



# **Schoolmaatschappelijk werk als bruggenhoofd**

**Pilot opschaling SMW-zorg naar speciale en intensieve zorg op de ROC's**

**Projectplan 2008-2010**

Een samenwerkingsproject van  
de Rotterdamse ROC's Albeda en Zadkine  
en instellingen voor lokale, speciale en geïndiceerde jeugd- en  
geestelijke gezondheidszorg

Gefaciliteerd door de gemeente Rotterdam  
Jeugd, Onderwijs en Samenleving

## Inleiding

In het 'Plan uitbreiding SMW PO (inclusief voorschool), VO en MBO; Vertaling Sardes-rapport behoefte en bereik schoolmaatschappelijk werk' (geagendeerd voor het Rotterdams Onderwijs Forum van 19 december 2007) is opgenomen een pilot opschaling SMW naar (J)GGZ op locaties ROC's.

Hierbij is de volgende omschrijving gegeven:

*In het MBO is een zeer groot tekort aan onderwijsoverstijgende zorg (zie Sardes Rapport). Dit betreft niet alleen basiszorg door het schoolmaatschappelijk werk, maar ook meer gespecialiseerde 'behandelcapaciteit' (schuldsanering, woonfoyers/huisvesting, therapeutische zorg, psychiatrische zorg) door lokale zorgaanbieders, stadsregionaal gefinancierde jeugdzorgaanbieders en (ex-)AWBZ-gefinancierde zorgaanbieders (JGGZ, GGZ, BIG-geregistreerde psychologen, verslavingszorg, forensische psychiatrie e.d.). De toegankelijkheid van ROC-deelnemers tot deze vormen van zorg wordt beperkt door een aantal diverse factoren, waaronder de onbekendheid met deze zorg, de fysieke en mentale afstand tussen de ROC-deelnemer en de zorgaanbieders, de cultuur verschillen tussen vraag en aanbod, niet aansluitende methodieken, de ontbrekende samenwerking tussen de huisartsen en de ZAT's etc.*

*Het medium SMW raakt snel verstopt omdat het kanaal naar de achterliggende zorg is verstopt, dan wel in het geheel niet aansluit bij de zorgvrager. Belangrijk factor is ook dat – met het oog op effectiviteit – het zeer wenselijk is de zorg aan te bieden op locatie van de ROC's: 'de zorg naar de zorgvrager'.*

*De ROC's en JOS stellen voor om een pilot te starten met als doel opschaling van de zorg na het SMW te realiseren c.q. de meer gespecialiseerde zorg letterlijk en figuurlijk toegankelijk te maken voor de ROC-deelnemers. Hiertoe wordt een gemeentelijk budget gereserveerd om alle belemmeringen zoals o.a. hierboven genoemd weg te nemen. Het gemeentelijk budget is niet bestemd om ontbrekende of afwezige behandelcapaciteit te bekostigen.*

*Het is niet uitgesloten dat er ook belemmeringen zijn in regelgeving die een effectieve zorg voor ROC-deelnemers in de weg staan. De pilot kan ook deze factoren in kaart brengen, c.q. noodzakelijke wijziging in regelgeving aan de orde stellen.*

*Tevens wordt voorgesteld deze pilot voor advies voor te leggen aan de ROB commissie WAL (Werken Aan Leren), dan wel voor de dragen voor bijvoorbeeld een landelijke innovatief programma.*

Dit projectplan bestaat uit de volgende onderdelen:

1. Nadere concretisering project
  2. Positionering, aansturing en draagvlak
  3. Operationalisering en fasering van de pilot, inclusief tijdpad:
  4. Communicatie
  5. Begroting subsidieaanvraag JOS
- Bijlage: 'what works'

## 1. Nadere concretisering project

### **Probleemstelling**

*Aanleiding voor dit plan. Indicatie van knelpunten.*

In 2006 heeft Sardes in het kader van het Rotterdams Onderwijs Beleid een onderzoek gedaan naar de behoefte en het bereik van het schoolmaatschappelijk werk. Hierbij is het schoolmaatschappelijk werk gedefinieerd als de primaire schakel tussen het onderwijs en de zorgsector wanneer er sprake is van 'onderwijs overstijgende zorgvragen'. Volgens de docenten en zorg coördinatoren is er een manifeste behoefte aan onderwijsoverstijgende zorg bij 17 % van de deelnemers. Met de beschikbare capaciteit van het schoolmaatschappelijk werk werd in 2006 2 % van de deelnemers tot 23 jaar bereikt of 800 deelnemers; de prognose voor 2008 is 5 % of 2.000 deelnemers.

Het schoolmaatschappelijk werk ontmoet twee knelpunten: enerzijds is de vraag groter dan het aanbod, en kan dus niet iedere deelnemers die zorg krijgen die hij/zij nodig heeft; anderzijds is de problematiek van veel deelnemers dermate complex en/of specifiek dat zij binnen de hun toegemeten tijd (max. 6 cliëntcontacten) niet de vereiste hulp kunnen bieden. Echter, daar de overdracht naar gespecialiseerde zorg om velerlei redenen onvoldoende mogelijk is, wordt het max. aantal cliëntcontacten regelmatig overschreden. Dit gaat ten koste van de reeds te beperkte capaciteit van het SMW.

De vraag naar gespecialiseerde zorg betreft zowel materiële vragen (inkomen, schuldsanering, huisvesting) als immateriële vragen (psychosociale zorg, waaronder ook geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en forensische psychiatrie), en betreft zowel het individu als het leefsysteem (sociale omgeving).

