

Herontwerp K&J

'Van zorg in huis, naar zorg thuis'

Mondriaan Kinderen en Jeugdigen
2017-2020



Specialist in crisisinterventies, diagnostiek, behandeling en consultatie.

Inhoud

1. Inleiding	pag. 3
2. Visie Mondriaan	pag. 5
2.1. Visie op vroeg detectie	
2.2. Visie op behandeling	
2.3. Visie op ketensamenwerking	
2.3.1 Ons aandeel in de keten	pag. 6
2.3.2 Samenwerkingsinitiatieven	
2.3.3 Maatschappelijke businesscase	pag. 8
3. Profielschets Mondriaan K&J	pag. 9
3.1. Introductie	
3.2. Doelgroep	
3.3. Zorgprogramma's	pag. 10
3.4. Waarin onderscheidt Mondriaan K&J zich?	
3.5. Verwijzingen naar Mondriaan binnen zorglandschap Zuid-Limburg	
3.6. Aantal verwezen patiënten vanuit de 18 gemeenten van Zuid-Limburg	pag. 12
4. Herontwerp Mondriaan K&J	
5. Inhoudelijke vormgeving van het herontwerp	pag. 13
5.1. De groene cirkel	pag. 14
5.2. De blauwe cirkel	
5.3. De gele cirkel	
5.4. De paarse cirkel	
5.5. Verbinding tussen cirkels	
6. Schematische weergave zorgprofiel	pag. 15
6.1. Zorgprofiel huidige situatie	
6.2. Zorgprofiel nieuwe situatie Intensief Behandelcentrum (IHT en HIC)	
7. Uitwerking herontwerp ten aanzien van Crisis, IHT en HIC	pag. 16
7.1. Goede zorg in 11 punten	
7.2. Crisis	
7.3. IHT (Intensive Home Treatment)	pag. 17
7.3.1 Doelgroep	
7.3.2 Doelstelling	
7.3.3 Uitgangspunten	
7.3.4 Multidisciplinair behandelteam	
7.4. HIC (High Intensive Care)	pag. 17
7.4.1 Doelstelling	pag. 18
7.4.2 Uitgangspunten	
7.4.3 Multidisciplinair behandelteam	
8. Uitwerking herontwerp in cases	pag. 18
8.1. Pim - Orthopsychiatrie	
8.2. Anne - Algemene specialisatie K&J GGZ	pag. 20
9. Transformatieproces	pag. 22
9.1. Prestatie-indicatoren	
10. Het innovatieplan	pag. 22
10.1. Innovatie- en transformatiedoelstellingen	
10.2. Projectorganisatie	pag. 23
10.3. Projectstructuur	
10.4. Projectplanning	
10.5. Projectbegroting	
11. Financiële vertaling van het herontwerp	pag. 24
11.1. Samenvatting	
11.2. Klinisch/aantal bedden	pag. 25
11.3. Klinisch/opbrengst bedden	pag. 26
11.4. Groepsbehandeling en ambulante productie	
11.5. Groepsbehandeling en individuele behandeling	pag. 27
Bijlage 1: Stappenplan herontwerp	pag. 28
Bijlage 2: Financiële vertaling van het stappenplan	pag. 29

1. Inleiding

Van zorg in huis, naar zorg thuis

Kinderen en jeugdigen horen zoveel mogelijk op te groeien in hun eigen vertrouwde omgeving. Ook als het moeilijk gaat, wanneer ze kampen met ernstige en complexe psychiatrische problemen. Daarom passen wij onze werkwijze aan 'van zorg in huis, naar zorg thuis'.

We behandelen elk kind zoveel mogelijk in de eigen woon- en leefomgeving. In het gezin - met de ouders/opvoeders als belangrijkste partners - maar ook op andere locaties waar het kind onze ondersteuning nodig heeft zoals bijvoorbeeld op school. Dat doen we niet alleen, maar samen met onze ketenpartners. Zo ontstaat een continuüm van zorg, waarbinnen we tijdig en adequaat problemen kunnen signaleren en behandelen en ernstige problemen op latere leeftijd kunnen voorkomen of beperken. Doordat we kinderen en jeugdigen meer in hun eigen omgeving helpen, zal het aantal opnames dalen. Dat betekent dat we het aantal bedden afbouwen. Uiteraard blijven er voor patiënten die acuut of gedurende een korte tijd intensieve zorg nodig hebben bedden beschikbaar.

