

Datum
29 mei 2008

Registratienummer:
678192

Aan
Commissie Samenleving

Afdeling



Van
College van Gedeputeerde Staten

Doorkiesnummer

Betreft
Voortgangsrapportage jeugdzorg: Intensief Pedagogische
Thuishulp

Afschrift

Opmerkingen

In deze notitie wordt de voortgang van IPT geschetst op het gebied van onderzoek, scholing, ontwikkeling en uitvoering. In de projectperiode 2005 – 2008 heeft IPT zich ontwikkeld als een hulpverleningsmodel waarbij hulp zoveel mogelijk start in de eigen gezinssituatie. In de komende periode wordt de doorontwikkeling van IPT uitgevoerd binnen de kaders van het nieuwe provinciaal Meerjarenbeleidskader Jeugdzorg 2009 – 2012.

1 Inleiding

De Wet op de Jeugdzorg, in werking sinds 1 januari 2005, versterkt de inbreng van de cliënt. De provincie heeft daarom met de sector jeugdzorg het initiatief genomen om de jeugdzorg vraaggericht te organiseren en de inbreng van de cliënt te vergroten.

De start van het IPT model vond plaats in 2005. Het IPTmodel, zoals omschreven in het visiedocument Jeugdzorg Flevoland van professor J. Hermans, kent twee belangrijke uitgangspunten:

- hulp vindt plaats in en/of vanuit de context van de thuissituatie van jeugdigen;
- de hulp wordt uitgevoerd door een vaste hulpverlener, de zogenoemde IPT'er, in nauw overleg met de cliënt en de omgeving van de cliënt. De IPT'er coördineert overige (lokale)zorg en zorgt zonodig voor het inzetten van aanvullende jeugdzorg bijvoorbeeld een tijdelijke uithuisplaatsing.

Met de introductie van IPT heeft de provincie met de sector jeugdzorg niet alleen een gedeeltelijke ombouw van de residentiële jeugdzorg gerealiseerd maar bovenal is een andere manier van hulpverlening geïntroduceerd die meer aansluit op de leefwereld van de jongeren en hun ouders. De uitgangspunten van IPT zijn enthousiast ontvangen bij cliënten, IPT hulpverleners en directies/besturen van de jeugdzorginstellingen. De sector jeugdzorg zal de komende periode IPT verdere ontwikkelen; de methodiek en het verbreden van de toepasbaarheid ervan.

2 Uitvoering van IPT

Het aantal cliënten dat jaarlijks IPT ontvangt neemt toe.

2005: 82 IPT trajecten in de periode september 2005 tot eind 2005.

2006: 838 IPT trajecten waarvan 439 structureel gefinancierd en 399 op basis van incidentele middelen

(aanvalsplan wachtlijsten).

2007: 495 IPT trajecten waarvan 31 op basis van incidentele middelen.

2008: 505 IPT trajecten waarvan 52 op basis van incidentele middelen .

De gemiddelde trajectduur IPT is ongeveer 9 maanden.

In 2008 wordt 42% van het totale jeugdzorg aanbod ingezet voor IPT. Oorspronkelijk was het doel om aan het eind van de projectperiode 50% of meer ambulante IPT hulp te realiseren.

In de komende jaren zal op basis van een vraag en aanbod analyse duidelijk worden hoeveel residentiële zorg er nodig is (voor kortdurende crisisopvang, behandelcapaciteit en chronische behoefte aan 24uurs opvang) en welk percentage van de jeugdzorgcliënten ambulant kan worden geholpen.

Het totale budget voor de geïndiceerde jeugdzorg in 2008 bedraagt € 24.904.969.- (waarvan € 2.614.529 incidenteel). Voor IPT is € 4.249.070.- beschikbaar (waarvan € 437.528 incidenteel) dat is 17% van het totale geïndiceerde jeugdzorgbudget.

3 Scholing van IPT'ers

Met Europese en provinciale subsidie (ESF) is een scholingsprogramma IPT opgezet. Dank zij de ESF gelden zijn in totaal 86 IPT'ers en 18 werkbegeleiders geschoold waardoor in totaal 104 jeugdzorghulpverleners zijn geschoold in de IPTmethodiek.

De IPT'ers zijn doorgaans tevreden met hun scholing. Geconstateerd is wel dat opgeleide IPT'ers meer praktische begeleiding kunnen gebruiken in hun intensieve werk met multi-problem gezinnen. Er zijn daarom meer werkbegeleiders opgeleid om de IPT'er te coachen bij het werken in complexe situaties.

