

Retouradres: Postbus 10007, 8000 GA Zwolle

transformatiefonds@minvws.nl

Stadskantoor

Lübeckplein 2

Postbus 10007

8000 GA Zwolle

Telefoon 14 038

d.hofsteenge@rsj-ijsselland.nl

www.rsj-ijsselland.nl

Uw kenmerk

Ons kenmerk DH/KW/20180927a

Behandeld door D. Hofsteenge-Jans

Datum 10 november 2018

Geachte heer, mevrouw,

Hierbij sturen wij u de *aangepaste* transformatie aanvraag van de regio IJsselland (Dalfsen, Deventer, Hardenberg, Kampen, Olst-Wijhe, Ommen, Raalte, Staphorst, Steenwijkerland, Zwartewaterland en Zwolle). Naar aanleiding van vragen en opmerkingen uit de toetsingscriteria Transformatie is bijstelling gedaan aan de voorstellen. Dit heeft geleid tot het expliciet maken van een aantal inhoudelijke vragen, het duidelijker beschrijven van een aantal processtappen en het verminderen van het aantal ingediende voorstellen.

Bij deze brief worden de volgende stukken aangeleverd :

- Modelformat aanvraag VWS.
- Aangepaste aanvraag Transformatiefonds met een toelichting op de ontwikkelvoorstellen en begroting.
- Bijlagen: twee ontwikkelvoorstellen vanuit de Regio IJsselland.

Hopende u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd en in afwachting van uw reactie.

Hoogachtend,

Regionaal Serviceteam Jeugd IJsselland

Diana Hofsteenge – Jans,

Regiomanager en secretaris van het

bestuur Regionaal Serviceteam Jeugd IJsselland



Algemene gegevens			
Naam jeugdzorgregio	RSJ IJsselland		
Contactpersoon	Naam	Telefoon	E-mailadres
	Inger Poorta	06 31796115	i.poorta@rsj-ijsselland.nl
Datum	10 november 2018		

Uitgangspunt bij de uitkering van het transformatiebudget is dat de grootste gemeente in de jeugdzorgregio in de periode 2018-2020 jaarlijks het transformatiebudget krijgt uitgekeerd, ten behoeve van het regionale transformatieplan. Indien de jeugdzorgregio hiervan wil afwijken, dient hieronder te worden aangegeven aan welke gemeente dan jaarlijks (2018-2020) het transformatiebudget kan worden uitgekeerd.

Uitkering Transformatiefonds	
Naam grootste gemeente in de jeugdzorgregio	Zwolle
Indien van toepassing: naam gemeente die transformatiebudget ontvangt (niet zijnde de grootste gemeente in de jeugdzorgregio)	nvt

Geef hieronder aan of de jeugdzorgregio voldoet aan de criteria die zien op 'de basis op orde'. In hoofdstuk 4 wordt een toelichting gegeven op deze beoordelingscriteria. Indien op onderstaande criteria een 'nee' wordt aangegeven, dient schriftelijk per criteria overtuigend gemotiveerd te worden waarom de jeugdzorgregio (nog) niet aan desbetreffende criteria voldoet, en dient te worden aangegeven op welke wijze de jeugdzorgregio alsnog aan desbetreffende criteria gaat voldoen.



<b>Beoordelingscriteria – ‘de basis op orde’</b>	
<b>1. In de jeugdzorgregio is een (boven)regionaal expertteam aanwezig voor complexe zorgvragen.</b>	ja
<b>2. Binnen de jeugdzorgregio zijn (proces)afspraken gemaakt over de aanpak van wachtlijsten en wachttijden.</b>	ja
<b>3. Binnen de jeugdzorgregio worden meerjarige inkoopcontracten afgesloten.</b>	ja
<b>4. Binnen de jeugdzorgregio zijn de inkoopcontracten consequent vertaald in de uitvoeringsvarianten van het programma Informatievoorziening Sociaal Domein.</b>	ja
<b>5. Binnen de jeugdzorgregio is er een visie op de doorontwikkeling van de lokale teams.</b>	ja

## **Transformatieplan Regio IJsselland**

*Gemeenten: Dalfsen, Deventer, Hardenberg, Kampen, Olst-Wijhe, Ommen, Raalte, Staphorst, Steenwijkerland, Zwartewaterland en Zwolle*

### **Transformatie regio IJsselland**

Om de transformatie van het jeugdhulpstelsel een extra impuls te geven is door gemeenten en het Rijk een Transformatiefonds opgericht. Voor de jeugdzorgregio IJsselland is van 2018 t/m 2020 jaarlijks € 1.181.756 beschikbaar. Om hiervoor in aanmerking te komen dient een regio een transformatieplan in te dienen. Uitgangspunt van het Transformatiefonds is dat inzet hiervan bijdraagt aan de doelstelling van het Actieprogramma Zorg voor de Jeugd: *‘De jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering merkbaar en meetbaar steeds beter te maken voor kinderen, jongeren en gezinnen, zodat ze op tijd passende hulp ontvangen’*. Binnen de jeugdzorgregio IJsselland heeft het Regionaal Serviceteam Jeugd (RSJ)<sup>1</sup> in samenwerking met de elf gemeenten en aanbieders jeugdhulp een aantal voorstellen ontwikkeld die een bijdrage gaan leveren aan de transformatie van het jeugdhulpstelsel.

De doelen uit het ‘Actieprogramma Zorg voor de Jeugd’, zijn uitgewerkt langs zes inhoudelijke actielijnen, deze vormen de basis voor het Transformatiefonds. De actielijnen van het Transformatiefonds zijn omvangrijk. Dit vraagt om keuzes en richting. In de regio IJsselland kiezen we er daarom voor aan te sluiten bij de vastgestelde regionale visie: [‘Samenwerken aan transformatie 2017-2020’](#) (zie bijlage). In dit Visiedocument zijn algemene regionale doelstellingen voor de komende periode benoemd. De belangrijkste hoofddoelen in het Visiedocument is dat de zorg aan het kind en gezin, zo direct mogelijk, zo kort mogelijk en zo dicht bij huis geleverd moet worden en tijdige preventieve betrokkenheid van het voorveld en zoveel als mogelijk de regie bij het kind en het gezin laten.

Gemeenten in de regio IJsselland hebben *lokaal* een transformatieplan jeugdhulp ontwikkeld<sup>2</sup>, de uitwerking van de *regionale transformatie* is een voortdurend proces welke in 2018 op gang is gekomen door onder andere de invoering van het IJssellands Inkoopmodel en het opzetten van een kerngroep Transformatie met bestuurlijke vertegenwoordiging. In 2019 zal de transformatie jeugdhulp samen met de betrokken partners zoals jeugdhulppartners, onderwijs, GGD etc. verder uitgewerkt worden. Ook wordt een vertegenwoordiging van inwoners/cliënten hierbij betrokken. De twee thema’s in dit Transformatieplan kunnen beschouwd worden als de infrastructuur waarlangs de *regionale transformatie* zal plaatsvinden ter versterking van de *lokale transformatie*.

<sup>1</sup> Het RSJ IJsselland (Gemeenschappelijke Regeling) koopt namens de elf gemeenten de gespecialiseerde jeugdhulp in bij de ruim 160 aanbieders die werkzaam zijn in de regio IJsselland en beheert deze contracten.

<sup>2</sup> al dan niet sociaal domein breed geïntegreerd

De geselecteerde Transformatievoorstellen dragen bij aan een belangrijk uitgangspunt van de regio IJsselland, namelijk *'lokaal is het vliegwiel van de transformatie'* en de transformatie is dus vooral ook een lokale verantwoordelijkheid. De geselecteerde voorstellen lossen knelpunten op waar lokaal voor wordt gevraagd om de samenwerking te bevorderen.

De rode draad in de onderliggende transformatievoorstellen is dat de regio IJsselland nog veel moet investeren om de *samenwerking tussen alle partners onderling en de lokale toegangen te verbeteren* om ook daadwerkelijke deze doelen met elkaar te realiseren. Voorstellen in de thema's dragen bij aan het verbeteren van de onderlinge samenwerking ten gunste van een betere zorg aan het kind en gezin, de ontschotting tussen aanbieders en lokale toegangen en het betrekken van het lokale voorveld zoals onderwijs en welzijnsorganisaties en om de samenwerking te bevorderen.

