

Algemeen	
Onderwerp	Casusgerichte aanpak: Pilot MDA++
Verspreiden	Ja
Contactpersoon	Sander Egas en Rosalinda Jonkvorst
Eenheid	Sturing
E-mail	s.egas@regiogv.nl / r.jonkvorst@regiogv.nl
Kenmerk	18.0009619
Datum	30 oktober 2018

Voorstel

Nummer	Omschrijving
Voorstel 1.	Instemmen met het starten met een pilot voor MDA++ voor structurele casuïstiek op het gebied van huiselijk geweld, kindermishandeling en seksueel geweld onder het dak van het Zorg en Veiligheidshuis Gooi & Vechtstreek (ZVH GV) per 1 januari 2019 conform het bijgevoegde projectplan.
Voorstel 2.	Instemmen met de inzet van de MDA++ coördinator vanuit de gemeentelijke uitvoeringsdienst van HBL en door aanbieders of Veilig Thuis voor de overige gemeenten.
Voorstel 3.	Het beschikbaar stellen van een budget van €190.000 voor de realisatie van deze pilot vanuit de begroting bescherming & opvang, bestaande uit: <ul style="list-style-type: none"> • €40.000 deskundigheidsbevordering • €90.000 inzet 1,5 FTE (€60.000 per FTE) voor MDA++ coördinator overige gemeenten, tbv 10 tot 15 casussen • €60.000 maximaal voor MDA++ coördinator in HBL, tbv maximaal 8 casussen

Behandeling

Datum	Overleg	Doel	Conclusie
30-10-18	Uitvoeringsoverleg	Adviseren	Positief advies
08-10-18	Directieoverleg	Vaststellen	Positief advies
29-11-18	Portefeuillehoudersoverleg	Vaststellen	Volgt

Toelichting

Beknopte toelichting

In bijgaand projectplan wordt een voorstel gedaan voor het starten met de multidisciplinaire samenwerking voor casuïstiek op het gebied van huiselijk geweld, kindermishandeling en seksueel geweld op basis van MDA++, conform de landelijke opdracht daartoe. Het Uitvoeringsoverleg is akkoord met de inhoud van dit projectplan. Het DO wordt gevraagd in te stemmen met het plan en het benodigde budget, vanuit de begroting bescherming & opvang, alsook met de verschillende invulling van de pilot vanuit HBL enerzijds en de andere gemeenten anderzijds. In het Uitvoeringsoverleg zijn vanuit Weesp vraagtekens geplaatst bij de insteek vanuit HBL, vanuit het perspectief dat opschalen naar de MDA++ aanpak pas aan de orde zou komen wanneer men er lokaal niet meer uit komt. In HBL is dit gedurende de pilot niet van toepassing doordat er vanuit de uitvoeringsdienst zelf inzet plaats vindt op de rol van MDA++ coördinator.

We vragen het directieoverleg om het bijgevoegde projectplan vast te stellen en de middelen hiervoor beschikbaar te stellen vanuit de begroting bescherming en opvang.

Vervolgens zal het voorstel nog worden behandeld in het partneroverleg en de stuurgroep van het Zorg en Veiligheidshuis, waar MDA++ onder komt te vallen. Het voorstel inzake de scenario's voor de regionale casuïstiek heeft hierop geen invloed: in beide scenario's valt het op te starten MDA++ overleg onder de aansturing het Zorg en Veiligheidshuis. De aansturing van de pilot zelf zal gebeuren door een projectleider vanuit de Regio (Sturing).

Bijlage(n)

Nummer	Omschrijving
Bijlage 1.	Projectplan pilot MDA++ structureel
Bijlage 2.	Voorstel deskundigheidsbevordering (bijlage bij het rapport)

Projectplan Pilot MDA++

Ons kenmerk	
Versie	1.0
Datum	30 oktober 2018
Contactpersoon	Sander Egas en Rosalinda Jonkvorst
E-mail	s.egas@regiogv.nl , r.jonkvorst@regiogv.nl

INHOUD

1. Inleiding	1
2. Gedachtegoed	2
3. Doelgroep	4
4. Vormgeving van de pilot	5
Proces	6
Rollen	8
5. Implementatie en doorontwikkeling	11
Implementatie	11
Doorontwikkeling	12

1. Inleiding

Uit onderzoek¹ is gebleken dat vele partijen een forse inzet plegen op complexe casussen op het gebied van huiselijk geweld en kindermishandeling, maar dat uit de monitoring van betrokken gezinnen is gebleken dat de veiligheid er vaak niet op vooruit gaat en soms zelfs achteruit. Het is zaak hier verandering in te brengen. Verbeteringen zijn nodig op het gebied van "oog hebben voor" veiligheid, deskundigheid bij de eerste beoordeling, duidelijke regie en gestructureerde en gefocuste samenwerking tussen verschillende partners, hulp afgestemd op de behoefte van het gezin en systeemgericht werken. Om dat te bewerkstelligen is de MDA++ methodiek voor deze doelgroep ontwikkeld, waarin veiligheidsdenken een centrale rol speelt. Conform een landelijke opdracht dient deze aanpak per 1 januari 2019 te zijn ingevoerd. In dit rapport wordt weergegeven hoe we dit binnen onze regio vorm willen geven.

Acute casuïstiek

Onderscheid kan worden gemaakt tussen acute casuïstiek en structurele onveiligheid, waarbij de acute fase betrekking heeft op de samenwerking in de eerste 4 weken na een incident waarbij de focus ligt op de directe veiligheid van betrokkenen. Bij structurele onveiligheid gaat het om het gefaseerd en gecoördineerd toewerken naar directe en vooral stabiele veiligheid. De landelijke opdracht inzake MDA++ heeft betrekking op zowel de acute als de structurele fase. In deze rapportage komt de structurele casuïstiek aan de orde. Beoogd wordt de uitwerking van de samenwerking in de acute fase in de komende periode in beeld te brengen, waarbij dit wordt gekoppeld aan een ander project dat volgt uit het beleidsplan, inzake de ambulante crisisdienst.

¹ Doorbreken geweldspatroom vraagt gespecialiseerde hulp, onderzoek naar effectiviteit van de aanpak huiselijk geweld in de G4, Verwey-Jonker, mei 2014.

2. Gedachtegoed

MDA staat voor multidisciplinaire aanpak, de eerste plus staat voor de inzet van specialisten naast generalisten vanaf het begin van de onveilige situatie (vanuit het principe 1 gezin, 1 plan, 1 regie), de tweede plus staat voor intersectorale en integrale samenwerking van ketenpartners bij de aanpak van structureel onveilige situaties.