Deze gespecialiseerde zorg is beperkt of niet toegankelijk voor de ROC deelnemer. Hierbij zijn diverse factoren in het geding, o.a. de onbekendheid bij ROC-deelnemer en SMW-er met deze zorg, de fysieke en mentale afstand tussen de ROC-deelnemer, resp. SMW-er en de gespecialiseerde zorgaanbieders, de wachtlijsten bij de zorgaanbieders, cultuurverschillen tussen zorgvragers en zorgverleners, niet bij de doelgroep aansluitende methodieken, ontbrekende samenwerking tussen de ZAT en huisartsen.

Een extra complicerende factor is de leeftijdsgrens 18- en 18+. De jeugdzorg houdt op bij 18 jaar, en de volwassenenzorg is onvoldoende toegankelijk en toegerust voor jongvolwassenen bij de ROC's. Dit heeft ook als gevolg dat de cliënten uiteindelijk opnieuw terecht komen bij het SMW.

Tenslotte signaleert het SMW dat veel cliënten pas in een heel laat stadium bij hen terechtkomen, en dat er mogelijk in de preventieve sfeer maatregelen genomen hadden kunnen worden die escalatie hadden kunnen voorkomen. Dit verdient meer aandacht.

## **Doelstelling**

*Omschrijving ambities en te bereiken resultaten.*

*Omschrijving diverse effectiviteitdoelstellingen (output, outcome).*

De kerndoelstelling is: opschaling of intensivering van de zorg na het SMW zodat andere en meer gespecialiseerde en intensieve zorg letterlijk en figuurlijk toegankelijk wordt voor de ROC-deelnemers. De kosten van die zorg komen ten laste komen van de reguliere voorzieningen. Het betreft de zorg variërend van preventieve (locale) zorg tot ambulante curatieve (geïndiceerde) zorg. Het betreft niet de zeer intensieve curatieve zorg in (semi)residentiele voorzieningen of zeer intensieve reboundvoorzieningen.

Het schoolmaatschappelijk werk vervult drie kerntaken, namelijk:

- schoolondersteuning
- kortdurende hulpverlening
- verwijzing

In de pilot wordt ingezoomd op de kerntaak verwijzing. Het schoolmaatschappelijk werk fungeert als bruggenhoofd naar de school-externe zorg.

Het schoolmaatschappelijk werk wint aan kracht als het de leefwereld van de ROC-deelnemer als startpunt neemt, zijn/haar zelfregulerend vermogen activeert en hierin mede betreft zijn/haar leefsysteem. Er is behoefte aan meer diversiteit in de zorg, en derhalve aan meer maatwerk, passend bij de verscheidenheid van de ROC-deelnemers en de specifieke situatie van het individu.

De pilot richt zich heel expliciet op een volwaardige zorg voor zowel jeugdigen (18-) als jongvolwassenen (18 +), een goede overgang van jeugdzorg naar volwassenenzorg en een passend aanbod (kwalitatief en kwantitatief) voor beide leeftijdsgroepen

Output:

- versterking van SMW als de bruggenhoofd op school naar lokale, speciale en geïndiceerde zorg;
- snellere doorstroom vanuit SMW naar meer gespecialiseerde zorg op o.a.ROC-locatie;
- meer diversiteit in zorgaanbod en meer aansluiting bij de leefwereld en het leef systeem ROC-deelnemer;
- daling aantal 6+ cliënt contacten per SMW-er;
- stijging aantal ROC-deelnemers dat wordt bereikt door het SMW-er;
- stijging bereik van het aantal 'moeilijk bereikbare jongeren' door de gespecialiseerde zorg.

Het is in deze fase niet goed mogelijk om de output in streefgetallen te benoemen. Er is nu nog niet genoeg bekendheid met de factoren die een streefgetal positief dan wel negatief kunnen beïnvloeden. In het bijzonder is nu nog te weinig bekend van de slaagkans c.q. het effect van de interventies op die factoren. Eventuele schattingen zijn meer 'een gok', dan dat ze zijn gebaseerd op betrouwbare gegevens. Het is wel mogelijk om op het eind van de pilot (2010) om streefgetallen en streefpercentages te benoemen voor de bredere implementatie. Dit is dan tevens een outputdoelstelling van de pilot.

Outcome:

- betere hulpverlening voor de cliënt
- betere schoolprestaties en schoolloopbaan voor de ROC-deelnemer
- betere gezondheid voor de cliënt
- beter schoolklimaat voor zowel docent als deelnemer
- betere prestaties door de ROC's c.q. beter financieel rendement
- minder (voortijdige) schooluitval
- minder overlast en criminaliteit, veiliger wijken
- minder persoonlijk leed
- minder maatschappelijke onvrede

## **Context**

### *Omschrijving van de context waarin deze pilot plaatsvindt*

Door de VSV-opdracht om met toenemende percentages het aantal voortijdige schoolverlaters terug te dringen, en door de kwalificatieplicht neemt het aantal deelnemers met een problematische achtergrond aanzienlijk toe. De ROC's zijn slechts beperkt toegerust om de verdichte problematiek aan te pakken. Niet voor niets wordt in de VSV-convenanten de verbetering van de ROC-zorgstructuur als een van de vier pijlers voor interventies opgevoerd. Uit de VSV-evaluaties blijkt overigens dat de verbetering van de zorgstructuur substantieel bijdraagt aan het terugdringen van het aantal VSV-ers.

