

Projectplan Ambulantisering  
**Gezinsinterventies, samenwerken juist als het moeilijk wordt**  
Versie 19 mei 2020

## Inleiding

Vanaf de aanvraag van dit project in augustus 2018 hebben er heel wat ontwikkelingen plaatsgevonden op het gebied van de transformatie en de doorontwikkeling inkoop waar de projecten Ambulantisering nauw mee verbonden zijn. Het project zoals het is aangevraagd (augustus 2018) en toegekend (december 2018), is op hoofdlijnen hetzelfde gebleven maar op een aantal punten aangevuld. Deze aanvullingen staan hieronder vermeld en daarbij is aangegeven hoe deze aanvullingen tot stand zijn gekomen en hoe dit van invloed is op de planning en begroting van het projectplan (november 2019). De begroting in zijn totaliteit blijft voornamelijk ongewijzigd. De planning is met een half jaar opgeschoven.

## Aanvullingen

Ten opzichte van het projectplan november 2019 zijn er een aantal aanvullingen die van invloed zijn op de planning en begroting. De begroting was echter nog niet concreet uitgewerkt in het eerste projectplan en is nu uitgewerkt en de aanvullingen staan hieronder weergegeven en zijn opgenomen in de begroting. In vergelijking met de aanvraag zijn de kosten voor het onderzoek met € 20.675 gestegen van € 33.440 naar € 54.115

1. Bij de toekenning van het projectplan gezinsinterventies is aangegeven dat meer partijen vanuit de toegang en het voorliggend veld betrokken moeten zijn. De indieners waren het eens met deze beslissing. De omvang van de projectgroep is hiermee echter wel toegenomen waardoor de kosten voor de gezamenlijke bijeenkomsten zijn toegenomen.
2. Koppeling met transformatieprojecten vanuit doorontwikkeling inkoop: Er is gekozen het onderzoek en de implementatie van de onderzoeksgegevens te koppelen aan de ontwikkelingen in de regio IJsselland ten aanzien van zorg voor de Hoog Specialistisch Weinig Voorkomende Jeugdhulp (HSWV) doelgroep. Dit wordt toegejuicht door de projectgroep maar vraagt ook een extra investering van de projectleiding en onderzoekers. De onderzoeksvragen zijn hierdoor uitgebreid, wat een extra tijdsinvestering in het onderzoek inhoudt. De onderzoeksvragen richten zich niet meer alleen op de effectieve interventies sec. maar ook op hoe de hulp integraal geboden kan worden. Dit heeft geleid tot de extra begrootte onderzoekskosten.
3. Visietraject; Het project richt zich op jeugdigen en gezinnen met dermate forse problematiek dat zij mogelijk niet thuis kunnen wonen. Vanuit de definitie van deze doelgroep is duidelijk dat integrale hulp noodzakelijk is. Dit is ook het doel bij de implementatie van de onderzoeksgegevens. De projectgroep heeft bij de start geconstateerd dat de visie op hulp voor dergelijke gezinnen in regio IJsselland onvoldoende uitgewerkt is. Voorafgaand aan het onderzoek is daarom door de projectgroep een visietraject gestart om tot een concreet uitgewerkte consensus based visie te komen als basis voor dit project. De planning is hierdoor en deels door de coronacrisis aangepast en een half jaar opgeschoven Zie planning.
4. De implementatie van de onderzoeksresultaten zal (mogelijk) deels onder de HSWV begroot gaan worden en valt deels onder de normale operationele kosten van de organisaties die participeren. Dit leidt tot lagere implementatie kosten dan oorspronkelijk begroot binnen dit project.

## Projectplan

### Projectopdracht

Bijdragen aan de transformatie jeugd door het realiseren van een ketenbrede benadering gericht op ambulantisering en normalisering bij jeugdigen, met als focus gezinnen met ernstige pedagogische en/ of psychiatrische problematiek.

### Visie en kaders

De projectopdracht past binnen de bredere transformatie in IJsselland gericht op normalisering en ambulantisering. Dit project richt zich binnen het veld van de jeugdhulp op die gezinnen en jeugdigen waarbij ernstige pedagogische en/ of psychiatrische problematiek speelt, waarbij het verblijf in een huiselijke omgeving (thuis, in netwerk of woonvoorziening zoals gezinshuis) onder druk staat.

### Naam project:

Gezinsinterventies in IJsselland: Samen verder, juist als het moeilijk wordt.

### versie:

14 mei 2020

<b>Opdrachtgever</b>	De kwartiermaker, Lidi Kievit is opdrachtgever vanuit het RSJ namens de 11 gemeenten IJsselland
<b>Projectleider</b>	Projectleider gezinsinterventies: Pijke Dijkema (Accare) Projectmanager transformatie: Mathilde Bruinenberg (RSJ IJsselland)
projectteamleden	De instellingen/aanbieders die het project uitvoeren: Accare Onderzoeker Ben Poortland / Dineke Smit Ambiq, Hillie Klein Jeugd GGZ, Jan Schoorlemmer/ Gemma Tempelman, Karakter, Wilco Jansen Pactum, Christel Remrev / Joanna de Bruin Trias, Wietske Spoelstra / Erna van den Berg Vitree, Yannick van Dijk Gemeente Olst-Wijhe, jeugdbeleid, Noortje Kramer Gemeente Zwolle, toegang, Geraldine IJzerman Gemeente Steenwijkerland, Hennie de Weerd Gemeente Dalfsen, Jurgen Goejer JBOV, Janet Noordman De Kern, Hans de Quartel RSJ-IJsselland, Esther van den Broeke