Op de afdeling Orthopsychiatrie blijft langere opname mogelijk.

Onze nieuwe behandelwijze maakt onze specialistische kennis en kunde op het gebied van kind- en jeugdpsychiatrie meer toegankelijk, dynamisch en flexibel. Hiervan profiteren onze patiënten, ouders/opvoeders, verwijzers en ketenpartners. Onze medewerkers biedt het de kans om zichzelf verder te ontwikkelen en nog intensiever met het kind, gezin en professionals van andere organisaties samen te werken. Zo bouwen we samen aan een eigentijdse en innovatieve organisatie, waar de zorg voor het kind werkelijk centraal staat. Een kind dat veilig en gezond opgroeit in zijn eigen omgeving.

Van zorg in huis, naar zorg thuis. In de kern is dat de beweging die wij bij Mondriaan K&J de komende jaren willen gaan maken. Meer zorg in de directe omgeving van het kind (thuis) - onder meer middels de nieuwe aanpak Intensive Home Treatment - en substantieel minder opnames (huis). In dit document schetsen wij hoe we deze transformatie inhoudelijk willen vormgeven. De financiële vertaling ervan is uitgewerkt in een businesscase. Bij het schrijven van het herontwerp zijn we niet over één nacht ijs gegaan. We hebben informatie ingewonnen bij diverse andere instellingen. Uit deze gesprekken en eigen ervaring blijkt dat voor ingrijpende veranderprocessen als deze transformatie, een doorlooptijd van drie jaar nodig is. Deze tijd nemen we om kwaliteit te kunnen blijven bieden, waarbij ons behandelaanbod gefaseerd getransformeerd wordt. Dit proces moet zorgvuldig verlopen. Onze complexe doelgroep hoort namelijk te allen tijde goede zorg te krijgen.

Intensieve samenwerking met ketenpartners

We werken in dit hele traject intensief samen met ketenpartners. Met hen streven we naar een optimaal en (kosten)effectief pakket waarbij we kijken naar ieders eigen deskundigheid en maatschappelijke verantwoordelijkheid. We zijn er ons van bewust dat we zonder de ketenpartners deze transformatie niet kunnen maken. Om al in een vroeg stadium een juiste inschatting te kunnen maken van de onderliggende problematiek gaan we in de toegangsteams participeren en consultatief onze expertise aanbieden. Eveneens bieden we ketenpartners de mogelijkheid om een kind of jeugdige bij wie complexe psychiatrische problematiek vermoed wordt, mee te behandelen op de locatie waar het kind verblijft. Niet alleen in de thuissituatie, maar ook als het kind bij een ketenpartner verblijft. Zo zal er in het kader van tijdige op- of afschaling actief ingezet worden - waar nodig - op tijdelijke co-behandeling met de betreffende ketenpartner. Op deze manier kunnen we een doorlopende zorglijn tussen ketenpartners waarborgen en zal de patiënt minder wisseling van behandelaar ondervinden.

Om deze samenwerking tot stand te brengen is Mondriaan K&J actief het gesprek aangaan met ketenpartners in zowel de jeugd-GGz (o.a. Virenze, Lionarons, Amacura en Zuyderland) als jeugdhulpverlening (o.a. XONAR, Radar, SJSJ), POH/huisartsen en onderwijs.

Tijdens deze gesprekken blijkt dat we elkaar hard nodig hebben en dat er op dit moment een toename van de wachtlijsten is binnen de GGz-hulpverlening. Samen bespreken we cases en besluiten we wie van de GGz-ketenpartners de expertise en de mogelijkheden heeft om een patiënt in behandeling te nemen. Ook overdrachten van patiënten worden over en weer besproken. Eveneens heeft Mondriaan K&J ketencoördinatoren ingezet die actief in contact staan met de toegangsteams van de gemeente. Casusbesprekingen vinden aldaar plaats van nog niet binnen Mondriaan ingeschreven kinderen/jeugdigen waar echter onduidelijkheid of een vermoeden is van complexe psychiatrische problematiek.

