ESTHER VAN BOSTELEN
beleids- en organisatie advies BV

Argos advies

Nader onderzoek naar zorg voor kinderen met ADHD

Een verdiepend onderzoek naar zorgpaden bij gemeenten voor kinderen met druk, impulsief en ongeconcentreerd gedrag.

Datum	:	23 juni 2017
Opdrachtgever	:	Ministerie van VWS
Auteurs	:	
Documentnummer	:	1703-TV-049-adhd2
Versie	:	1.0

Argos Beheer B.V.
KvK handelsregister: 08120360

Inhoudsopgave

Voorwoord 1

Samenvatting 2

1. Inleiding 5
   - 1.1 Aanleiding voor het onderzoek 5
   - 1.2 Doelstelling van het onderzoek 5
   - 1.3 Onderzoeksvragen 5
   - 1.4 Aanpak van het onderzoek 6
   - 1.5 Inrichting van het gemeentelijk domein 7

2. Onderzoeksresultaten 8
   - 2.1 Jeugdhulpgebruik in de vier gemeenten 8
   - 2.2 Verwijzingen naar jeugdhulp 8
   - 2.3 Deelname aan speciaal onderwijs 9
   - 2.4 Zorgpaden in beeld 10
     - 2.4.1 Route van ouders in beeld 11
     - 2.4.2 Route op school (PO en VO) in beeld 11
     - 2.4.3 Route naar een diagnose in beeld 12
     - 2.4.4 Route via de gemeente in beeld 13
   - 2.5 Overeenkomsten tussen gemeenten 16
   - 2.6 Verschillen tussen gemeenten 17
   - 2.7 Overige bevindingen 17

3. Conclusies en aanbevelingen 19
   - 3.1 De rol van school bij kinderen met druk gedrag 19
   - 3.2 Rol van ouders bij de keuze van een bepaald zorgpad 19
   - 3.3 Wel of geen diagnose ADHD 20
   - 3.4 Relatie tussen ADHD-zorgpaden en mate van jeugdhulpgebruik 20
   - 3.5 De beïnvloedingsmomenten van gemeenten 21
   - 3.6 Wat kunnen gemeenten doen? 22
   - 3.6 Wat kunnen scholen doen? 23
   - 3.7 Wat kunnen huisartsen doen? 23
   - 3.8 Wat kan het Rijk doen? 24

Bijlage A Literatuurlijst 25
Bijlage B Inrichting lokaal jeugd- en onderwijsbeleid per gemeente 26
Bijlage C Ontwikkeling verdeling type verwijzer 31

Voorwoord

Voor u ligt de rapportage van onze bevindingen van het (vervolg)onderzoek naar zorgpaden voor kinderen met ADHD. Dit onderzoek is in de periode december 2016 tot en met april 2017 uitgevoerd. Voorafgaand aan en tijdens de uitvoering van dit onderzoek hebben beleidsmedewerkers van de Directie Jeugd van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) en van de Directie Primair Onderwijs van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) actief met ons meegedacht over de opzet en aanpak van het onderzoek. Deze inbreng heeft zeker bijgedragen aan de kwaliteit van het onderzoek en wij waren dan ook blij met zo'n betrokken opdrachtgever.

Voordat u verder leest willen wij onze respondenten uit het werkveld van onderwijs, zorg en gemeenten in de vier onderzochte regio's, hartelijk bedanken voor hun bijdrage aan het onderzoek. Zij waren bereid om ons een inkijkje in de praktijk van hun werk te geven en hebben ook meegewerkt aan een groepsgesprek waar ze hun ervaringen met elkaar konden delen ten aanzien van (de toegang tot) het onderwijs en de zorgverlening aan kinderen met ADHD. Zonder hen hadden wij niet het gewenste inzicht gekregen dat tot de in deze rapportage beschreven resultaten heeft geleid.

Wij wensen dat de resultaten van dit onderzoek zal bijdragen aan een verdere verbetering van passend onderwijs en passende zorg voor kinderen met druk, impulsief en ongeconcentreerd gedrag.

Utrecht/Borculo, juni 2017
Esther van Bostelen
Truus Vernhout

Samenvatting

Naar aanleiding van een in het najaar van 2016 uitgevoerd verkennend onderzoek naar zorgpaden voor kinderen met ADHD en de daarbij voorkomende lokale/regionale verschillen, is in het voorjaar van 2017 een nader onderzoek uitgevoerd. In dit onderzoek is gekeken naar de relatie tussen de verschillen in ADHD-zorgpaden bij gemeenten en het verschil in jeugdhulpgebruik, de cruciale beslismomenten die al dan niet leiden tot een diagnose ADHD en de keuze voor een bepaald zorgpad, de beweegredenen van ouders om een diagnosetraject te starten, de rol van gemeenten binnen de diverse zorgpaden en de wijze waarop scholen omgaan met kinderen die druk, impulsief en ongeconcentreerd gedrag vertonen.

Uitvoering

Het nader onderzoek is uitgevoerd in dezelfde vier gemeenten als het verkennende onderzoek. Er is gestart met een analyse van actuele cijfers en relevante documentatie. Vervolgens zijn interviews gehouden met medewerkers van gemeenten en wijkteam, met scholen en regionale samenwerkingsverbanden primair onderwijs (PO) en met huisartsen en praktijkondersteuners (POH) GGZ Jeugd. In elke gemeente zijn de bevindingen besproken en verdiept in een groepsgesprek. De resultaten van het onderzoek zijn gepresenteerd aan de opdrachtgever en vastgelegd in de onderhavige rapportage.

Analyse cijfers

In twee van de vier onderzochte gemeenten ligt het jeugdhulpgebruik boven het landelijk gemiddelde en in de andere twee eronder. In drie van de vier gemeenten zie je dat sinds de transitie van de jeugdhulp naar gemeenten, de gemeentelijke toegang tot jeugdhulp geleidelijk toeneemt en de verwijzingen via de huisarts afnemen. Dit geldt voor alle kinderen die jeugdhulp krijgen, niet alleen voor kinderen met ADHD. De deelname aan speciaal onderwijs is in de vier onderzochte gemeenten hoger dan gemiddeld in Nederland. Dat is een toevallig gegeven, hierop zijn de gemeenten niet geselecteerd en de achtergronden hiervan zijn niet onderzocht.

ADHD-zorgpaden

In de vier gemeenten zijn de volgende zorgpaden/routes in beeld gebracht:

1. route van ouders naar jeugdhulp:
   Deze route loopt meestal via de leerkracht op school en anders via de huisarts of de jeugdgezondheidszorg. Ouders gebruiken (nog) relatief weinig de gemeentelijke toegang; leerkracht en huisarts staan van nature dichterbij. Er zijn geen grote verschillen zichtbaar tussen de vier gemeenten wat deze route betreft.
2. route op school:
   In eerste instantie wordt via de intern begeleider (IB) basisondersteuning ingezet. Als dit onvoldoende effect heeft wordt via een multidisciplinair overleg (MDO) extra ondersteuning ingezet op school of volgt een verwijzing naar de huisarts voor medicatie en/of gespecialiseerde jeugdhulp. Deze route ziet er in de vier onderzochte gemeenten nagenoeg hetzelfde uit, al zijn er verschillen in de werkwijze van het samenwerkingsverband en het moment waarop het MDO wordt ingezet (vroeg of later in het proces).

3. route naar een diagnose voor specialistische jeugdhulp:
   Deze route loopt via de huisarts en POH jeugd naar een diagnostisch traject in de GGZ. Na een diagnose ADHD kan medicatie en diverse vormen van behandeling en begeleiding van kind en ouders worden ingezet. Hierin verschillen de vier gemeenten niet van elkaar.
4. route via de gemeente:
   Deze route is nog volop in ontwikkeling. Hier bestaan tussen de vier onderzochte gemeenten dan ook de grootste verschillen. De route hangt af van hoe de gemeentelijke toegang tot jeugdhulp is georganiseerd, via wijkteam, via het CJG of op een andere wijze. Via de gemeentelijke toegang is een breed scala aan preventieve en lichte vormen van ondersteuning mogelijk, zowel gericht op het kind als op de ouders en het gezin. Als duidelijk is dat een zwaardere vorm van hulp nodig is, vindt verwijzing naar de tweede lijn plaats.

Conclusies

In de vier onderzochte gemeenten komen huisartsen, GGZ-aanbieders, school en gemeenten geleidelijk nader tot elkaar, maar de samenwerking kan nog verder groeien. Er vindt altijd een professionele beoordeling van de problematiek plaats, waarbij ook de omgeving van het kind (ouders/gezin, school e.d.) wordt meegenomen. Alleen voor medicatie en voor specialistische hulp is een diagnose nodig, maar de route naar een diagnose wordt, mede vanwege de introcductie van Passend Onderwijs, niet meer als vanzelfsprekend ingezet. De beschikbaarheid van een POH-jeugd, vroegsignalering en preventie leiden tot minder verwijzingen naar de GGZ.

De rol van school is sinds de invoering van Passend Onderwijs veranderd als het gaat om het begeleiden van kinderen met ADHD en het ondersteunen van leerkrachten om met deze doelgroep om te gaan. Er is een veelheid aan interventies op school beschikbaar. De ene school is hier wel verder in dan de andere en ook de vaardigheid van leerkrachten verschilt. Daar waar de gemeente betrokken is bij het proces op school, groeit het vertrouwen in de gemeentelijke toegang tot jeugdhulp en worden ouders minder snel verwezen naar de huisarts voor een diagnose.

Er is minder druk richting ouders om professionele hulp buiten het onderwijs te zoeken, nu er veel ondersteuning op school mogelijk is. Ouders kiezen bewust zelf voor een diagnosetraject of worden hierin geadviseerd als de ondersteuning op school onvoldoende soelaas biedt. Ouders kiezen zelf voor deze route als ze willen weten wat er met hun kind aan de hand is en ze de situatie vooral als een medisch probleem (willen) zien. Bij huisartsen met een POH GGZ Jeugd worden kinderen met ADHD minder vaak ter beoordeling doorverwezen naar de GGZ.

Hoe beter er al wordt samengewerkt tussen school, huisarts en gemeente, hoe minder er gebruik gemaakt hoeft te worden van specialistische jeugdhulp. Door de integrale benadering van het probleem volstaat vaak een laagdrempelige ondersteuning die zowel op het kind als op het gezin en de schoolklas is gericht. Betrokkenen vinden dat er tijdig opschaling naar specialistische GGZ plaatsvindt als dat nodig is. Er wordt nog weinig samengewerkt met zorgprofessionals waardoor het behandeltraject losstaat van de ondersteuning die school en gemeente bieden. Het gevolg is dat als het behandeltraject

stopt (einde DBC), de benodigde ondersteuningsstructuur daar vaak onvoldoende op aansluit, terwijl er nazorg nodig is omdat ADHD vaak blijvend tot problemen leidt.

De verbinding van de gemeentelijke toegang (wijkteam en/of CJG) met de POH-jeugd en de MDO's op scholen is in de onderzochte gemeenten een belangrijke succesfactor in het realiseren van de best passende zorg voor kinderen met ADHD. De focus ligt dan minder op de diagnose en specialistische GGZ en meer op het brede spectrum aan hulp en ondersteuning. Daarnaast bieden gemeenten een totaaloverzicht van wat er aan hulp en ondersteuning mogelijk is en verbinden de verschillende 'werelden' van onderwijs, jeugdhulp, jeugdgezondheidszorg en GGZ met elkaar.

Aanbevelingen

Gemeenten zijn aan zet om de toegang tot jeugdhulp nog duidelijker te positioneren en ervoor te zorgen dat de diverse verwijzingsstructuren daarop goed zijn aangesloten. Het stimuleren van de inzet van specifieke deskundigheid op het gebied van jeugd bij huisartsen, kan tot minder dan wel beter onderbouwde verwijzingen naar de specialistische GGZ leiden. Gemeenten kunnen meer invloed uitoefenen op de nazorg na een specialistisch zorgtraject, enerzijds om te voorkomen dat een kind onnodig in 'zware zorg' blijft hangen, anderzijds om ervoor te zorgen dan er een vangnet is als zo'n traject is afgerond. Dit kan bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van laagdrempelige, specialistische hulp, zowel op school als op afroep door ouders, zodat die beter in staat zijn de ontwikkeling van een kind met ADHD goed te begeleiden.

Scholen kunnen helpen in het vergroten van het vertrouwen tussen ouders en gemeente, bijvoorbeeld door jeugdconsulenten en gezinscoaches van gemeenten vroegtijdig te betrekken in de gesprekken met ouders. Hiermee wordt ook de handelingsverlegenheid die leerkrachten ervaren bij het bespreekbaar maken van de rol van ouders in de problematiek, verlegd naar de daartoe beter uitgeruste consulenten/gezinscoaches. Daarnaast kunnen de samenwerkingsverbanden meer aandacht schenken aan het versterken van de competentie van leerkrachten, niet alleen in het omgaan met kinderen met ADHD in de klas, maar ook met het voeren van gesprekken met ouders. Scholen kunnen ook de randvoorwaarden waaronder leerkrachten moeten werken verbeteren (bv. beperken omvang klas).