<b>Projectdefinitie</b>	
<b>Aanleiding:</b>	Onderdeel van de transformatie jeugdhulp is om de zorg te ambulantisieren. De visie hierachter is dat ook bij complexe en crisisgevoelige problematiek jeugdigen 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 jeugdigen en ouders weer samen verder kunnen. Indien dit echt onmogelijk is dient de woonomgeving zo natuurlijk (vergelijkbaar met een gezin) mogelijk te zijn. Om dit doel te halen dient keten-breed vanuit dezelfde visie op ambulante en residentiële hulp gewerkt te worden.
<b>Probleem beschrijving</b>	<p>Elke jeugdige groeit bij voorkeur bij zijn of haar eigen ouders op. Echter, in gezinnen waarin minimaal één ouder en één jeugdige langdurig kampt met een combinatie van sociaal-economische en psychosociale problemen, is dit een zeer grote uitdaging. In Nederland waren er op 31 december 2018 42.665 jeugdigen tot 18 jaar en, in uitzonderingen, tot 23 jaar die op enig moment niet thuis sliepen. Ze maakten gebruik van 'jeugdhulp met verblijf' zoals dat in de statistieken wordt genoemd; ze overnachtten in crisisopvang of pleeggezin, in leefgroepen of in een gezinshuis (CBS Jeugdmonitor/StatLine, 2018). Het aantal uithuisplaatsingen in Nederland is relatief hoog vergeleken met andere Europese landen, wat lijkt samen te hangen met culturele verschillen; in andere landen is het wat gebruikelijker om te worden opgevangen door bijvoorbeeld een oma of een tante als het thuis niet meer gaat, dan komt het niet tot een formele uithuisplaatsing (Tom van Yperen in het NRC, 2017). Daarbij is het aantal plaatsingen binnen de BOPZ en Gesloten Jeugdzorg tussen 2015 en 2018 landelijk toegenomen, ook binnen IJsselland is deze trend te zien (Bron CBS, gesloten jeugdhulp 2015-2018. 2019).</p> <p>Kijkend naar IJsselland zien wij een aantal zaken die maken dat residentiële hulpverlening in de praktijk vaak niet voorkomen kan worden en langer duurt dan wellicht noodzakelijk zou zijn. Ten eerste lijkt er een gemis te zijn het aanbod van systeemgerichte interventies gericht op het voorkomen van uithuisplaatsingen in zowel ambulante vorm, zoals de bewezen effectieve behandelvorm MST<sup>1</sup>, als in klinische vorm, zoals de veelbelovende interventies KINGS<sup>2</sup> en IBC-jeugd<sup>3</sup> welke zijn bedoeld voor gezinnen waar uithuisplaatsing dreigt. Hierdoor is de kans groot dat er in de regio IJsselland met passende interventies meer uithuisplaatsingen voorkomen kunnen worden. Dit draagt bij aan het overkoepelende doel van het project ambulantisering dat jeugdigen en ouders hun sociaal netwerk behouden en versterken, zelfs bij ernstige problematiek. Daarnaast lijkt er in de praktijk nog niet altijd vanuit eenzelfde visie op ambulantisering gewerkt te worden. Het komt nog voor dat jeugdigen residentieel verblijf wordt aangeboden zonder einddatum en zonder duidelijk plan van aanpak gericht op terugkeer in de thuissituatie. Ouders zijn vaak niet goed voorbereid op de chronische intensieve opvoedbelasting van hun kind waardoor zij terugkeer van het kind na residentiële plaatsing uit blijven stellen of zelfs afstellen. Het netwerk van de jeugdige wordt niet altijd goed meegenomen in het vergroten van de draagkracht van ouders en kind om terugkeer te faciliteren.</p> <p>Het gaat bij het deelplan Gezinsinterventies in IJsselland daarom niet alleen om de beschikbaarheid van interventies, maar ook aan het bijdragen aan het werken vanuit eenzelfde visie op hoe hulp ingezet moet worden bij deze gezinnen. Deze is dat jeugdigen waar mogelijk thuis verblijven en wanneer dit niet mogelijk is residentiële zorg altijd voor een beperkte tijd wordt ingezet terwijl hulp in het gezin plaats blijft vinden en de hechtingsrelatie (tussen kind, ouder en brusjes) zoveel mogelijk intact wordt gehouden. Daarbij wordt een meer intensieve samenwerking tussen de aanbieders en met het voorliggend veld geambieerd, waarbij de ketenbrede visie op behandeling van gezinnen en het voorkomen van uithuisplaatsing gezamenlijk wordt</p>