#### **Toelichting thema's jeugdzorgregio IJsselland**

De regio IJsselland herkent zich in het cyclische proces van de doorontwikkeling in het jeugdlandschap. De Transformatievoorstellen hebben de vier beschreven stappen in zich: ophalen vragen bij inwoners en samenleving, kennisdomeinen & onderzoek, productinterventie & innovatie, borging en carrière lang opleiden.

De Transformatievoorstellen zijn gebaseerd op een gezamenlijke regionale behoefte en ontwikkeld door initiatiefnemende aanbieders en gemeenten. Waarbij de regio de kaders heeft gesteld waarbinnen de voorstellen konden worden ontwikkeld. In de komende periode wordt verder geïnventariseerd welke partijen nog meer kunnen aansluiten. Deze (nieuw aangesloten) partijen krijgen een actieve rol bij de verdere uitwerking van het plan en worden betrokken bij de uitvoering. De verschillende voorstellen worden in 2019 uitgewerkt in concrete acties zodat de doelgroep de veranderingen merkt en de zorg beter wordt. Dit wordt ook gemonitord.

De regio voor uitwerking van de voorstellen ligt bij de uitvoerende partners, ondersteund en gefaciliteerd door de werkgroep Transformatie<sup>3</sup>. Zo creëren we gemeenschappelijk draagvlak op de transformatieopgave voor de aankomende jaren. Het RSJ IJsselland heeft de rol van opdrachtgever en hiermee ook de overall coördinatie van de voortgang van deze plannen en legt verantwoording af aan het bestuur van de regio IJsselland.

---

<sup>3</sup> Een speciaal opgerichte werkgroep Transformatie, bestaande uit beleidsmedewerkers van gemeenten uit regio IJsselland en het RSJ-IJsselland, is verantwoordelijk voor de samenhang en de voortgang van de plannen.

De regio IJsselland zal actief kennis delen met andere samenwerkingspartners en ook met andere jeugdhulpregio's. De regio zal deelnemen aan (landelijke en bovenregionale) bijeenkomsten en actief de leerervaringen delen. Daarnaast zal er in het eerste kwartaal van 2019 een regionaal communicatieplan worden uitgewerkt om kennis en kunde op een actieve en creatieve wijze met elkaar te delen en (langdurig) te borgen d.m.v. bijvoorbeeld thematafels of gesprekstafels.

Op basis van de uitgangspunten in de visie en in aansluiting met de actielijnen uit het Actieprogramma zorg voor de Jeugd wil de regio met het Transformatievoorstel bijdragen aan de volgende twee thema's.

***Thema 1 Inzet op de lokale leefomgeving van het kind/ambulantisering (passend bij actielijn 2)***

De transformatie is geslaagd wanneer kinderen en jongeren aantoonbaar meer verblijven in hun eigen leefomgeving (ook bij complexe problematiek) en we met elkaar kunnen vaststellen dat het aantal opnames in zowel de jeugdzorg als in de psychiatrie zijn afgenomen dan wel aanzienlijk zijn bekort. Dit ligt direct in het belang van de cliënt en past in de visie dat een cliënt geholpen wordt om weer zelf regie te krijgen. We willen de zorg en ondersteuning voor kinderen zo dicht mogelijk bij het kind en het gezin organiseren. In hun eigen sociale omgeving en minder binnen de muren van een instelling. Uit onderzoek blijkt dat een veilige omgeving een voorwaarde is voor kinderen om te groeien. De visie hierachter is dat ook bij complexe en crisisgevoelige problematiek kinderen en jongeren zoveel mogelijk vanuit hun natuurlijke omgeving behandeld moeten worden. Dat houdt in dat zij waar mogelijk thuis (blijven) wonen en dat vooral gekeken wordt onder welke condities en met welke hulp dat gerealiseerd kan worden. Wanneer blijkt dat er wel een (tijdelijk) bed nodig is, dan moet deze beschikbaar zijn. Daartoe willen we samen met vertegenwoordigers van gemeentelijke toegangen en aanbieders werken aan samenwerking en ontschotting tussen partijen.

Binnen dit thema staan onderzoek en productinnovatie & borging in de regio centraal. Bij de beantwoording van deze vragen wordt telkens gekeken naar relevante literatuur en praktijkervaring binnen en buiten de eigen regio. Afhankelijk van de onderzoeksresultaten wordt met de samenwerkingspartners op basis van leerervaringen in andere regio's bekeken hoe dit doel te bereiken. Bij de start van dit project zullen zorgaanbieders en verwijzers in IJsselland gevraagd worden aan te sluiten bij één tot twee gezamenlijke sessies waarbij de doelen m.b.t. ambulantisering geconcretiseerd worden en de opzet voor een projectplan geformuleerd wordt (*zie voorstel Ontwikkelvoorstel 1: 'Samen zorgen, juist als het moeilijk wordt'*)

Minder lange opnames kan alleen als bestaande interventies worden benut en alternatieve interventies worden ontwikkeld voor de thuissituatie. Daarom willen wij met bijgaande transformatievoorstel een aanpak opstellen zodat dat kinderen en jongeren zoveel mogelijk vanuit hun natuurlijke omgeving behandeld worden. Een eerste concrete uitwerking van implementatie binnen het thema is het wraparound care model. Dit plan valt dan ook onder dit transformatievoorstel aangezien het dezelfde doelen beoogd. Dit heeft als doel dat jongeren met ernstige of complexe problemen weer grip krijgen op hun leven. Daarbij worden gezin, netwerk

buurt, school, sportclub etc. van de jongere betrokken, omdat ervan wordt uitgegaan dat de jongere het meest gebaat is bij een aanpak in de eigen leefomgeving, en niet in een instelling. De erkende methodiek die hiervoor wordt ingezet is zorggericht en direct merk- en meetbaar voor de doelgroep kinderen/jeugdigen en hun gezin (*zie Ontwikkelingsvoorstel 2: Werken volgens de principes van Wraparound Care in een lerende regio*).

In het kader van *borging, opleiding en training* wil de regio de ontwikkelde interventies uit thema 1 op een effectieve manier bij de cliënt laten landen. Dat betekent onder andere heldere samenwerkingsafspraken maken en eenduidigheid in de interpretatie van afspraken ten gunste van de cliënt het gezin. Immers wetenschappelijk is aangetoond dat de passende zorg zo snel mogelijk moet worden ingezet omdat het NIET doen of het uitblijven ervan schadelijk is voor cliënt. In de uitwerking van thema 1 zal aandacht worden besteedt aan het borgen van deze interventies bij aanbieders en lokale gemeenten. Hoe dit vorm krijgt zal in samenspraak met de aanbieders gaan en overige betrokkenen.

### ***Thema 2 Verbinding jeugdhulp en onderwijs versterken (passend bij actielijn 3)***

Samenwerken en de verbinding zoeken tussen onderwijs en jeugdhulp leeft in de regio IJsselland. De behoefte in de regio voor verdere onderzoek en ontwikkeling komt voort uit het feit dat in de praktijk blijkt dat jeugdhulp en onderwijs aparte werelden zijn terwijl de kinderen er baat bij hebben dat er nadrukkelijk wordt samengewerkt. Voor een aantal kinderen geldt dat het een voordeel is dat jeugdhulp en onderwijs samenwerken en daarbij naadloos aansluiten bij hun behoeften. Het is een streven van de regio IJsselland dat de jeugdhulp en (passend) onderwijs *om het kind en gezin georganiseerd is* en dat het *invoegt in de leefomgeving van het kind en gezin*.

Dit wordt ook wetenschappelijk onderbouwd en gesteund door de diverse internationale en landelijke organisaties. 'Alle kinderen hebben recht op goed onderwijs, overal en altijd' - Verenigde naties. 'Onderwijs is de sleutel voor de ontwikkeling van een kind én van een samenleving. De VGN pleit voor passend onderwijs voor ieder kind, met of zonder beperking dat maakt niet uit.

Het Transformatiefonds is een uitgelezen kans om de verbinding tussen onderwijs en jeugdhulp een impuls te geven. Gemeenten in de regio IJsselland willen passende interventies lokaal opzetten om een sluitende aanpak te creëren rond het kind. Het is echter noodzakelijk om de behoefte van het kind hierbij eerst goed te doorgronden, om vervolgens voldoende informatie te verzamelen om een passende interventie te doen en dit ook te monitoren.

