leven van het kind thuis, op school of op straat is een aaneenschakeling van problemen	Er is een acute probleemsituatie met het kind
	Psychosociaal Hoe functioneert het kind op emotioneel gebied?	Er zijn geen zorgen over de psychosociale ontwikkeling	Er zijn enkele zorgen over de psychosociale ontwikkeling	Er zijn veel zorgen over de psychosociale ontwikkeling	Er zijn ernstige zorgen over de psychosociale ontwikkeling	Er zijn ernstige zorgen waarbij het kind een gevaar is voor zichzelf of anderen
VERZORGING KIND	**Kwaliteit van de basiszorg**[2] Hoe zit het met de basiszorg en veiligheid van het kind?	Er is goede basiszorg	Er is voldoende basiszorg	Er is meestal voldoende basiszorg	Er is gebrekkige basiszorg	Er is gebrekkige basiszorg waarbij het kind acuut in gevaar is
	Onderlinge steun van de ouders[3] In hoeverre wordt de basiszorg en veiligheid bevorderd of belemmerd door het pedagogisch besef van de ouders en door de onderlinge relatie tussen de opvoeders?	Er is voldoende saamhorigheid tussen de ouders	Er is beperkte steun tussen de ouders	De ouders hebben niet veel steun aan elkaar	De ouders lopen beiden vast in de opvoeding en geven elkaar geen steun	De ouders lopen beiden vast in de opvoeding en geven elkaar geen steun. Hierdoor komt de ontwikkeling van het kind direct in gevaar
OUDERSCHAP	**Beleving opvoeding** Hoe ervaren ouders de opvoeding?	Opvoedingsvragen zijn naar tevredenheid op te lossen	De ouder vindt de opvoeding van het kind vaak moeilijk	Er is sprake van chronische opvoedingsstress	De relatie tussen kind en ouder is ernstig verstoord	De ouder kan het echt niet meer aan en geeft het op
	Beleving ouderschap Hoe ervaren ouders het ouderschap?	De ouder voelt zich competent	De ouder voelt zicht onzeker	De ouder voelt zich tekort schieten	De ouder voelt zich machteloos en de situatie lijkt onoplosbaar	De ouder heeft geen controle meer en/of kan de veiligheid van het kind niet meer garanderen
OMGEVING	**Omstandigheden** Wat zijn de (belemmerende) opvoedomstandigheden?	Er zijn geen omstandigheden die de opvoeding belemmeren	Het opvoeden wordt belemmerd door hoogstens één omstandigheid	Het opvoeden wordt belemmerd door twee tot drie omstandigheden	Er is een opeenstapeling van drie of meer omstandigheden die het opvoeden belemmeren	Er is een snel escalerende opeenstapeling van omstandigheden die het opvoeden belemmeren
	Steun netwerk Welke steun heeft het gezin uit het sociaal netwerk	Er is voldoende steun uit het netwerk	Er is maar af en toe steun uit het netwerk	Het netwerk kan geen echte oplossing bieden	Het netwerk functioneert niet meer	Het netwerk kan in acute situaties niets betekenen
STEUN/HULPBEHOEFTE		BEVESTIGING	BEVESTIGING EN PERSOONLIJK ADVIES	BEVESTIGING EN BEGELEIDING	HULP EN INTENSIEVE BEGELEIDING	ACUTE HULP EN INTENSIEVE BEGELEIDING

1 Het cognitieve niveau van het kind afgezet tegen het gemiddelde niveau van een kind op de betreffende leeftijd.
2 Onder basiszorg wordt verstaan: medische zorg, voeding, kleding, huisvesting, sociaal contact, scholing en emotionele steun die samen cruciaal zijn voor de veiligheid en gezonde ontwikkeling.
3 Overal waar ouder staat kan ook opvoeder of verzorger worden gelezen.

BIJLAGE VI Stroomdiagram ETM



NB. Bij ETM 3 signaleren we in SISA. Vanuit professionele overwegingen kan daarvan afgeweken worden, in Kidos wordt de onderbouwing van niet signaleren geregistreerd.

BIJLAGE IV Afkortingen instrumenten

Afkorting	Volledige naam
CRIES-13	Children's Revised Impact of Event Scale
AII	Attachment Insecurity Inventory
ASS	Autisme Spectrum Stoornis
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
CDI	Child Depression Inventory
CES-D	Center of Epidemiological Studies Depression Scale
BITSEA	Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment
SDQ	Strength and Difficulties Questionnaire
CoSoS	Communicatieve en Sociale ontwikkelingssignalen
ESAT	Early Screening of Autistic Traits
ASS	Autisme Spectrum Stoornis alarmsignalen lijst 4-18 jaar
SCQ	Social Communication Questionnaire
ASV	Autisme Spectrum Vragenlijst
SRS	Social Responsiveness Scale
AVL	DHD vragenlijst
RCADS	Revised Child Anxiety and Depression Scale
SCARED-NL	Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders
PMT-K-2	Prestatie Motivatie Test voor Kinderen
CDI	Children's Depression Inventory
BDI-II-NL	Beck Depression Inventory - II
	Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening ASSIST Test
SMA	Screeningslijst Middelengebruik bij Adolescenten
CRAFFT	Car, Relax, Alone, forget, Friends, Trouble
DMO-p	Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling-protocol
SPARK	Structured Problem Analyses of Raising Kids
NOSIK	Nijmeegse Ouderlijke Stress Index Korte versie

Colofon

Auteurs
Petra van de Looij,
Tamara van Batenburg,
Cathelijne Mieloo

© Onderzoek en Business Intelligence (OBI)

E-mail
onderzoek@rotterdam.nl

Website
rotterdam.nl/onderzoek

Twitter
@Onderzoek010