	<p>uitgedragen. Wanneer thuis wonen echt geen optie meer is, wordt gewerkt aan een situatie die daar zo veel mogelijk op lijkt.</p> <p><sup>1</sup> Multi Systeem Therapie (MST) is bedoeld voor jongeren van 12 tot 18 jaar met ernstige gedragsproblemen bij wie plaatsing dreigt in de (gesloten) jeugdzorg. Vaak is er sprake van een combinatie van verschillende gedragsproblemen, die vervolgens uitmonden in crimineel gedrag. De interventies die binnen MST worden ingezet richten zich vooral op ouders en andere sleutelfiguren uit de omgeving van de jongere, maar meestal wordt ook gewerkt aan het vergroten van vaardigheden van de jongere zelf, het functioneren op school en de omgang met prosociale leeftijdgenoten. De behandelduur is gemiddeld 3 tot 5 maanden.</p> <p><sup>2</sup> Het KINGS-programma (Kind IN Gezond Systeem) van Accare is bedoeld voor gezinnen waarin sprake is van mishandeling, verwaarlozing en huiselijk geweld. De jeugdigen hebben complexe gedragsproblemen, maar heel vaak hebben de ouders in deze gezinnen zelf ook psychische problemen als gevolg van traumatische ervaringen.</p> <p><sup>3</sup> Het Intensief Behandelcentrum Jeugd (IBC-Jeugd) van Karakter is een alternatief voor klinische opname van jeugdigen met complexe psychiatrische problematiek. De basis wordt gevormd door behandeling thuis (Intensive Home Treatment; IHT), waar gezin en professionals intensief samenwerken. Mocht een jeugdige toch in crisis raken, dan behoort een directe en korte klinische opname op de High &amp; Intensive Care tot de mogelijkheden. De eerste 48 uur is daar altijd een ouder dag en nacht bij aanwezig.</p>
<p><b>Doelstelling</b></p>	<p>Het doel van dit deelproject is dat ouders en jeugdigen zoveel mogelijk een sociaal netwerk behouden, juist als de opvoedsituatie voor alle partijen zeer belastend is. Hier is voor nodig dat men binnen de hele keten bewust is dat residentiële zorg voorkomen moet worden waar mogelijk en deze als een (zeer) tijdelijke oplossing geboden wordt. Hiervoor is de beschikbaarheid van werkzame interventies op het gebied van gezinsbehandeling en -begeleiding in de regio IJsselland cruciaal. Dit geldt voor lichte varianten (waar het kan) en intensieve varianten (waar nodig), in een samenwerking tussen de verschillende aanbieders in de jeugdhulpverlening.</p> <p>Daarvoor dient onderzocht te worden welke interventies het meest geschikt zijn en op welke manier in de regio IJsselland de gezamenlijke aanbieders deze interventies beschikbaar moeten stellen. Het gaat daarbij om interventies die de potentie hebben om het thuis blijven wonen van jeugdigen te bevorderen, uithuisplaatsing te voorkomen en ouders en hun kind(eren) regie te laten houden en zodoende meer zelfstandig hun leven vorm te geven. Om dit doel te laten slagen committeren de gezamenlijke aanbieders zich aan de uitkomsten van de onderzoeksvragen met betrekking tot welk aanbod beschikbaar moet zijn en zetten zij zich in dit aanbod te verwezenlijken.</p> <p>Om het ketenbreed werken vanuit een zelfde visie te bevorderen dient onderzocht te worden welke methode hieraan bijdraagt en hoe dit te organiseren om vervolgens hier uitvoer aan te geven.</p> <p>Het gaat niet alleen om de beschikbaarheid van interventies, maar ook aan het bijdragen aan het werken vanuit eenzelfde visie op hoe hulp ingezet moet worden bij deze gezinnen. Daarbij wordt een intensieve samenwerking tussen het voorliggend veld, de</p>

	lokale Toegang en de aanbieders gerealiseerd, waarbij de ketenbrede visie op behandeling / ondersteuning van gezinnen en het voorkomen van uithuisplaatsing gezamenlijk wordt uitgedragen. Wanneer thuis wonen echt geen optie meer is, wordt gewerkt aan een situatie die daar zo veel mogelijk op lijkt
<b>Resultaat</b>	<p>Dit deelproject is geslaagd wanneer jeugdigen met complexe problematiek significant meer thuis kunnen blijven wonen 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 zonder dat de opvoedbelasting dermate hoog is dat dit voor het gezinssysteem niet vol te houden is. De genoemde vorm van ambulantisering moet uiteindelijk ook tot een kostenbesparing leiden, aangezien residentiële opnames aanzienlijk duurder zijn dan ambulante behandelingen.</p> <p>Om dit resultaat te behalen dient in gehele keten van jeugdhulp in IJsselland bewustzijn te zijn over welke manier residentiële opnames helpend zijn, wanneer deze niet helpend zijn en wat alternatieven zijn. Deelnemers formuleren hiervoor een gezamenlijke visie op residentiële hulp en zorgen ervoor dat deze visie gezamenlijk en ketenbreed uitgedragen wordt. Daarbij zorgen de aanbieders gezamenlijk dat effectieve gezinsinterventies in IJsselland voldoende duurzaam beschikbaar zijn en onder andere in samenwerking met het voorliggend veld zijn duurzaamheid behoudt</p>
<b>Afbakening</b>	De projectgroep beweegt zich naast andere initiatieven in het jeugd(hulp)landschap en is onderdeel van een bredere transformatie jeugd in IJsselland. De projectgroep zal een bijdrage leveren aan de (ketenbrede) transformatie gericht op ambulantisering. Binnen dit spectrum richt de projectgroep zich op ambulantisering bij de doelgroep met ernstige pedagogische en/ of psychiatrische problematiek waarbij de woonsituatie onder druk staat. Hierbij zijn twee speerpunten gekozen, het aanbod voor deze groep en de visie waaruit dit wordt aangeboden. Andere initiatieven op het gebied van transformatie in het algemeen of ambulantisering in het bijzonder kunnen samen oplopen maar dienen ook onafhankelijk van elkaar vormgegeven te worden. Er is een overlap in de ontwikkeling met de HSWV. Daarvoor is regelmatig afstemming met de projectleider van HSWV.
<b>Randvoorwaarden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deelnemers van het project committeren zich aan de uitkomsten van het onderzoek en dragen gezamenlijk verantwoordelijkheid de resultaten te vertalen naar acties conform de doelstelling van het project.</li> <li>- Binnen de gezinsbehandeling wordt gekeken naar een integraal aanbod dat zowel gaat over orthopedagogische als over psychiatrische problematiek. Waar mogelijk wordt dit onderscheid weggelaten.</li> <li>- Alle partijen in de keten van de jeugdhulp worden betrokken, passend bij de rol en verantwoordelijkheid die zij hebben in het laten slagen van (meer) ambulante hulp. De uitkomsten van het project zijn overdraagbaar naar andere gemeenten en partners in de regio IJsselland.</li> <li>- Financiering van hulp zal flexibel en soms buiten bestaande productvormen moeten worden vormgegeven. Het is belangrijk dat financiers commitment tonen bij het zoeken naar passende financieringsvormen. Omgekeerd is het ook niet zinvol tot hulpvormen te komen die niet financierbaar zijn.</li> </ul>