Huisartsen kunnen de gemeente vaker opzoeken, om samen een concrete vertaling te maken van beleid en richtlijnen naar de praktijk: welke hulp is beschikbaar en wat zet je wanneer in. De aanstelling van een POH GGZ Jeugd of vergelijkbare inzet van deskundigheid vanuit het wijkteam, kan hierin helpend zijn. Hiermee haalt een huisartsenpraktijk kennis in huis die anders niet of versnipperd bij collega's aanwezig is.

De Rijksoverheid kan de in gang gezette ontwikkelingen na de transitie van de jeugdhulp ondersteunen door haar beleid af te stemmen op het tempo van deze ontwikkelingen. De transitie die tot stand is gekomen na invoering van de Jeugdwet en Passend Onderwijs, kan gestimuleerd worden, door in het landelijk beleid nog meer mogelijkheden te bieden voor integrale jeugdhulptrajecten gedurende de levensloop van kinderen met ADHD. Dan kan een intensief zorgtraject naadloos overgaan in laagdrempelige nazorg, ook als daar zo nu en dan inzet van specialistische zorg op maat bij nodig is.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding voor het onderzoek

In 2014 heeft de Gezondheidsraad geconstateerd dat in de periode van 2003 t/m 2013 het gebruik van methylfenidaat voor kinderen met ADHD is verviervoudigd. De aanbevelingen van de Gezondheidsraad zijn de aanleiding voor de “Aanpak gepaste zorg” dat tot doel heeft om bij te dragen aan het organiseren van meer gepaste zorg voor de jeugd met druk, impulsief gedrag en een aandachtsproblemen. In dit kader vinden ook nadere onderzoeken plaats.

Eén van deze onderzoeken is het verkennende onderzoek naar de verschillen in aanpak voor kinderen met ADHD: “gepaste zorg voor kinderen met ADHD” (Argos Advies, oktober 2016). De focus van dit onderzoek lag op het in kaart brengen van en zo mogelijk toelichten van de verschillen tussen regio's c.q. gemeenten in de zorg die aan kinderen met ADHD wordt geboden. Vanwege het verkennende karakter zijn niet alle vragen even diepgaand beantwoord en zijn er tevens nieuwe vragen opgekomen. Deze waren de aanleiding om een vervolgonderzoek in te zetten.

1.2 Doelstelling van het onderzoek

Het doel van het vervolgonderzoek was om meer inzicht te krijgen in:

1. De relatie tussen verschillen in ADHD zorgpaden bij gemeenten en verschillend jeugdhulpgebruik.
2. Cruciale beslismomenten in de zorgpaden die leiden tot wel of geen diagnose ADHD en het type zorg dat wordt geboden.
3. De beweegredenen van ouders om wel of niet de route in te zetten naar een diagnose ADHD voor hun kind.
4. Mogelijke beïnvloedingsmomenten voor gemeenten binnen de zorgpaden en de wijze waarop de gemeenten daar invulling aan kunnen geven.
5. Meer inzicht in de rol van de school bij kinderen met druk gedrag.

1.3 Onderzoeksvragen

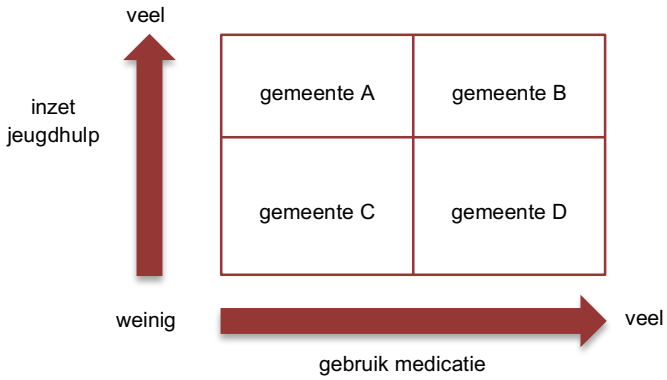
De doelstelling van het onderzoek is vertaald naar de volgende onderzoeksvragen:

1. Hoe verloopt het proces binnen de scholen dat leidt tot de aanbeveling om hulp te zoeken voor een druk kind? Welke ondersteuning biedt de school zelf? Wanneer verwijzen zij door? Naar wie verwijzen zij door?
2. Wat zijn bepalende onderdelen in het proces die maken dat ouders het advies krijgen hulp te zoeken? In welke mate speelt hierin de ondersteuning die school kan bieden een rol? En de samenwerking die de school heeft met bijvoorbeeld de gemeente, huisarts, wijkteam, vrijgevestigde psychologen en pedagogen?
3. Wie bepaalt of er wel of niet een diagnose ADHD wordt gesteld? Welke rol spelen hierin ouders, school, wijkteam en huisarts? Welke consequenties heeft het stellen van de diagnose ADHD voor het inzetten van jeugdhulp en/of het voorschrijven van medicatie?
4. Leiden de antwoorden op bovenstaande vragen tot specifieke zorgpaden in specfieke situaties? Wat zijn hiervdan de kansen en risico’s? Wat betekent dit voor

de beïnvloedings- en sturingmogelijkheden van ouders, school, gemeente en andere betrokkenen?

1.4 Aanpak van het onderzoek

Het vervolgonderzoek is uitgevoerd in vier gemeenten. Dit zijn dezelfde gemeenten die bij het eerste onderzoek betrokken waren. Deze vier gemeenten zijn qua grootte vergelijkbaar maar verschillen van elkaar qua omvang van de jeugdhulp die er wordt ingezet en de omvang van de verstrekte medicatie (methylfenidaat). Ze bevinden zich elk in een bepaald kwadrant in de hieronder geschetste matrix:



Het onderzoek bestond uit een aantal onderdelen.

Fase 1. Analyse van documenten en cijfers

De documentenanalyse richtte zich op het verkrijgen van informatie over de wijze waarop de zorg voor kinderen met ADHD is ingericht. Specifiek is gekeken naar de rol van de scholen, samenwerkingsverbanden, huisarts, de POH GGZ (POH = praktijkondersteuner huisarts) en andere eerstelijns zorgverleners. Ook is onderzoek gedaan naar documentatie die betrekking heeft op de weg naar de zorg/diagnose en specifiek de wijze waarop de aansluiting tussen onderwijs en zorg is geregeld. Daarnaast is gekeken naar actuele cijfers m.b.t. de inzet van jeugdhulp, gebaseerd op de landelijke beleidsinformatie jeugd (CBS), uitgesplitst naar de vier onderzochte gemeenten.

Het bestuderen van relevante documenten en het analyseren van de cijfers heeft geleid tot een aantal stellingen die zijn getoetst in de groepsbijeenkomst die in elke gemeente heeft plaatsgevonden. Dit vormde tevens een goede aanleiding voor een verdiepend gesprek over de zorg(paden) voor kinderen met ADHD in die gemeente/regio. In bijlage A is een lijst opgenomen van alle documenten die tijdens dit onderzoek zijn bestudeerd.

Fase 2. Semi-gestructureerde interviews

In elke gemeente zijn gesprekken gevoerd met betrokken medewerkers van gemeente/wijkteam, scholen/samenwerkingsverbanden en huisartsen/POH GGZ Jeugd. In deze gesprekken is specifiek ingegaan op hun rol in de zorg voor kinderen met ADHD, ontwikkelingen die zich hierin voordoen en knelpunten die zij daarin ervaren.

Vervolgens is per gemeente een groepsinterview georganiseerd waarin de uitkomsten van de documentenanalyse en de individuele interviews zijn besproken. Hierin werd getoetst of men zich herkent in het beeld dat bij de onderzoekers is ontstaan. Ook is de 'couleur locale' nader uitgewerkt aan de hand van enkele stellingen en zijn de verschillende zorgroutes voor kinderen met ADHD in beeld gebracht.

Ad 3. Rapportage

De resultaten van het onderzoek staan in de onderhavige rapportage. Hierin worden de onderzoeksvragen beantwoord en komen de overige bevindingen aan de orde.

1.5 Inrichting van het gemeentelijk domein

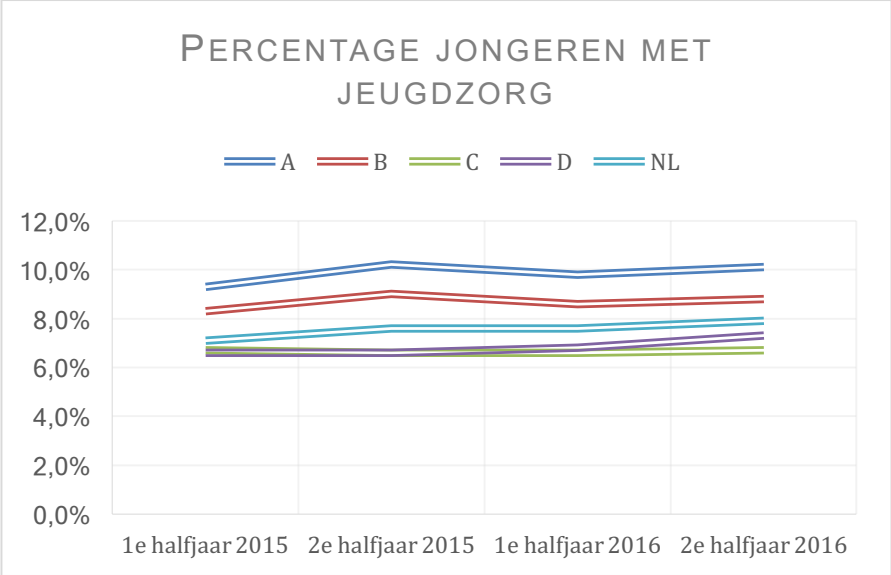
In de interviews met gemeenten, samenwerkingsverbanden en huisartsen/POH is kort stil gestaan bij de wijze waarop de toegang tot jeugdhulp en zorgstructuren zijn ingericht. Dit in aanvulling op het eerste onderzoek naar de zorgpaden van kinderen met ADHD (Argos Advies, 2016). In deze rapportage wordt niet uitgebreid stilgestaan bij een beschrijving van deze situatie. Wel zijn de belangrijkste kenmerken en hoofdpunten in deze structuur in kaart gebracht. De uitkomsten hiervan zijn opgenomen in bijlage B.

2. Onderzoeksresultaten

2.1 Jeugdhulpgebruik in de vier gemeenten

De vier gemeenten waar het vervolgonderzoek is uitgevoerd zijn destijds geselecteerd op basis van het verschil in jeugdhulpgebruik en het gebruik van methylfenidaat. Het zijn vier middelgrote gemeenten die in omvang nagenoeg gelijk zijn. De cijfers zelf hebben tijdens dit onderzoek niet centraal gestaan. De cijfers zijn wel gebruikt om in de vier gemeenten met elkaar in gesprek te gaan over de zorgpaden van kinderen met ADHD. Gevraagd is of de aanwezigen de cijfers herkennen.

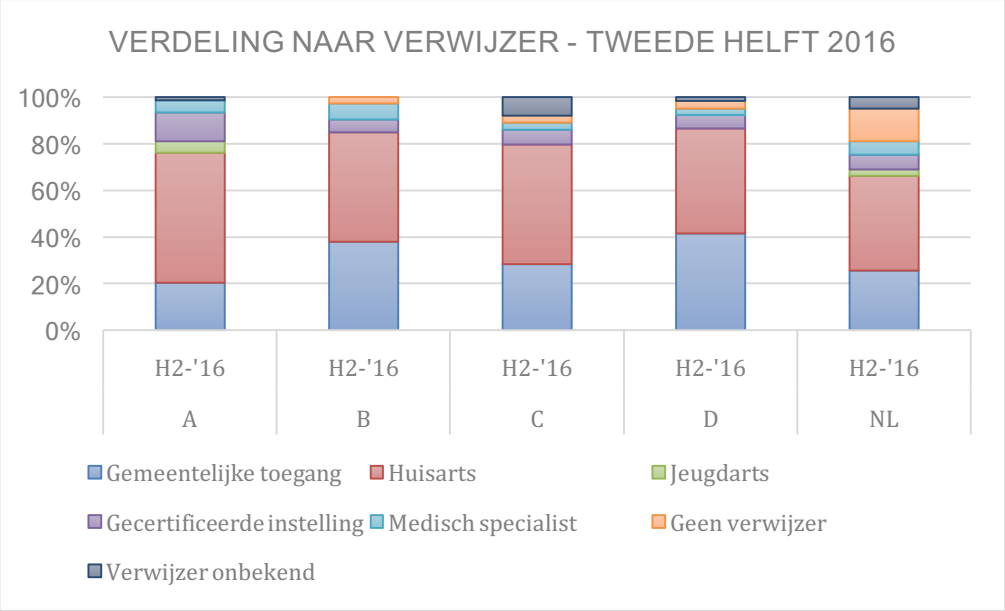
In onderstaande grafiek worden de vier gemeenten met elkaar vergeleken op basis van het aantal kinderen en jongeren dat gebruik heeft gemaakt van jeugdzorg, dit kan gaan om jeugdhulp, jeugdbescherming en/of jeugdreclassering. Er is op basis van de CBS-cijfers geen onderscheid naar doelgroep (kinderen met ADHD) mogelijk en zulke gegevens zijn ook niet elders beschikbaar.