De enige mogelijkheid om het geweldspatroom te doorbreken bij (zeer) ernstige en complexe vormen van geweld is een multidisciplinaire en intersectorale en een systeemgerichte aanpak. Dat realiseert bij dit geweld een duurzame sluitende aanpak. Bij acuut gevaar en structurele (terugkerende) onveiligheid in gezinnen en relaties met deze zeer ernstige problematiek kan namelijk de traditionele werkwijze tussen de samenwerkende ketenpartners niet voldoende voorzien in duurzame veiligheid. Hierdoor bevinden jeugdigen en volwassen inwoners zich vrijwel voortdurend en vaak gedurende meerdere generaties in het zorgsysteem, in het beschermingsstelsel en in het strafrechtstelsel.

Ketenoverstijgend

Om op de korte én lange termijn te voorzien in veiligheid, is een aanvullende inzet en expertise nodig, een resultaatgerichte samenwerking en een soepele en goed functionerende aansluiting van de hulp-, zorg-, medische- en justitiële keten. Dit kan door invoering van deze integrale, multi-sectorale en systeemgerichte aanpak voor slachtoffers en daders vanuit alle betrokken disciplines. Dat zijn dus de psychosociale, medische, forensische en justitiële disciplines. Denk dus aan hechtere (integrale) samenwerking tussen m.n. hulpverlening, arts, politie, Veilig Thuis en bestaande ketenpartners uit het Veiligheidshuis (doorontwikkeling naar een Zorg en Veiligheidshuis).

Gefaseerde aanpak

Oogmerk van de aanpak is het stoppen van het geweld, realiseren van duurzame veiligheid, herstel van ontwikkelkansen en kwaliteit van leven. Kenmerkend voor MDA++ is dat veiligheid voorop staat en dat gewerkt wordt op basis van een gefaseerde aanpak: eerst wordt samen gewerkt aan directe veiligheid, daarna aan stabiele veiligheid en risicogestuurde zorg en vervolgens herstelgerichte zorg. Pas als er voldoende directe veiligheid is, ontstaat ruimte voor verwerking en verandering, zoals ook blijkt uit onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut.

Veiligheidsplan

Bij het werken aan directe veiligheid speelt het veiligheidsplan een centrale rol. Zorgen voor directe veiligheid betekent dat er tijdelijk een noodverband om het huishouden wordt aangelegd. Dat noodverband heeft twee doelen: er komt directe controle op het geweld (dit wordt gestopt) en er worden maatregelen getroffen om de slachtoffers te beschermen. Directe veiligheid wordt bereikt door een gezamenlijk opgesteld *veiligheidsplan* op basis van consensus over wat voldoende veiligheid inhoudt. Het veiligheidsplan wordt in de acute fase opgesteld door bijvoorbeeld Veilig Thuis of het Centrum voor Seksueel Geweld (CSG) samen met de directbetrokkene(n) en al betrokken professionals.

Veiligheidsschaal

Voldoende veiligheid wordt geoperationaliseerd als consensus over een 6 op de veiligheidsschaal na discussie. De betrokken partijen die in de structurele fase aan tafel zitten moeten het eens worden over de veiligheidsdoelen die gerealiseerd moeten worden om het huishouden in de toekomst een 6 op de veiligheidsschaal te kunnen geven.

Dit pakket van veiligheidsdoelen vormt het geheel van bodemeisen die worden gesteld aan de veiligheid. Het geven van cijfers is op zich intuïtief en subjectief, maar de toelichting met feitelijke informatie die de professionals met elkaar delen en de discussie daarover helpen om de situatie in kaart te brengen en tot de voor dit huishouden passende oplossingen te komen.

Risicogestuurde zorg

Als er consensus is over de borging van veiligheid op (minimaal) het niveau van een 6 op de veiligheidsschaal, is sprake van directe veiligheid. Hiermee is een belangrijke voorwaarde gerealiseerd om te gaan werken aan de veiligheid op de lange termijn: stabiele veiligheid. Nu kan er met het gezin en met de deelnemende hulpverleners en de casusregisseur gekeken worden naar de onderliggende factoren die de onveiligheid in stand houden. Het opstellen en uitvoeren van een plan van aanpak op basis van de belangrijkste risicofactoren wordt binnen MDA++ *risicogestuurde zorg* genoemd.

Nadat dit in gang is gezet volgt de taak om waar nodig (trauma)behandeling te bieden om geweldservaringen te verwerken, om psychische klachten te verminderen en om de persoonlijke ontwikkeling te bevorderen van de individuele gezinsleden. Wanneer duidelijk wordt dat kinderen of volwassenen last hebben van traumatische herinneringen die een negatief effect hebben op de veiligheid of welke een risicofactor vormen voor aanhoudende onveiligheid, is het belangrijk om een individuele traumabehandeling eerder in het traject te starten.

Stabiele veiligheid

Stabiele veiligheid ontstaat wanneer we met elkaar met tussenpozen meerdere malen beoordelen dat de veiligheid in het systeem *goed genoeg* is. 'Goed genoeg' operationaliseren we als een 7 op de veiligheidsschaal. Wanneer daarvan sprake is kan ingezet worden op herstelgerichte zorg. Daarbij wordt voor en met ieder van de kinderen en ieder van de volwassenen onderzocht en beoordeeld wat zij nodig hebben om te herstellen van wat er in hun leven gebeurd is en of er ervaringen en psychische klachten zijn die het herstel belemmeren. Aanvullend is het belangrijk om te beoordelen wat er nodig is om de kwaliteit van het gewone dagelijkse leven verder te verbeteren zowel thuis, op school, en op het werk, als in de vrijetijdsbesteding en voor een goed sociaal netwerk.

Samenvattend

De MDA++ is de operationalisering van een nieuwe denk- en handelswijze, waarin de veiligheid van betrokkenen bij geweld en onveiligheid centraal staat. De MDA++ opereert op verschillende niveaus; op (lokaal) casusniveau (direct betrokkenen, professionals en een getrainde, deskundige regisseur); en - wanneer er sprake is van blijvende onveiligheid - op regionaal niveau: waar de meest gespecialiseerde experts op psychosociale, medische, forensische en justitieel gebied vanuit een onafhankelijke rol (binnen het ZVH) bijdragen aan de totstandkoming van een (nieuw) plan of een (nieuwe/andere) inzet van ondersteunende maatregelen – waaronder justitiële, gemeentelijke of bestuurlijke maatregelen.

MDA++ realiseert een multidisciplinaire samenwerking waardoor ook gezinnen waarin sprake is van acute en/of structurele onveiligheid, beter en effectiever geholpen kunnen worden. De meerwaarde van MDA++ zit in de inhoudelijk gestuurde, gecoördineerde samenwerking en focus op veiligheid, gerichte specialistische inzet én in het werken volgens gefaseerde zorg, waarbij veiligheid voorop staat.