De kernvraag in thema 2 is hoe we de op een systematische en verantwoorde wijze de verbinding tussen onderwijs en jeugdhulp versterken. Vanuit de regio willen we dit proces *systematisch*<sup>4</sup> doorlopen rekening houdend met ervaringen en (evidence based) interventies uit andere regio's. Daarbij kunnen we leren van ontwikkelingen bij de dagbehandeling en de alternatieve leerroutes, maar is het versterken van de dagbehandeling en de alternatieve leerroutes nog geen einddoel.

Bij dit thema is *geen voorstel* bijgevoegd omdat de samenwerkingspartners dit met elkaar en de gemeenten verder moeten gaan uitwerken. De regio IJsselland zal dit verder uitwerking in 2019-2021. Er is tijd nodig voor bezinning over de behoefte van de burgers en formulering van de onderzoeksvraag die breed gedragen wordt in de regio (over de domeinen heen). Het heeft tijd nodig om los van de eigen situatie te kijken naar de verbinding tussen onderwijs en jeugdhulp en de transformatie congruent op te pakken. Deze tijd niet nemen kan leiden tot een niet gewenst effect of teleurstelling en verspilling van energie en middelen.

De uitwerking van dit thema valt onder de verantwoordelijkheid van de Werkgroep Transformatie en het RSJ IJsselland legt verantwoording af aan het bestuur van de regio IJsselland over de gewenste Transformatie en de besteding van de middelen van thema 2.

---

<sup>4</sup> Concreet betekent dit:

- inventariseren en analyseren van behoefte van de cliënt/ knelpuntenanalyse,
- analyse koppelen aan beschikbaarheid van informatie en kennis,
- onderzoek en productinnovatie
- borging in de regio.





### Begroting 2019/2021

Onderstaand hebben we een globale begroting opgenomen voor het Transformatieplan IJsselland. Deze begroting is gekoppeld aan de thema's en niet direct aan de ingediende ontwikkelvoorstellen. Per thema is er ruimte ingebouwd om de komende jaren inhoudelijke aanpassingen en/of innovaties toe te passen op de bestaande ontwikkelplannen ten behoeve van de transformatie.

Jaarlijks wordt een plan van aanpak inclusief begroting opgesteld en gemonitord door het RSJ IJsselland. Het RSJ IJsselland legt in het Bestuurlijk Overleg verantwoording af aan de 11 gemeenten over deze begroting.

Thema	Begroting 2019	Begroting 2020	Begroting 2021
<b>Thema 1: Inzet op de lokale leefomgeving van het kind/ambulantisering</b>	900.000,-	P.M	P.M
<b>Thema 2: Verbinding onderwijs en jeugdhulp</b>	300.000,-	P.M	P.M

**BIJLAGEN**

**Transformatie ontwikkel voorstellen**

**Regio IJsselland**

**THEMA 1**

1. Samen zorgen, juist als het moeilijk wordt
2. Werken volgens de principes van Wraparound Care in een lerende regio

**THEMA 2**

Geen uitgewerkt voorstel. De regio IJsselland zal dit verder uitwerken in 2019-2020.

## TRANSFORMATIEONTWIKKELVOORSTEL

---

### Regio IJsselland

TITEL: SAMEN ZORGEN, JUIST ALS HET MOEILIJK WORDT

Thema: Ambulantisering

---

DIT ONTWIKKELVOORSTEL PAST BIJ (meer mogelijkheden mogen aangekruist)

Aktielijn 1: Betere toegang tot jeugdhulp voor kinderen en gezinnen	x
Aktielijn 2: Meer kinderen zo thuis mogelijk laten opgroeien	x
Aktielijn 3: Alle kinderen de kans bieden zich te ontwikkelen	...
Aktielijn 4: Kwetsbare jongeren beter op weg helpen zo zelfstandig mogelijk te worden	x
Aktielijn 5: Jeugdigen beter beschermen als hun ontwikkeling gevaar loopt	x
Aktielijn 6: Investeren in vakmanschap	...

---

### INLEIDING

Regio IJsselland heeft gekozen jeugdhulpaanbieders het initiatief te geven om tot een gezamenlijk transformatieontwikkelforstel te komen. Karakter, Jeugd-GGZ, Ex Eaquo, Pactum, Ambiq, Vitree en Accare hebben de samenwerking gezocht met betrekking tot het thema ambulantisering. Samen voeren deze partijen een groot deel van de jeugdhulp uit in regio IJsselland. Om de voorgestelde transformatie te laten slagen zal een nog bredere samenwerking worden gezocht. De eerste stap van het transformatievoorstel zal dan ook zijn zorg te dragen dat alle relevante partijen participeren. Om dergelijke participatie mogelijk te maken, moeten deze partijen ook mee kunnen denken over de precieze doelen en de weg daar naar toe. Dit noodzaakt ons nu het doel met betrekking tot ambulantisering nog relatief breed te formuleren. Een eerste stap zal zijn met alle relevante partijen het projectplan op te stellen en daarbij meer specifieke eindresultaten te formuleren. Eén specifiek eindresultaat is hierbij al geformuleerd en dat is het voorstel omtrent implementatie van wrap around care in IJsselland. Dit plan valt onder dit transformatievoorstel aangezien het dezelfde doelen en proces beoogd, maar is al zover uitgewerkt dat het als concreet onderdeel van dit plan wordt weergegeven. Zie hiervoor verder het transformatievoorstel wrap around care.



---

## **DOEL**

Sinds enige jaren is in Nederland een ontwikkeling gaande om de zorg te ambulantiseren. De visie hierachter is dat ook bij complexe en crisisgevoelige problematiek kinderen en jongeren zoveel mogelijk vanuit hun natuurlijke omgeving behandeld moeten worden. Dat houdt in dat zij waar mogelijk thuis (blijven) wonen en dat vooral gekeken wordt onder welke condities en met welke hulp dat gerealiseerd kan worden. Als het toch tot een opname komt, dan moet dat tot doel hebben dat kinderen en ouders weer samen verder kunnen. Waar dit echt niet mogelijk is, dient alsnog gestreefd te worden naar een leefomgeving die zo natuurlijk mogelijk is, buiten een residentiële instelling. Te denken valt aan een netwerkpleeggezin, gezinshuis of andere kleinschalige woonvorm, Ouders en andere leden van het systeem dienen explicieter in de behandeling meegenomen te worden, ook bij residentiële opname. De mate waarin dit doel gehaald wordt kan gemonitord worden aan de hand van datamonitor van RSJ IJsselland. Hierop moet in 2020 en 2021 een significante afname van het aantal dagen geboden residentiële zorg kunnen worden waargenomen.

## **WAAROM DRAAGT DIT DOEL BIJ AAN ONTWIKKELING**

De implementatie van deze visie vraagt veel van ouders en hulpverleners en kent vele aspecten. Verandering is alleen mogelijk als de visie “beter worden doe je thuis” in de hele keten van zorg geïmplementeerd wordt en er in alle lagen van de hulpverlening kennis is over de noodzaak van deze ontwikkeling. Transformatie op dit vlak houdt niet alleen in dat er alternatieven voor residentiële behandeling geboden moeten worden maar vooral dat residentiële en ambulante behandeling in het verlengde van elkaar geboden worden. Daarmee dwingt dit plan tot een keten brede samenwerking waarin het zorgaanbod instelling overstijgend ingezet kan worden. Als het doel van dit plan gehaald wordt, heeft er een ontwikkeling plaatsgevonden waarbij betrokkenen bij crisissituaties niet meer standaard denken: “het kind moet uit huis en opgenomen worden”, maar denken: “wat is er nodig om het kind (weer) thuis te kunnen laten blijven”.

Om dit te bereiken zullen in elk geval de volgende onderzoeksvragen moeten worden beantwoord.

- Van welk aanbod is evidentie, of zijn er op zijn minst sterke aanwijzingen dat het residentiële zorg kan verkorten, dan wel voorkomen?
- Hebben we in deze regio dit aanbod voldoende beschikbaar en zo niet, wat is daarvoor nodig?
- Welke regievoering is het meest effectief bij complexe en crisisgevoelige problematiek en wat is daarin de taak van het wijkteam?