2.2 Verwijzingen naar jeugdhulp

De focus van het onderzoek lag op de zorgpaden van kinderen met ADHD. Om die reden is gekeken naar de verdeling van het aantal gestarte trajecten naar verwijzer. In onderstaande grafiek zijn de uitkomsten weergegeven voor de vier gemeenten en Nederland in de tweede helft van 2016. Daarbij moet worden opgemerkt dat het om alle gestartte trajecten jeugdhulp gaat en niet alleen de trajecten van kinderen met ADHD. Een dergelijke splitsing is niet mogelijk. De weergegeven verwijzers zijn de organisaties en functionarissen die conform de Jeugdwet bevoegd zijn om rechtstreeks een verwijzing naar jeugdhulp te doen. Scholen behoren daar niet toe.

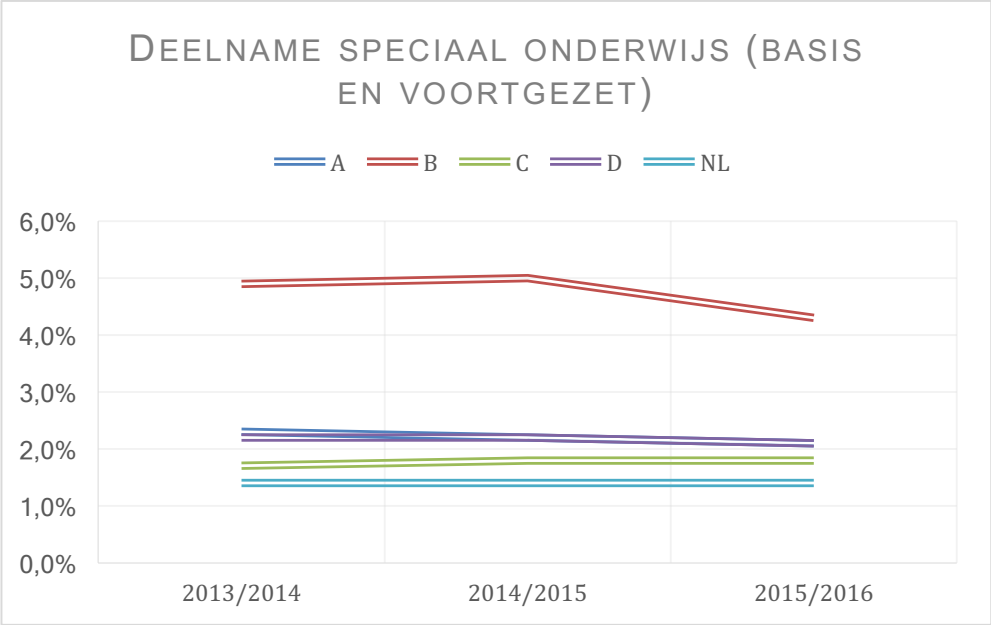
In gemeente B en gemeente C is het aandeel van de verwijzing via de gemeentelijke toegang duidelijk hoger dan in de andere gemeenten en dan in Nederland gemiddeld. In beide gemeenten zie je sinds de eerste helft van 2015 een grote toename van het percentage verwijzingen via de gemeentelijke toegang. In gemeenten B, C en D en Nederland als geheel is het percentage verwijzingen via de huisarts sinds 2015 duidelijk afgenomen. Dit geldt niet voor gemeente A. Op basis van dit onderzoek is daar geen eenduidige verklaring voor te geven.



In bijlage C zijn de grafieken per gemeente opgenomen en is de verandering in de verdeling zichtbaar per gemeente.

2.3 Deelname aan speciaal onderwijs

In onderstaande grafiek is het percentage kinderen en jongeren opgenomen dat deelneemt aan speciaal onderwijs. Het betreft hier zowel het speciaal (basis)onderwijs als het speciaal voortgezet onderwijs.

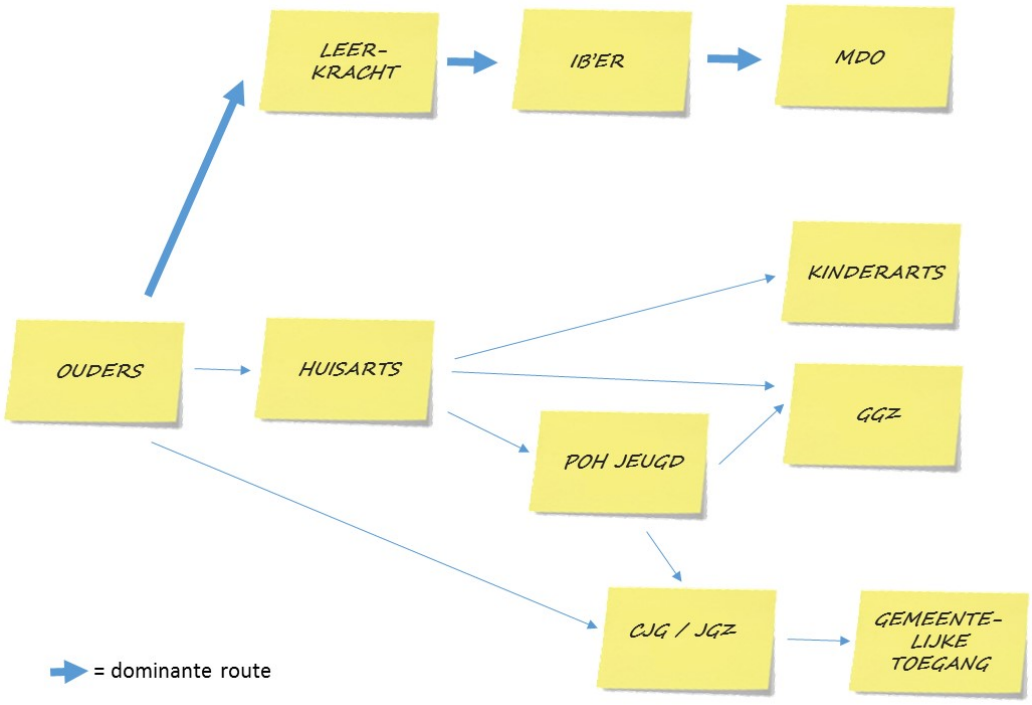


In alle vier gemeenten nemen gemiddeld meer kinderen deel aan speciaal onderwijs dan in Nederland als geheel. Gemeente B is een uitschieter, al daalt het percentage wel in de laatste twee jaren. Dit heeft mogelijk te maken met de verevening die voor deze gemeente negatief uitvalt. Ook gemeenten A en D hebben met een negatieve verevening te maken, zij het in mindere mate dan gemeente B.Voor gemeente C daarentegen valt de verevening juist positief uit. De vier gemeenten zijn geselecteerd op basis van jeugdhulp-gebruik en medicatie. Dat in deze gemeenten relatief meer kinderen speciaal onderwijs krijgen is een bijkomstigheid die in het kader van dit onderzoek niet nader is onderzocht, behalve het leggen van een mogelijke relatie met de verevening.

2.4 Zorgpaden in beeld

De route naar jeugdhulp voor kinderen met druk, impulsief en ongeconcentreerd gedrag vertoont grote overeenkomsten in de vier gemeenten. De route via school is in alle gemeenten de meest dominante. Loopt de route niet via school, omdat er op school geen problemen zijn of school en ouders het niet met elkaar eens zijn, dan richten ouders zich meestal tot de huisarts. Bij niet schoolgaande kinderen speelt de jeugdgezondheidszorg vaak nog een rol. In alle gemeenten stappen ouders nog relatief weinig op eigen initiatief naar het wijkteam of de gemeentelijke toegang. In onderstaande paragrafen zijn de routes schematisch weergegeven en toegelicht. Voor meer informatie over hoe de routes per gemeente lopen, verwijzen we naar de toelichting op de inrichting van het jeugddomein in bijlage B.

2.4.1 Route van ouders in beeld



2.4.2 Route op school (PO en VO) in beeld

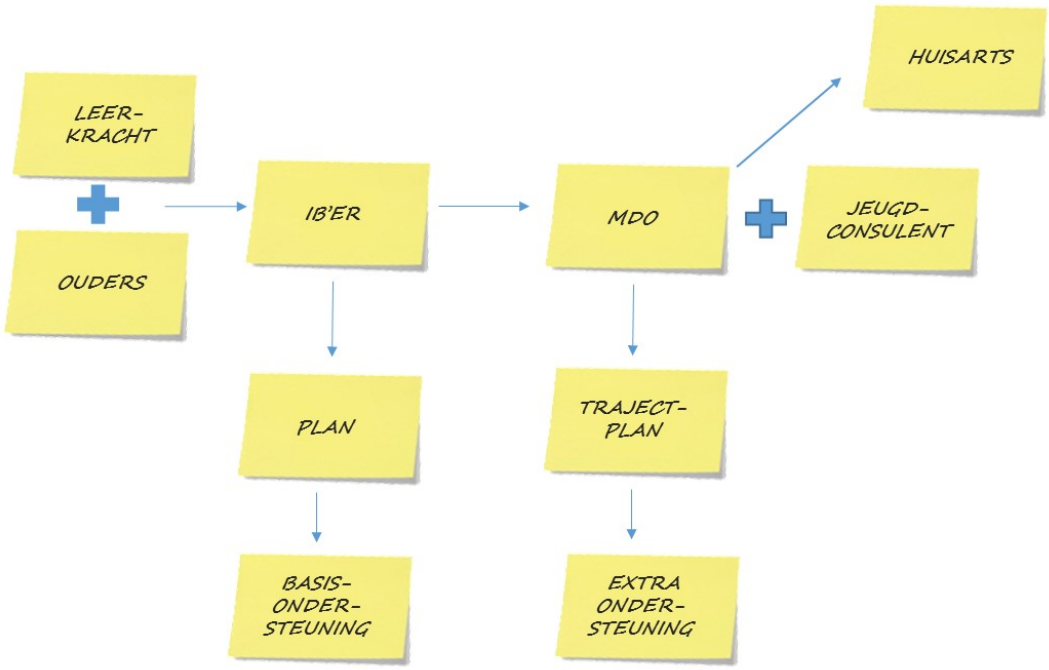
De route op school ziet er in de vier gemeenten nagenoeg hetzelfde uit. De gemeenten verschillen iets omdat niet alle samenwerkingsverbanden op dezelfde wijze werken. Vooral de positie van het MDO, het multidisciplinair overleg[1], verschilt.

In twee regio's wordt een MDO ingezet als de basisondersteuning op school en in de klas onvoldoende effect heeft en er behoefte is aan extra ondersteuning vanuit het samenwerkingsverband. In deze regio's schuift ook steeds vaker een medewerker van het wijkteam of de gemeentelijke toegang aan. In onderstaande figuur is dit de jeugdconsulent. De namen voor deze functionarissen verschillen per gemeente.

In de twee andere regio's wordt het MDO pas later in de keten ingezet, namelijk op het moment dat de leerling mogelijk naar speciaal onderwijs moet. Deze scholen werken veelal met een ZAT (zorgadviesteam) of OT (ondersteuningsteam). Hierin zijn de intern begeleider (IB'er), jeugdarts, schoolmaatschappelijk werker, leerplichtambtenaar en de schoolpsycholoog of een orthopedagoog betrokken. In deze twee regio's schuift de jeugdconsulent of wijkteammedewerker nog niet vaak aan.

[1] Het MDO is het overleg van ouders met leerkracht, intern begeleider en de consulent of trajectbegeleider van het samenwerkingsverband over de ondersteuningsbehoefte van kind, klas, leerkracht en ouders. Hier kunnen naar behoefte allerlei andere professionals bij worden uitgenodigd (bijvoorbeeld medewerker jeugdgezondheidszorg).

In onderstaande figuur is de route op school weergegeven.



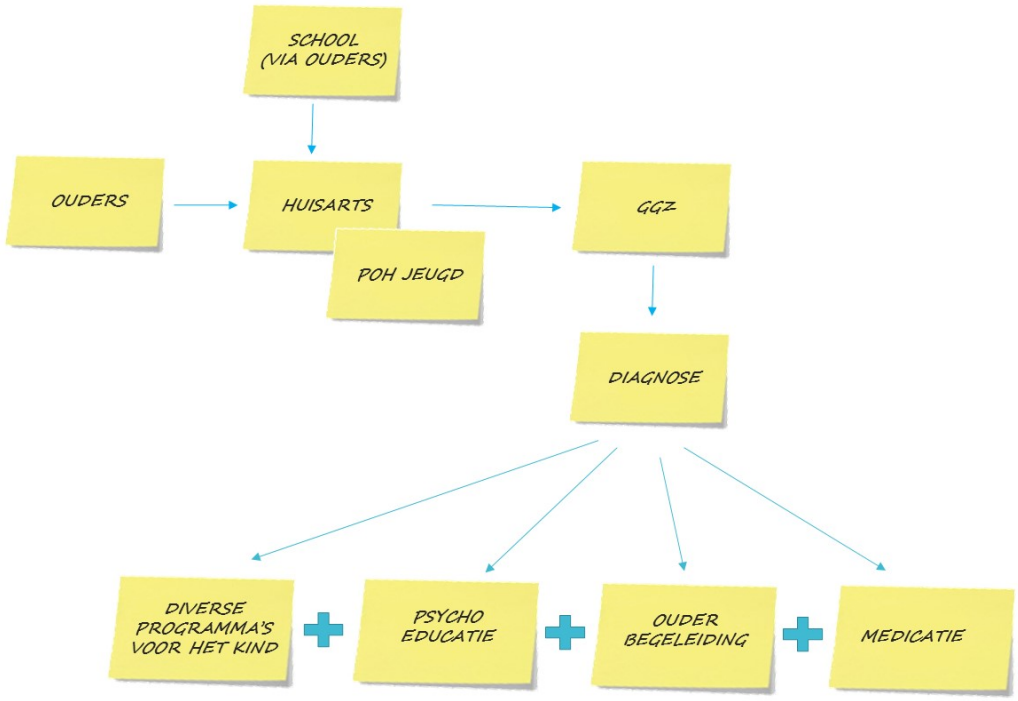
De beschikbare ondersteuning op de scholen verschilt overigens niet, ongeacht of het MDO eerder wordt ingezet (preventief) of pas later. In alle regio's gaat men uit van de richtlijnen van de PO-Raad (sectororganisatie voor primair onderwijs) ten aanzien van de organisatie van de basisondersteuning[2] en heeft men vergelijkbare opties in arrangementen en extra ondersteuning als de basisondersteuning onvoldoende resultaat heeft. Voorbeelden van basisondersteuning zijn: diverse hulpmiddelen voor het kind zoals elastieken, oordopjes/koptelefoons en schermen, aangepast programma met ruimte voor bewegen, aandacht voor planning, handelingsadviezen voor de leerkracht, structuur in de klas. Voorbeelden van extra ondersteuning zijn: coaching van de leerkracht, kind en ouders, onderwijs-zorgarrangementen, diverse regio specifieke arrangementen gericht op leergebieden, gedragsregulatie, eigen leerlijnen en prikkelverwerking, diverse trainingen op sociale vaardigheden, gedrag, structuur, inzet externe expertise voor observatie en handelingsadviezen.
Al met al zijn er binnen de scholen heel veel interventies mogelijk als kinderen als gevolg van druk, impulsief en ongeconcentreerd gedrag behoefte hebben aan passend onderwijs.