In dit herontwerp hebben we gezien bovenstaande dan ook het voorstel voor een maatschappelijke businesscase opgenomen. Wij zijn ervan overtuigd dat alleen door gezamenlijke inzet in de regio duurzaam goede, snelle en integrale hulp aangeboden kan worden aan kinderen en jongeren met complexe psychiatrische problematiek.



2. Visie Mondriaan

Mondriaan is er primair om mensen te helpen die door psychische aandoeningen gedurende kortere of langere tijd belemmerd worden in hun welbevinden en functioneren. Mondriaan staat voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Die bieden wij met beproefde methoden van zorg en behandeling, toegepast door een veelheid aan goed opgeleide, gespecialiseerde en toegewijde professionals. We hebben speciale behandelingen voor kinderen, jeugdigen, volwassenen en ouderen met psychische of psychiatrische klachten en voor mensen met verslavingsproblematiek. De patiënt klopt nooit tevergeefs bij ons aan.

De onderstaande visies zijn afgeleiden van de Mondriaan visie en bieden een kader voor het herontwerp K&J.

2.1. Visie op vroegdetectie

Ongeveer de helft van de psychiatrische stoornissen tijdens de volwassenheid begint vóór de leeftijd van 18 jaar. Psychiatrie is dus niet iets dat pas op volwassen leeftijd de aandacht verdient. Als problemen niet tijdig behandeld worden, heeft dat grote nadelige gevolgen: uiteraard op de jonge mensen en hun omgeving, maar ook op de sociale ontwikkeling en de economie. Europees gezien is een jaarlijks verlies van 4% van het Europees nationaal product te verklaren door geestelijke gezondheidsproblemen. De impact van zich ontwikkelende psychiatrische aandoeningen op het kind, de jongere, de jongvolwassene en zijn of haar omgeving is enorm. De kindertijd, puberteit en adolescentie zijn fasen van turbulente ontwikkeling, zowel in lichamelijk, emotioneel, cognitief en sociaal opzicht. Er kan veel goed, maar ook veel fout gaan en bij problemen in deze periode staat er veel op het spel. We worden ons telkens meer bewust dat vroegdetectie, vroegpreventie en vroeginterventie van psychiatrische problematiek leidt tot significant grotere kans op gezondheid en succesvolle take-off in het volwassen leven. Hoe later begonnen wordt met adequate behandeling, hoe moeilijker psychiatrische problemen vaak te behandelen zijn. Behandeling wordt hiermee ook duurder. Er is veel winst te behalen door vroeg herkenning van symptomen. Behandeling in een vroeg stadium is vaak korter, minder intensief en dus goedkoper.

2.2. Visie op behandeling

De psychische gezondheid van kinderen en jeugdigen staat in nauw verband met de lichamelijke gezondheid, de psychologische ontwikkeling en het leefklimaat waarin het kind opgroeit. De kinder- en jeugdpsychiatrie is een complex en dynamisch specialisme. Onze multidisciplinaire diagnostiek en behandeling richten zich dan ook op alle levens- en ontwikkelingsgebieden die van invloed zijn op de geestelijke gezondheid van het zich ontwikkelende kind. Onze geneeskundige behandeling start altijd met zorgvuldige psychiatrische diagnostiek die richtinggevend is voor de behandelinterventies die worden voorgesteld. Kind/jeugdige en ouders hebben de belangrijkste stem en behouden zoveel mogelijk eigen regie. Behandelen betekent voor ons dat we doen wat (bewezen) werkt, niet meer dan nodig is en niet minder dan moet. We werken zoveel mogelijk volgens geldende richtlijnen en evidentie. Onze professionals zijn beschikbaar, betrokken, betrouwbaar en in beweging. We beschikken over een breed scala aan eigentijdse behandelinterventies o.a. online en blended care (face tot face in combinatie met online behandeling). We streven naar een gezinsgericht, integraal aanbod met zo groot mogelijke continuïteit en kunnen telkens gebruik maken van de meest geschikte behandelsetting: bij voorkeur en vrijwel altijd vanuit thuis, maar in deeltijd of kliniek indien dat niet anders kan.