In de beantwoording van deze vragen wordt telkens gekeken naar relevante literatuur en praktijkervaring binnen en buiten de eigen regio. Afhankelijk van de onderzoeksresultaten kan vervolgens gedacht worden aan de volgende stappen om het doel te bereiken:

- Instellingen werken intensief samen om in het verlengde van elkaar te kunnen werken.
- De casusregie wordt instelling overstijgend vormgegeven.
- Behandelplannen worden gemeenschappelijke vormgegeven waarbij een strakke taakverdeling wordt afgesproken.
- Crisiszorg vindt altijd in het verlengde van ambulante zorg plaats en vice versa en dient zo kort mogelijk te zijn.
- Psychiatrische kennis en interventiemogelijkheden moeten beschikbaar zijn voor jeugdzorginstellingen als een kind residentieel geplaatst wordt.
- Er zijn voldoende mogelijkheden voor dagbesteding en time-out plekken om overbelasting in de thuissituatie te voorkomen.
- Ambulante programma's die gericht zijn op behandeling in de thuissituatie zoals Intensive Home Training, Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling, Multisysteem Therapie, Relationale Gezins Therapie en Multi Dimensionale Familie Therapie worden intensiever gebruikt. Het is bij behandelaren bekend welke organisatie welke behandeling kan bieden.
- Opnames vinden zoveel mogelijk plaats met het hele gezin en in elk geval met een hechtingsfiguur en/ of met intensieve betrokkenheid van ouders bij het systeem van cliënt/ jeugdige en ouders. Voor kinderen is dit zelfs een voorwaarde voor opname. Dit leidt uiteindelijk tot een structurele verandering van het zorgaanbod bij complexe en crisisgevoelige problematiek bij kinderen en jongeren.
- (Residentiële) bedden worden gefinancierd aan de hand van flexibele bedbezetting in plaats van maximale bedbezetting.
- Er is beschikbaarheid van een aantal bedden voor (gezins)opnames in de regio.
- Ambulante teams en regievoerders hebben voldoende kennis van interventies om overbelasting en crisis in de thuissituatie te voorkomen en weten dit te monitoren.
- Er vindt met een duidelijke systematiek inschatting plaats van veiligheid en risicofactoren (zie ook "transformatieplan "de basis op orde").

## **WAT IS DE RELATIE MET ACTIELIJN(EN)**

### *Aktielijn 1: Betere toegang tot jeugdhulp voor kinderen en gezinnen*

Door het verbeteren van de toegankelijkheid en beschikbaarheid van ambulante hulp bij complexe problematiek en het bieden van systeemopname, komt een breder aanbod van hulpverlening beschikbaar, juist bij complexe problematiek waar het hulpverleningsaanbod beperkt en niet op elkaar afgestemd kan zijn.



*Aktielijn 2: Meer kinderen zo thuis mogelijk laten opgroeien*

Residentiële opname wordt beperkt dan wel voorkomen. Wanneer residentiële opname wel noodzakelijk is, moeten ouders explicieter in de behandeling meegenomen worden. Er zal bij een opname vanaf het begin gestreefd moeten worden dat een kind weer naar huis gaat.

*Aktielijn 4: Kwetsbare jongeren beter op weg helpen zo zelfstandig mogelijk te worden*

Door hospitalisering tegen te gaan en jongeren zoveel mogelijk in hun eigen leefomgeving op te laten groeien wordt zelfstandigheid bevorderd.

*Aktielijn 5: Jeugdigen beter beschermen als hun ontwikkeling gevaar loopt*

Dit project richt zich op complexe problematiek bij kinderen, jongeren en hun systeem. Residentiële opname lijkt dan een uitstekend middel ter bescherming van deze jongeren, maar blijkt grote nadelen te hebben Martin en Davies (2012), zowel op de korte als op de lange termijn. Goede ambulante zorg bij complexe en crisisgevoelige problematiek beschermt jongeren op termijn beter dan het huidige zorgaanbod.

## **METHODE**

Dit ontwikkelvoorstel heeft een looptijd van 3 jaar. Voorbereidend aan deze planning is er overeenstemming gezocht tussen Karakter, Jeugd-GGZ, Ex Eaquo, Pactum, Ambiq Vitree en Accare. De partijen die dit plan indienen zijn grotendeels dezelfde partijen als die in 2018 zijn gestart met het verbeteren van de crisisroute in IJsselland. Initiatieven die in de werkgroep met betrekking tot de crisisroute genomen worden, sluiten aan bij de doelen van dit transformatievoorstel. Beide projecten worden op elkaar afgestemd en waar mogelijk geïntegreerd.

Binnen dit voorstel staan onderzoek en productinnovatie centraal, waaronder het beter toegankelijk maken van bestaande effectieve hulp. Kennisverspreiding volgt hieruit. Bij de start van dit project zullen zorgaanbieders en verwijzers in IJsselland gevraagd worden aan te sluiten bij één tot twee gezamenlijke sessies waarbij de doelen m.b.t. ambulantisering geconcretiseerd worden en de opzet voor een projectplan geformuleerd wordt. Van daaruit zullen projectgroepen geformeerd worden en zullen partijen gevraagd worden te participeren of zich te laten vertegenwoordigen.

Hieronder wordt de planning per jaar weergegeven:

### **Jaar 1**

- Aanstelling van projectleider, uitwerken van transformatieplan.
- Eén of meerdere sessies in bredere verband waarin doelen geconcretiseerd worden en de projectgroepen geformeerd worden.

- Formuleren en beantwoorden van de onderzoeksvragen, inclusief evaluatie van de huidige stand van zaken.
- Uitwerken van projectplannen waaronder formulering van de concrete doelen per instelling en opstellen actieplan inclusief begroting.
- Wijze van resultaatmeting bepalen.
- Start van ontwikkeling nieuw behandelaanbod, uitbreiding capaciteit gewenst behandelaanbod, start instelling overstijgende regievoering, transformatie behandelmethode binnen de residentiële instellingen, optimaliseren crisisroute.

#### Jaar 2

- Vervolg ontwikkeling nieuw behandelaanbod.
- Uitbreiding capaciteit gewenst behandelaanbod.
- Transformatie behandelmethode binnen de residentiële instellingen.
- Optimaliseren crisisroute en voorlichting onder zorgaanbieders en voorliggend veld.
- Optimaliseren casus regie.

#### Jaar 3

- Evaluatie waaronder effectmeting op de gestelde doelen per instelling en in de regio.
- Extra ondersteuning op de onderdelen waar de doelen nog niet gehaald worden.
- Formulering en implementatie van een structurele wijze van evaluatie en verbetering van de zorg aan complexe en crisisgevoelige kinderen en hun gezinnen en de scholing hierover van betrokken professionals.

---

#### THEORETISCHE ONDERBOUWING.

Ondanks dat Nederland een geschiedenis heeft van langdurige opnames bij kinderen en jeugdigen is er zeer sporadisch onderzoek gedaan naar de effecten van de variatie in de duur van behandeling. De visie op ambulantisering is dan ook voor een groot deel gevormd vanuit aanwijzingen dat langdurige residentiële zorg bij jongeren contra-productief kan werken. In een onderzoek van Martin en Davies (2012) wordt hierover een aantal punten genoemd zoals hospitalisering, institutionalisering en traumatisering vanuit de residentiële opname. Ook in de richtlijn uithuisplaatsing (<http://richtlijnenjeugdhulp.nl/uithuisplaatsing>) wordt genoemd hoe uithuisplaatsing negatieve gevolgen kan hebben.

Verder kan gedacht worden aan punten als onvoldoende gelegenheid om de relatie met de belangrijkste hechtingspersonen te verbeteren en van daaruit corrigerende ervaring op te doen, het versterken van het gevoel van incompetentie en onvermogen bij ouders en het bijdragen aan principes als child-blaming en

parent-blaming, waarbij individuele systeemleden verantwoordelijk worden gesteld voor de problematiek binnen het gezin.

Vanwege het gebrek aan evidentie welke duur van residentiële behandeling het meest wenselijk is bij welke problematiek is goede monitoring en resultaatonderzoek van het project belangrijk.

In Nederland is er onderzoek gedaan door het Trimbos Instituut: "Ambulantisering, Trimbos Instituut, Trendrapportage GGZ 2012.

---

### **UIT TE VOEREN IN 1 OF MEER REGIO'S?**

Dit transformatievoorstel is in te zetten in meerdere regio's. Echter de voorkeur is om dit ontwikkelvoorstel in eerste instantie te beperken tot regio IJsselland. Omdat een groot beroep gedaan wordt op de jeugdhulpinstellingen om in het verlengde van elkaar te werken met een gezamenlijke visie op residentiële zorg en ambulantisering.

In een later stadium kunnen andere regio's kunnen bij het onderzoek aansluiten. Door met meerdere regio's samen te werken wordt de gegevensverzameling van de onderzoeksgroep vergroot en dit draagt bij aan de zekerheid van de uitkomsten.