2.4.3 Route naar een diagnose in beeld

Op het moment dat er wordt geconstateerd dat het kind mogelijk gebaat is bij meer specialistische hulp (behandeling, begeleiding en/of medicatie) dan volgt een verwijzing naar de (specialistische) jeugd-GGZ. Ouders zelf kunnen deze route actief opzoeken (veelal met een verwijzing van de huisarts), dan wel via school wordt geadviseerd om deze route in te zetten.

[2] http://ondersteuningsplan.poraad.nl/welkom

In onderstaande fguur is de route naar een diagnose en specialische GGZ in beeld gebracht.



Hulp van de specialistische GGZ is op dit moment (in de onderzochte gemeenten) alleen mogelijk met een diagnose. De verwijzing start dan ook meestal eerst met een diagnostisch traject. Na dit onderzoek wordt bepaald welke gespecialiseerde hulp passend is, naast of in plaats van basishulp die eventueel al was ingezet op school of in het gezin.
In de gemeenten waar de jeugdconsulent al betrokken is op school, wordt deze route niet via de huisarts ingezet, maar zo veel als mogelijk via de gemeentelijke toegang, tenzij ouders zich meer senang voelen bij een route via de huisarts. Waar de jeugdconsulent nog niet zo nauw betrokken is op school, wordt de keuze huisarts of gemeentelijke toegang vaak gemaakt op basis van een inschatting wat de snelste weg is.Ouders kunnen ook op eigen initiatief hun huisarts benaderen voor een verwijzing naar de GGZ.

2.4.4 Route via de gemeente in beeld

In alle vier de gemeenten is de route via de gemeente nog volop in ontwikkeling. Ouders melden zich nog zelden uit eigen initiatief. De gemeente staat verder van hen af dan de school en de huisarts en zij zien de gemeente nog niet als partij tot wie ze zich kunnen wenden met een vraag naar jeugdhulp. Het vertrouwen in de rol van gemeenten m.b.t. jeugdhulp moet nog groeien. Dit wordt door de gemeenten herkend maar niet als probleem ervaren, maar meer als een logische situatie omdat men nog volop bezig is met de transformatie en het zichzelf positioneren in die rol. De betrokken gemeenten merken dat ouders hen steeds vaker weten te vinden en dit past bij de verwachtingen en doelen.

De regio's verschillen nadrukkelijk van elkaar in de mate waarin de gemeentelijke toegang en de scholen en huisartsen met elkaar in verbinding staan. In twee gemeenten zijn de lijntjes tussen gemeente en scholen heel kort (gemeenten C en D). Dit zijn de twee regio's waar het MDO vroeg in de keten zit en de jeugdconsulent daar zoveel mogelijk bij aansluit. In beide gemeenten kan het overigens ook de hulpverlenende instantie zijn die aansluit bij het MDO. In de twee andere gemeenten is de verbinding tussen gemeente en school nog in ontwikkeling.

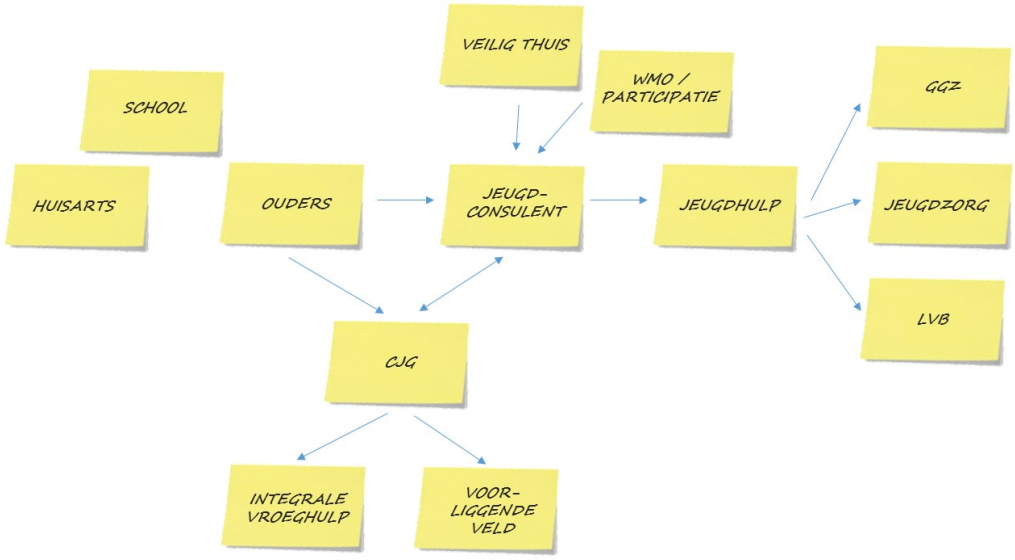
De verbinding met de huisartsen is in alle gemeenten minder ver dan de verbinding met de scholen. In twee gemeenten is met succes een praktijkondersteuner huisartsen (POH) Jeugd geïntroduceerd (gemeenten A en D). In deze gemeenten en hun regio's worden hiervan al duidelijk resultaten ervaren. Huisartsen verwijzen steeds meer gezinnen door naar de POH, die in veel gevallen zelf de gezinnen een tijdje begeleidt. Dit leidt tot minder doorverwijzingen naar de GGZ. Winst is te behalen in het verbinden van de POH met de gemeentelijke toegang.

In de vier gemeenten komen de volgende varianten voor:

- In één gemeente wordt de POH ingezet vanuit het CJG (gemeente A). Hier is men het verst in het verbinden van de huisarts met de gemeentelijke toegang.
- In een andere gemeente opereert de POH vanuit een eigenstandige organisatie (gemeente D). Hier komt de samenwerking met de gemeentelijke toegang op gang.
- Vergelijkbaar succesvol, maar net iets anders ingericht is de gemeente die een advies- en consultatieteam, bestaande uit jeugdartsen en gz psychologen, inzet om huisartsen (en anderen) te adviseren bij vragen over jeugdhulp (gemeente C).
- Tot slot is er een gemeente (gemeente B) waar de medewerkers van het wijkteam zijn aangesloten bij de huisartsen. Hier start men op dit moment een traject om de samenwerking met de huisartsen te intensiveren.

Alles bij elkaar is de gemeentelijke route nog het moeilijkst in één plaatje te vatten. De vier gemeenten verschillen hierin nadrukkelijk van elkaar. In de op de volgende pagina figuur is de grootste gemene deler weergegeven.

De uitsplitsing van jeugdhulp in de 'oude' domeinen GGZ, jeugdzorg (jeugd- en opvoedhulp) en LVB blijkt in de praktijk van nu nog steeds relevant te zijn, zeker in relatie tot kinderen met ADHD. Vooral de jeugd-GGZ is nog een domein op zich. Het feit dat er nog tot eind 2017 wordt gewerkt met DBC's speelt daarbij waarschijnlijk een rol.



De grootste verschillen tussen de gemeenten zitten in de positionering van de gemeentelijke toegang, het CJG en de keuze om wel of geen wijkteam in te zetten.

In gemeente A kunnen ouders en jongeren terecht bij het CJG of de gemeentelijke toegang. Het CJG is een netwerkorganisatie en verbindt alle preventieve inzet en lichte opvoed- en opgroeiondersteuning (inclusief informatie en advies). Als er specialistische / tweedelijns jeugdhulp nodig is, dan kunnen ouders terecht bij de jeugdconsulent van de gemeente. De gemeentelijke toegang is een integrale toegang voor jeugdhulp, Wmo en participatie.

In gemeente B is er een integraal sociaal wijkteam dat de toegang vormt tot jeugdhulp (en Wmo en Participatie). Vanuit het wijkteam wordt ook informatie, advies en consultatie ingezet, evenals (lichte) opvoedondersteuning en coördinatie van zorg. Bovenstaand plaatje past het minste bij deze gemeente. Op de plek van de jeugdconsulent moet hier het wijkteam staan.

In gemeente C werkt de gemeente met een integrale toegang tot jeugdhulp, Wmo en Participatie. Jeugdconsulenten organiseren binnen deze teams de toegang tot jeugdhulp. Hun inzet is erop gericht dat ouders en verwijzers (huisarts, school, jeugdgezondheidszorg) de jeugdconsulenten snel te pakken krijgen en er korte lijntjes ontstaan als er hulp nodig is. Er is een consultatie en adviesteam Jeugd dat ingeschakeld kan worden als partijen niet goed weten welke hulp de best passende is.

In gemeente D vervult het CJG een centrale rol in het oppakken van hulpvragen bij ouders. Zij zetten in op preventie en lichte ondersteuning, evenals informatie en advies. Bij meer complexe casuïstiek wordt er een jeugd- en gezinscoach ingezet die als casusregisseur met het gezin aan de slag gaat. De jeugd- en gezinscoach vormt de toegang tot tweedelijns / specialistische jeugdhulp en is tevens de contactpersoon voor verwijzers vanuit school en huisartsen.

2.5 Overeenkomsten tussen gemeenten

Hieronder staan de meest in het oog springende overeenkomsten tussen de vier onderzochte gemeenten:

- De getoonde cijfers zijn herkenbaar en wat opviel was dat iedereen heeft gekeken naar de verklaringen achter de cijfers.
- De drie ‘werelden’ (huisartsen/GGZ, school, gemeente) zijn nog behoorlijk van elkaar gescheiden, maar komen in alle gemeenten/regio’s al wel nader tot elkaar. De ene regio is daar al verder in dan de andere. Men verwacht dat dit proces nog een aantal jaar zal duren.
- De beleidslijnen zijn vergelijkbaar: wat nodig is staat centraal. Begrippen die steeds terugkomen zijn: normaliseren en ‘gewoon waar het kan en speciaal als het moet’. Er is een bewuste keuze gemaakt om niet het kind centraal te stellen maar ook de behoefte van ouder(s) en leerkracht. De oplossing ligt namelijk niet altijd bij het kind, de focus moet breder zijn.
- In elke route vindt een professionele beoordeling van de problematiek plaats. Als lichte ondersteuning onvoldoende resultaat oplevert of er is al aan het begin duidelijk dat er zwaardere hulp nodig is, dan wordt er opgeschaald. De vooronderstelling dat er soms onnodig c.q. te vroeg zware vormen van jeugdhulp worden ingezet, wordt in de vier onderzochte gemeenten ontkracht.
- Een diagnose is niet meer leidend in het onderwijs. De introductie van Passend Onderwijs heeft daar mede aan bijgedragen. Ouders voelen niet meer de druk vanuit school om 'een diagnose te gaan halen' voor gespecialiseerde jeugdhulp of een recept voor methylfenidaat.
- De diagnose is nu nog vooral gekoppeld aan de inzet van gespecialiseerde GGZ (SGGZ) en/of het voorschrijven van medicatie.
- De inzet van een POH-jeugd blijkt een succes te zijn. In gemeenten waar deze expertise beschikbaar is, worden minder kinderen rechtstreeks doorverwezen naar de GGZ. De financiering (via zorgverzekeraar of gemeente) is een aandachtspunt.
- ADHD is een glijdende schaal van lichte vormen naar zware vormen.
- Bij ‘ernstige’ ADHD wordt vaak vergeten dat het iets is wat kinderen en gezinnen hun hele leven meenemen. Het is niet een probleem dat je eenmalig oplost. Er zullen zich gedurende de ontwikkeling van het kind nieuwe momenten voordoen waarop ondersteuning nodig is. De hulpverlening is daar (nog) niet op ingericht. Ouders (en kind) moeten op een later moment weer van voren af aan beginnen alsof er sprake is van een nieuw probleem.
- Er is behoefte aan hoogwaardige (evidence based) hulp die laagdrempelig op school beschikbaar is. De kennis is nu versnipperd en men weet elkaar nog niet altijd goed te vinden.