2.3. Visie op ketensamenwerking

Kinderen en Jeugdigen met complexe psychiatrische problematiek dienen de juiste hulp op het juiste moment te krijgen. Hierdoor voorkomen we (zoals ook reeds beschreven onder punt 2.1.) een grotere lijdenslast op latere leeftijd en negatieve macro-economische gevolgen zoals hoge zorgkosten, criminaliteit, ziekteverzuim, werkloosheid etc. Vroeg detectie betekent dat er in een zo vroeg mogelijk stadium een juiste inschatting wordt gemaakt van ontwikkelingsstoornissen en de ontwikkeling van psychiatrische problematiek. Indien nodig

volgt behandeling door de meest geschikte aanbieder, die vaak korter, minder belastend, effectiever, eenvoudiger en goedkoper is dan behandeling in een later stadium. Ook als psychiatrische problemen verder gevorderd zijn, moet de juiste aanbieder aangewezen worden ten behoeve van de juiste zorg.

Het zorglandschap is ingewikkeld en niet altijd even transparant. Dit terwijl er veel op het spel staat. Om alle kinderen en jongeren met psychiatrische kwetsbaarheid zo vroeg mogelijk te detecteren en patiënten met psychiatrische stoornissen zo adequaat mogelijk te behandelen is samenwerking in de keten van groot belang. Niemand kan dit alleen, we hebben elkaar als bondgenoten nodig. We werken daarom actief samen met gemeenten, het onderwijs, de huis- en schoolarts, andere GGz-aanbieders en overige ketenpartners die met ons de verantwoordelijkheid dragen voor de gezondheid van Limburgse kinderen en jeugdigen. De beweging die we willen maken is niet een van concurrentie, maar van samenwerking. Kind en gezin staan werkelijk centraal en dit uitgangspunt wordt doorleefd in elke gedachte en elke actie. Zorg mag niet te lang op zich laten wachten, mag niet beperkt blijven tot de muren van 1 instelling of de mogelijkheden van zorg binnen 1 organisatie. Geen enkele organisatie hoeft alles te bieden, maar men vindt elkaar in de aanvulling en het optimaliseren van het zorgaanbod. We stellen alles in het werk t.b.v. integratie en continuïteit. Dit ook onder het motto: niet meer zorg dan hoeft, maar ook niet minder dan nodig is. Een dergelijke samenwerking is in het belang van de doelgroep die wij bedienen en van de gezondheid van de organisaties op zich. Het is erg belangrijk dat elke jongere, elk gezin binnen elk soort context, in elke wijk en met iedere unieke zorgbehoefte een kwalitatief zo goed en kostenefficiënt mogelijk antwoord op de zorgvraag vindt. Ieder levert in dit grote samenwerkingsverband zijn eigen unieke bijdrage, vanuit zijn specialiteit. Niet in de laatste plaats willen wij ook een bondgenootschap aangaan met ervaringsdeskundigen op het gebied van GGZ. De jongeren zelf, ervaren ouders, ex-patiënten zijn onmisbaar en van grote meerwaarde in het komen tot een kloppend herontwerp en goede ketensamenwerking.

2.3.1 Ons aandeel in de keten

Bij Mondriaan K&J zien we momenteel de complexiteit van aangemelde problematieken toenemen. Ook de vraag naar crisiszorg stijgt. Opvallend in de aangemelde casuïstiek is dat we zien dat veelal te laat de juiste zorg wordt ingezet. Zowel in de toegangsteams als bij de huisartsen c.q. POH-GGZ (praktijkondersteuners GGz), blijkt er gebrek aan expertise te zijn om complexe en ernstige problematiek vroeg te signaleren. Wij willen de expertise die nodig is - en voorhanden is bij Mondriaan K&J - graag eerder inzetten en dus beschikbaar maken t.b.v. de toegangsteams en de huisartsen c.q. POH-GGz. Dat kan middels consultatie, maar ook door het trainen van professionals. Daarnaast willen wij de expertise van het voorliggend veld sneller kunnen inzetten tijdens en na de behandeling van onze patiënten, zodat wij in staat zijn sneller af te schalen waar mogelijk. Onze behandelcapaciteit raakt nu nog te vaak verstopt doordat deze mogelijkheden onvoldoende beschikbaar zijn. Als elke ketenpartner zich toelegt op zijn eigen kernopdracht en we daarover zorgvuldig afstemmen met elkaar, komen er middelen vrij om de samenwerking te versterken. Op deze wijze kunnen we voorkomen dat kinderen te lang te lichte hulp ontvangen terwijl intensievere hulp nodig is, maar ook dat kinderen te zware hulp krijgen waar lichtere hulp ook toereikend zou zijn geweest.