Voor meer informatie wordt verwezen naar het rapport 'Eerst samenwerken voor veiligheid, dan samenwerken voor risicogestuurde zorg' van Vogtlander en van Arum (mei 2016).

3. Doelgroep

Kinderen, vrouwen, mannen, (ex-)partners uit gezinnen waar structurele onveiligheid speelt en de situatie dusdanig complex is dat eenvoudige interventies onvoldoende effectief zijn gebleken. Hiervoor gelden de volgende criteria, die vaak in het verlengde van elkaar liggen en die in combinatie met elkaar kunnen voorkomen:

1. Ernstig, actueel en/of chronisch (seksueel) geweld of verwaarlozing;
2. Hoog-risico gezin dat meerdere hulpverleners (gehad) heeft en telkens terugkomt bij de politie en/of hulpverlening en/of Veilig Thuis;
3. Intergenerationele overdracht: ook geweld in de gezinnen van de ouders;
4. Overstijgende problematiek (bijv. verslaving, psychiatrisch ziektebeeld, schulden, eerkwestie);
5. Ernstige gevolgen, als (risico op) posttraumatische stress stoornis/trauma, en/of de ontwikkeling van kinderen is ernstig in gevaar.

Typering casuïstiek die vraagt om een MDA++ bij structurele onveiligheid:

- gezinnen waar kinderen onder een permanente dreiging van onveiligheid moeten opgroeien;
- gezinnen en huishoudens waar structureel ernstige en complexe vormen van (seksueel) geweld aan de orde zijn, waaronder die veroorzaakt door "intimate terrorists";
- gezinnen en huishoudens waar structureel een vermoeden van seksueel misbruik bestaat;
- ernstige en escalerende vormen van stalking;
- vormen van eengerelateerd geweld, met de dreiging van escalatie;
- ernstige vormen van ouderenmishandeling.

4. Vormgeving van de pilot

Er is in de praktijk nog relatief weinig ervaring met het werken volgens MDA++. Er bestaat bij de betrokken partijen behoefte om gedurende een pilotperiode ervaring op te doen met deze manier van werken en de daarvoor bedachte werkwijze en rollen. Op basis hiervan kan nagegaan worden of aanpassingen hierin wenselijk zijn, alsook of elementen hiervan ook voor andere doelgroepen kunnen worden ingezet. Het is in de pilot dus niet zozeer de vraag of we multidisciplinaire inzet ten behoeve van deze doelgroepen willen blijven inzetten maar meer op welke wijze we dit willen doen en wat er voor nodig is om de beoogde doelstellingen (terugdringen recidive, beter adresseren van geweld) te realiseren.

Voorstel is dat de pilot onder de aansturing van (de stuurgroep van) het ZVH val, daar het gaat om casuïstiek waarin sprake is van een strafrechtcomponent. Vanuit de Regio Gooi & Vechtstreek zal een projectleider gezien de beleidsmatige verantwoordelijkheid de pilot aansturen.

Doelstellingen van de pilot

De hoofddoelstelling is om betrokken cliënten, huishoudens en gezinnen beter te kunnen ondersteunen. Hulp is geslaagd wanneer er geen herhaalde geweldsincidenten zijn en 1 jaar na afronding van de interventies het gezin of huishouden nog veilig is. Doelstellingen zijn aldus minder her-meldingen en meer gezinnen en huishoudens die 1 jaar na afronding van de interventies nog veilig zijn.

In de pilot wordt beoogd de volgende punten helder te krijgen:

- Meerwaarde: concreet maken wat de meerwaarde van de MDA++ aanpak is
- Criteria: concreter expliciteren voor welke casussen MDA++ structureel dient te worden ingezet
- Werkwijze: expliciteren van de multidisciplinaire samenwerking tussen de verschillende sectoren en het formuleren van succesfactoren en benodigde randvoorwaarden hierin
- Werkwijze: helder krijgen welke partners in welke situaties aan tafel gewenst zijn
- Specialistische expertise: aan welke specialistische expertise is behoefte of kan behoefte zijn en hoe kan deze georganiseerd worden?
- Interventies en beschikbaar aanbod: aan welke interventies en producten is behoefte? Op welke wijze kan dit georganiseerd worden? Is er behoefte aan het aanpassen van bestaande regionale inkooprelaties (o.a. WMO, jeugd) of in werkwijzen van de betrokken gemeenten, wanneer deze verantwoordelijk voor de uitvoering zijn (o.a. veiligheid, welzijn)?
- Aan welke vorm(en) van regie is behoefte? Wat vraagt dit aan capaciteit, competenties en deskundigheid? Hoe kan dit optimaal worden ingevuld?
- Vervolg: is het wenselijk om MDA++ duurzaam in te zetten en zo ja, hoe kan dit optimaal worden georganiseerd binnen het ZVH en om welke capaciteit en middelen vraagt dit bij het ZVH en bij andere betrokken partners?
- Vervolg: welke elementen van MDA++ kunnen nuttig zijn om in te zetten in de regionale casusgerichte aanpak voor andere doelgroepen?
- Welke randvoorwaarden (o.a. beleidsmatig, financieel, samenwerking) zijn van belang om optimaal gebruik te kunnen maken van de inzichten van de MDA++?
- Welke knelpunten komen naar voren uit de pilot, op welk gebied? Hoe kunnen we deze knelpunten adresseren?

Op basis van bovenstaande doelstellingen zal de pilot worden geëvalueerd.

Fasering van de pilot

De pilot MDA++ voor structurele casuïstiek gaat uiterlijk per 1 januari 2019 van start en heeft een looptijd van 14 maanden. In de pilot wordt een apart regionaal casusoverleg voor deze casuïstiek gestart onder de paraplu van het ZVH. Er wordt van start gegaan met de volgende werkwijze.

Fase 1 (twee maanden): pellen van casussen uit de huidige praktijk / start deskundigheidsbevordering

De pilot start met het pellen van drie MDA++ casussen uit de huidige werkpraktijk door inhoudelijke professionals van de meest betrokken partijen. Dit gebeurt in maximaal twee sessies per casus. Doelstelling van het pellen van de casussen is duidelijk te krijgen (1) wat er in deze casussen nodig is om [eerst] directe veiligheid te realiseren, (2) hoe/welke risicogestuurde zorg (en overige ondersteuning/maatregelen) nodig is als één gelukt is en (3) hoe een nieuwe, gefocuste inzet (veiligheidsplan) op het gezamenlijk, beoogd resultaat tussen betrokken professionele partijen bijdraagt aan de veiligheid van alle betrokkenen. Anders gezegd: wat moet anders om een beter resultaat voor directbetrokkenen te realiseren?