2.6 Verschillen tussen gemeenten

In het onderzoek zijn de volgende verschillen tussen de vier onderzochte gemeenten naar voren gekomen:

- Mate waarin de drie 'werelden' (huisartsen/GGZ, school, gemeente) elkaar gevonden hebben verschilt:
  - Gemeente A heeft als uitgangspunt dat het niet uitmaakt waar ouders zich melden, ze worden altijd snel naar de juiste plek verwezen. Dit betekent vooral dat organisaties en medewerkers de verbinding realiseren. Door alle organisatorische wijzigingen zijn vooral de medewerkers van de scholen nog zoekende.
  - Gemeente B heeft de structuur staan, maar is nog wel bezig met het leggen van de verbindingen naar alle verwijzers. Ook de verbinding aan de ‘achterkant’ (nazorg, afschalen, overgang naar VO etcera) komt nu in beeld.
  - Gemeenten C en D hebben de voorkant (toegang) inmiddels goed geregeld en zien nu dat er aan de ’aanbodzijde’ (alle interventies van licht tot zwaar) nog veel meer aansluiting moet komen.
- De gemeente met het laagste jeugdhulpgebruik en de laagste inzet van medicatie (gemeente D) zet meer dan de andere gemeenten in op vroegsignalering en preventie: zowel gemeente als samenwerkingsverband zijn snel betrokken bij de casuïstiek.
- Alle vier de gemeenten/regio’s hebben ingezet (of gaan inzetten) op extra ondersteuning bij de huisarts inzake verwijzingen jeugd. De manier waarop verschilt. Hoe meer de ondersteuning gekoppeld is aan de gemeentelijke structuur, hoe beter op dit moment de samenwerking tussen deze twee werelden.
- In de twee gemeenten/regio’s (gemeente C en D) waarin de toegang goed op orde is, is de samenwerking tussen gemeenten en school beter dan in de andere twee gemeenten/regio’s.
- In alle gemeenten/regio’s is de verbinding met de huisartsen het minst ver ontwikkeld, daar waar de POH-jeugd gefinancierd wordt vanuit de gemeente begint de samenwerking te verbeteren.

2.7 Overige bevindingen

Het onderzoek heeft ook inzichten opgeleverd die niet direct met de vraagstelling binnen het onderzoek te maken hebben. De door de onderzoekers relevant geachte bevindingen worden in deze paragraaf gedeeld.

- Perspectief vanuit de ouders:
  - de vertrouwensrelatie is belangrijk als ouders zich zorgen maken: huisarts en leerkracht staan het meest dichtbij;
  - ouders ervaren een drempel om zich bij de gemeente te melden (wantrouwen, negatieve connotatie, onbekend maakt onbemind?);
  - ADHD vraagt blijvend om aandacht; ouders hebben behoefte aan kortdurende, snel toegankelijke hulp; bijvoorbeeld zo nu en dan met de kinderpsychiater een vervolggesprek, als 'nazorgtraject', maar in de huidige situatie moet dan een nieuw DBC worden geopend;
  - route naar de juiste hulp is een lange en frustrerende weg: verhaal steeds opnieuw vertellen, veel drempels, onbegrip, wij-zij enz.

  - zowel bij de start van de hulp/ondersteuning als na afloop is winst te behalen in de samenwerking (snel schakelen).
- Dyslexie werd regelmatig genoemd ter vergelijking: is dit na ADHD de nieuwe ‘hype’? Voor dyslexie is (nog) wel diagnostiek nodig om de juiste hulp te kunnen krijgen, op school of daarbuiten.
- Maatwerk op school wordt volgens de scholen in de weg gestaan door de grootte van de klassen en de spagaat tussen opbrengstgericht werken (CITO-toets) en handelingsgericht werken (aansluiten bij ontwikkelbehoefte van het kind).
- Vindbaarheid en bereikbaarheid van elkaar belemmert of stimuleert de samenwerking. Vaste contactpersonen werken goed: vertrouwen, weten wat je aan elkaar hebt.
- De route binnen het voortgezet onderzoek (VO) wijkt op een aantal punten af van die in het primair onderwijs (PO). De aanpak van 12- en 12+ is anders. Pubers zijn mondiger en kunnen zelf een belangrijke rol spelen in de keuze van het zorgpad, maar ze hebben ook te maken met een ander onderwijssysteem (per vak een andere docent, huiswerk e.d.).

3. Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk sluiten we af met de conclusies en aanbevelingen die uit het onderzoek naar voren komen. In paragraaf 3.1 t/m 3.5 worden de conclusies weergegeven in relatie tot de onderzoeksdoelstellingen:

- De rol van school bij kinderen met druk gedrag
- Rol van ouders bij de keuze voor een bepaald zorgpad
- Wel of geen diagnose ADHD
- De relatie tussen ADHD zorgpaden en jeugdhulpgebruik
- De beïnvloedingsmomenten van gemeenten

In paragraaf 3.6 t/m 3.9 volgen de aanbevelingen met het persectief op de betrokken partijen: gemeenten, scholen, huisartsen en rijksoverheid.

3.1 De rol van school bij kinderen met druk gedrag

Scholen bieden voor deze doelgroep een veelheid aan interventies. Daarbij is steeds de vraag "wat is beschikbaar en wanneer zet je wat in en probeer je eerst alles voordat gespecialiseerde zorg in beeld komt of is het kind gebaat bij maatwerk en indien nodig een snellere doorverwijzing naar gespecialiseerde jeugdhulp?". Er is nog veelal een vooroordeel bij de zorgprofessionals dat er niets/weinig gebeurt binnen het onderwijs. In de groepsgesprekken die in het kader van dit onderzoek zijn gehouden, was het een eye-opener bij de deelnemers dat er zoveel interventies zijn die een school kan inzetten. Scholen en samenwerkingsverbanden geven wel aan dat de mate waarin scholen succesvol zijn in passend onderwijs erg verschilt. De ene school is hier beter toe in staat dan de andere school.

Scholen worstelen met de stap van het probleem van het kind naar aandacht voor het gezin/systeem. Hoe ga je met ouders het gesprek aan, zonder dat het te confronterend is? Ouders en leerkrachten voelen zich wederzijds aangesproken op hun functioneren en dat belemmert een open gesprek over hoe het probleem van het kind kan worden aangepakt.

Gemeenten worden in de meeste regio's snel betrokken in de MDO's. Verwijzingen verlopen echter nog meestal via de huisarts, al zie je daar wel een verandering in optreden. Dit blijkt uit de cijfers en uit de verhalen. Met name daar waar een jeugdconsulent van de gemeente betrokken is bij de school, groeit het vertrouwen in de gemeentelijke toegang tot jeugdhulp.

3.2 Rol van ouders bij de keuze van een bepaald zorgpad

Het beeld dat ouders een belangrijke rol spelen in de keuze van een bepaalde route voor hun kind met druk, impulsief en ongeconcentreerd gedrag, is in dit vervolgonderzoek nogmaals bevestigd. Daarbij is de stap naar de gemeente nog vaak te groot. De leerkracht en de huisarts zijn voor ouders een veel logischer partij om zich toe te wenden. Bij ervaren problemen met hun kind(eren) is een vertrouwensrelatie met diegene met wie je dit bespreekt erg belangrijk. Gemeenten hebben nog een weg te gaan om wat dat betreft dichter bij ouders te gaan staan.

De ene school is beter in staat om maatwerk te bieden dan de andere school. De samenwerkingsverbanden zetten nadrukkelijk in op ondersteuning van en op school. In tegenstelling tot vroeger is er daarom minder druk richting ouders om professionele hulp buiten het onderwijs te zoeken. De mate waarin een leerkracht ondersteuning krijgt van en op de school, speelt daarbij wel een belangrijke rol. In de vier onderzochte gemeenten worden verschillen ervaren tussen de ene en de andere school en uiteraard ook tussen de ene en de andere leerkracht.

Waar de ondersteuning op school op orde is, is de enige reden om naar de huisarts te gaan een doorverwijzing naar de GGZ om te onderzoeken of medicatie en/of gespecialiseerde zorg nodig is. Dit gebeurt in die situaties waar het welzijn van het kind sterk achteruit gaat, waar het kind geisoleerd raakt in de klas en waar het leervermogen op het spel staat. Daarnaast zijn er ouders die bewust kiezen voor een route via de huisarts, ook als dit wellicht niet nodig is omdat er op school voldoende mogelijkheden zijn om passend onderwijs te bieden. Een beweegreden die genoemd werd in het onderzoek, is de situatie dat ouders niet bereid zijn om naar hun eigen (opvoedkundige) rol te kijken en daarom liever het medische circuit ingaan.

3.3 Wel of geen diagnose ADHD

Ouders bepalen of er wel of geen diagnosetraject voor hun kind wordt ingegaan. School, gemeente en huisarts (POH-jeugd) adviseren in deze keuze. Ouders kiezen voor deze route omdat het hen duidelijkheid geeft over wat er met hun kind aan de hand is ('erkenning van het probleem') of omdat ze geen gehoor krijgen bij bijvoorbeeld de school. School (en gemeente) adviseren de route naar een diagnose als het welbevinden van het kind ernstig onder druk staat, de schoolprestaties ernstig achter blijven en het kind geïsoleerd raakt. Vaak zijn dan al de nodige ondersteunende maatregelen geboden maar leiden die tot onvoldoende effect. Een diagnose leidt meestal tot de inzet van medicatie (naast andere hulpverlening).

Afhankelijk van de informatie die ouders meenemen over het voortraject verwijst de huisarts snel door. Steeds vaker gaat dat via de POH GGZ Jeugd die samen met ouders de vraag verkent en beziet of doorverwijzing echt nodig is. In gemeenten waarin een dergelijke functie beschikbaar is, worden hierdoor veel onterechte verwijzingen voorkomen. Een deel van de zaken die huisartsen in het verleden ter beoordeling doorstuurde naar de GGZ, kunnen nu door de POH GGZ Jeugd worden beoordeeld.

3.4 Relatie tussen ADHD-zorgpaden en mate van jeugdhulpgebruik

De dominante routes zijn de routes via/op school en via de huisarts (richting GGZ en medicatie). De route via de gemeente is nog in ontwikkeling. In de vier regio's ervaart men dit als een 'kwestie van tijd' en is die ontwikkeling gaande. Het tijdstip waarop hiermee is begonnen verschilt van een gemeente die deze ontwikkeling al vóór de transitie (1/1/205) is gestart, tot een gemeente die hier onlangs (2016) nieuwe keuzes in heeft gemaakt. Deze gemeenten verschillen dan ook in de fase waarin ze zich bevinden.

Samenwerking tussen school, huisarts en gemeente bepaalt in belangrijke mate het gebruik van jeugdhulp. Daar waar al goed wordt samengewerkt, wordt meer gedaan aan

preventie en aan laagdrempelige ondersteuning die zowel op het kind als op het gezin (of de klas) is gericht. Er is dan minder behoefte aan 'opschalen' naar gespecialiseerde jeugdhulp. Een goede samenwerking tussen gemeente, school en huisarts voorkomt onnodige doorverwijzingen naar de gespecialiseerde zorg.

Als het toch nodig is om gespecialiseerde zorg in te zetten, dan vindt die zorgverlening meestal plaats buiten het zicht van de ondersteuningsstructuur van gemeente en school. Er vindt bijvoorbeeld nauwelijks uitwisseling van informatie plaats tussen een GGZ-instelling en gemeente of school. Enerzijds is dat begrijpelijk omdat medische en GGZ-professionals te maken hebben met hun beroepsgeheim, anderzijds is dat een gemiste kans om integrale/samenhangende hulp te kunnen bieden, die elkaar versterkt, zowel op school als thuis als in de behandelkamer. En ook het natraject, volgend op de diagnose en de behandeling, is daardoor nog onvoldoende ingericht. Het opschalen naar medicatie en/of gespecialiseerde zorg is wel geregeld maar er is ook behoefte aan het 'begeleid' afschalen (inzet van minder zware zorg), aan kortdurende, snel toegankelijke vervolg-trajecten (bv. op afroep gesprek met behandelaar) en aan extra ondersteuning bij over-drachtsmomenten (veranderingen in levensfases, bijvoorbeeld van het basisonderwijs naar het voortgezet onderwijs).

Een effect van de in het kader van dit onderzoek gehouden groepsgesprekken kan in dit verband niet onbelicht blijven. Deze groepsbijeenkomsten hebben tot een zinvolle ver-dieping geleid van het inzicht in de wijze waarop met kinderen met ADHD wordt om-gegaan en de stand van zaken c.q. het ontwikkelingsperspectief van de samenwerking tussen de daarbij betrokken instanties/personen, gemeenten, huisartsen, scholen en zorgverleners. De hierboven geschetste gescheiden werelden tussen zorg en onderwijs kwamen tijdens die bijeenkomst letterlijk dichter bij elkaar en de bijeenkomst gaf in die zin een positieve impuls aan de gezamenlijke aanpak.

3.5 De beïnvloedingsmomenten van gemeenten

De vier gemeenten die betrokken waren in het onderzoek verschillen in de manier waar-op zij de toegang tot jeugdhulp hebben georganiseerd en de fasering in de implementatie hiervan. Hoewel het onderzoek vooral beschrijvend van aard is en de steekproef te klein is om conclusies te trekken inzake oorzaak en gevolg, zijn er wel in het algemeen een aantal constateringen mogelijk over de gemeentelijke beïnvloedingsmomenten.