<b>Risico's</b>	<b>Kans</b>	<b>effect</b>	<b>Risico-reducerende maatregel</b>
Organisaties hebben onvoldoende middelen om nieuwe vormen van zorg te implementeren/ beschikbaar te maken. Het kan hier gaan om onvoldoende geld, maar ook om personeel.	Het dwingt organisaties keuzes te maken in hun hulpaanbod	Minder effectieve of noodzakelijke vormen van hulp worden minder beschikbaar en meer effectieve vormen van hulp worden meer beschikbaar.	Expliciete keuzes maken in welk aanbod van meer of mindere waarde is.
Door wachtlijsten is het niet goed mogelijk tijdig passende hulp beschikbaar te stellen.	Het dwingt organisatie om het wachtlijst beleid dusdanig vorm te geven dat dit zo min mogelijk leidt tot escalatie van de problematiek.	Crisisgevoelige casuïstiek houdt voorrang, De wachttijd voor meer algemene vormen van hulp kan oplopen.	Goede analyse van welke vorm van hulp in welke mate beschikbaar moeten zijn en hierop de bedrijfsvoering aanpassen.
Organisaties kiezen voor eigen belang boven gemeenschappelijk belang en voeren bepaalde afspraken niet door.	Het collectieve belang wordt meer expliciet gemaakt en hierbij wordt duidelijk in welke mate welke organisatie hier zich aan committeert.	Duidelijker onderscheid in maatschappelijk betrokken partners	Vooraf goede analyse maken van de individuele/ organisatiebelangen en de mate waarin deze botsen met de collectieve belangen en belangen van andere partijen.
Organisatie participeren niet in de leerbijeenkomsten of er vindt geen kennisoverdracht binnen de organisaties plaats waardoor er geen verandering plaatsvindt	Organisaties krijgen de gelegenheid om goed na te denken hoe zij kennis op het gebied van ambulantisering willen eigen maken, verspreiden en onderhouden.	Organisaties krijgen een impuls om verder te leren en hun organisatie daarop in te richten.	Voldoende beschikbaarheid van leermomenten aanbieden.
Het inkoopmodel sluit qua flexibiliteit onvoldoende aan bij de zorgbehoefte.	Vanuit de praktijk de financiering zo vormgeven dat deze het meest faciliterend is voor betaalbare goede zorg.	Betere afspraken over financiering, minder discussie over (afwijkend) financieringstrajecten.	Bevinden van de projectgroep worden meegenomen bij de vormgeving van het nieuwe inkoopmodel.
Organisaties committeren zich niet aan de gemaakte afspraken	Organisaties op operationeel, tactisch en strategisch niveau betrekken.		Commitment op bestuurlijk niveau vastleggen
De visie van waaruit gewerkt wordt (bijlage 2) moet regionaal gedragen worden. Het ontwikkelen en uitdragen van deze visie moet parallel lopen aan de bredere visieontwikkeling in IJsselland.	Er zal eerder een regionaal gedragen visie komen die vanuit de aanbieders en toegang omarmd wordt.	Werkwijzen binnen de regio zullen eerder complementair zijn aan elkaar en daardoor leiden tot betere hulp voor gezinnen.	Goede procesbewaking door de kwartiermaker dat aan de ene kant de projectgroep voldoende tempo in het werken (en daarmee uitdragen van de visie) houdt. Aan de andere kant zorgen voor verbinding met vergelijkbare visietrajecten.
Doordat het doel van de projectgroep overeenkomt met doelen vanuit de HSWV moeten beide trajecten op elkaar worden afgestemd. Dit kan tot uitbreiding van onderzoeksvragen en temporisering leiden.	Door de trajecten nauw op elkaar af te stemmen komt er een bredere beweging van transformatie op gang waarbij de verschillende ontwikkelingen elkaar versterken en leiden tot het gewenste doel (integrale, kwalitatief hoogwaardige goed toegankelijke jeugdhulp)	De kwaliteit van de jeugdhulp neemt in de breedte toe en niet alleen voor gezinsinterventies. Tegelijkertijd vindt geen dubbel onderzoek en dubbel overleg plaats.	Vanuit kwartiermaker, projectleider HSWV en projectleider gezinsinterventies worden stappen in de ontwikkeling van het integrale aanbod op elkaar afgestemd.