De eindrapportage van het ESF programma wordt per 1 juli 2008 opgesteld. Financieel is € 190.000.- aan ESF middelen ingezet voor het IPT scholingsprogramma.

4 Doorontwikkeling van IPT

IPT is een niet meer weg te denken hulpvorm. Cliënten ontvangen hulp in de eigen thuissituatie zodat er goed zicht blijft op wat een gezin en jeugdige echt nodig hebben en wat zij zelf (in toenemende mate) kunnen.

De ontwikkeling van IPT werd in 2006 beïnvloed door de landelijke aanval op de wachtlijsten jeugdzorg. Gedurende anderhalf jaar verschoof het accent van kwalitatieve ombouw van de jeugdzorg naar kwantitatieve inzet van alle beschikbare hulpverleners en het aannemen en inzetten van nieuw personeel. Daarbij werd dankbaar gebruik gemaakt van de opgeleide IPT'ers die cliëntgericht de wachtlijsten te lijf gingen. Toen de 'rook' van de uitgevoerde aanval op de wachtlijsten jeugdzorg medio 2007 enigszins was opgetrokken, maakte de sector jeugdzorg de balans op. Geconstateerd werd dat er een kwalitatieve inhaalslag nodig was.

De scholing van IPT'ers is in de loop van 2007 geïntensiveerd met aanvullende trainingen IPT en scholing van extra werkbegeleiders.

Daarnaast hebben de zorgaanbieders de volgende actiepunten vastgelegd in hun jaarplannen 2008.

- IPT wordt eenduidig doorontwikkeld binnen de sector jeugdzorg.
- Op basis van een gezamenlijk scholingsprogramma dat parallel loopt met de methodische ontwikkeling van IPT.
- Het aanbod IPT kan zonodig worden aangevuld/versterkt met ander jeugdzorgaanbod bijvoorbeeld een kortdurend residentiële plaatsing.

Een positief effect van het sectorbreed invoeren van het IPT-hulpverleningsmodel en het gezamenlijk scholen van IPT'ers is dat het de onderlinge samenwerking sterk heeft bevorderd op zowel instellingsniveau als op het niveau van de medewerkers.

Meer hulp wordt nu aangeboden in de eigen leefsituatie. Vanuit een ambulante IPT traject wordt zonodig de afweging gemaakt of uithuisplaatsing noodzakelijk is vanwege veiligheid of ingeval dat IPThulpverlening onvoldoende voortgang boekt. Er is sprake van efficiencywinst omdat meer hulp ambulant wordt uitgevoerd en de functie verblijf/residentiële wordt gekoppeld aan hanteerbaarheid van problematiek thuis in plaats van als apart aanbod. De effectiviteit van de IPThulpverlening wordt zichtbaarder doordat beleidsinformatie beschikbaar komt over welke hulp in welke probleemsituatie meest effectief is.

5 Onderzoek naar IPT

Jeugdzorg moet meer werken met door onderzoek bewezen methodieken ofwel 'evidence based methodieken'. Vaststelling van het predicaat 'evidence based' gebeurt door middel van wetenschappelijk onderzoek.

In mei 2007 is het meerjarig wetenschappelijk onderzoek naar de IPT methodiek gestart door onderzoekers van de Universiteit van Utrecht in samenwerking met Zorgonderzoek Nederland (ZonMw). ZonMw, een organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie, werkt in opdracht van ministeries aan de verbetering van preventie, zorg en gezondheid door het stimuleren en financieren van onderzoek, ontwikkeling en implementatie. De eerste gezinnen met IPT hulp zijn inmiddels in onderzoek genomen. Een provinciale klankbordgroep begeleidt het IPTonderzoek.

6 Kwaliteitsbewaking en borging

IPT wordt door middel van prestatie-indicatoren zoals cliënttevredenheid, doelrealisatie en (vanaf medio 2008) herstel autonomie gevolgd en verantwoord. De effectiviteit voor cliënten is daarbij doorslaggevend.

Sturing op resultaat en cliënttrajecten (met indeling in zorgzwaarte) wordt in een transparante financieringssysteem gerealiseerd voor het totale zorgaanbod, inclusief IPT.

De ontwikkeling van de IPT methodiek voor een specifieke doelgroep zoals multi-problem gezinnen is een activiteit die onder verantwoordelijkheid valt van de zorgaanbieders. De provincie kan deze methodiek inkopen als deze 'evidence based' wordt gemaakt via het lopende ZonMw onderzoek.

Op 4 november 2008 is er een expertmeeting over IPT: o.a. over multi-problem gezinnen.

De opening van de bijeenkomst zal plaats vinden door gedeputeerde John Bos.