De uitkomsten van dit onderzoek kunnen worden gebruikt voor alle regio's in Nederland, elke regio heeft baat bij de uitkomst.

---

### **MONITORING**

De monitoring moet gericht zijn op aantoonbaar maken dat dit ontwikkelvoorstel daadwerkelijk tot verbetering leidt.

Zoals beschreven is er nog weinig onderzoek gedaan naar de effecten van ambulantisering. Monitoring moet dan ook niet alleen bestaan uit het meten van het concrete resultaat zoals de duur van het residentiële verblijf, de beschikbaarheid van intensieve behandeling vanuit de thuissituatie en de totale kosten van zorg. Om de effecten van ambulantisering te meten moet ook de afname van het aantal klachten bij het kind of de jongere, het gevoel van competentie, draagkracht binnen het systeem en het aantal gemelde crisissen worden gemonitord.

Monitoring bestaat daarom uit concrete cijfers over de instroom en uitstroom en de kosten van zorg en uit (zelf)rapportage vragenlijsten met betrekking tot de problematiek.



---

## TE BETREKKEN PARTIJEN

Dit transformatievoorstel heeft betrekking op alle partijen in de jeugdhulp binnen regio IJsselland.

Voor het voorliggend veld en verwijzers gaat het om het kennen en begrijpen van de visie op ambulantisering zodat deze visie direct in de eerste contacten met de hulpverlening naar voren komt en bij crisissituaties wordt toegepast. Hier gaat het om SWT, voogdij en reclassering.

Hoewel dit voorstel door een zevental instellingen wordt ingediend, heeft het betrekking op alle jeugdhulpaanbieders in de regio IJsselland. Voor het slagen van de transformatie dienen in elk geval de aanbieders van residentiële zorg, crisiszorg en de specialistische GGZ aanbieders in de regio IJsselland te participeren.

---

## EINDPRODUCT

Het doel van dit ontwikkelvoorstel is om kinderen en jongeren zoveel mogelijk vanuit hun natuurlijke omgeving te behandelen m.b.v. ambulante zorg. De transformatie is geslaagd wanneer kinderen en jongeren aantoonbaar meer verblijven in hun eigen leefomgeving (ook bij complexe problematiek) en we met elkaar kunnen vaststellen dat het aantal opnames in zowel de jeugdzorg als in de psychiatrie zijn afgenomen dan wel aanzienlijk zijn bekort.

De volgende doelstellingen zijn eindproducten van dit transformatievoorstel:

- De duur van de residentiële opnames is verkort en het aantal opnames is afgenomen.
- Kinderen worden niet meer zonder een hechtingsfiguur opgenomen.
- Residentiële behandeling richt zich in eerste instantie altijd op dat een jongere weer thuis kan wonen en hoe dan ook op verbetering van de hechtingsrelatie en opvoedsituatie.
- Er zijn voldoende faciliteiten voor gezinsopname.
- Specialistische intensieve ambulante behandelingen die gericht zijn op verbetering van de problematiek in de thuisituaties zijn beschikbaar voor alle cliënten, onafhankelijk waar zij oorspronkelijk in zorg zijn gekomen.
- Er wordt gewerkt met instelling overstijgende behandelplannen wanneer meer zorgaanbieders actief zijn.
- Crisisinterventies vinden in het verlengde van ambulante zorg plaats.

- De regiebehandelaar blijft regie houden bij kortdurende opnames, bij langere opnames blijft de regiebehandelaar betrokken.

**BRONNEN:**

- Martin, M. en Davies, J. (2012). *Residential care: The social and emotional effects of being in care and leaving care on young people*. Greenwich, England: Department of Education and Community Studies.
- <http://richtlijnenjeugdhulp.nl/uthuisplaatsing>
- Ambulantisering, Trimbos instituut, Trendrapportage GGZ 2012

## TRANSFORMATIEONTWIKKELVOORSTEL

---

In 2017 is de visie Jeugdhulp IJsselland 2017-2020 vastgesteld. Om deze visie en de bijbehorende transformatie in de komende jaren te realiseren, staan we als regio IJsselland voor een aantal gezamenlijk en daarmee regionale opgaven. De kern van de uitdaging in deze transformatie is het daadwerkelijk centraal stellen van het kind, diens ouders/gezin en de directe sociale leefomgeving. De wijze van realisatie van deze doelstellingen in het Visiedocument worden in 2018 verder uitgewerkt. De regio IJsselland heeft de inkoop van de specialistische jeugdhulp zo vorm gegeven, dat deze het realiseren van de visie Jeugdhulp IJsselland 2017-2020 zo veel mogelijk ondersteunt. Het document 'Inkoopstrategie specialistisch jeugdhulp regio IJsselland' is bestuurlijk vastgesteld in 2017 en biedt de kaders voor de invoering het IJssellands model gebaseerd op outputgerichte bekostiging.

De kern van de benadering van jeugdhulp met het IJssellands model is transformatie en kwaliteit- en resultaatgericht financieren. De kern van de inkoopstrategie is dat het resultaat van de geleverde inspanning leidend is. Daar hoort ook een monitoringsmodel bij, dat enerzijds vertrouwen geeft aan de lokale toegang en de aanbieders en er anderzijds voor zorgt dat de gemeenten voldoende sturing hebben op het gehele systeem van de zorg en de betaalbaarheid daarvan.

**TITEL: Werken volgens de principes van Wraparound Care in een lerende regio**

---

DIT ONTWIKKELVOORSTEL PAST BIJ (meerdere mogelijkheden)

1. Inzet op lokale leefomgeving van het kind / Ambulantisering
2. Verbetering van resultaat en kwaliteit
  - Actielijn 1: Betere toegang tot jeugdhulp voor kinderen en gezinnen
  - Actielijn 2: Meer kinderen zo thuis mogelijk laten opgroeien
  - Actielijn 6: Investeren in vakmanschap

---

## DOEL

Waarom draagt dit doel bij aan de doorontwikkeling van de transformatie en wat is de relatie met de actielijn(en) en doelstellingen van de regio IJsselland?

Het Wraparound Care-model is ontwikkeld in de Verenigde Staten voor jongeren met ernstige of complexe problemen. Doel is dat zij weer grip krijgen op hun leven. Daarbij worden gezin, netwerk buurt, school, sportclub e.d) van de jongere betrokken, omdat ervan wordt uitgegaan dat de jongere het meest gebaat is bij een aanpak in de eigen leefomgeving, niet in een instelling. De hulpverlening maakt zich overbodig en het netwerk blijft. Centraal in dit model staat de vraag wat de cliënt zelf meent nodig te hebben om zijn of haar leven weer op de rails te krijgen. Maatwerk dus.

Wraparound care werkt vraaggestuurd, thuisnabij, systeemgericht, doelgericht, planmatig en integraal. Het helpt het cliëntsysteem verantwoordelijk te maken voor het veranderingsproces. Het is geen gestandaardiseerde methodiek of interventie, maar een model waarin een aantal inhoudelijke uitgangspunten vertaald worden in een werkwijze die vervolgens flexibel en op maat kan worden ingevuld.

Wraparound Care kent geen bureaucratie en versnippering. Er wordt direct, samen met cliënten, hun netwerken en betrokken instanties, gewerkt aan oplossingen: één vaste contactpersoon - hulpverlener, één cliëntsysteem en één plan. Dat vraagt veel van de hulpverlener: inzicht in het functioneren van de cliënt - gezin of individu - in wat voor hem of haar belangrijk is, en in zijn of haar functioneren in een sociale context. Dat geheel moet worden vertaald in een plan gericht op het wegwerken van obstakels. De cliënt is zelf verantwoordelijk voor de uitvoering van het plan en raakt dus niet afhankelijk van hulpverlening. Een goede samenwerking tussen alle betrokkenen is essentieel voor het succes.

De belangrijkste elementen in de inhoudelijke visie van Wraparound Care (WAC) zijn dat duurzame veranderingen in cliëntsysteem alleen kunnen plaatsvinden als interventies:

- a) passen in een plan dat door personen uit het eigen netwerk samen met cliënt(systeem) en professionals is ontworpen;
- b) dit plan concrete doelen heeft, bij voorkeur in de eigen leefsituatie van het cliëntsysteem (dit zijn er nooit meer dan 3 tegelijk)
- c) de activiteiten die nodig zijn door een hulpverlener en de cliënt samen worden aangestuurd;

d) de noodzakelijke interventies zowel van sociale netwerken als van professionele instellingen uit meerdere sectoren van hulp, zorg en ondersteuning volgordelijk kunnen worden ingezet;

e) de uitvoering plaatsvindt in de omgeving die in de gegeven omstandigheden het minst restrictief is, en dus bij voorkeur in de eigen leefomgeving.