Onlangs hebben de beide ROC's in nauw overleg met de verschillende zorgpartners de nota 'Zwaluwstaarten van Zorg' uitgebracht. Deze nota is vastgesteld in het Platform Zorg ROC.

Er worden drie niveaus van zorg onderscheiden, namelijk:

- a. de opleidinggebonden leerlingenzorg door docent, mentor en zorgcoördinator
- b. de locatieoverstijgende basisinfrastructuur of Zorg Advies Team (o.a. zorgcoördinator, Schoolmaatschappelijk werker, leerplicht, jeugdgezondheidszorg en evt. anderen)
- c. de extra toegevoegde zorg of Zorg Advies Team Plus (extra zorg door diverse zorgaanbieders).

De pilot zoomt in op deze zorgstructuur. Hierbij wordt gekeken naar de doelgerichtheid en doelmatigheid van bestaande interventies. Eventuele leemten worden opgespoord.

De pilot schroomt niet om nieuwe vormen van interventies te introduceren of verder uit te bouwen, zoals bijvoorbeeld een jongerencoach, 'wraparound care', e-mail hulpverlening, 'jongeren-helpen-jongeren', specifieke programma voor psychiatrische stoornissen op locatie van de ROC, e.d.

De zorgstructuur is door de ROC's gepositioneerd als aanvullend op o.a. competentiegericht leren en loopbaanbegeleiding. Een belangrijk aandachtspunt is evenwel ook dat bij de intake van deelnemers de zorgcomponent in kaart wordt gebracht, en dat wordt aangesloten op de eventuele zorghistorie van de deelnemer. Dit is een expliciet aandachtspunt in het VSV-actiepunt 'overdrachtdossier VMBO – MBO'

De pilot kan tevens worden benut als een instrument voor het realiseren van een positief schoolklimaat (schoolcultuur, pedagogisch didactisch leefklimaat). Hierbij zijn of worden de waarden geëxpliciteerd en de daarvan afgeleide of af te leiden normen en (basale) gedragsregels waaronder respect voor jezelf en de omgeving. De ontwikkeling van sociaal-emotionele competenties – zo mogelijk een in Brede School context – wordt bevorderd. Hiermede kan mede vorm worden gegeven aan de gevraagde preventie.

## **Doelgroep**

### *Omschrijving doelgroep.*

De doelgroep onderscheidt zich in 5 niveaus, nl de jongeren, de werkers, de leidinggevenden, de intermediairen en de financiers.

#### 1. De jongeren

De interventies via de pilot dienen primair effect te hebben op jongeren/jongvolwassenen die een opleiding volgen aan een van de beide ROC's (ook aangeduid als ROC-deelnemer) of van de vakscholen. Tevens kan hierbij een onderscheid worden gemaakt in hun rol als:

- cliënt van SMW-aanbiedende instellingen
- cliënt van lokale, speciale of geïndiceerde zorg aanbiedende instellingen

#### 2. De werkers

Dit betreft de werkers in de zorgstructuur, nl.

- a. het schoolmaatschappelijk werk
- b. de lokale, speciale of geïndiceerde zorg
- c. de ROC's en evt. vakscholen

Voorlopige specificatie van deze doelgroep:

- a. werkers bij schoolmaatschappelijk werk aanbiedende instellingen
  - Jeugdplein
  - Oecumenische Stichting SMW
- b. werkers bij lokale, speciale of geïndiceerde zorg aanbiedende instellingen
  - WMO en lokaal gefinancierde zorgaanbieders
  - WEC-gefinancierde zorg (Wet op de Expertise Centra)
  - stadsregionaal gefinancierde zorgaanbieders (jeugdzorg)
  - ziekenfondswet gefinancierde zorgaanbieders (Geestelijke Gezondheidszorg, BIG-geregistreerde vrij gevestigde psychologen)
  - AWBZ-gefinancierde zorgaanbieders (geestelijke gezondheidszorg, BIG-geregistreerde vrij gevestigde psychologen, verslavingszorg, forensische psychiatrie)
- c. de mentoren, coördinatoren leerlingenzorg e.d. bij de ROC's en evt. vakscholen

#### 3. De leidinggevenden

De werkers kunnen alleen duurzaam veranderingen doorvoeren, als ze zijn geautoriseerd en gefaciliteerd door hun leidinggevende en hun besturen. De pilot richt zich derhalve ook op deze doelgroep. Deze kan op dezelfde wijze worden gespecificeerd als hierboven. Onder deze doelgroep wordt ook begrepen eventuele steunfuncties, zoals bijvoorbeeld het Servicepunt SMW.