De verwijsroute via school naar huisarts en (specialistische) GGZ en de rechtstreekse route van ouders via huisarts naar GGZ zijn dominante routes voor kinderen met druk, impulsief en ongeconcentreerd gedrag. In het verleden is dit een grote stroom ver-wijzingen geweest, zonder dat de gemeenten daar zicht op hadden. In de onderzochte gemeenten is dit aan het veranderen. De POH jeugd heeft hierin een belangrijke rol, evenals de mate waarin scholen en samenwerkingsverbanden erin slagen om passend onderwijs handen en voeten te geven. De verbinding van de gemeentelijke toegang (wijkteam en/of het CJG) met de POH Jeugd en de MDO's op de scholen is in de onder-zochte gemeenten een belangrijke succesfactor in het realiseren van de best passende zorg voor de kinderen en gezinnen. De focus is minder op de diagnose en specialistische GGZ en meer op het brede spectrum aan hulp en ondersteuning. Ervaring is dat er minder onnodige verwijzingen naar de GGZ plaatsvinden. Hier liggen een belangrijk

moment en mogelijkheid voor de gemeenten om betrokken te zijn en invloed uit te oefenen. Leidend is wat het kind, het gezin, de leerkracht en de klas nodig hebben. Wat niet betekent dat de route naar een diagnose en specialistische GGZ niet nodig is. Want er blijven kinderen voor wie deze zorg de best passende is.

Op twee andere momenten kunnen de onderzochte gemeenten, en waarschijnlijk alle gemeenten in Nederland, nog meer invloed hebben. Het betreft de wijze waarop nazorg voor kinderen en gezinnen georganiseerd kan worden en het overzicht in alle hulp en ondersteuning die beschikbaar is vanuit nu nog veelal geschieden domeinen: onderwijs, GGZ, welzijn, jgz, jeugdzorg et cetera. De gemeentelijke toegang (wijkteam en/of CJG) kan een belangrijke rol vervullen in het 'afschalen' van de zorg en in het snel, indien nodig, organiseren van een gesprek met een psycholoog of psychiater nadat eerdere hulpverlening is afgesloten. Verder verdienen alle kinderen die hulp nodig hebben de best passende hulp en moet de geboden hulp niet afhankelijk zijn van de plek waar ouders zich melden. Betrokkenen weten veelal niet goed wat anderen kunnen betekenen als het om hulp en ondersteuning gaat. Als bestuurlijk en financieel verantwoordelijke van het overgrote deel van de mogelijkheden, kunnen gemeenten nog veel betekenen in het inzichtelijk maken van de opties: wat kan school bieden, wat kan de gemeente bieden, wat kan het CJG bieden, wat kan de POH Jeugd, enzovoort.

3.6 Wat kunnen gemeenten doen?

Allereerst zijn de gemeenten aan zet om de toegang tot jeugdhulp duidelijk te positioneren en ervoor te zorgen dat de diverse verwijzingsstructuren daarop goed zijn aangesloten. De vier gemeenten die betrokken waren in dit onderzoek zijn daarin nog niet allemaal even ver. De verbinding met het de zorgstructuren in het onderwijs krijgt steeds meer vorm en inhoud en het succes ervan (snel kunnen schakelen, vertrouwen bij de ouders) wordt zichtbaar.

Voor de vier onderzochte gemeenten geldt dat de verbinding met de huisartsen (nog) beter kan. De inzet van een POH GGZ Jeugd of adviesteam is hierin heel helpend. Veel winst is nog te halen in het elkaar kennen en vertrouwen als partners in de zorg voor jeugdigen en gezinnen. Diverse huisartsen die in het kader van dit onderzoek zijn gesproken geven aan dat zij aanvankelijk sceptisch aankeken tegen de transitie van de jeugdhulp naar gemeenten. Inmiddels ervaren ze dat deze transitie niet slecht uitpakt en zij hun mening moeten bijstellen. De onderlinge verhoudingen verbeteren en gemeenten pakken hun verantwoordelijkheid goed op. Wel zijn de huisartsen nog erg kritisch over het (beperkte) effect op de beschikbare hulp. Huisartsen zouden graag samen met gemeenten meer concrete afspraken willen maken over hoe lokaal vorm en inhoud te geven aan bijvoorbeeld de richtlijnen ten aanzien van jeugd: welke hulp is beschikbaar en wat zet je wanneer in?

Een tweede kans voor gemeenten is om aan de 'achterkant' aan de slag te gaan. In de afgelopen jaren is vooral in de voorkant (de toegang) geïnvesteerd en nu wordt het tijd om het beschikbare aanbod af te stemmen op de behoefte. Er zijn heel veel interventies beschikbaar voor kinderen en ouders. Die interventies zijn echter nog erg 'domein' specifiek, dus interventies in het onderwijs, in de GGZ, en preventief in het kader van voorliggende voorzieningen. In de groepsgespreken is regelmatig de vraag gesteld of alle

kinderen die het nodig hebben ook echt op de goede plek terecht komen. Er is tussen de ‘domeinen’ veel onbekend over wat er elders beschikbaar is aan hulp. Gemeente kunnen hier als 'verbinder' fungeren, gezien hun verantwoordelijkheid voor (de toegang tot) zowel lichte als zware hulp bij opvoeden en opgroeien.

Tot slot is in alle interviews en groepsgesprekken aangegeven dat er behoefte is aan laagdrempelige, specialistische programma’s op school (specialistische hulp komt naar de school toe), aan goede nazorgtrajecten en snel beschikbare (specialistische) ondersteuning nadat een eerdere behandeling of ondersteuning is afgerond. ADHD geneest niet en in het ouder worden van de kinderen doen zich op gezette tijden momenten voor dat ondersteuning weer even nodig is. Ouders en kinderen willen dan niet geconfronteerd worden met trajecten waarin zij feitelijk opnieuw moeten beginnen en geconfronteerd worden met wachtlijsten omdat de één of twee gesprekken die zij nodig hebben niet gelijk gepland kunnen worden. In de gesprekken geeft een aantal zorgverleners aan dat de DBC’s bovenstaande zorg in de weg staan.

3.6 Wat kunnen scholen doen?

De invoering van Passend Onderwijs is in alle gemeenten goed zichtbaar. Er vindt een omslag plaats van medicaliseren naar ondersteuning naar behoefte in de klas. De perverse prikkel dat een diagnose nodig was voor een 'rugzakje' is weg. Hoewel dat nog niet op elke school in de praktijk zo werkt. Scholen kunnen helpen in het vergroten van het vertrouwen tussen ouders en gemeente. Door consulenten en coaches van de gemeenten vroegtijdig te betrekken in de gesprekken met ouders, wordt het makkelijker om ouders toegang te bieden tot de ondersteuning en hulp die in het gemeentelijke domein beschikbaar is.

In diverse gesprekken is aan bod gekomen dat scholen/leerkrachten geregeld worstelen met het verleggen van de focus op (de problemen van) het kind naar de wijze waarop de ouders (of leerkracht) met de situatie omgaan en daarin verandering kunnen brengen. Hier lijkt sprake te zijn van handelingsverlegenheid. Scholen zullen allert moeten zijn op deze situatie en hun teams hiertoe moeten toerusten.

Uit het onderzoek blijkt dat de ene school beter in staat is om passend onderwijs in praktijk te brengen dan de andere school. Ook is de ene leerkracht er beter in dan de andere. De samenwerkingsverbanden zien in het bewerkstellingen van deze verandering een belangrijke rol voor zichzelf weggelegd. Ze gaan in praktijk eerst en vooral aan de slag met het coachen/toerusten van de leerkracht en het realiseren van de juiste randvoorwaarden in de klas. In een aantal gesprekken is de kritische vraag gesteld of de beschikbare middelen wel juist worden ingezet. Zo is het veel gegaan over de grootte van de klassen. Dit zijn echter keuzes die scholen zelf maken.

3.7 Wat kunnen huisartsen doen?

Veel huisartsen keken sceptisch naar de decentralisatie van de jeugdzorg. In de interviews en gesprekken hebben huisartsen aangegeven dat zij hun mening hierover inmiddels bijstellen. Winst is te halen in het elkaar kennen en begrijpen en dit gaat steeds beter. Huisartsen kunnen de gemeente vaker opzoeken, bijvoorbeeld om samen een concrete vertaling te maken van beleid en richtlijnen naar praktijk. Welke hulp is voor

welke gezinnen en kinderen beschikbaar en hoe informeren we elkaar over de voortgang? De inzet van de POH GGZ Jeugd is hierin helpend.

3.8 Wat kan het Rijk doen?

Met de inzet van de Jeugdwet en Passend Onderwijs hebben zowel het ministerie van VWS als het ministerie van OCW een belangrijk kader geboden om een omslag te maken van een aanbodgerichte/medicaliserende aanpak naar een aanpak gebaseerd op behoefte en op maat. In de vier onderzochte gemeenten zijn de eerste effecten zichtbaar en positief. De beide kaders liggen goed in elkaars verlengde en botsen niet. Ze nodigen beide uit tot verbinding en het zoeken van ruimte om op maat keuzes te maken. Vanuit hun stelselverantwoordelijkheid dienen VWS en OCW oog te houden voor het tempo waarin de veranderingen lokaal vorm en inhoud krijgen en ruimte te geven aan het veld om de beoogde veranderingen in te voeren en te borgen.

Hoewel dit onderzoek te verkennend is om verbanden te leggen tussen de cijfers en de lokale aanpak/het lokale beleid, kan wel gesteld worden dat duidelijkheid en tempo in keuzes over wie wat doet, helpen voorkomen dat ouders, jongeren en verwijzers de weg kwijt raken in de routes naar hulp én ervoor zorgen dat ouders en kinderen sneller op de juiste plek terechtkomen. Daar waar we gemeenten adviseren om de aandacht te verleggen naar de achterkant (traject na diagnose/zorgverlening) en interventies, is het aan te bevelen dat het Rijk daarin meebeweegt. Schenk ook landelijk aandacht aan de totstandkoming van een passend ondersteuningsaanbod voor ouders en kinderen, normaal waar het kan, specialistisch waar nodig en niet alleen eenmalig, maar ook op latere momenten in het leven van kinderen met ADHD. Tijdig afschalen en het realiseren van goede nazorg zou ook voor het Rijk een beleidsuitgangspunt moeten zijn.

Bijlage A Literatuurlijst

Documentenanalyse:

- Advies Passend Onderwijs, Onderwijsraad, december 2016
- Plan van aanpak gepaste zorg 2015-2016, Ministerie van VWS, 2015
- ADHD: Medicatie en Maatschappij, Gezondheidsraad, juli 2014
- Tiende voortgangsrapportage passend onderwijs, Ministerie van OCW, december 2016
- De Bomen en het bos. Leraren en ouders over passend onderwijs, Van der Meer, 2016
- Quick scan ADHD in po en vo, Boukje Cuelenaere van CentERdata, december 2016
- Rapportage expertbijeenkomsten 'diagnosedruk', J.A.J. van der Horst van Quanta NpM B.V., december 2016
- Gezamenlijk plan van aanpak gepaste zorg voor kinderen met druk, impulsief gedrag en aandachtsproblemen. Eindrapportage. Werkgroep Gepaste Zorg, december 2016
- Multidisciplinaire Richtlijn voor diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen, 2005
- NHG-Standaard ADHD bij kinderen, geldende standaard eind 2016
- JGZ-richtlijn ADHD Signalering, begeleiding en toeleiding naar diagnostiek, 2015
- Richtlijn ADHD voor jeugdhulp en jeugdbescherming, NIP, BPSW, NVO, geldende richtlijn eind 2016
- Brief aan de Tweede Kamer (Vaste Kamercommissie voor OCW) dd 12 december 2016 van Oudervereniging Balans, de Nederlandse Vereniging voor Autisme en het Landelijk Platform GGZ

Overige informatie:

- Informatie over de samenwerkingsverbanden via de websites van de samen-werkingsverbanden.
- Informatie over de inrichting van de gemeentelijke toegang en lokale afspraken via gemeenten in gemeentelijke/regionale beleidsnotities, routekaarten en handboeken.

Bijlage B Inrichting lokaal jeugd- en onderwijsbeleid per gemeente

Gemeente A	
Jeugdhulp	• Het CJG is een samenwerking van de jeugdgezondheidszorg 0-18 jaar, MEE, bureau jeugdzorg en de welzijnsorganisatie. Het CJG is de laagdrempelige toegang tot opvoed- en opgroeiondersteuning. De focus ligt op informatie en advies, preventie en lichte ondersteuning. • De gemeentelijke toegang is voor (verdiepende) vraagverheldering en inzet van gespecialiseerde hulp en in het geval er veiligheidsissues spelen. Bij de gemeente zijn jeugdconsulenten actief. Waarbij er onderscheid wordt gemaakt in rol. Jeugdconsulenten kunnen regisseur/casemanager zijn of handelen meldingen af. • Een van de uitgangspunten is dat de plek waar de vraag binnen komt niet uitmaakt voor een goede afhandeling. Betrokkenen weten hoe de structuur er achter de voordeur uit ziet en verbinden ouders en kinderen zo snel mogelijk met de juiste persoon, zonder dat de ouders en kinderen iets merken van de structuur en organisaties die hierachter zitten. • Zowel vanuit het CJG als vanuit de gemeente gaat de aandacht de komende tijd uit naar het verbreden van de aanpak: niet alleen jeugd, maar domein overschrijdend, zodat vragen en/of zorgen echt in samenhang kan worden opgepakt (en erger kan worden voorkomen). Zo zijn voor 2017 afspraken gemaakt over één werkwijze in de basisvraagverheldering voor Wmo, Participatiewet en Jeugdwet.