### **Samenhang Wraparound Care Model met visie regio IJsselland**

Binnen de regio IJsselland sluit de werkwijze van Wraparound Care o.a. aan op de behoefte om

- Handvatten te hebben voor concrete inhoudelijke (integrale) samenwerking rond één client(systeem); samenwerking tussen gezin, eigen netwerk en professionals
- De regio helder te beleggen, waarbij ouders primair verantwoordelijk zijn (op basis van WAC is dat bij kind-gezin, samen met /ondersteund door één hulpverlener-vaste contactpersoon)
- Samenhangend aanbod creëren per gezin, door te werken volgens principe 1gezin, 1plan, 1 centrale ondersteuner die vraaggericht werkt en maatwerk levert
- De verbinding te leggen tussen specialistische jeugdhulp, basisjeugdhulp (lokale voorzieningen, welzijn, onderwijs), netwerk cliënt en andere delen van het sociaal domein.
- Kind/gezin én eigen netwerk daadwerkelijk, nadrukkelijk en concreet centraal te stellen
- Hulp zoveel mogelijk thuis nabij te organiseren en het gewone opvoeden te versterken
- resultaatgericht werken (ook conform financieringsmodel zie voor meer informatie)

### **Relatie met actielijnen:**

#### **Actielijn 1**

Doelstelling binnen actielijn 1 is dat kinderen en gezinnen actiever worden betrokken bij de jeugdhulp. Binnen de werkwijze van WAC is kind/gezin, ondersteund door één vaste contactpersoon / hulpverlener, maatgevend en aansturend in de uitvoering van de jeugdhulp.

Andere doelstelling binnen actielijn1 is een betere samenwerking tussen lokale organisaties. WAC is erop gericht de benodigde hulp (specialistisch én voorliggend / algemeen, professioneel én niet-professioneel) in samenhang en samenwerking in te zetten. Daarbij wordt bij de implementatie van dit voorstel gebruikt

gemaakt van de freeware van Samen1Plan. Samen1Plan is een online hulpverleningsplan voor zorgtrajecten waarbij meerdere hulpverleners betrokken zijn. Samen1Plan is op de werkvloer ontwikkeld door cliënten en hulpverleners. Cliënten zijn eigenaar van hun plan.

#### Actielijn 2

Binnen WAC wordt ervan uitgegaan dat Jeugdige het meest gebaat is bij een aanpak in de eigen leefomgeving, niet in een instelling. Uitgangspunt voor de hulpverlening is dus dat deze thuisnabij is.

Jo Hermanns, emeritus hoogleraar Opvoedkunde, Universiteit van Amsterdam heeft aangegeven dat door de Wraparound-aanpak het aantal plaatsen in Zeeuwse jeugdinternaten met een derde werd vermindert.

#### Actielijn 6

Doelstelling binnen actielijn 6 is dat professionals naast de jeugdigen/gezinnen staan en vanuit hun behoefte samenwerken met andere betrokkenen die een bijdrage leveren. Aangezien dit de kern is van WAC, betekent implementatie van WAC dat gewerkt wordt aan het vakmanschap van de professional t.a.v. inzicht in het functioneren van de cliënt - gezin of individu - in wat voor hem of haar belangrijk is, en in zijn of haar functioneren in een sociale context. Maar ook, kennis van wat een ander(e organisatie of hulpverlener) – beter – kan en hoe men de onderlinge samenwerking kan versterken. Tevens vraagt implementatie (en integrale samenwerking an sich) om competenties als een open mind en flexibiliteit. WAC-training van professionals vormt dan ook een belangrijk deel van dit transformatieontwikkelvoorstel. Ook het werken met Samen1plan is ondersteunend in de samenwerking tussen professionals en tussen professionals en gezinnen. We bouwen aan een cyclisch proces van leren en ontwikkelen, dat klein begint en zich als een olievlek verspreid over de regio IJsselland. Belangrijk hierbij is dat partners uit het voorliggend veld (nulde lijn), verwijsbevoegde derden, onderwijs de eerste en tweedelijns hulp inclusief veiligheidspartners en gedwongen kader uiteindelijk met elkaar samenwerken rondom gezinnen. Ontschotting ontstaat zo op natuurlijke wijze.

#### AANTOONBARE RESULTATEN VOOR DE DOELGROEP

Toon aan dat de acties in het transformatieplan zorggericht zijn en direct merk- en meetbaar voor de doelgroep kinderen/jeugdigen en hun gezin.

Merkbare resultaten voor de doelgroep zijn:

- Ik heb (weer) regie over en grip op mijn leven
- Ik heb (weer) een netwerk dat mij steunt
- Ik ben / de situatie in mijn gezin is veilig
- De hulpverlening sluit aan op mijn vraag (maatwerk) en sluit aan op mijn behoefte en leefwereld: mijn waarden, voorkeuren, geloof, cultuur, identiteit en mijn buurt/omgeving
- De hulp is dichtbij en toegankelijk
- Ik heb mijn doelen gehaald
- Betrokken hulpverleners werken samen met mij en elkaar, ieders rol en bijdrage is duidelijk (en ik sta aan het roer)
- Ook toen het heel moeilijk was, hebben we niet opgegeven
- Ik kan verder met mijn leven zonder of met zo min mogelijk hulp

---

#### THEORETISCHE ONDERBOUWING.

Welke aanwijzingen zijn er die de veronderstelling rechtvaardigen dat dit project bijdraagt aan transformatie naar sterkere jeugdhulp, gericht op één of meer van de actielijnen van “Zorg voor de Jeugd”? Bronnen.

In de USA zijn verschillende studies gedaan naar de effectiviteit van Wraparound care op de ontwikkeling van kinderen. Er bleken, in vergelijking met de gebruikelijke hulpverlening duidelijk betere resultaten bereikt te worden op:

- De mogelijkheid van het kind om thuis te kunnen blijven wonen
- Het verminderen van psychische en gedragsproblemen
- Het dagelijks functioneren van kinderen en jongeren

- Het functioneren op school

- Criminaliteit

Daarnaast bleek regelmatig dat deze aanpak een betere kosten-baten verhouding had dan de reguliere hulp.

Bron: Zie onder andere Suter, J., & Bruns, E. (2009). Effectiveness of the wraparound process for children with emotional and behavioral disorders: a meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 12, 336-351. / Artikel Jo Hermanns, Jannet Doeleman, Het Wraparound Care Model en armoede (bijgaand)

Inmiddels wordt in Nederland op meerdere plaatsen gewerkt met Wraparound care. In een aantal gevallen zijn er evaluatiestudies gedaan. Enkele resultaten:

- In een project CJG4Kracht in Apeldoorn waarin vijf voorzieningen voor geïndiceerde zorg hun hulp in een Centrum voor Jeugd en Gezin onderbrachten en met Wraparound care gingen werken, bleek de tevredenheid van de gezinnen hoog: ze gaven de hulp die ze kregen het rapportcijfer 8.5 en de ervaren hulp van de ambulante begeleider een 8.8.18 In 85% van de gevallen was verwijzing naar specialistische hulp niet nodig.

- Het Wraparound care model bleek in de provincie Utrecht zonder al te veel ingrepen goed in te voeren in de jeugdzorg, het maatschappelijk werk en de tienermoedersopvang.

- In de jeugdzorg Zeeland verminderde na de invoering van Wraparound care binnen drie jaar het aantal residentiële plaatsen met de helft.

Bron: Artikel Jo Hermanns, Jannet Doeleman, Het Wraparound Care Model en armoede (bijgaand)

Zie verder ook:

- Greep op wraparound care. Eindrapport onderzoeksprogramma Wraparound care in de Utrechtse jeugdzorg (2012)



- Sondeijker, F.E.P.L., van Rooij, F.B., Hermanns, J., van Rijn-van Gelderen, L. (2016). Doeltreffendheid en werkzaamheid van het Wraparound Care Model in de ambulante jeugdhulp. *Kind en Adolescent*, 37(4), pp 195-212.