#### 4. De intermediairen

De intermediairen zijn die instanties die een belangrijke partner zijn in de organisatie van de keten van zorg. Zij hebben een belangrijke positie voor verwijzing of zorgtoewijzing en kunnen de toegankelijkheid tot de lokale, speciale en geïndiceerde zorg bevorderen. De partners hierin zijn o.a.:

- Centra voor Gezin en Jeugd
- DOSA-regisseurs, resp. jeugdconsul
- jongerenloket (samenwerking JOS/RMC-SoZaWe-CWI)
- (jeugd)reclassering
- huisartsen, resp. vereniging van huisartsen

#### 5. De financiers

Duurzame verankering is alleen mogelijk als financiering van de voorzieningen of interventies is gegarandeerd. Er zijn verschillende financiers op dit vlak. o.a.:

- gemeente Rotterdam (JOS, GGD, directie Veilig, deelgemeenten)
- stadsregio Rotterdam
- rijksoverheid (OCW, VWS)
- zorgkantoor
- zorgverzekeraars

## **Operationele subdoelen**

*Omschrijving van subdoelen en uit te voeren activiteiten*

### 1. Gericht op de jongeren

1. In kaart brengen van het ervaren probleem  
Inventariseren van de factoren waardoor de cliënt geen gebruik wenst te maken van een aanbod door gespecialiseerde zorgaanbieder
2. Het analyseren van de endogene en exogene factoren van het probleem  
Inventariseren van de factoren die de aansluiting van de behoefte van de cliënt met het aanbod door gespecialiseerde zorginstellingen in de weg staan, dan wel kunnen bevorderen;
3. Het in kaart brengen van reeds ondernomen acties en het effect ervan.
  - a. welke acties zijn reeds ondernomen en wat was het resultaat hiervan; welke acties zijn niet ondernomen en waarom niet;
  - b. welke acties waren succesvol en waarom; welke acties waren niet succesvol en waarom niet;
  - c. zijn er vergelijkbare praktijken elders in de stad of het land.
4. Het opstellen van een actieplan  
Gebaseerd op de bevindingen van voorgaande punten worden acties o.a. gericht op: het verbeteren van de kennis, ervaring, vereisten om de cliënt vertrouwen te geven gebruik te maken van het aanbod door gespecialiseerde instellingen; en om bij SMW aanbiedende instellingen cliënten over te dragen aan de meer/anders gespecialiseerde zorginstellingen.

### 2. Gericht op de werkers

1. In kaart brengen van het ervaren probleem
  - a. Inventariseren bij SMW van aantal en soort hulpverleningsvragen die in aanmerking (kunnen) komen voor een specifiek en langduriger hulpverleningstraject (> 6 < 25 cliëntcontacten);
  - b. Inventariseren bij gespecialiseerde zorg aanbiedende instellingen van het bestaande aanbod specifiek en langduriger hulpverleningstrajecten;
  - c. Inventariseren van de verschillen tussen de vraag door SMW en aanbod door zorginstellingen;
  - d. Inventariseren van de taak en rol van de ROC's (ZAT, trajectbureau of servicecentrum) in bovengenoemd proces
2. Het analyseren van de endogene en exogene factoren van het probleem
  - a. Inventariseren van knelpunten in de aansluiting vraag door SMW en aanbod door zorginstellingen;
  - b. Inventariseren van knelpunten die (warme) overdracht door SMW naar zorginstellingen verhinderen. c.q. de aanname van SMW-cliënten door zorginstellingen verhinderen;
  - c. Inventariseren van knelpunten voor aanbod zorg instellingen op locatie ROC's; bijzondere aandacht voor aansluiting op specifieke kenmerken (o.a. de cultuur) van de cliënten, passende methodieken, specifieke deskundigheden van het personeel, goed functionerende protocollen e.d.
  - d. inventariseren van de taak en rol van de ROC's (ZAT, trajectbureau of servicecentrum) in bovengenoemd proces
  - e. eventuele andere facetten van het ontstaan of in stand houden van het probleem.
3. Het in kaart brengen van reeds ondernomen acties en het effect ervan.
  - a. welke acties zijn reeds ondernomen en wat was het resultaat hiervan
  - b. welke acties zijn niet ondernomen en waarom niet
  - c. welke acties waren succesvol en waarom
  - d. welke acties waren niet succesvol en waarom niet
  - e. zijn er vergelijkbare projecten elders in het land
4. Het opstellen van een actieplan  
Gebaseerd op de bevindingen van voorgaande punten worden acties o.a. gericht op:
  - a. het verbeteren van de kennis, ervaring, vereisten bij SMW aanbiedende instellingen om cliënten over te dragen aan de meer gespecialiseerde zorginstellingen
  - b. het verbeteren van de kennis, ervaring, vereisten om als gespecialiseerde instelling SMW cliënten aan te nemen.
  - c. innovaties waardoor de samenwerking SMW-aanbiedende instellingen en gespecialiseerde instellingen wordt versterkt (mogelijk betrekking hebbend op specifieke kenmerken van de

- cliënten, specifiek vereiste methodieken, specifiek vereiste deskundigheden hulpverleners).
- d. het benoemen en versterken van de taak en rol van de ROC's (ZAT, trajectbureau of servicecentrum) in bovengenoemd proces.

### 3. Gericht op de leidinggevenden

1. In kaart brengen van het ervaren probleem  
Inventariseren bij de verschillende relevante ondersteuningsfuncties/leidinggevenden/besturen die een rol vervullen in ondersteuning/autorisatie/facilitering inzake de ontwikkeling en implementatie van specifieke middellangdurige hulpverleningstrajecten op locatie van de ROC's;
2. Het analyseren van de endogene en exogene factoren van het probleem  
Het in kaart brengen van sterkte-zwakte punten van de relevante ondersteuningsfuncties/leidinggevenden/besturen die een rol vervullen in de ontwikkeling en implementatie.
3. Het in kaart brengen van reeds ondernomen acties en het effect ervan.  
Welke acties zijn reeds ondernomen en wat was het resultaat hiervan; zijn er vergelijkbare voorbeelden elders in het land.
4. Het opstellen van een actieplan  
Gebaseerd op de bevindingen van voorgaande punten worden initiatieven ondernomen om ondersteuningsfuncties/leidinggevenden/besturen een actieve rol te geven in de ontwikkeling en implementatie van deze pilot.