Het pellen zal inzicht geven in hoe de huidige producten en aanpakken van casussen er niet toe hebben geleid dat het geweld is gestopt. Door te pellen kunnen deze hiaten worden ontdekt. Hierbij is het doel om met elkaar te zien wat er heeft gemist. Het zou kunnen zijn dat de producten wel goed zijn maar dat er geen afgestemde aanpak is geweest in een gezin. Gezien de complexiteit van huiselijk geweld en kindermishandeling is een brede aanpak nodig die domein overstijgend kan zijn. Bijvoorbeeld Werk & Inkomen als er ook schuldenproblematiek blijkt te zijn en deze ook aangepakt dient te worden naast de aanpak van het geweld door bijvoorbeeld een agressietraining en naast bijvoorbeeld de aanpak van strafbare kindermishandeling. Samen zoeken naar de combinaties maakt helder of er producten missen en/of de bestaande producten onvoldoende en/of ontoereikend zijn.

Tijdens fase 1 gaat tevens het traject voor deskundigheidsbevordering van start (zie hoofdstuk 5).

Fase 2 (12 maanden): inzetten van MDA++ coördinator en inbrengen van casuïstiek

Vervolgens kunnen op casussen die binnen de scope van MDA++ vallen MDA++ coördinatoren worden ingezet (zie hierna voor een nadere toelichting) en gaat het (regionale) MDA++ overleg van start waarin casussen kunnen worden besproken.

Verschillende insteek HBL en andere gemeenten

Een belangrijke rol binnen de pilot is die van de MDA++ coördinator op de meest complexe casussen. Waar de andere gemeenten in de regio ervoor kiezen deze rol uit te laten voeren door een externe aanbieder of Veilig Thuis, opteert HBL ervoor om gedurende de pilot eigen inzet te plegen op deze rol vanuit het interventieteam binnen de uitvoeringsdienst. De rol van de MDA++ coördinator en de omvang van de inzet verschilt niet tussen beide varianten. Doordat HBL deze rol zelf invult, is er sprake van een grotere verantwoordelijkheid die wordt genomen door de betreffende gemeenten. In de pilot kan worden onderzocht hoe dit uitpakt, door de diverse betrokkenen wordt ervaren en zich verhoudt tot de andere verantwoordelijkheden van de gemeente.

Vanuit HBL is verzocht om op maximaal 8 casussen een MDA++ coördinator te kunnen inzetten gedurende de pilot, om zo voldoende ervaring op te kunnen doen met de werkwijze. De andere gemeenten met elkaar denken goed uit de voeten te kunnen met maximaal 15 casussen. Deze aantallen zijn verwerkt in de financiële aanvraag voor de pilot (zie hoofdstuk 5).

Proces

Aanmelding

Het aanmelden van casussen voor het toewijzen van een MDA++ coördinator gebeurt tijdens de pilot ofwel door Veilig Thuis ofwel door de betrokken gemeente ofwel door beiden. Dit zijn de partijen die de casus onder hun regie hebben wanneer nog geen sprake is van opschaling en die er ook na afschaling weer mee verder gaan. Als andere partijen in het veld te maken hebben met casuïstiek die hiervoor in aanmerking zou kunnen komen, nemen zij hierover contact op met Veilig Thuis. Ook

casuïstiek die in de acute fase door het Centrum Seksueel Geweld is begeleid en in aanmerking komt voor MDA++ in de structurele fase wordt via Veilig Thuis aangemeld.

De aanmelding wordt in principe afgestemd met de betrokken cliënt. Een toestemmingsformulier is ondertekend waarin staat welke informatie gedeeld mag worden (niet van toepassing wanneer er serieuze veiligheidsrisico's aan verbonden zijn).

Toewijzen MDA++ coördinator

Wanneer tijdens de pilot een MDA++ casus bij het ZVH wordt aangemeld, wordt een MDA++ coördinator toegewezen (zie voor een toelichting verderop onder 'Rollen'). Wanneer gemeenten (zoals HBL) ervoor kiezen om zelf de rol van MDA++ coördinator uit te voeren, kunnen zij zelf deze coördinator toewijzen in afstemming met het ZVH, van waaruit de pilot wordt aangestuurd. Deze functionaris gaat met de direct bij de casus betrokkenen (cliënt, systeem en professionals) aan de slag om een Veiligheidsplan op te stellen en dit vervolgens te realiseren. Indien er na 3 maanden volgens deze betrokkenen geen 6 wordt behaald op de veiligheidsschaal, wordt de casus door de MDA++ coördinator aangemeld voor het MDA++ overleg.

N.B.: De gemeentelijke procesregisseur blijft betrokken bij de casus nadat er een MDA++ coördinator is ingezet. De procesregisseur heeft als taak om er voor zorg te dragen dat besluiten uit het overleg die inzet van gemeentelijke diensten vergen, worden gerealiseerd. Ook schuift deze als gemeentelijke expert aan bij het MDA++ overleg (zie hierna). Daarnaast draagt de procesregisseur er op tactisch niveau zo nodig toe bij dat partnerinstellingen zich houden aan het uitvoeren van Veiligheidsplan. Wanneer er een MDA++ overleg is gevoerd gaat deze laatste taak over naar de voorzitter van het MDA++ overleg, totdat er vanuit het Zorg en Veiligheidshuis weer wordt afgeschaald.

Voorbereiding MDA++ overleg

De MDA++ coördinator levert het relevante materiaal over de casus aan. Mogelijk wordt door de voorzitter aanvullende informatie opgevraagd. Door de voorzitter van het overleg wordt in afstemming met de aanmelder beslist of bespreking in het MDA++ overleg noodzakelijk is (of dat volstaan kan worden met advies / ondersteuning door enkele MDA++ experts).

De voorzitter van het MDA++ overleg, werkzaam bij het ZVH, bepaalt in afstemming met de aanmelder wie er wordt uitgenodigd voor het overleg. Aan dit overleg nemen operationele betrokkenen deel. Tevens worden die experts uitgenodigd die op basis van de problematiek relevant zijn. Bepalend hierbij is de vraag wat er nodig is om te kunnen komen tot een doorbraak en een duurzame aanpak in de casus.