2.3.2 Samenwerkingsinitiatieven

Mondriaan K&J is in het kader van het herontwerp doorgeslagen met actief de ketenpartners te benaderen in zowel de jeugd-GGz als jeugdhulpverlening en onderwijs. We werken namelijk al geruime tijd nauw samen met enkele ketenpartners binnen diverse intersectorale samenwerkingsverbanden.

Traumacentrum Jeugd Limburg

Een mooi voorbeeld van samenwerking is het Traumacentrum Jeugd Limburg met XONAR en Koraal. De drie jeugdzorginstellingen Mondriaan, XONAR en Koraal bundelen sinds oktober 2016 hun expertise op het gebied van traumabehandeling vanuit één loket: het Traumacentrum Jeugd Limburg.

Samen stellen ze op het juiste moment, snel de juiste hulp beschikbaar aan Limburgse kinderen en jeugdigen tot 23 jaar. Het Traumacentrum Jeugd Limburg is gevestigd in Sittard, maar behandelt daarnaast in Heerlen, Maastricht en Venlo.

Crisiszorg Jeugdhulp Zuid-Limburg

Mondriaan, Koraal en XONAR hebben het initiatief genomen om te komen tot integrale crisiszorg voor jeugd in de regio Zuid-Limburg. De organisaties vinden het belangrijk dat de zorg voor jeugdigen en gezinnen in crisissituaties zonder organisatorische belemmeringen integraal wordt uitgevoerd. Bureau Jeugdzorg, Spoedeisende Hulp en Zuyderland zijn bij het initiatief aangesloten, evenals Lionarons, Amacura en Virenze. Op initiatief van de gemeenten in Zuid-Limburg is een onderzoek uitgevoerd naar de verbetermogelijkheden in de crisiszorg in de regio. Uit het onderzoek bleek de noodzaak voor een integrale en intersectorale uitvoering van de crisiszorg voor jeugdigen. Vertegenwoordigers van de kerngemeenten in de regio (Maastricht-Heuvelland, Westelijke Mijnstreek en Parkstad) zijn dan ook betrokken in deze ontwikkeling. Eveneens werkt Mondriaan met bovenstaande partijen aan een *'regionaal aanmeldpunt crisis in het voorveld'*. Door deze intersectorale vormen van samenwerking op het gebied van crisis kunnen wij samen een sluitend netwerk vormen, gericht op het zo snel mogelijk stabiliseren en terugdringen van crisis en inzetten van vervolghulp.

Rondom jeugd

Rondom Jeugd is een samenwerkingsverband van Koraal, Mondriaan, Stichting Radar, Stichting Jeugdzorg Sint Joseph (SJSJ) en XONAR jeugd & opvoedhulp. Rondom Jeugd wil op basis van een gezamenlijke regiovisie jeugd en een daarop gebaseerde ontwikkelagenda, in Zuid-Limburg werken en bijdragen aan een ontkokerd stelsel van sociale ondersteuning, welzijn en zorg. Voor alle inwoners in alle levensfasen. Rondom Jeugd wil haar specialistische kennis voor alle segmenten van de jeugdhulpketen beschikbaar hebben en houden en continu verder ontwikkelen. Intensieve zorg - soms ook buiten de directe omgeving van het kind – zal immers ook in de toekomst nodig blijven. Door kennis en vaardigheden naar het voorliggend veld te brengen en specialistische kennis in alle jeugdhulpfuncties een belangrijke plek te geven, willen de betrokken organisaties bijdragen aan (nog) betere jeugdhulp. Om dit mogelijk te maken onderschrijven ze nut en noodzaak van meer focus op samenwerking en samenhang tussen hun activiteiten en waar mogelijk met het voorliggende veld.