### 4. Gericht op intermediairen

1. In kaart brengen van het ervaren probleem  
Inventariseren bij de verschillende intermediairen die een rol (kunnen) vervullen in verwijzing en/of samenwerking wat het verschil is tussen de huidige en gewenste praktijk in verwijzing en/of samenwerking.
2. Het analyseren van de endogene en exogene factoren van het probleem  
Het in kaart brengen van sterkte-zwakte punten in verwijzings- dan wel samenwerkingspraktijk, alsmede van de knelpunten en kansen om tot de gewenste praktijk te komen.
3. Het in kaart brengen van reeds ondernomen acties en het effect ervan.  
Welke acties zijn reeds ondernomen en wat was het resultaat hiervan; zijn er vergelijkbare voorbeelden elders in het land.
4. Het opstellen van een actieplan  
Gebaseerd op de bevindingen van voorgaande punten worden initiatieven ondernomen om tot betere samenwerking/verwijzing te komen.

### 5. Gericht op de financiers

1. In kaart brengen van het ervaren probleem  
Inventariseren bij de verschillende financiers van hulpverleningsinstanties wat de voorwaarden en/of belemmeringen zijn voor financiering van specifieke middellangdurige hulpverleningstrajecten op locatie van de ROC's;
2. Het analyseren van de endogene en exogene factoren van het probleem  
Het in kaart brengen van relevante netwerken, beleidskaders en strategische beslismomenten voor financiering, dan wel levering van producten in natura. Uitvoeren van een 'kostenkanten analyse' om deze bronnen aan te boren.
3. Het in kaart brengen van reeds ondernomen acties en het effect ervan.
  - a. Zijn er reeds acties ondernomen en wat was het resultaat hiervan; welke acties zijn niet ondernomen en waarom niet;
  - b. zijn er vergelijkbare ontwikkelingen elders in de stad of het land
4. Het opstellen van een actieplan  
Gebaseerd op de bevindingen van voorgaande punten worden acties o.a. gericht om externe financieringsbronnen beschikbaar te krijgen voor financiering (al dan niet in natura) van specifieke middellangdurige hulpverleningstrajecten op locatie van de ROC's;

## **Methodiek**

### *Omschrijving van te hanteren werkwijze hoe de doelen zullen worden bereikt*

Er wordt onderscheid gemaakt tussen twee aspecten, nl. de te gebruiken (innovatieve) methodiek(en) door de werkers, en de werkwijze van de pilot zelf.

#### 1. Te gebruiken (innovatieve) methodieken door de werkers

In de probleemstelling is geconstateerd dat er (wellicht) een discrepantie is tussen de vraag van de deelnemers en het bestaande aanbod door diverse instanties. In de eerste verkenningen is o.a. gebleken dat er voor sommige jongeren een andere type hulpverlening wenselijk is, nl. een 'jongerencoach' naar analogie van de gezinscoach. Wellicht zullen er nog andere vragen komen voor een specifieke nieuwe aanpak of methodiek of verdieping van zich reeds ontwikkelende nieuwe methodieken (e-mail hulpverlening 'jongeren-helpen-jongeren', 'wraparound-care' e.d.) Als zo'n innovatieve aanpak noodzakelijk is, zal uiteraard in eerste instantie worden gekeken of elders in de stad of het land ervaring is met soortgelijke methodieken. Wellicht moet deze methodiek nog worden beschreven, dan wel moeten werkers worden geschoold om een effectieve gebleken methodiek hier toe te passen. Nieuwe methodieken zullen worden gecheckt op 'what works' (zie bijlage). Gestreefd wordt naar toepassing van 'evidence based' programma's. Als dit (nog) niet het geval is, zullen o.a. landelijke instellingen en universiteiten worden benaderd om hiernaar onderzoek te doen.

#### 2. De werkwijze van de pilot.

Om de pilot tot een succes te maken zal een tweesporige strategie worden gevolgd: er zal enerzijds worden geïnvesteerd in concrete en inspirerende resultaten tot stand te brengen, nl. voldoende en adequate hulp; anderzijds zal worden geïnvesteerd in het samenwerkingsproces tussen de diverse partners om tot successen te komen.

##### a. Investeren in resultaat:

Het laten ervaren en uitdragen van de 'outputdoelen (zie boven) en alles wat daaraan bijdraagt. De succeservaringen benoemen en in de etalage zetten. Lering trekken uit wat nog niet goed loopt en omzetten in positieve acties, dan wel hierin niet langer investeren, c.q. alternatieven (indien nodig) bedenken.

##### b. Investeren in het proces van samenwerking:

De doelen kunnen alleen worden gehaald als de verschillende partners (die elkaar nog niet voldoende kennen, en van nature niet geneigd zijn tot samenwerking) hun activiteiten op elkaar afstemmen en samen tot een gedeeld succes maken. Een succes dat meer impact heeft dan ze afzonderlijk zouden kunnen bereiken. Het proces van afstemming en samenwerking is voorwaardelijk voor het bereiken van het resultaat. Derhalve zal extra geïnvesteerd worden op dit aspect. Vandaar ook ruime aandacht voor een communicatietraject in deze pilot (zie hoofdstuk 4).