De cliënt wordt in principe op de hoogte gesteld van het te voeren casuoverleg. Uitgangspunt is dat de cliënt zelf en met diens instemming ook eventuele naasten worden uitgenodigd voor het overleg. Of dit ook haalbaar en wenselijk is wordt per casus afgewogen. Wanneer de aanwezigheid van de cliënt serieuze veiligheidsrisico's met zich meebrengt voor andere directbetrokkenen of er andere zwaarwegende redenen zijn, wordt hier gemotiveerd van afgezien. Het komen tot de beoogde doorbraak in de casus staat daarbij voorop. Zo kan het om strafrechtelijke redenen onwenselijk zijn dat de cliënt bij het (gehele) overleg aanwezig is.

MDA++ overleg

In het MDA++ overleg wordt het bestaande veiligheidsplan en de huidige stand van zaken beoordeeld. Indien relevant worden de veiligheidsvoorwaarden voor directe veiligheid opgesteld. Het doorbreken van patronen en het bereiken van een duurzaam resultaat zijn daarbij de focus. Tevens wordt door het overleg op basis van alle aan tafel beschikbare kennis en expertise vanuit de inhoud bepaald welke inzet en ondersteuning noodzakelijk is om de directe veiligheid te borgen.

Mandaat en escalatie

Beoogd wordt dat het MDA++ overleg het mandaat heeft om te kunnen bepalen wat in dit kader nodig is en dat dit door de betrokken partners ook wordt nageleefd. In het kader van de pilot zullen afspraken worden gemaakt over een escalatiemodel, waarvan gebruik kan worden gemaakt als partijen er met elkaar niet uitkomen of gemaakte afspraken niet worden nagekomen. Beoogd wordt dat de laatste stap in dit escalatiemodel eruit bestaat dat een bestuurder of gemandateerde functionaris van de betreffende gemeente beslist over de in te zetten koers en dit wordt uitgevoerd door betrokken partijen.

Bijstellen en uitvoeren veiligheidsplan

De MDA++ coördinator werkt de veiligheidsvoorwaarden uit in een zonodig bijgesteld veiligheidsplan, in nauw overleg met de diverse betrokkenen. Hij/zij ziet erop toe dat de afspraken conform het veiligheidsplan worden uitgevoerd. Daarbij is het van belang dat wanneer de beoogde aanpak en doelen niet meer actueel zijn de procesregisseur en de voorzitter van het casuoverleg wordt geïnformeerd. Dit geldt ook wanneer de doelen niet behaald worden of betrokken partijen de gemaakte afspraken niet (kunnen) nakomen. In overleg tussen de MDA++ coördinator, de procesregisseur en de voorzitter wordt bepaald of een nieuw MDA++ overleg over deze casus benodigd is, waarbij op basis van de situatie wordt beoordeeld wie bij een dergelijke vervolgbespreking aanwezig dienen te zijn.

Rollen

In de pilot wordt in eerste instantie gewerkt met de volgende rollen. (N.B.: de rollen zoals die worden gehanteerd en gedefinieerd binnen de andere regionale casuoverleggen blijven vooralsnog ongewijzigd, onderstaande beschrijvingen gelden voor de pilot MDA++)

Voorzitter (Zorg en Veiligheidshuis)

Deze functionaris is werkzaam bij of ten behoeve van het Zorg en Veiligheidshuis en opereert onpartijdig en onafhankelijk. Bij de MDA++ is de voorzitter in principe een onafhankelijk, inhoudelijke specialist, getraind in de gefaseerde werkwijze van de MDA++. Dit is van (groot) belang gegeven de complexiteit van de opdracht om tussen verschillende partijen en vanuit verschillende perspectieven – waaronder die van betrokkenen zelf – tot een eensluidend resultaat (veiligheidsafspraken en veiligheidsplan en vervolgens een risicogestuurd herstelplan) te komen. De MDA++ coördinator (zie hierna) kan zich daarmee focussen op de inhoud, de feiten en de beoogde resultaten; de voorzitter heeft inhoudelijk en procesmatig een belangrijke ondersteunende rol.

In het geval van een verzoek tot een casuoverleg stemt de voorzitter met de aanvrager de aanmelding af. De voorzitter bereidt het MDA++ overleg voor en beoordeelt welke informatie voorafgaand aan het MDA++ overleg ter inzage kan worden verstrekt aan de deelnemers.

De voorzitter organiseert het MDA++ overleg (waaronder uitnodigen van direct bij betrokkenen betrokken professionals)² en zit het MDA++ overleg voor. Hij/zij ziet daarbij toe op het naleven van het afgesproken werkproces, de richtlijnen voor omgang met cliënt en diens systeem en de richtlijnen inzake privacy.

De voorzitter bewaakt in de periode na het MDA++ overleg op procesniveau of alle partijen zich aan de afspraken houden en spreekt hen hier zo nodig op aan. Indien noodzakelijk maakt hij of zij gebruik van het escalatiemodel. Na afschaling gaat deze bewakende rol weer over naar de gemeentelijke procesregisseur.

MDA++ experts

² Naar verwachting en op basis van ervaring met andere MDA++ overleggen, is de aanwezigheid van direct betrokken professionals vaak een knelpunt. Dit punt kan worden geadresseerd door in de inkoop- en subsidievoorwaarden, evenals in lokale en regionale samenwerkingsovereenkomsten concrete afspraken te maken over de aanwezigheid van deze professionals.

MDA++ experts zijn specialisten op hun vakgebied, die beschikken over deskundigheid en kennis. Bovendien zijn zij in staat en bereid om casusgericht verbindingen te realiseren tussen verschillende sectoren en specialismen, draagvlak te realiseren naar collega's (bv. GGZ) en andere hulpverleners op inhoud. Daarnaast kunnen zij creatief, transparant en doelgericht het gesprek aangaan met directbetrokkenen en ook met hen een verbinding realiseren.

De MDA++ experts vertegenwoordigen niet hun eigen organisatie, maar worden op basis van hun individuele deskundigheid ingezet ten bate van de casus (hun professionele verantwoordelijkheid blijft uiteraard gelijk, binnen bestaande wettelijke kaders). Naar alle waarschijnlijkheid is het nodig om te starten met een kleine, geselecteerde groep experts, die op relatief korte termijn, getraind worden in de visie "samen werken aan veiligheid".

MDA++ coördinator (casusregisseur)

Vanuit het "veiligheidsdenken" is de lange termijn – op momenten intensieve – beschikbaarheid en aanwezigheid (continuïteit, betrouwbaarheid) van een kwalitatief en persoonlijk sterke functionaris een noodzakelijke voorwaarde om directe en stabiele veiligheid te helpen realiseren. Niet alleen voor de directbetrokkenen, maar ook voor de afstemming, focus en gerichte inzet van betrokken hulpverleners en andere betrokken professionals (bv onderwijs, huisarts).