Samenwerking Koraal en Mondriaan K&J binnen Jeugd-F-ACT

Het Jeugd F-ACT team (Flexible Assertive Community Treatment) werkt outreachend en is een evidence based programma. Het team bestaat uit behandelaren van Koraal/Gastenhof en Mondriaan K&J. Jeugd-F-ACT biedt intensieve behandeling, waarbij de jeugdige centraal staat en de professionals samenwerken met en rondom de jeugdige en iedereen die betrokken is, in de eigen omgeving (thuis, school). Ouders en verzorgers zijn belangrijke partners in herstel, ondersteuning en behandeling.

De doelgroep van het Jeugd F-ACT team bestaat uit jeugdigen in de leeftijd 12 tot 21 jaar met (signalen van) *ernstige psychiatrische problematiek in combinatie met problematiek op andere levensgebieden*. Het betreft jeugdigen die vaak moeilijk bereikbaar zijn voor hulpverlenende instanties. Het gaat enerzijds om jeugdigen die nog geen of onvoldoende probleem-besef hebben, dus geen hulp zoeken of hulpvragen kunnen formuleren. Anderzijds gaat het om jeugdigen die een lange historie hebben met de hulpverlening waarin ze zijn vastgelopen en veelal teleurgesteld zijn.

2.3.3 Maatschappelijke businesscase

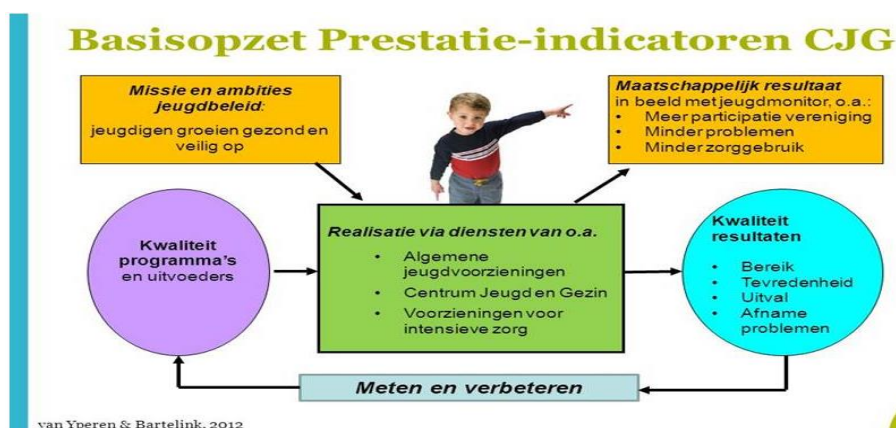
Het spreekt voor zich dat het van groot belang is dat kinderen gezond opgroeien en gezonde volwassenen worden die volledig kunnen deelnemen aan de maatschappij. Om dit te bereiken is een adequater netwerk van jeugdhulp incl. geestelijke gezondheidszorg nodig. Tien jaar geleden al drong de World Health Organisation (WHO) er bij EU lidstaten op aan om een adequate, bereikbare en jeugdriendelijke GGz neer te gaan zetten. Het vormen van geïntegreerde netwerken van hulpverlening speelt daarbij een belangrijke rol.

Het moment voor verandering is nu. Internationaal wijzen de WHO en pioniers als de Australische Patrick McGorry op het belang en de urgentie van adequate, geïntegreerde Youth Mental Health care. Suïcide cijfers bij onder andere jongvolwassenen zijn te hoog. Wachtlijsten lopen op. De kritieken op de transitie van jeugdzorg naar gemeenten zijn niet mals. Er is volop aandacht voor de verwarde mens. Het toenemende gevoel van onveiligheid, de vluchtelingenproblematiek, al dan niet terroristische geweldsdaden door jonge volwassenen die breed worden uitgemeten in de media, dragen allebei aan bewustwording (bij burgers en politici) van het belang van psychische gezondheid en een gezonde samenleving.