## Projectuitvoering en planning:

Het project kent vier fases.

- a. fase 0 opstarten onderzoek, organiseren van de randvoorwaarden;
- b. fase 1 definiëring doelgroep en nulmeting binnen jeugdregio IJsselland;
- c. fase 2 onderzoek naar gezinsgerichte interventies in jeugdregio IJsselland;
- d. fase 3 inzetten van pilots optimaliseren van de zorg bij gezinnen met meervoudige en complexe zorgvragen.

Het onderzoek richt zich hoofdzakelijk op twee componenten:

- b. het hulpaanbod en de organisatie van het hulpaanbod,
  - c. het werken vanuit een ketenbrede gezamenlijke visie en de daarbij horende kennisbevordering.
- d. Opzet van het verbeteren van het hulpaanbod en de organisatie daarvan vindt plaats door eerst onderzoek te doen naar welke vormen van zorg beschikbaar dienen te zijn (fase 1), uit te werken hoe deze beschikbaar te maken (fase 2) en implementatie (fase 3).
- a. fase 0 opstarten onderzoek, organiseren van de randvoorwaarden;  
In fase 0 dienen alle randvoorwaarden om te starten gerealiseerd te zijn. Het projectplan, het onderzoeksplan, de begroting, de organisatie van het project en de taakverdeling binnen de projectgroep zijn duidelijk. Niet alle projectteamleden zullen dezelfde inzet plegen. Sommigen zullen actief meedenken en schrijven, anderen kijken enkel mee of ze met de ontwikkelingen kunnen instemmen. De positie van het project ten opzichte van andere regionale ontwikkelingen zoals de inkoop wordt bepaald. Ten aanzien van het werken vanuit een ketenbrede gezamenlijke visie op ambulante en residentiële hulp dient het projectteam allereerst deze visie verder uit te werken. Hierin zal een koppeling plaatsvinden met de andere projecten transformatie (zoals HSWV)
  - b. fase 1 definiëring doelgroep en nulmeting binnen jeugdregio IJsselland;  
In fase 1 wordt de doelgroep bepaald en wordt de nulmeting (startmeting) uitgevoerd. De volgende onderzoeksvragen beantwoord te worden.
  - c. fase 2 onderzoek naar gezinsgerichte interventies in jeugdregio IJsselland;  
In fase wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvragen die geformuleerd zijn in fase 0.  
*Vragen die beantwoord moeten worden zijn:*
    - i. *Wat zijn de kenmerken van gezinnen met meervoudige en complexe problemen?*
      1. *Op basis van landelijke (onderzoeks)data*
      2. *Op basis van regionale data*
      3. *Op basis van informatie vanuit de doelgroep*
    - ii. *Wat wordt bedoeld met integraal (gezinsgericht) hulpaanbod?*
    - iii. *Bij welke integraal (gezinsgericht) behandelingen is de effectiviteit (EBM of EBP) reeds aangetoond?*
    - iv. *Welke ontwikkelmogelijkheden zijn er bij de jeugdhulpaanbieders in de regio IJsselland?*

<p>d. fase 3 inzetten van pilots optimaliseren van de zorg bij gezinnen met meervoudige en complexe zorgvragen. Na beantwoording van deze onderzoeksvragen zullen de aanbieders die zich aan de uitkomsten gecommitteerd hebben een gezamenlijk aanbod ontwerpen en implementeren. Daarbij is van belang dat middels onderzoek getoetst wordt of het te verwachten resultaat behaald wordt. Toetsing vindt plaats op basis van aantal verblijfsdagen en ervaren opvoedbelasting in vergelijking met voormeting in de regio en vergelijking met een andere jeugdhulpregio.</p>
<p><b>Initiatie fase</b> (verkenning van de opgave)</p> <p>Fase 0: Aanstellen projectmanagement en invullen van de vacatures. (november 2019) Formuleren plan van aanpak ten aanzien van het betrekken van de keten bij project ambulantisering.</p>
<p><b>Definitie fase</b> (programma van eisen)</p> <p>Fase 0: Opstarten onderzoek, organiseren van de randvoorwaarden (januari 2020 tot en met april 2020) Vaststellen en beschrijven van visie en onderzoeksopzet.</p>
<p><b>Ontwerpfase</b> (de oplossing, hoe ziet het resultaat eruit)</p> <p>Fase 1: Definiëring doelgroep en nulmeting binnen jeugdregio IJsselland. (april 2020 tot juli 2020) Vaststellen en beschrijven van de precieze onderzoeksgroep middels literatuurstudie, data-analyse en interviews.</p> <p>Fase 2: Onderzoek naar gezinsgerichte interventies in jeugdregio IJsselland; (juli 2020 tot oktober 2020) Beantwoording onderzoeksvragen middels literatuurstudie, data-analyse en interviews.</p>
<p><b>Vorbereiding voor uitvoering</b> (wat is nodig om het resultaat te bereiken)</p> <p>Fase 3: Implementatie verbetervoorstellen &amp; pilots (vanaf oktober 2020) Verbetervoorstellen worden besproken. Vorbereiding op verbetering aanbod gezinsinterventies.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Met gezamenlijke aanbieders de uitkomsten van de onderzoeksvragen bespreken en in overeenstemming het meest passende aanbod vaststellen...</li> <li>- Medewerkers verschillende instellingen worden toegewezen om getraind te worden en de gezinsinterventies uit te voeren.</li> <li>- Locatie toewijzen voor verschillende interventies.</li> <li>- Start 0 meting Start tbv vergelijkend onderzoek.</li> </ul>