Het veiligheidsplan vormt de basis (vastlegging) voor deze coördinator en het MDA++ overleg biedt inhoudelijk en procesmatig (noodzakelijke besluiten, doorzettingsmacht, samenwerking) dekking aan deze professional. Hij/zij bewaakt de uitvoering van het veiligheidsplan, met alle relevante betrokkenen.

Het betreft geen (nieuwe) functie, maar een rol – die doorgaans door een al betrokken, of te betrekken hulpverlener wordt uitgevoerd. Deze rol heeft wel een andere invulling dan wat er nu in het land beschikbaar is. De taak en verantwoordelijkheid naar het gezinssysteem/huishouden – en naar alle betrokken wordt vanuit de visie op veiligheid scherper gedefinieerd dan gebruikelijk is. Hoe de omschrijving van taken, bevoegdheden en profiel in de regio gaat luiden en wat hiervoor nodig is, wordt in overleg met betrokken partijen nader uitgewerkt tijdens de pilot. Deze rol vergt ten minste (net als bij de voorzitter MDA++ en de experts) dat de uitvoerder beschikt over een passende deskundigheid, dus getraind is, om deze rol te kunnen vervullen.

Om deze rol goed te kunnen vervullen wordt ingeschat dat een tijdsinzet van gemiddeld 0,5 tot 1 dag per week op de casus benodigd zal zijn. Tevens wordt verwacht dat deze inzet op termijn tot besparingen van andere professionele inzet op de casus kan leiden.

Voorgesteld wordt om gedurende de pilot (het jaar 2019) 1,5 FTE beschikbaar te maken voor het uitvoeren van deze rol bij externe partijen, vanuit een te realiseren budget voor de pilot. Inschatting is namelijk dat er gedurende de pilot opgebouwd zal worden tot 15 casussen waarop een MDA++ coördinator zal worden ingezet. Gemiddeld is dan ongeveer 1,5 FTE benodigd.

Invulling van deze rol tijdens de pilot gebeurt ofwel door een hulpverlener van een betrokken zorgaanbieder of Veilig Thuis, ofwel door een gemeentelijke regisseur – afhankelijk van de voorkeur van de betreffende gemeente. Alle functionarissen die deze rol zullen gaan uitvoeren zullen hierin worden geschoold (zie hoofdstuk 5). De in te zetten hulpverleners vormen een pool waar vanuit een MDA++ coördinator zal worden toegewezen na een aanvraag. Gemeenten, zoals HBL, die kiezen voor het inzetten van eigen regisseurs als MDA++ coördinator krijgen hiervoor gedurende de pilot een eigen budget toegewezen (zie hoofdstuk 5).

Gedurende de pilot zal worden onderzocht welke tijdsinzet en welke taakinfilling benodigd is om deze cruciale rol succesvol te kunnen vervullen. Tevens zal, in nauwe samenwerking met de Regio, worden gemonitord in hoeverre dit op deze casussen tot besparing van inzet van andere professionals leidt. Op basis van deze bevindingen wordt een voorstel gedaan over het structureel inzetten en

beleggen van deze rol, inclusief de daarvoor benodigde financiële dekking en het herorganiseren van taken van ketenpartners.

De exacte uitwerking en aanscherping van rollen en verantwoordelijkheden gebeurt tijdens de pilot.

5. Implementatie en doorontwikkeling

Implementatie

Deskundigheidsbevordering

Het traject voor deskundigheidsbevordering in het kader van de pilot MDA++ bevat 3 sporen:

1. MDA++ experts (2 bijeenkomsten en coaching)
2. MDA++ coördinatoren en voorzitters MDA++ overleg (6 trainingdagen en coaching)
3. Procesregisseurs gemeenten (1 trainingdag, 2 regisseurs per gemeente)

Het plan voor deskundigheidsbevordering, opgesteld door Civil Care, is opgenomen in bijlage 2 (separaat bijgevoegd). De omvang van de training van de MDA++ experts wordt bijgesteld tot 2 bijeenkomsten, gekoppeld aan het partneroverleg en naar behoefte coaching.

Aansturing van de pilot

De realisatie van de pilot MDA++ valt onder de aansturing van het ZVH. Vanuit de Regio zal een projectleider worden aangesteld voor de pilot, gezien de beleidsmatige verantwoordelijkheid van de Regio. Dit is ook van belang omdat binnen de pilot nog een aantal inhoudelijke zaken en werkwijzen verder zullen worden uitgewerkt. Het partneroverleg vervult de rol van projectteam en wordt bij de reguliere vergaderingen geraadpleegd en geïnformeerd over de voortgang van de pilot.

Invulling rollen MDA++ experts en MDA++ coördinatoren

Na besluitvorming over de voorgenomen pilot zullen betrokken deskundigen en organisaties worden benaderd voor het invullen van de rollen van MDA++ experts en MDA++ coördinatoren. Hiervoor worden profielen opgesteld. Het is daarbij de insteek dat een aantal partners 2 medewerkers levert voor de rol van MDA++ coördinator, in verband met de continuïteit. Zij zullen tevens een rol spelen bij het binnen hun organisatie uitdragen van het gedachtegoed van MDA++. Vervolgens zal de deskundigheidsbevordering in gang worden gezet.

Inzet partners

Voor de pilot MDA++ zal meer inzet benodigd zijn, omdat deze aanpak nieuw is en naar verwachting meer tijd vraagt van betrokkenen door de brede en systeemgerichte benadering. Daarnaast wordt eenmalig inzet gevraagd in het kader van deskundigheidsbevordering.

Het aantal casussen dat volgens deze wijze zal worden behandeld is naar verwachting echter beperkt en er zal sprake zijn van een verschuiving van casussen van het Top X-overleg naar het MDA++ overleg. Van de betrokken partijen wordt gevraagd de hiervoor benodigde inzet gedurende de pilot te leveren om zo helder te krijgen welke inzet structureel benodigd is en hoe dit kan worden geborgd. Dit zal een expliciet aandachtspunt zijn bij de evaluatie.

De partij(en) die gedurende de pilot op de betreffende casussen de MDA++ coördinator zullen leveren worden hiervoor gefinancierd.

Gevolgen voor gemeenten

Evenals voor andere partners geldt dat de uitvoeringsdiensten dat de invoering van MDA++ vraagt om enige incidentele tijdsinzet ten behoeve van deskundigheidsbevordering. In alle casuoverleggen is vertegenwoordiging en vaak ook voorbereiding vanuit de gemeentelijk regisseur gewenst. Dit is momenteel ook al het geval. Afhankelijk van of gemeenten ervoor kiezen zelf de rol van MDA++ coördinator in te vullen, zal de impact voor gemeenten verschillen. De scholing van het vervullen van deze rol is intensiever en de inzet op casuïstiek uiteraard ook. Hiervoor is dekking vanuit het pilotbudget (zie hieronder).