---

#### UIT TE VOEREN IN 1 OF MEER REGIO'S? Met toelichting

Onderhavig projectvoorstel betreft de regio IJsselland. De strategie is dat (binnen IJsselland) beperkt wordt begonnen met gemotiveerde deelnemers en concrete jeugdhulptrajecten. Van daaruit beoogt dit voorstel een olievlekwerking en het opbouwen van een duurzaam doorlerende jeugdhulpregio.

Het doel is om met elkaar de hulp aan jeugdigen en gezinnen continue te verbeteren. Dit wordt gedaan met het WAC-model als basis en leertafels waar casuïstiek besproken wordt met regionale partners en aan de hand waarvan met elkaar geleerd en verbeterd wordt. Er wordt klein begonnen. Door de cliënt centraal te stellen en telkens een WAC team van cliënt en/of gezin te betrekken bij de leertafels zal er een olievlekwerking optreden.

Buiten de kaders van dit projectvoorstel, kunnen op termijn ook andere regio's vanzelfsprekend hun voordeel doen met de producten en ervaringen van dit project (zie eindproducten).

---

#### MONITORING GERICHT OP

Continue verbetering van de hulp aan gezinnen, het vakmanschap van professionals en de samenwerking tussen de organisatie in de regio. De verhalen van cliënten, de dossiers en de leertafels leveren input voor verbeter acties, die acties moeten uitgevoerd worden. Dit wordt – gaandeweg steeds meer - gedaan door betrokken professionals in de regio en hun organisaties (beleid/staf/management) en wordt ondersteund door een ervaren onderzoeker/begeleider. In begin is dit intensief want de verwachting is dat het om veel acties gaat. Naarmate het project langer loopt, kun je met minder leertafels per jaar volstaan en zal ook het aantal acties geringer worden. Ook het monitoren ervan kan op termijn binnen de regio uitgevoerd worden.

De monitoring levert zicht op resultaten van de ingezette integrale hulp op niveau van

- client(systeem),
- de individuele professional (vakmanschap)
- de samenwerking tussen (professionals vanuit) verschillende organisaties

## TE BETREKKEN PARTIJEN

**Toegang gemeenten** (Geraldine IJzerman, teamleider SWT West in Zwolle en coördinator jeugd SWT's Zwolle heeft aangegeven graag mee te doen met een project Wraparound Care).

### Verwijsbevoegde derden

**Aanbieders specialistische jeugdhulp** (elk geval Ex Aequo, indiener van dit voorstel)

**Aanbieders / uitvoerders basisjeugdhulp** / lokale voorliggende voorzieningen (welzijn, onderwijs, huisartsen)

**RSJ IJsselland /gemeenten:** t.b.v. inbedding van (uitvoering van) dit project in bestaande regionale werk- en overlegstructuren, faciliteren uitvoering project en afstemming met de regionale monitoring

### **Wraparound Care Nederland (WAN, per 15 september onderdeel van ConnectedTogether) i.s.m. Verwey-Jonker Instituut**

Organisaties (specialistische jeugdhulp & lokale toegang & voorliggende voorzieningen, onderwijs, basisjeugdhulp) die willen deelnemen aan dit project worden getraind in de werkwijze van Wraparound Care. De trajecten worden in eerste instantie begeleid en gemonitord door een trainer/begeleider in het Wraparound Care Model en een senior onderzoeker van het Verweij-Jonker Instituut. In de loop van het project wordt dit steeds meer gedaan door getrainde regionale professionals. Training, begeleiding en monitoring worden uitgevoerd door Wraparound Nederland (binnenkort verder als ConnectedTogether, een cedeo-erkend opleidingsbedrijf en specialist op het gebied van het Wraparound Care-model en implementatie daarvan in de praktijk) i.s.m. het Verwey-Jonker Instituut (t.b.v. actieonderzoek en monitoring).

De training 'Integraal werken met het Wraparound Care Model' is geaccrediteerd door het SKJ. Deelnemers ontvangen daarvoor SKJ-registerpunten (bij deelname aan alle 3 de deeltrainingen 55 punten). Wraparound Nederland (binnenkort verder als ConnectedTogether) heeft medewerking aan een dergelijk project reeds toegezegd.

---

## SAMENWERKING

De samenwerking met andere aanbieders en partijen staat centraal dit moet leiden tot een integraal zorgaanbod waarin de grenzen van instellingen of domeinen niet meer door cliënten ervaren wordt. Regionaal

werken we toe naar voorstellen waar alle aanbieders kunnen meedoen in samenwerking met het voorliggend (lokaal) voorveld of onderwijs. Hoe draagt dit voorstel hieraan bij? Hoe draagt dit voorstel bij aan de regionale samenwerking in de regio?

Dit voorstel gaat over samenwerking rondom gezinnen, met name gezinnen met meervoudige complexe problematiek. Integraal samenwerken moet geen doel op zich worden, het is een middel om deze gezinnen, waarmee nu veel tijd van professionals en geld gemoeid is, sneller, beter en duurzamer te helpen. En dat vraagt wat van de cliënt zelf, van de professional en van de instellingen die met betreffende cliënt of gezin te maken hebben.

In beginsel krijgt iedereen in de regio de mogelijkheid om kennis te maken met de manier van werken. Vervolgens gaan we echt intensief aan de slag met een kleine reeds gemotiveerde groep professionals en cliënten en van daaruit wordt er gewerkt aan verdere implementatie/uitrol waarbij met en van elkaar leren de cultuur wordt en door ontschotting de samenwerking versterkt wordt.

Hoe ziet dit er concreet uit:

Brede bijeenkomst voor alle belanghebbenden/geïnteresseerden in de regio (jeugdhulpaanbieders, gemeenten, lokale toegangen, huisartsen, scholen, welzijn, VT, schuldhulpverlening etc.) waar een presentatie verzorgd wordt over het werken volgens het Wraparound Care model. Indien gewenst vragen we Jo Hermanns dit te doen (€ 1500,- 2500,-)

Uit die brede bijeenkomst werven we mensen die enthousiast zijn. Deze volgen een training WAC en wie wil kan ook op termijn ook zelf WAC-trainer worden. De getrainde professionals gaan volgens de WAC-werkwijze aan de slag. Als gezinnen ertoe bereid zijn, wordt hun casus gebruikt voor de leertafels. Middels een interview met hen, dossieranalyse en een interview met een of meerdere betrokkenen proberen we de reis die dit gezin heeft afgelegd zo goed mogelijk in beeld te brengen. Vervolgens organiseren we een leertafel waarbij 1 of enkele van deze cases centraal staan en alle partners worden uitgenodigd. Mensen worden in alle facetten (zowel de WAC werkwijze als het uitvoeren van de interviews en leertafels) opgeleid en begeleid door een ervaren trainer/begeleider Wraparound Care en begeleider/onderzoeker van het Verweij-Jonker Instituut (deze onderzoeker is al jaren betrokken bij implementatie van en onderzoek naar resultaten van WAC). We stellen steeds 4 vragen: herkennen we dit beeld? Wat vinden we ervan? Wat zouden we anders/beter kunnen doen? Hoe gaan we dat doen? Hieruit komen verbeteracties voort, die monitoren we nauwgezet en zo voeren we gestaag verbeteringen door op allerlei vlakken, steeds met als doel de hulp aan gezinnen te verbeteren. Hierbij werken we volgens het cyclisch model zoals opgenomen in zorg voor jeugd.



Doordat er telkens weer andere partners betrokken zijn (hier heb je invloed op bij de casusselectie) krijg je een olievlekwerking. Mensen worden nieuwsgierig naar de manier van werken, willen er meer over weten, misschien zelfs getraind worden, moeten ook iets met Samen1plan, want de gezinnen willen dat graag en ook de regisseur werkt ermee. De getrainde mensen kunnen meer vertellen, de trainers leiden nieuwe mensen op en zo bouw je met elkaar aan een lerende praktijk. De verbeteracties worden vastgelegd en hiervan kan een rapport worden gemaakt voor de gemeenten. Ook de casuïstiek kan geanonimiseerd worden en op meer plekken gebruikt worden in de regio en daarbuiten. Je werkt direct aan betere hulp en meer tevreden cliënten, maar ook blijere professionals en instellingen die elkaar aanvullen in plaats van beconcurreren. Op de langere termijn zul je naar verwachting ook effecten zien in de vorm van verschuiving naar de voorkant, dus minder druk op specialistische zorg, minder wachtlijsten omdat mensen sneller passende hulp krijgen en minder snel terugkeren in de zorg doordat de effecten van de hulp duurzamer zijn en nog weer later wordt dit ook financieel zichtbaar.