**Realisatiefase** (realiseren van het resultaat)

## Fase 3: Implementatie verbetervoorstellen &amp; pilots (vanaf oktober 2020)

- Een ketenbrede benadering realiseren. Door implementatie van de onderzoeksgegevens wordt met het voorveld, de lokale Toegang en aanbieders een samenhangende werkwijze ontwikkeld waarin de geformuleerde visie ten uitvoer komt en via pilots en businesscases wordt uitgevoerd. Voor dit onderdeel wordt in oktober een plan van aanpak opgesteld. Start uitvoer interventies.
- Start vervolgmetingen tbv vergelijkend onderzoek.
- Presentaties uitkomsten onderzoek
- Uitdragen van visie naar nog niet betrokken partijen en organisaties.
- Doorlopende evaluatie van aanbod

**Borging**

Bij de start van fase 3 worden afspraken gemaakt over evaluatie van in te zetten acties. Deze worden in het vervolg van fase 3 uitgevoerd. Het hulpaanbod dient kostendekkend vormgegeven te kunnen worden, er worden afspraken gemaakt over periodieke evaluaties van de beschikbaarheid van het hulpaanbod en er worden afspraken gemaakt over behoud en onderhoud van ketenbrede visie ten aanzien van intensieve hulp bij jeugdigen en gezinnen met ernstige pedagogische en/ of psychiatrische problematiek.

**Projectbeheersing:****Tijd** (doorlooptijd en inzet uren)

Fase 0: januari 2020 tot en met april 2020

Fase 1: april 2020 tot juli 2020

Fase 2: juli 2020 tot oktober 2020

Fase 3: vanaf oktober 2020 tot december 2021 doorlopend

*Voor inzet van uren, zie Geld en bijlage 2*

**Geld** (kosten en opbrengsten / dekking)

Er is € 159.000,- beschikbaar.

Het uurtarief projectleider en projectteamleden: € 95 excl BTW, incl reiskosten.

Het uurtarief van onderzoekers: € 125 exc. BTW, incl. reiskosten.

<p>- Projectorganisatiekosten: <b>€ 14.440:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Projectleider gezinsinterventies: Gem. 1 uur per week, 46 weken per jaar 46 x € 95 = € 4.370 duur: 2020-2021 = € 8.740</li> <li>• Projectteamleden (15): Inzet fase 0-2: projectteamoverleg (2 fysieke overleggen in Q1 2020 a 2 uur x 15 = 60 uur) a € 95 = € 5.700</li> </ul> <p>- (voorbereiding) onderzoek: <b>€ 54.115</b> (zie bijlage 1)</p> <p>- fase 3 (pilots/ implementatie): <b>€ 90.445</b></p> <p><b>- Totaal: € 159.000</b></p>
<p><b>Kwaliteit</b> (meetbare eisen)</p> <p>Het uiteindelijke doel is dat jeugdigen significant meer thuis kunnen blijven wonen (bij complexe problematiek) en dat we met elkaar kunnen vaststellen dat het aantal opnames in zowel de jeugdzorg als in de psychiatrie zijn afgenomen dan wel aanzienlijk zijn bekort zonder dat de opvoedbelasting dermate hoog is dat dit voor het gezinssysteem niet vol te houden is. Dit wordt gemonitord middels de meetinstrumenten uit de onderzoeksfase.</p>
<p><b>Informatie en communicatie</b> (welke informatie hoort bij het project, wie archiveert, welke informatie moet naar welke partijen, waaraan moet een beslisdocument voldoen, zijn er juridische aspecten)</p> <p>Voortgang ten aanzien van onderzoeksvragen wordt gerapporteerd aan het projectteam. Het projectteam neemt inhoudelijke beslissingen en legt verantwoording af aan de opdrachtgever. De projectleiding draagt zorg voor informatie uitwisseling ten aanzien van andere (transformatie)projecten en verdere relevante partijen.</p> <p>Ten aanzien van uitdragen ketenbrede visie wordt aan de hand van de in te zetten methodiek binnen de hele keten van jeugdhulp gecommuniceerd. Dit wordt uitgewerkt wanneer de methode bepaald is. Ten aanzien van het jeugdhulpaanbod worden de onderzoeksresultaten en bijbehorende conclusies gedeeld. Dit kan binnen leerbijeenkomsten plaatsvinden (aansluitend op de gekozen methodiek ten aanzien van betrekken andere partijen), vanuit een publicatie en vanuit berichtgeving in media.</p>
<p><b>Project-organisatie</b> (verdelen van verantwoordelijkheden en bevoegdheden)</p> <p><b>Kwartiermaker transformatie:</b> De kwartiermaker is namens de gemeenten in IJsselland opdrachtgever en bewaakt de voortgang, begroting en inhoud van het project. Zij draagt samen met de projectleider en projectmanager verantwoordelijkheid voor de inbedding van het project in de regio ten opzichte van andere regionale ontwikkelingen op het gebied van transformatie en inkoop.</p> <p><b>Projectleider gezinsinterventies:</b> De projectleider geeft sturing op de inhoud, bewaakt het proces en draagt samen met de projectmanager transformatie zorg voor een projectplan en kloppende begroting. Hij draagt samen met de kwartiermaker en projectmanager verantwoordelijkheid voor de inbedding van het project in de regio ten opzichte van andere regionale ontwikkelingen op het gebied van transformatie en inkoop.</p>