Financiën

Er is behoefte aan budget voor deskundigheidsbevordering en inzet van MDA++ coördinatoren gedurende de pilotperiode (het jaar 2019).

De benodigde deskundigheidsbevordering voor het werken volgens MDA++ volgt uit het bijgevoegde plan voor deskundigheidsbevordering en bedraagt €40.000.

Op basis van een verwacht inzet van 4 tot 8 uur per week per casus wordt er gezien het aantal casussen (oplopend naar maximaal 15 voor alle gemeenten behalve HBL) een inzet geraamd van 1,5 FTE voor de MDA++ coördinatoren vanuit externe partijen. Zij zullen hun inzet declareren op basis van werkelijk geleverde inzet. Op basis van een bedrag van €60.000 per FTE wordt hiervoor €90.000 geraamd.

Daarbij wordt voorgesteld dat HBL €7.500 per casus (op jaarbasis) kan onttrekken voor de inzet op de rol van MDA++ coördinator, waarbij afspraken worden gemaakt over het aantal casussen waarop een dergelijke coördinator kan worden ingezet. Dit bedrag is gebaseerd op de verwachte kosten zoals die ook voor de andere gemeenten gelden. Vanuit HBL is aangegeven dat het bij hen om 5 tot 8 casussen zal gaan. Dit betekent een bedrag van maximaal €60.000 waarop aanspraak kan worden gemaakt.

In totaal gaat het hiermee om een bedrag van maximaal €190.000 dat benodigd is voor de pilot. Verzocht wordt dit budget ter beschikking te stellen vanuit de begroting bescherming & opvang. Deze middelen worden ingezet gedurende de pilotperiode, van 1 januari 2019 tot 1 maart 2020.

Doorontwikkeling

Eind 2019 zal de pilot MDA++ worden geëvalueerd. De uitkomsten van deze evaluatie zullen worden gebruikt voor de doorontwikkeling van de regionale casusgerichte aanpak voor huiselijk geweld, kindermishandeling en seksueel geweld alsook waar nuttig voor andere doelgroepen.

'Leergang 'TOP-3 model voor stabiele veiligheid'

I MDA++ experts (max. 14 personen)

De vooropstaande leerdoelen zijn:

Op gestructureerde wijze uitvoering kunnen geven aan het MDA++-expertoverleg waarbij de volgende onderdelen voorop staan:

- A. Deskundige beoordeling van de aangeleverde casuïstiek. Hypothesen kunnen formuleren omtrent welke redenen eraan ten grondslag kunnen liggen dat sinds de start van de melding/ hulpverlening de directe veiligheid in dit specifieke cliëntsysteem niet is gerealiseerd. Het effectief kunnen onderscheiden van inhoudelijke en procesmatige vraagstukken en het wegzetten van procesmatige vraagstukken naar het regionaal casuoverleg (ZVH).
- B. Het kunnen beoordelen van ingediende Veiligheidsplannen aan de hand van de kwaliteitscriteria Veiligheidsplan voor directe veiligheid. Deze worden in de training aangeboden en tijdens de pilot gehanteerd. Het kunnen herformuleren van de kernelementen van het veiligheidsplan voor directe veiligheid conform het TOP-3 model zoals onder C. genoemd.
- C. Het TOP-3 model voor casuoverleg kunnen hanteren dat ten dienste staat van een Veiligheidsplan voor directe veiligheid en welke als resultaten geeft:
 - i. Een scherpbeeld van de feitelijke onveilige situaties, omstandigheden en triggers, waar mogelijk met het cliëntsysteem
 - ii. De geprioriteerde onveilige situaties ten dienste van het Veiligheidsplan voor directe veiligheid
 - iii. De veiligheidsdoelen (de beoogde resultaten voor een 6 voor veiligheid/ veiligheidsvoorwaarden/ bodemeisen voor veiligheid)
- D. In staat zijn om de randvoorwaarden te formuleren en in gang te zetten om de beoogde resultaten alsnog binnen 3 maanden te kunnen realiseren (inzet netwerk; benodigde (aanvullende) expertise; benodigde ondersteuning zorg/maatregelen (bescherming, straf, bestuurlijk) door de professionals.

NB

Het uitwerken van (nieuwe) oplossingen, afspraken en maatregelen om de geformuleerde veiligheidsdoelen te behalen (resulterend in een systeemgericht Veiligheidsplan), wordt in principe gedelegeerd naar de MDA++ coördinator. Deze werkt e.e.a. in een apart overleg met het cliëntsysteem, betrokken (te betrekken) professionals en het netwerk uit.

De Leergang (doorlooptijd rond de 6 maanden) wordt door 2 trainers gegeven en is als volgt georganiseerd:

- Fase 1: Twee dagen (van 9.30 – 16.00 uur) trainen van het TOP-3 model voor MDA++ experts en samenwerking voor directe veiligheid.
- De trainingdagen gaan vergezeld van een praktijkgerichte coachingstraject van (in totaal) 6 dagdelen van 3 uur. Coaching vindt om de 2 weken plaats en wordt in principe gekoppeld aan een MDA++ expertoverleg.

II MDA++ coördinatoren (casusregisseurs) (max 14 personen, een koppel per organisatie, 2 voorzitters MDA++ expertoverleg)

De vooropstaande leerdoelen zijn:

Uitvoering kunnen geven aan:

- A. De rol van coördinator conform de vastgestelde en door de deelnemende organisaties geaccepteerde taakomschrijving (wat is daarvoor nodig en wat ga je precies (anders) doen?).
- B. De kwaliteitscriteria van het Veiligheidsplan voor directe Veiligheid dat tijdens de training aangeboden wordt en tijdens de plot gehanteerd wordt.
- C. Het TOP-3 model voor casusoverleg ten dienste van een Veiligheidsplan voor directe veiligheid, welke als resultaten geeft:
 - i. Een scherp(er) beeld van de feitelijke onveilige situaties, omstandigheden en triggers, al of niet gezamenlijk met het cliëntsysteem
 - ii. Het prioriteren van de onveilige situaties ten dienste van het Veiligheidsplan voor directe veiligheid, al of niet gezamenlijk met het cliëntsysteem
 - iii. Het stellen van veiligheidsdoelen (de beoogde resultaten voor een 6 voor veiligheid/ veiligheidsvoorwaarden/ bodemeisen voor veiligheid) door de professionals
 - iv. Het formuleren van randvoorwaarden om de beoogde resultaten binnen 3 maanden te kunnen realiseren (inzet netwerk; benodigde (aanvullende) expertise; benodigde ondersteuning zorg/maatregelen (bescherming, straf, bestuurlijk) door de professionals.
 - v. Het uitwerken van oplossingen, afspraken en maatregelen om de geformuleerde veiligheidsdoelen te behalen, al of niet gezamenlijk met het cliëntsysteem, resulterend in een concreet systeemgericht Veiligheidsplan.
- D. In staat zijn om direct betrokkenen, betrokken professionals en hun sociaal netwerk te verbinden aan afspraken in het Veiligheidsplan.
- E. In staat zijn om tijdig op te schalen (naar het MDA++ expertoverleg) conform de regionaal overeengekomen en geaccepteerde opschalingscriteria (advies: opschalen indien na 3 maanden nog geen 6 voor veiligheid is behaald)

- F. Het kunnen opstellen van het hulpverleningsplan voor risicogestuurde zorg volgens het TOP-3 model.