### **Intersectorale samenhang**

*Omschrijving betrokkenheid van relevante instanties uit onderwijs, jeugdzorg, gezondheidszorg en veiligheidsbeleid.*

#### 1. Brede School

Het speerpunt Brede School ligt thans op de 'verlengde leertijd' met name in basisonderwijs en voortgezet onderwijs. Dit gebeurt vooral door middel van (re)creatieve en vormende activiteiten. In de verlengde schooltijd manifesteert zich zorgelijk gedrag van leerlingen, c.q. ontwikkeld zich ook een zorgbeleid in het kader van de Brede School. Indien de Brede School wordt doorgetrokken naar de ROC's zou prioriteit gelegd kunnen worden bij de zorgleerlingen.

#### 2. VSV

Het *nieuwe convenant VSV* noemt de zorgstructuur als een van de vier factoren die een belangrijke bijdrage leveren in het voorkomen en terugdringen VSV. De opschaling SMW-zorg naar middellange gespecialiseerde zorg is effectief in VSV-beleid en preventief ten opzichte van zeer zware interventies in rebound voorzieningen, zowel onderwijsondersteunende reboundvoorzieningen (voor jongeren die nog op school zitten) als voor de nieuwe kans reboundvoorzieningen (voor jongeren zonder startkwalificatie die het onderwijs hebben verlaten).

#### 3. Ieder Kind Wint Stadsregio Rotterdam

*Ieder Kind Wint* kent een grote betekenis toe aan de drie opvoedmilieus (gezin, school, publiek domein) en de structuren bij die opvoedmilieus (Centrum voor Jeugd en Gezin, Zorg Advies Team, DOSA-regisseur). Er wordt naar gestreefd expertise voor opvoeding en opvoedhulp te bundelen in de CJG's, waaronder ook de jeugdzorg en de (J)GGZ. Tevens wordt er naar gestreefd die steun of hulp aan te bieden op de vindplaats, zoals de school.

#### 4. Directie veiligheidsbeleid Rotterdam: Versterking preventie en aanpak jeugdoverlast

Het *actieprogramma aanpak jeugdoverlast Rotterdam* zet fors in op jongerenwerk en versterking van de DOSA's ter voorkoming van jeugdoverlast. De DOSA-regisseurs en de wijkveiligheidsplannen doen beroep op jeugdzorg, (J)GGZ en de scholen (ZAT's) om problematisch gedrag van leerlingen tevens op schoolniveau aan te pakken. ACT wordt ingezet bij de reboundvoorzieningen.

### **Bedreigende factoren**

*Benoemen van de factoren die het succes van de pilot in de weg staan*

#### 1. de grote afstand tussen de cliënt en het zorgaanbod

Dit is uiteraard een van de hoofddoelen van het project om hier een brug te slaan. Hiermee is bedoeld nader stil te staan bij het realiteitsgehalte van dit doel.

#### 2. de grote afstand tussen het SMW en de aanbieders van specifieke zorg

Zie hierboven

#### 3. mogelijk competentiestrijd met andere beleidsdomeinen

Bij onvoldoende intersectorale afstemming en communicatie kan een contrabeweging ontstaan. Van groot belang een win-win situatie tussen creëren.

#### 4. onvoldoende steun van beleidsbepalers

Dit project zal ongetwijfeld weerstanden ontmoeten. Hierbij is van belang dat eventuele hindernissen worden overwonnen en op belangrijke momenten kan worden 'doorgezet'. Steun van beleidsbepalers is dan onontbeerlijk.

#### 5. geen succes bij de cliënten zelf

Als de directe en indirecte cliënten geen succes ervaren, of de balans inspanning – resultaat negatief is, ontstaat er een existentiële vraag voor het voortbestaan van project.

## **Ondersteunende factoren**

*Benoemen van de factoren die het succes van de pilot kunnen bevorderen*

### 1. Impulsen uit 'passend onderwijs'

De groei van het speciaal onderwijs noopt tot herijking van het zorgbeleid. Uitgangspunt is dat leerlingen minder worden doorverwezen naar het speciaal onderwijs (Regionale Expertise Centra), en dat het regulier onderwijs beter in staat is arrangementen voor zorgleerlingen aan te bieden. Bij geïndiceerde handicaps is het 'rugzakje' is ook van toepassing voor de ROC's (leerlingen tot 30 jaar). De toepassing is nog complex en tijdrovend. Verwacht mag worden dat door invoering van 'passend onderwijs' nieuwe mogelijkheden ontstaan

### 2. impulsen vanuit VSV-beleid

Het VSV-beleid is een belangrijk item voor de beide ROC's. Het nieuwe convenant VSV voorziet ook in versterking van de zorgstructuur. Als deze pilot goed kan worden gepositioneerd in dit beleid, ontstaan er meer kansen op succes.

### 3. impulsen vanuit de wijkaanpak

De wijkaanpak (Vogelaarwijken, nieuwe organisatie JOS, jongerenloket) zal ongetwijfeld vragen oproepen om 'lastige jongeren' te kanaliseren naar passende voorzieningen. De plaatsing op een opleiding, met een effectieve aanbod voor gedragsmodificatie, kan een steun in de rug zijn voor dit project.

### 4. impulsen vanuit 'Ieder Kind Wint'

Dit programma voorziet ook dat diverse vormen van hulp meer bij elkaar worden gebracht. Niet alleen de organisatie van de keten, maar ook de organisatie van een 'wraparound care'. Deze pilot voorziet in die aanpak. Het 'samen optrekken' met IKW biedt extra kansen voor de pilot.