#### Projectmanager transformatie

De projectmanager transformatie draagt verantwoordelijkheid voor de procesbewaking en de koppeling met de andere projecten binnen de transformatie. Zij geeft ondersteuning in de organisatie van het project en draagt samen met de projectleiderzorg voor een projectplan en kloppende begroting. Zij ziet mede toe op het nakomen van gemaakte afspraken en ondersteunt in de uitvoer daarvan. Zij draagt samen met de projectleider gezinsinterventies en de kwartiermaker verantwoordelijkheid voor de inbedding van het project in de regio ten opzichte van andere regionale ontwikkelingen op het gebied van transformatie en inkoop.

#### Projectteamleden

De projectteamleden zijn verantwoordelijk voor het bepalen van de visie, de onderzoeksvragen, de definitie doelgroep en bewaking mede de voortgang en inhoud van het proces. Afhankelijk van de mate van betrokkenheid wordt hier een monitorende rol aan gegeven of een actieve meeschrijvende en meepratende rol aan gegeven.

#### Onderzoekers

De onderzoekers geven vorm en antwoord aan de onderzoeksvragen, maken de onderzoeksopzet en voeren deze uit.

## Bijlage 1 Begroting onderzoek versie 14 mei 2020

### Uitgangspunten voor de begroting.

1. Er is € 159.000,- beschikbaar.
2. Het uurtarief projectleider en projectteamleden is vastgesteld op € 95,- excl BTW, incl reiskosten.
3. Uurtarief onderzoekers € 125,- excl. BTW, incl. reiskosten.
4. Organisatiekosten Projectleider gezinsinterventies: gem. 1 uur per week, 46 weken per jaar 46 x 2 jaar = € 8740
5. Projectteamleden (15): overleg in fase 0-2 m.b.t. onderzoek begroot in onderstaande begroting, vanaf fase 3 wordt eventuele inzet hiervoor in de pilots opgenomen.

### Kosten onderzoek: € 54.115

<b>Fase 0</b>			
Omschrijving	Aantal uur	Betrokkenen	Kosten
werven onderzoeker, maken van afspraken (1x2)	2	Projectleider	€ 190
<ul style="list-style-type: none"><li>• Vooronderzoek onderzoeksdomein (1x8)</li><li>• Ontwikkelen eerste concept hypothese en onderzoeksvraag (1x16)</li><li>• Ontwikkelen passend onderzoeksdesign binnen gegeven context (1x8)</li><li>• Toetsen van opzet met de te verwachten resultaten (1x6)</li><li>• Iteratief proces om consensus te verkrijgen van onderzoeksplan bij onderzoekers (2x4)</li><li>• Uitschrijven van onderzoeksvoorstel (ppt) voor werkgroep (1x3)</li></ul>	49	Onderzoekers	€ 6.125
Projectgroep: Leveren input via mail voor projectplan, visie en onderzoeksopzet (15x1)	15	Projectgroep	€ 1.425
Extra inzet projectmanagement (1x5)	5	Projectleider	€ 475
<b>Totaal</b>			<b>€ 8.215</b>

<b>Fase 1 en 2</b>			
Omschrijving	Aantal uur	Betrokkenen	Kosten
<b>Literatuuronderzoek doelgroep</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Search doelgroep (1 x 8 uur)</li> <li>• Codeboek search doelgroep (1 x 8 uur)</li> <li>• Uitschrijven samenvatting (1 x 4 uur)</li> <li>• Afstemming conclusies (2 x 2 uur)</li> <li>• Uitschrijven conclusies (1 x 3 uur)</li> </ul>	27	Onderzoekers	€ 3.375
<b>Literatuuronderzoek gezinsinterventies</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Search GI (1 x 8 uur)</li> <li>• Codeboek search GI (1 x 8 uur)</li> <li>• Uitschrijven samenvatting (1 x 4 uur)</li> <li>• Afstemming conclusies (2 x 2 uur)</li> <li>• Uitschrijven conclusies (1 x 3 uur)</li> </ul>	27	Onderzoekers	€ 3.375
<b>Data onderzoek RIJM</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• overleg geschikte parameters</li> <li>• betekenis en waarde van beschikbare parameters</li> <li>• ontwikkelen geschikte parameters voor monitoring doelgroep en inzet GI</li> </ul>	25	Onderzoekers	€ 3.125
<b>Veldonderzoek Lokale Toegang &amp; Aanbieders</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mailing afspraken Lokale toegang (1 x 1 uur)</li> <li>• Mailing afspraken relevante zorgaanbieders (1 x 1 uur)</li> <li>• Semi-gestructureerde interviews met LT (11 gemeenten 2 pers. = 22 uur)</li> <li>• Semi-gestructureerde interviews met 10 zorgaanbieders 2 pers. =20 uur)</li> <li>• Uitwerken aantekeningen (2 uur per gesprek x 21= 42 uur)</li> <li>• Ontwikkelen en bijhouden van codeboek ( 1x 16 uur)</li> </ul>	102	Onderzoekers	€ 12.750