De Leergang (doorlooptijd rond de 6 maanden) wordt door 2 trainers gegeven en is als volgt georganiseerd:

- Fase 1: Drie dagen (van 9.30 – 16.00 uur) trainen van het TOP-3 model voor overleg en samenwerking voor directe veiligheid.
- Fase 2: Twee dagen (van 9.30 – 16.00) trainen van het TOP-3 model voor overleg en samenwerking voor risicogestuurde zorg (deze wordt ingepland zodra de werkwijze voor het realiseren van directe veiligheid goed is eigengemaakt en zich casuïstiek aandient waar de directe veiligheid goed geborgd is).
- Fase 3: Eén dag (van 9.30 – 16.00) trainen van het TOP-3 model voor overleg en samenwerking voor herstelgerichte zorg (deze wordt ingepland zodra de werkwijze voor het realiseren van stabiele veiligheid goed is eigengemaakt en zich casuïstiek aandient waar er reeds sprake is van stabiele veiligheid).
- De trainingsdagen gaan vergezeld van een praktijkgericht coachingstraject van (in totaal) 12 dagdelen van 3 uur.

Opmerking: indien de methodiek de gewenste resultaten oplevert en de leergang naar tevredenheid en met goed gevolg door een medewerker is gevolgd, vormt de gevolgde leergang de basis voor het coachen van collega's binnen de eigen organisatie en daaropvolgend kunnen trainen van collega's in de regio. Gezamenlijk zullen we moeten leren wat de medewerkers na de pilot aanvullend als scholing nodig hebben om zelf coach en trainer te kunnen zijn.

III Procesregisseurs gemeenten (max 12 personen per groep, een koppel per gemeente)

De vooropstaande leerdoelen zijn:

Uitvoering kunnen geven aan:

- A. Kennis over de visie voor gefaseerde ketenzorg en het werken met het TOP-3 model voor overleg en samenwerking voor het realiseren van directe veiligheid en stabiele veiligheid
 - B. Begrip voor de rol en bijdrage die de gemeentelijke voorzieningen hierbij kunnen bieden.
 - C. In staat zijn bij te dragen aan draagvlak voor de nieuwe werkwijze, binnen de eigen dienst.
- Deze leergang wordt door 2 trainers gegeven en duurt 1 dag.

IV Voorbereiding Leergang

- A. Vooroverleg met projectteam en de projectleider van de pilot (Civil Care levert agendapunten aan).
Doel: afstemming en overeenstemming over de leerdoelen van en de randvoorwaarden voor de leergang.

- B. Twee startbijeenkomsten “Leergang TOP-3 model gefaseerde ketensamenwerking” (2 uur per bijeenkomst)
Doel: met managers en beoogde deelnemers bijdragen aan draagvlak en gedeelde verwachtingen voor de leergang

V Ondersteuning leer- en ontwikkelingsproces, voorwaardelijk voor de leergang

Tijdens de training en coaching vernemen we van de medewerkers die getraind worden wat de knelpunten bij het realiseren van samenwerking volgens de visie in de regio zijn. Deze moeten worden aangepakt in samenwerking met de projectleider en de Stuurgroep, zodat medewerkers niet gefrustreerd, doch ondersteund worden bij de uitvoering van hun (nieuwe) taken.

Civil Care zal de knelpunten inventariseren & analyseren en aan de projectleider van de pilot voorleggen. Gezamenlijk wordt vervolgens afgesproken hoe de knelpunten geadresseerd worden. Het belangrijkste uitgangspunt (ruimte binnen bestaande afspraken en overeenkomsten) om “randvoorwaarden MDA⁺⁺” te kunnen realiseren is opgenomen in het projectplan.

NB

Ten bate van de pilot MDA⁺⁺ is de aanwezigheid van een deskundige projectleider vanuit onze ervaring een belangrijke randvoorwaarde. Deze projectleider fungeert als teamleider van het team van MDA⁺⁺ coördinatoren (o.a. zodat zij onafhankelijk van hun eigen organisatie leren/kunnen opereren) en aanspreekpunt van het team van de MDAA⁺⁺ experts. Hij/zij heeft als belangrijke taak om de verbinding met zowel de lokale teams, als de regionale partijen (uitvoerend en beleidsmatig) te ontwikkelen en onderhouden vanuit het perspectief van de visie/de pilot. Daarbij zal deze projectleider de knelpunten die gaan blijken in de uitvoering van de pilot (en op basis van de training) moeten adresseren. Hij/zij zal in overleg gaan met al diegenen die van belang zijn voor de oplossing. In praktisch zin zal de projectleider een uitwerking moeten maken van alle werkprocessen (lokaal/regionaal) rond de pilot, nieuwe samenwerkingsafspraken en b.v. een MDA⁺⁺ privacy-convenant. Deze taken gelden op het niveau van de (partners rond) de MDA⁺⁺ coördinatoren én het MDA⁺⁺ expertoverleg. Zonder inhoudelijk deskundig en veranderkundig projectleider is vanuit onze ervaring de pilot tot mislukken gedoemd. Vanuit het landelijk programma is er in principe geld beschikbaar voor een dergelijke rol (naar verluidt 75.000 euro).

Begroting training en coaching

Naam	Totaal
Vorbereiding Leergang met de regio	€ 4.000,00
Leergang MDA++ Experts	€ 9.000,00
Leergang MDA++ coördinatoren	€ 21.600,00
Basistraining procesregisseurs gemeenten	€ 1.800,00
Ondersteuning leer- en ontwikkelingsproces	€ 2.500,00
Totaal	€ 38.900,00

Bovenstaande bedragen zijn exclusief btw, inclusief reis- en verblijfkosten. Voor de leergangen en basistraining wordt bij bovenstaande berekening uitgegaan van kosten per groep.