Onderwijs	• De regio is één van de regio's die de komende jaren veel geld moet inleveren (krimp en negatieve verevening). Er is in de regio een nauwe samenwerking tussen de verschillende samenwerkings-verbanden (PO en VO).
	• Uitgangspunt is passend onderwijs in de klas, met veel bevoegd-heden en verantwoordelijkheden bij de leraren, scholen en besturen zelf. Het eigenaarschap en dus ook het geld ligt zoveel als mogelijk daar.
	• Passend primair onderwijs in de regio heeft de basisondersteuning gebaseerd op vier niveaus:
	  • Ondersteuningsniveau 1: Onderwijs in de groep
	  • Ondersteuningsniveau 2: Ondersteuning in de groep
	  • Ondersteuningsniveau 3: Ondersteuning op school met interne deskundigen
	  • Ondersteuningsniveau 4: Ondersteuning op school met externe specialisten
	• Scholen zijn verantwoordelijk voor de eerste twee niveaus, de schoolbesturen dienen niveau 3 en 4 goed te regelen en het samen-werkingsverband is verantwoordelijk voor de extra ondersteuning op niveau 5 (S(B)O).
	• Als er sprake is van een probleem waarbij meer ondersteuning door zorg i.p.v. onderwijsondersteuning nodig is, moet een beroep worden gedaan op de opties die Jeugdwet, Zvw en Wlz bieden.
	• Recent is er in de regio een beleidsnotitie vastgesteld met alle gemeenten en alle schoolbesturen over de zorg in en om de school en een knooppunt per school. Dit knooppunt staat voor een integrale

	afweging en integrale aanpak. Ouders, school, (gemeentelijke) toegang, JGZ en schoolmaatschappelijk werk (SMW) werken samen in het analyseren van de vraag, het toeleiden naar hulp, regievoering en evaluatie en bijstelling van de aanpak. • Het samenwerkingsverband heeft geen fysiek loket en geen eigen kantoor. De directeur en 3 trajectbegeleiders hebben hun werkplek op de scholen. • Als een leerling echt niet meer op zijn/haar plek is op de school, dan worden de trajectbegeleiders ingezet. Zij toetsen de inzet van de school op de eerste 4 niveaus en de inzet van zorg en begeleiden het proces van het zoeken naar een andere school en de aanvraag TLV, indien aangewezen. Dit gebeurt samen met de betrokken scholen en met de ouders in het MDO. • Belangrijke rol voor het samenwerkingsverband is verder het actief volgen/monitoren van de uitvoering van de gezamenlijke afspraken en het bewaken van de collectieve verantwoordelijkheid.
Huisartsenzorg	• Vanuit het CJG wordt de inzet van de POH GGZ en psycholoog Jeugd gefaciliteerd. Op dit moment zijn het twee medewerkers, één met de focus op de huisartsen en één met de focus op de JGZ en het onderwijs. De inzet van het innovatieproject is een succes en binnenkort volgt uitbreiding van de formatie. • Veelal komen ouders met een briefje van school bij de huisarts voor een verwijzing. In veel gevallen schakelt de huisarts nu de praktijk-ondersteuner in. Deze gaat met hen in gesprek. Sommige ouders melden zich zelf met zorgen bij de huisarts en ook deze zaken zet de huisarts veelal door. • Afhankelijk van de informatie die ouders geven en beschikbaar hebben, zet de POH in op vraagverheldering, al dan niet met aanvullende screeningsinstrumenten (voor ouders, leerkrachten). Het kan ook zijn dat de POH gelijk een pedagogisch medewerker vanuit het CJG betrekt. Uitkomst van het traject is een door-verwijzing of zelf een aantal gesprekken met de ouders en het kind voeren (4-5 gesprekken). • De betrokkenheid van de POH Jeugd stopt als ouders zelf weer verder kunnen of na de doorverwijzing als er onvoldoende resultaat is behaald. Na de doorverwijzing houdt de POH meestal nog even de vinger aan de pols tot de intake.

Gemeente B	
Jeugdhulp	• Er zijn in deze gemeente wijkteams werkzaam voor alle leeftijden, met een brede deskundigheid waaronder een GZ-psycholoog voor de afweging of basis- of gespecialiseerde GGZ nodig is. • De medewerkers van de wijkteams zijn gedetacheerd vanuit ver-schillende moederorganisaties en hebben bij de transitie ook de functie van het CJG overgenomen. • De gemeente heeft op regionaal niveau jeugdhulp ingekocht. • Sinds 1/1/2017 is geen kindergeneeskundige zorg (kinderarts/ ziekenhuis) meer gecontracteerd voor jeugdhulp.
Onderwijs	• De gemeente bevordert de samenwerking met scholen door het inzetten van een schoolmaatschappelijk werker vanuit het sociaal wijkteam in het ondersteuningsteam van de school. De school-maatschappelijk werker vult het werk van de intern begeleider van

	die school aan en zorgt voor de verbinding met het wijkteam. De samenwerking verloopt wisselend per school. • Multidisciplinair overleg (MDO) wordt als instrument flexibel ingezet, wanneer er behoefte aan is, daar waar de vraag is ontstaan en met de mensen die bij die vraag betrokken zijn. • Voor Speciaal Onderwijs en Speciaal Basisonderwijs is een diagnose nodig. Het samenwerkingsverband heeft een commissie die via een indicatieprocedure een toelaatbaarheidsverklaring opstelt. • Er zijn grote verschillen tussen scholen wat hun verwijsgedrag naar SO en SBO betreft. Er is al veel bereikt maar het traject richting Passend Onderwijs is nog niet afgerond.
Huisartsenzorg	• De gemeente investeert in samenwerking met de huisartsen en het geven van goede voorlichting aan hen over de werkwijze van het wijkteam en de mogelijke meerwaarde voor huisartsen vanwege de daar beschikbare deskundigheid. Deze samenwerking begint z'n vruchten af te werpen want huisartsen verwijzen steeds vaker naar het wijkteam. • De gemeente stelt een jeugdgezinswerker beschikbaar vanuit het wijkteam voor in de huisartsenpraktijken. Deze deskundigheid vult die van de reguliere POH aan op het gebied van jeugd. • De huisartsenpraktijken hebben voor de jeugd-GGZ een gezamenlijk aanspreekpunt (één van de huisartsen) maar werken verder niet samen op het gebied van jeugdhulp. • De huisartsenpraktijken hebben geen direct contact met de scholen.

Gemeente C	
Jeugdhulp	• De gemeente en regio werken niet met een jeugd- of wijkteam. Elke gemeente heeft een Sociaal Plein met een team consulenten die in het kader van de Wmo, Jeugdwet en Participatiewet onderzoeken welke hulp nodig is en deze waar nodig toewijzen. • Voor vragen over jeugd is er een consultatie- en adviesteam (C&A team) beschikbaar vanuit de regio. Dit team bestaat uit twee jeugdartsen en een GZ psycholoog. Zij kunnen helpen bij vraagverkenning en adviseren in de benodigde hulpverlening.
Onderwijs	• Als de leerkracht problemen signaleert in de ontwikkeling, dan gaat deze met de ouders en intern begeleider (IB'er) in gesprek om tot een individueel plan of groepsplan te komen. Als dit plan niet werkt, dan pas volgt de stap naar het samenwerkingsverband. School start dan samen met ouders een MDO. Naast ouders, leerkracht en IB'er sluit daar dan iemand van het loket aan van het samenwerkingsverband. Ook andere instanties kunnen aansluiten. • Bij kinderen met (een vermoeden van) ADHD moeten alvorens een MDO wordt ingezet alle bekende maatregelen op school zelf zijn ingezet (zoals structuur in de klas etc.) • In de regio sluiten met name de jeugdhulpinstellingen regelmatig aan bij de MDO's. Overigens kunnen ook zij een MDO starten. • Bij een MDO aanvraag wijst het loket een trajectbegeleider toe aan de casus. Deze trajectbegeleider wordt de regisseur van het MDO en de aanpak die daaruit voort komt. Handelingsgericht werken staat hierin centraal. De trajectbegeleider is meestal een orthopedagoog of ambulant begeleider. De trajectbegeleider blijft tot het einde betrokken. Een traject stopt als het MDO beslist dat het traject klaar is.

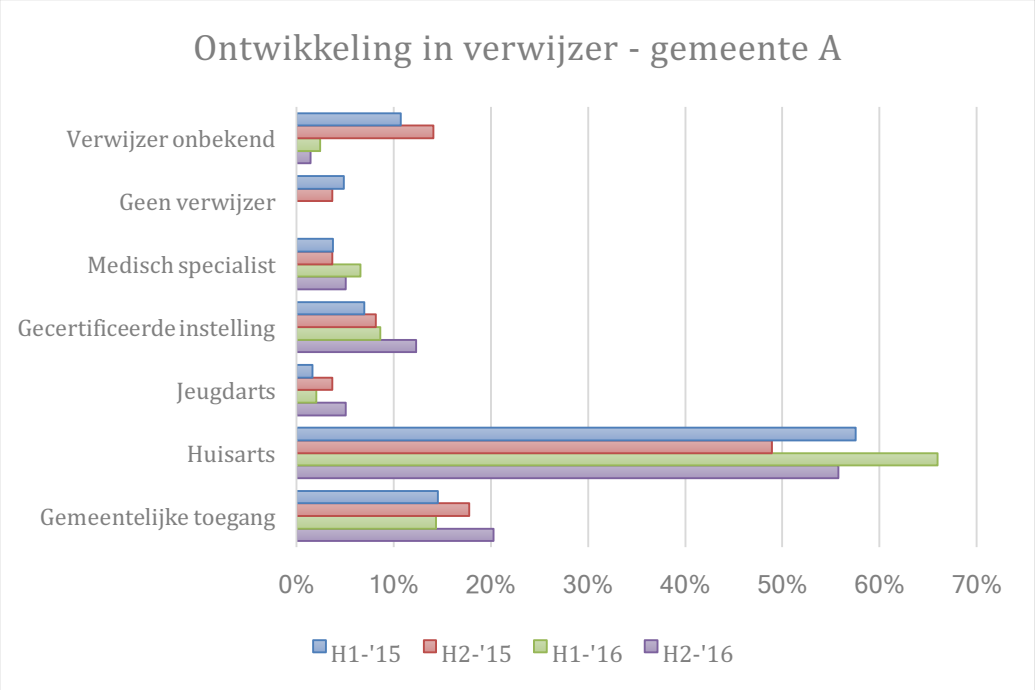
	• Vanuit het samenwerkingsverband kan extra expertise op school worden ingezet. Er is een onderwijspoule met mensen met deze expertise. Ze kunnen ingezet worden om op school te observeren en gerichte adviezen te geven aan leerkrachten en ouders. • Is de expertise van de onderwijspoule onvoldoende of werkt het niet, dan kan een specialist van elders worden ingeschakeld. Die sluit aan bij het MDO en kan ook mee de klas in. • Indien wordt over gegaan tot een ADHD onderzoek (diagnose) dan kan dit op verschillende manieren, via gemeente en huisarts. Keuze is meestal afhankelijk van wat de snelste weg is.
Huisartsenzorg	• Er is een regionaal convenant tussen gemeenten en huisartsen met afspraken over doorverwijzen inzake jeugd. Er is beperkt ingezet op de praktijkondersteuners. Het C&A team vervult grotendeels deze rol. • De rol van de huisarts inzake ADHD is veranderd met de komst van een nieuwe richtlijn. Deze richtlijn geeft aan dat huisartsen een grotere rol/verantwoordelijkheid (met name inzake de medicatie) waar de huisartsen niet perse goed voor toegerust zijn.