<p><b>Resultaten bespreken met stakeholders voor een brede interpretatie van de data</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorbereiden bespreking (2 x 2 uur)</li> <li>• Maken schriftelijke presentatie &amp; ppt (1x 4 uur)</li> <li>• Bespreken projectteam (2 x 1 uur)</li> <li>• Verwerken feedback ( 1 x 4 uur)</li> <li>• Uitschrijven uiteindelijke tekst met lay-out (1x 6 uur)</li> <li>• Projectteamleden (15 x 1 uur a € 95)</li> </ul>	18	Onderzoekers	€ 2.250
	15	Projectteam	€ 1.425
<p><b>Nul-meting</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Op basis van beschikbare gegevens parameters vaststellen (2 x 16 uur)</li> <li>• Op basis van parameters nulmeting uitvoeren (1 x 4 uur)</li> <li>• Uitwerken van resultaten (1x8)</li> <li>• Op basis van de uitkomsten beoordelen of deze uitkomsten voldoende representatief zijn (3 x 4 uur)</li> <li>• Uitkomsten bespreken met het projectteam (15 x 2 uur)</li> <li>• Definitie resultaten beschrijven (1 x 4 uur)</li> <li>• Eindrapport fase 2 (1x 24 uur)</li> </ul>	86	Onderzoekers	€ 10.750
	30	Projectteam	€ 2.850
<p><b>Wekelijks onderzoeksoverleg 1 uur</b> April – oktober 2020 24 x 2</p>	48	Onderzoekers	€ 6.000
<b>Totaal</b>			<b>€ 45.900</b>



## Bijlage 2

### Visie Deelproject Gezinsinterventies Ambulante Jeugdhulp Regio IJsselland

---

Van: Deelprojectgroep Gezinsinterventies  
Aan: Projectgroep Ambulantisering / projectteam Transformatie  
Versie: 14 mei 2020

---

#### Inleiding

Als jeugdhulp partijen in IJsselland maken wij ons hard voor de jeugdigen in onze regio. Wij gaan er voor dat alle gezinnen vertrouwen kunnen hebben in de toekomst en de moeilijkheden van het heden kunnen dragen. Dat is niet voor alle gezinnen vanzelfsprekend, bij ernstige belasting van de gezinsleden kan het samenleven als gezin onder druk staan. Juist dan willen wij ook helpen. Onze visie over hoe die hulp geboden moet worden, wordt hieronder beschreven. Deze visie is onderdeel van de breder ontwikkelde visie op jeugdhulp en gezondheid binnen IJsselland.

#### Hoe wij in de regio IJsselland helpen

In de regio IJsselland geldt dat elk kind thuis blijft, ook als het slecht gaat. Wij bieden daarom hulp voor het gezin en andere opvoeders om het samen weer aan te kunnen. Als dit echt thuis niet kan, dan gaan we voor “samen uit, samen thuis”. Dat houdt in dat sowieso alle gezinsleden werken aan verbetering en dat als dat niet thuis kan, je met elkaar buiten huis werkt aan verandering.

#### Vertrouwen en nabijheid

We bieden als eerst hulp door contact te maken met het gezin. We willen werken vanuit vertrouwen en daarvoor is het belangrijk dat degene die het gezin helpt bereikbaar en beschikbaar is als er contact nodig is. Oprechte betrokkenheid is een voorwaarde. Daarom blijf je als vertrouwenspersoon verbonden aan een gezin en draag je niet over, ook al veranderen er zaken zoals bijvoorbeeld tijdelijk de verblijfsplek van jeugdige en ouder(s).

### **Integrale probleemverkenning**

Wanneer we hulp bieden willen we eerst met elkaar de tijd nemen om te kijken wat het beste bij het gezin past. Het gaat er om welke vragen voor iedereen in het gezin het belangrijkste zijn, waar die vragen mee te maken hebben en welke zaken het beste als eerste verbeterd kunnen worden. Het kan bijvoorbeeld gaan om onderwijs, relaties, gezondheid, werk, inkomen of vrije tijdsbesteding.

### **Gezamenlijk plan, één manier van werken, één regisseur**

Als we dit helder hebben, maken we een gezamenlijk plan voor het hele gezin. We spreken één manier van werken af, één methodiek waar iedereen zich aan houdt. Er wordt een regisseur aangesteld die het gezin helpt overzicht te houden en te zorgen dat datgene gebeurt wat wordt afgesproken. Het plan is van het gezin, en is door het gezin gemaakt met steun van mensen die er voor hen toe doen, bekenden van het gezin en hulpverleners. Het plan gaat altijd over de wens van de gezinsleden hoe met elkaar verder te gaan binnen ieders eigen normen en waarden en hoe de jeugdigen zich goed kunnen blijven ontwikkelen. Het plan geldt voor alle gezinsleden, is voor iedereen veilig en de verwachtingen naar elkaar zijn duidelijk. Boven alles geldt: Goed genoeg is goed genoeg.

### **De uitvoering**

Iedereen die hulp biedt, doet dit volgens het plan en houdt elkaar op de hoogte op een manier die voor het gezin passend is. Er wordt regelmatig gekeken en gemeten of de hulp werkt, afgebouwd kan worden of overgenomen kan worden door mensen uit de eigen omgeving van het gezin. Losse hulpverleners kunnen wisselen, de regisseur blijft betrokken. Als na een tijdje opnieuw hulp nodig is, zorgt de regisseur dat er zoveel mogelijk gebruik gemaakt wordt van wat inmiddels bekend is over wat wel en niet werkt.