### 5. impulsen vanuit veiligheidsbeleid

Het recent actieprogramma aanpak jeugdoverlast voorziet in het versterken van het jongerenwerk en de DOSA's. Ook is het actieprogramma op zoek naar uitvoeringscapaciteit voor jongeren die structuur en steun behoeven. Een 'coalitie' met dit veiligheidsbeleid kan de kansen op succes voor de pilot vergroten.

### 6. impulsen vanuit WMO

De WMO voorziet in een herijking van het lokaal welzijnsbeleid, c.q. lokaal welzijnsaanbod. In de eerste tranche (2008) wordt gewerkt aan de versterking van het jongerenwerk. Daarna volgt het AMW (2009) en het sociaal-cultureel werk (2010). Aansluiting van de pilot bij dit project vergroot de kansen op succes.

## 2. Positionering, aansturing en draagvlak

### 2.1. Positionering van de pilot

De wens om het SMW op te schalen leeft zowel bij de twee SMW-aanbiedende instellingen als bij de beide ROC's. Zodra het SMW zich uitbreidt naar de vakscholen, kan worden verwacht dat die wens zich ook bij de vakscholen zal leven. De beide SMW-aanbiedende instellingen zijn voornemens te fuseren. Tevens hebben de SMW-aanbiedende instellingen meer affiniteit met de achterliggende zorginstellingen (bureau jeugdzorg en de GGZ). Bij een van deze instellingen, nl Jeugdplein, is reeds een 'innovatie-unit' ondergebracht. Vanuit dit perspectief is het wenselijk om de pilot onder te brengen bij Jeugdplein.

### 2.2. Aansturing en draagvlak

#### 2.2.1. Opdrachtgever

De opdrachtgever is de dienst Jeugd Onderwijs en Samenleving van de gemeente Rotterdam. Zij verleent de opdracht in de vorm van een subsidiebeschikking waarin staat binnen welke termijn welke product/prestatie moet worden geleverd en welk bedrag hiervoor beschikbaar wordt gesteld. De contouren van de opdracht staan in het ROF-document '*plan uitbreiding SMW*' van 19 december 2007. In dit document is weliswaar nog geen tijdspad genoemd, doch de aard van de pilot impliceert een driejarige aanpak. Het subsidie wordt verstrekt uit het actieprogramma *Ieder Kind Wint* in Rotterdam en heeft budgettaire mogelijkheden tot en met 2010.

#### 2.2.2. Opdrachtnemer

De opdrachtnemer is Jeugdplein. Door aanvaarding van de subsidiebeschikking verplicht zij zich het gevraagde product binnen de afgesproken tijd te leveren tegen de vergoeding van de in de beschikking genoemde kosten. Contactpersoon van de opdrachtnemer is directeur Jeugdplein. Hij voert de besprekingen met de gemeente.

Opdrachtnemer formeert een stuurgroep om draagvlak te creëren voor de samenwerking en afstemming tussen de relevante partners, nl. de SMW-aanbiedende instellingen Jeugdplein en Oecumenische Stichting, de beide ROC's (evt. vakscholen), Bureau Jeugdzorg, Zorgaanbieder Jeugdzorg, GGZ, en eventueel vertegenwoordiger van GGD resp. huisartsen. Betreft bestuurlijke vertegenwoordigers. Het platform zorg ROC's kan deze functie vervullen, bijvoorbeeld door deze pilot als vast punt op de agenda te plaatsen. Uit het platform kan een kerngroep worden gevormd voor een slagvaardige communicatie tussen de meest betrokken instellingen en de projectleider.

Opdrachtnemer formeert – al dan niet gezamenlijk met opdrachtgever - een adviesgroep externe deskundigen. Doel: reflectie op de pilot, met name op de nieuwe of grensverleggende factoren. Externe deskundigen worden gezocht in de kring van de wetenschap, politiek, gespecialiseerd advieswerk en maatschappelijk initiatief.

Opdrachtnemer stelt uit het beschikbare subsidiebudget een projectleider aan voor de dagelijkse gang van zaken in het project. De projectleider maakt projectplan, c.q. brengt verslag uit aan de opdrachtnemer over de bereikte resultaten en de context van het project.

Projectleider formeert een projectgroep bestaande uit uitvoerende werkers, namelijk vertegenwoordiging van schoolmaatschappelijk werk, zorg coördinatoren ROC's, bureau Jeugdzorg, jeugdzorgaanbieders en GGZ-instellingen. De projectgroep brengt advies uit over en werkt mee aan de operationalisering van het project.

Projectleider organiseert in samenspraak met de uitvoerende instellingen een klanttevredenheidsonderzoek. De deelnemers aan dit onderzoek (de cliënten) geven reflecties over hoe de uiteindelijke hulp is ervaren.

### 3. Operationalisering en fasering project

1. Definitiefase (inclusief verkenning en programma van eisen)

Periode: januari – februari 2008

In de fase wordt feed- back op het concept projectplan georganiseerd, en worden onbrekende of onduidelijke aspecten nader ingevuld. Vaststelling van projectplan en subsidieaanvraag bij JOS.