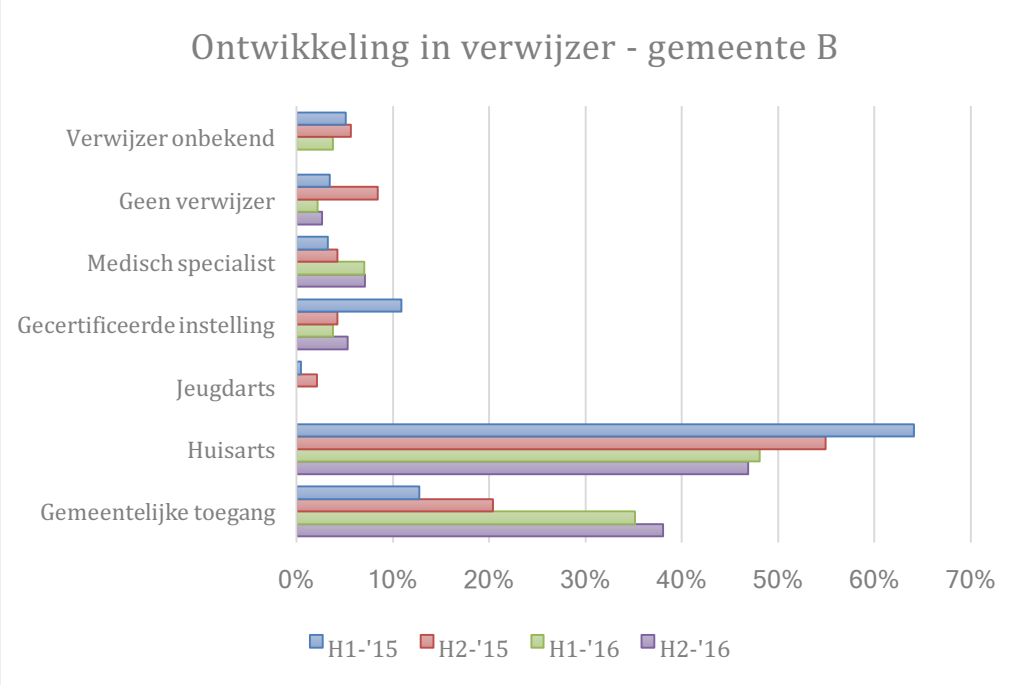
Gemeente D	
Jeugdhulp	• De jeugd- en gezinscoaches (j&g coaches) vervullen in deze gemeente een centrale rol in de oppakken van hulpvragen omtrent opvoeden en opgroeien. Er is een nauwe band met het CJG. Het CJG is er voor de lichte ondersteuning en minder complexe vragen. • De j&g coaches komen in beeld als de problemen complexer en hardnekkiger zijn. Zij stellen met ouders samen een gezinsplan op. Ouders kiezen zelf bij welke zorgaanbieder zij zich aanmelden. De j&g coach gaat zo veel mogelijk mee naar het eerste gesprek en blijft het traject volgen. Bij voorkeur is de j&g coach ook betrokken bij de evaluatie.
Onderwijs	• Het samenwerkingsverband (swv) primair onderwijs werkt met budgetten per werkgebied. De regio hanteert de richtlijnen van de PO Raad ten aanzien van de basisondersteuning die op de scholen zelf beschikbaar moet zijn. • In de aanpak is de vraag leidend: wat heeft dit kind nodig? Diagnostiek is niet leidend, evenals het probleem. Consequentie van deze aanpak is dat de vraag naar onderzoek de afgelopen jaren is gedaald. Diagnose en onderzoek zijn een perverse prikkel uit het verleden. • De consulten van het samenwerkingsverband sluiten zo vroeg mogelijk aan bij de casuïstiek en werken waar mogelijk preventief. • Bij onvoldoende resultaat van de basisondersteuning kan een MDO worden georganiseerd waarin ouders, intern begeleider (IB'er) en de consulent deelnemen. De jeugd- en gezinscoaches worden meer en meer betrokken in het MDO. • Van school wordt verwacht dat zij voorafgaand een TOP-dossier (totaal ontwikkelplan) maken. Het TOP-dossier omvat een goede analyse van de situatie en de ondersteuningsbehoefte van de leerling. • Vanuit het MDO wordt gekeken naar de opties voor inzet van extra ondersteuning. De invulling daarvan is heel flexibel en kan leiden tot de inzet van een arrangement (op de leergebieden, geragsregulatie,

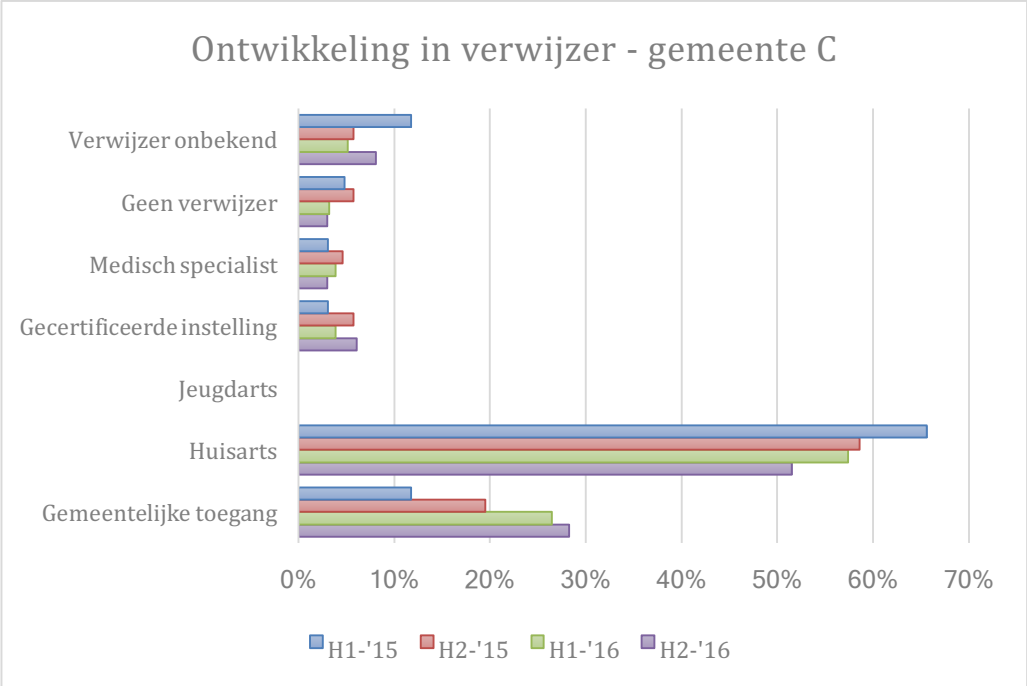
	eigen leerlijnen, prikkelverwerking) maar kan bijvoorbeeld ook aangewend worden voor extra uren voor de leerkracht of een onderwijsassistent. • Het samenwerkingsverband heeft een flexibele schil beschikbaar met ambulant begeleiders die ingezet kunnen worden op de scholen. De ambulant begeleiders bieden een arrangement in de klas: coaching van de leerkracht, observatie, handelingsadviezen, zowel op individueel als op groepsniveau. • Doorverwijzing voor onderzoek en diagnose gebeurt alleen als alles al geprobeerd is en onvoldoende effect heeft. In praktijk is er in zo'n geval altijd sprake van een combinatie van laag welbevinden bij het kind, onvoldoende draagkracht bij ouders en structureel achterblijvende leerprestaties. • De route verloopt via huisarts of gemeente naar één van de regionale GGZ aanbieders. School blijft de verbindende factor als het hulpverleningstraject loopt en informeert de consulent over de voortgang. • De route huisarts of gemeente is een afweging die gemaakt wordt op basis van de situatie. Via huisarts vaak als ouders onvoldoende vertrouwen hebben in de j&g coaches/CJG/hulpverlening. • De consulenten blijven de leerling volgen bij de uitvoering van het arrangement.
Huisartsenzorg	• Bijna alle huisartsen maken gebruik van praktijkondersteuners die werken in een regionale organisatie. Sinds 2016 is er de POH Jeugd naast de POH GGZ. • Sinds de POH Jeugd beschikbaar is, is er een relatief grote stroom doorverwijzingen op gang gekomen vanuit de huisartsen. Van de gezinnen die bij de POH Jeugd komen wordt zo'n 20% alsnog naar het CJG verwezen. Van de overige zaken blijft een groot deel in handen van de POH die zelf 4-5 gesprekken kan doen om tot vraagverheldering te komen en handelingsgerichte adviezen te geven aan ouders. Uiteindelijk gaat zo'n 40% van de gezinnen door naar de GGZ. • De rol van de huisarts inzake ADHD is veranderd met de komst van een nieuwe richtlijn. Huisartsen denken heel verschillend over hun rol in het overnemen van de medicatie. Voordeel in deze regio is dat de huisartsen/POH een psychiater kunnen consulteren over medicatievragen. Dit betekent dat deze expertise sneller beschikbaar is, zonder allerlei aparte doorverwijzingen en (momenteel) lange wachtlijsten.

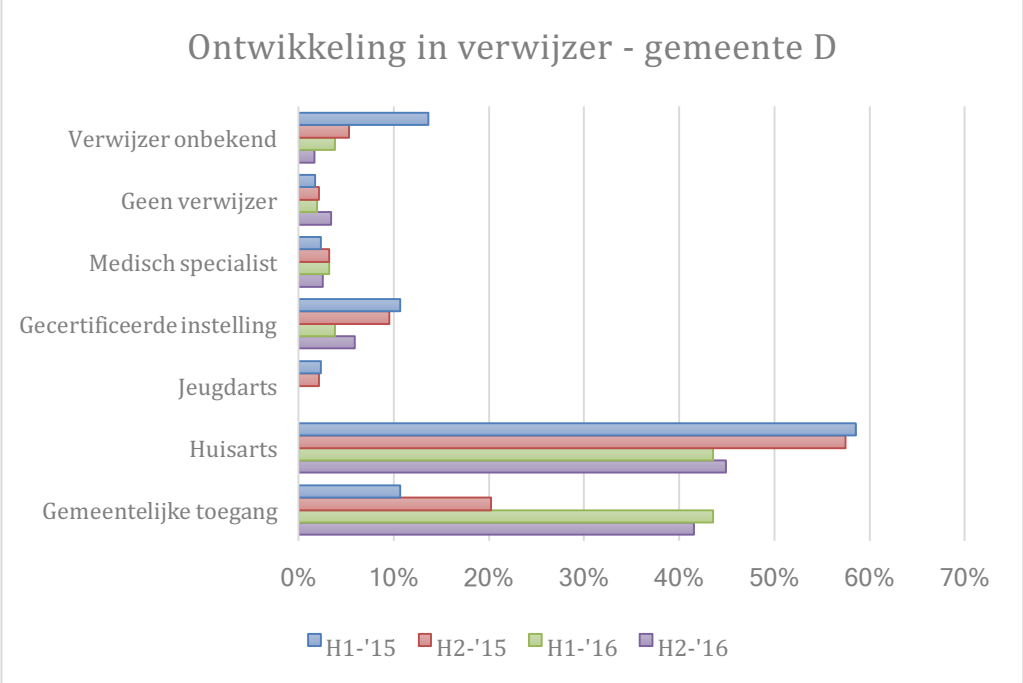
Bijlage C Ontwikkeling verdeling type verwijzer

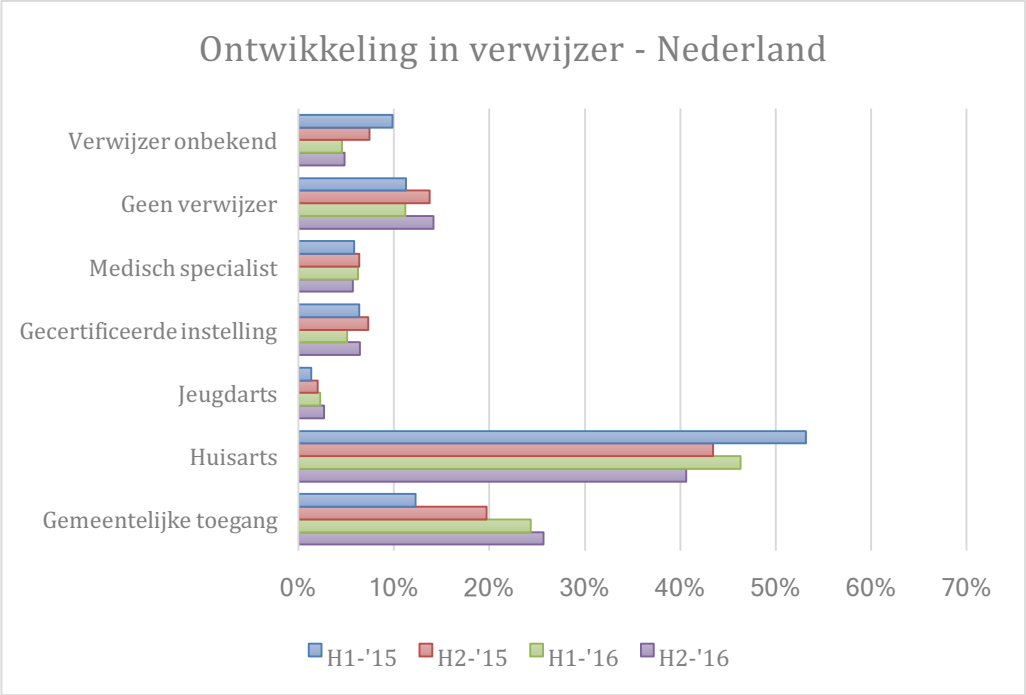
In onderstaande grafieken is voor de vier gemeenten die betrokken zijn in dit onderzoek weergegeven hoe de verdeling naar type verwijzer zich sinds begi 2015 heeft ontwikkeld. Ook is de uitkomst voor Nederland als geheel opgenomen in de grafiek.






Ontwikkeling in verwijzer - gemeente C
Verwijzer onbekend
Geen verwijzer
Medisch specialist
Gecertificeerde instelling
Jeugdarts
Huisarts
Gemeentelijke toegang
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
H1-'15
H2-'15
H1-'16
H2-'16


Ontwikkeling in verwijzer - gemeente D
Verwijzer onbekend
Geen verwijzer
Medisch specialist
Gecertificeerde instelling
Jeugdarts
Huisarts
Gemeentelijke toegang
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
H1-'15
H2-'15
H1-'16
H2-'16


Ontwikkeling in verwijzer - Nederland
Verwijzer onbekend
Geen verwijzer
Medisch specialist
Gecertificeerde instelling
Jeugdarts
Huisarts
Gemeentelijke toegang
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
H1-'15
H2-'15
H1-'16
H2-'16