Ook de benodigde verdere uitwerking van dit voorstel en de uitvoering daarvan, moet teamwork zijn van de deelnemende organisaties/partijen i.s.m. de externe trainer/begeleider en onderzoeker. Het gezamenlijk opzetten, vormgeven en uitvoeren heeft veel meer (duurzaam) effect dan dat een paar 'buitenstaanders' alleen de kar trekken. Vanuit dit projectteam wordt niet alleen meegedacht over opzet, aanpak en vormgeving van het project, maar ook meegewerkt daaraan (opstellen van vragenlijsten, leiden van leertafels, geven van presentaties WAC, verzorgen van communicatie, e.d.) binnen en desgewenst ook buiten de regio.

Wij bespreken ook graag wat de rol van de RSJ en gemeenten hierin kan zijn en in welke mate aangesloten kan worden op bestaande werkgroepen en structuren in de regio en daarbuiten.

Op moment van schrijven van dit projectvoorstel is het idee voor een transformatieproject Wraparound Care besproken in het regionale JGGZ-overleg (27 augustus). Vastgesteld is toen dat een dergelijk project een goede concrete uitwerking kan zijn van het overkoepelende transformatie-ontwikkelvoorstel 'Samen werken, juist als het moeilijk wordt', dat inmiddels is ingediend door Accare.

Met Geraldine IJzerman van de SWT's Zwolle heeft een kort telefonisch overleg plaatsgevonden, waarbij zij haar belangstelling voor (een project) Wraparound Care heeft aangegeven.

Binnen de beschikbare tijd is het niet mogelijk geweest de belangstelling in de regio breder te peilen.

---

## EINDPRODUCT

Op welke wijze wordt een onderbouwd en overdraagbaar product opgeleverd?

Eindproducten van dit project zijn:

- X aantal in WAC getrainde jeugdhulpverleners
- X aantal regionale trainers WAC (train de trainer)
- Beschrijving van het implementatietraject met aanpak, ervaringen en do's en dont's
- Casuïstiekbeschrijving die breder gebruikt kunnen worden als leermateriaal
- Format voor interviews, monitoring en leertafels
- Rapportage van de verbeteracties en wat deze opleveren voor cliënten, professionals en de samenwerking in de regio.
- Eind 2020 is het begin gemaakt met een lerende praktijk en zijn alle middelen voorhanden om dit zelfstandig te continueren in de regio.

---

## FINANCIELE ONDERBOUWING & VERANTWOORDING

Kosten van externe training en begeleiding, projectuitvoering (*inclusief* de inzet vanuit deelnemende organisaties, zie laatste alinea onder samenwerking), trainingen, monitoring, rapportage schatten wij voor het eerste jaar € 100.000, voor het tweede jaar € 60.000.

Dit is een grove indicatie. Bij gebleken draagvlak voor dit project regionaal wordt dit voorstel op zo kort mogelijke termijn met regionale partners uitgewerkt. Dan kan ook een uitgewerkte begroting opgesteld worden.

### **Rendement voorstel**

De regio heeft op 12 september jl. gevraagd of het nog mogelijk is het rendement aan te geven wat met dit voorstel te behalen valt. Onderstaand wat daarover op dit moment te zeggen valt.



Harde (Nederlandse) cijfers over het financiële rendement van werken met Wraparound Care zijn er nog niet. In Amerika, waar het (onderzoeks)programma WAC al veel langer draait, zijn nu de eerste financiële cijfers zichtbaar. Daarbij moet worden opgemerkt dat jeugdhulp in Nederland en in Amerika niet 1 op 1 te vergelijken zijn en dat deze cijfers dus ook niet zomaar vertaald kunnen worden naar de Nederlandse situatie. Onderstaand is de uitkomst weergegeven van een recente Amerikaanse studie op het gebied van kosteneffectiviteit, die wijst op grotere besparing bij jongeren die met WAC begeleid worden dan jongeren die de reguliere aanpak krijgen.

Op basis van Nederlandse studies zijn dus nog geen gegevens over het financiële rendement van WAC. Maar opbrengsten als tevreden cliënten, tevreden professionals (afname ziekteverzuim), cliënten die hun doelen halen, afname van problematiek en terugdringen van het aantal uithuisplaatsingen, die keer op keer uit onderzoek naar voren komen, maken het wel aannemelijk dat je, als je het werken volgens WAC goed doet, op termijn ook besparingen op kosten gaat zien. Dat effect wordt versterkt doordat WAC (vooral) wordt ingezet bij complexe (gezins)problematiek, waar een relatief groot deel van het totaal beschikbare zorgbudget mee gemoeid is.

Tenslotte is er in 2013 door Deloitte een onderzoek uitgevoerd naar de maatschappelijke meerwaarde van de Opvoedpoli. De Opvoedpoli kenmerkte zich *onder andere* door integrale en innovatieve zorg/ondersteuning op basis van het Wraparound Care principe. Deloitte constateerde dat De Opvoedpoli gemiddeld genomen goedkoper was in haar ondersteuning met ruim 2.550 euro per cliënt, dit was gelijk aan een gemiddelde besparing van 34 procent. De potentiële maatschappelijke meerwaarde van de werkwijze van de Opvoedpoli kon volgens Deloitte oplopen tot 699 miljoen euro per jaar. Ook deze cijfers zijn vanzelfsprekend niet zomaar te vertalen naar de effecten van WAC alléén (dus buiten de context van de Opvoedpoli), in deze regio, anno 2018.

*Do high fidelity Wraparound services for youth with serious emotional disturbances save money in the long-term?*

*Citation: Snyder, A., Marton, J., McLaren, S., Feng, B., Zhou, M. (2017). Do high fidelity Wraparound services for youth with serious emotional disturbances save money in the long-term? The Journal of Mental Health Policy and Economics, 20, 167-175.*

*Abstract:*



*Background: Treating youth with serious emotional disturbances (SED) is expensive often requiring institutional care. A significant amount of recent federal and state funding has been dedicated to expanding home and community-based services for these youth as an alternative to institutional care. High Fidelity Wraparound (Wrap) is an evolving, evidence-informed practice to help sustain community-based placements for youth with an SED through the use of intensive, customized care coordination among parents, multiple child-serving agencies, and providers. While there is growing evidence on the benefits of Wrap, few studies have examined health care spending associated with Wrap participation and none have examined spending patterns after the completion of Wrap. Merging health care spending data from multiple agencies and programs allows for a more complete picture of the health care costs of treating these youth in a system-of-care framework.*

*Aims of Study: (i) To compare overall health care spending for youth who transitioned from institutional care into Wrap (the treatment group) versus youth not receiving Wrap (the control group) and (ii) to compare changes in health care spending, overall and by category, for both groups before (the pre-period) and after (the post-period) Wrap participation.*

*Methods: The treatment group (N=161) is matched to the control group (N=324) temporally based on the month the youth entered institutional care. Both total health care spending and spending by category are compared for each group pre- and post-Wrap participation. The post-period includes the time in which the youth was receiving Wrap services and one year afterwards to capture long-term cost impacts.*

*Results: In the year before Wrap participation, the treatment group averaged \$8,433 in monthly health care spending versus \$4,599 for the control group. Wrap participation led to an additional reduction of \$1,130 in monthly health care spending as compared to the control group in the post-period. For youth participating in Wrap, these spending reductions were the result of decreases in mental health inpatient spending and general outpatient spending.*

*Discussion: Youth participating in Wrap had much higher average monthly costs than youth in the control group for the year prior to entering Wrap, suggesting that the intervention targeted youth with the highest mental health utilization and likely more complex needs. While both groups experienced reductions in spending, the treatment group experienced larger absolute reductions, but smaller relative reductions associated with participation. These differences were driven mainly by reductions in mental health inpatient spending. Larger reductions in general outpatient spending for the treatment group suggest spillover benefits in terms of physical health care spending. Further analysis is needed to assess how these spending changes impacted health outcomes.*

*Implications for Health Policies: Wrap or similar programs may lead to reductions in health care spending. This is the first study to find evidence of longer-term spending reductions for up to a year after Wrap participation.*

*Implications for Further Research: Randomized trials or some other source of plausibly exogenous variation in Wrap participation is needed to further assess the causal impact of Wrap on health care spending, outcomes, or broader system-of-care spending.*

\*\*\*\*