2. Ontwerpfase (concrete uitwerking van de uit te voeren activiteiten)

Periode februari – mei 2008

In deze fase worden de stuurgroep, projectgroep en adviesgroep gevormd, en worden de contouren voor operationalisering – na consultatie van sleutelpersonen - nader uitgewerkt. Tevens opzet evaluatieplan en selectie bureau externe evaluatie

3. Uitvoeringsfase (de feitelijke uitvoering van de activiteiten)

Periode mei 2008 – december 2010

In deze fase worden de activiteiten uitgevoerd.

4. Evaluatiefase

Periode september 2008 – september 2010

In september 2008 vindt een nulmeting plaats (startpunt)

In september 2009 vindt een 1-meting plaats (tussentijdse evaluatie)

In september 2010 wordt een eind evaluatieverslag opgeleverd.

5. Implementatiefase

Periode september 2010 en verder

In de periode september – december 2010 worden de randvoorwaarden voor implementatie geformuleerd, c.q. georganiseerd.

#### 4. Communicatie

In het project zijn diverse partners betrokken die afzonderlijke bevoegdheden en verantwoordelijkheden hebben. Het project speelt zich niet af in een hiërarchische structuur. Resultaat kan alleen worden geboekt als er samenwerking is op basis van consensus. Consensus moet worden gevormd op basis van gedeelde waarden, gedeelde visie, gedeelde informatie en gezamenlijk belang bij de uitvoering van de activiteiten. Zonder dit is het niet mogelijk om werkprocessen op elkaar af te stemmen en meerwaarde in resultaat te boeken.

Samenwerking en afstemming kan en zal niet worden afgedwongen via structuurwijzigingen in machtsverhoudingen. De 'bindende' focus is meer en betere hulpverlening aan jongeren en jongvolwassenen in de leeftijd van ca. 16 tot ca. 27 jaar.

De startsituatie is dat de diverse instellingen en instanties geen gezamenlijke agenda hebben, doch wel een eigen cultuur, eigen methodieken en eigen werkprocessen hebben. Het streefdoel is dat er voor de jongeren en jong volwassenen een op elkaar afgestemde trajecten ontstaan die structureel van aard zijn.

Communicatie is een belangrijk instrument om het streefdoel bereiken.

Middelen hierbij zijn o.a.:

- onderlinge werkbezoeken;
- ronde tafel gesprekken, mind mappings, miniconferenties;
- participatie in onderlinge activiteiten;
- nieuwsbrief, al dan niet elektronisch of gebruik maken van bestaande nieuwsbrieven;
- website, dan wel gebruik maken van bestaande websites en links naar relevante sites;
- persberichten, artikelen/interviews/presentaties in de media;
- eigen publicaties;
- een afsluitende grotere conferentie.

Een communicatiemedewerker, dan wel inschakelen van communicatie deskundigheid is noodzakelijk.

## **5. Begroting subsidieaanvraag JOS**

De begroting betreft de volgende onderdelen

1. Adviesgroep externe deskundigen
2. Klanttevredenheidsonderzoek
3. Projectleiding
4. Methodiekontwikkeling
5. Dossieroverdracht
6. Evaluatie
7. Communicatie

## **Nawoord**

Dit projectplan is tot stand gekomen met inbreng van diverse personen.

In het bijzonder noem ik hierbij Carla Kathmann (trajectbureau Albeda), Ineke Mulder (Zadkine service centrum), Jacques Bovens (directie Jeugdplein) en Jaap van de Meent (directie Oecumenische Stichting SMW), Peter Vergouwe (Jeugdplein, hoofd innovatie en ontwikkeling), Anja Kroes (Jeugdplein, teamleider SMW-ers Zadkine) en Astrid van Nassau (Oecumenische Stichting SMW, teamleider SMW-ers Albeda).

Eddie Rondelez, projectleider  
Jeugdplein

Innovatie en ontwikkeling

Metroplein 70

3083 BB Rotterdam

tel. 010- 410 50 98 (tot ca april 2008) of 010- 266 17 02 (vanaf ca april 2008)

e-mail: eddie.rondelez@jeugdplein.eu

## **Bijlage:**

Het Nederlands Jeugd instituut (NJI) doet de aanbeveling de effectiviteit van de interventies te toetsen of op te zetten aan de hand van het volgende 'what works' principe:

1. een goede aansluiting bij de motivatie van de hulpvrager;
2. een goede relatie tussen de hulpverlener en de hulpvrager;
3. een goede aansluiting van het type interventie bij het probleem en de hulpvraag;
  - aansluiting bij de probleemdefiniëring door de hulpvrager;
  - gefundeerde probleemtaxatie door de hulpverlener;
  - consensus tussen cliënt en hulpverlener over het probleem waarop de hulp moet zijn gericht;
  - evenwicht tussen probleem en omvang van de inzet;
4. een goede structurering van de interventie;
  - een heldere en concrete doestelling (SMART);
  - doordacht handelingsplan;
  - goede planning en fasering;
5. interventie gericht op (herstel) zelfregulering en zelfwerkzaamheid (empowerment);
6. de hulp zoveel mogelijk aanbieden in de eigen leefsituatie van de hulpvrager;
7. het sociale netwerk rondom de hulpvrager activeren;
8. afstemming en coördinatie van de verschillende hulpverleners (wraparound care);
9. uitvoering van de interventie zoals zij behoort te worden uitgevoerd ('treatment integrity' of 'fidelity');
10. voldoende professionaliteit (kennis, ervaring) van de behandelaar;
11. goede werkomstandigheden van de behandelaar (caseload, begeleiding, veiligheid).