Daarom is het onze wens - en is het tegelijkertijd noodzakelijk - om nóg meer dan nu te investeren in een duurzaam professioneel netwerk met alle partners in de keten, zodat kinderen en jeugdigen met complexe (meervoudige) psychiatrische problematiek tijdig de juiste behandeling krijgen. Niet te vroeg, niet te laat, niet te weinig, niet te veel, niet te duur. Dit vraagt om een specifieke vorm van samenwerking, die we graag samen met de regiegemeente Maastricht verder vorm willen geven. Alleen door een verschuiving binnen de zorgketen en door samen te werken aan goede, snelle en integrale hulp kunnen we op maat gesneden en gepaste hulp aanbieden, zowel in vorm en inhoud als in intensiteit.

Om duidelijk te krijgen waar in de keten geïnvesteerd en bezuinigd moet worden om te komen tot een duurzaam integraal zorgaanbod, is een **maatschappelijke businesscase** nodig. Deze kan ontwikkeld worden door het instellen van een projectgroep en van daaruit geïnitieerde werkgroepen vanuit de gemeente, partners uit de jeugdzorg, welzijn en onderwijs. Zo krijgen we een totaalbeeld van de werking van de regionale zorgketen en ontdekken we waar ieders unieke meerwaarde, de krachten en de kwetsbaarheden van het huidige systeem liggen. Een dergelijke businesscase levert bovendien indicatoren op die helpen hernieuwd beleid te monitoren. Wetenschappelijk onderzoek biedt inzicht in de effecten van het nieuwe beleid. Mondriaan K&J gaat deze uitdaging om te komen tot een maatschappelijke businesscase graag aan! Samen met de belangrijkste partners willen we een beschrijving van de gewenste infrastructuur uitwerken en toewerken naar de bereidheid tot intensieve samenwerking. Daarna kunnen we als onderdeel van dit transitieproces gezamenlijk - met de regiegemeente Maastricht - betekenis en invulling geven aan deze vernieuwde samenwerking.

Om structureel inzicht te krijgen in de verbetering van de kwaliteit van jeugdhulp die verbeterd gaat worden met het herontwerp Mondriaan K&J, wordt vanuit de gemeente aangegeven het kwaliteitsmodel van het NJI toe te passen.



De Zuid-Limburgse gemeenten hebben doelen gesteld in hun beleidsplan die zij willen realiseren. Hiervoor worden jeugdhulpinstellingen ingezet om hulp te verlenen zodat bepaalde maatschappelijke resultaten behaald worden.

De maatschappelijke resultaten worden op dit moment in de vorm van Kritische Prestatie Indicatoren (KPI's) door de werkgroep residentieel geformuleerd, waar ook Mondriaan in participeert. Aan deze KPI's sluit het herontwerp naadloos aan.

Om de toegevoegde waarde te meten van dit herontwerp/ business case wordt gekeken welk effect dit heeft op het maatschappelijk resultaat/ de KPI's.

Het herontwerp zal één van de elementen zijn die bijdraagt aan het realiseren van deze KPI's. Om duidelijk te krijgen wat de meerwaarde is wordt dit onderzocht door het bureau Sinzer, dat reeds in Nijmegen ervaringen heeft opgedaan met het uitvoeren van MBC's in een vergelijkbaar besluitvormingsproces. Een projectgroep wordt opgesteld uit leden van GGz, jeugd- en opvoedhulp, LVB sector, voorliggend veld, gemeente (toegang) en cliëntvertegenwoordiging. Daarnaast is de universiteit van Maastricht betrokken om een goede monitoring op te zetten en uit te voeren, om te kunnen beoordelen of de ingezette middelen ook een bijdrage hebben geleverd aan het realiseren van de KPI's.

Profielschets Mondriaan K&J

3.1. Introductie

In Nederland heeft 15-20% van de jeugdigen een psychologisch of gedragsmatig probleem. In Zuid-Limburg rapporteert 20% van de 12 tot 22-jarigen psychische klachten.

In deze regio heeft Mondriaan K&J de taak om zorg te bieden aan de kinderen en jeugdigen met de meest complexe psychiatrische problematiek. Denk daarbij aan Autismespectrumstoornissen, ADHD, middelengebruik, angst-, stemmings-, eet-, gedrags-, persoonlijkheids- en psychotische stoornissen, gezinsproblematiek. Vaak zien wij zeer kwetsbare kinderen en jongeren met combinaties van deze aandoeningen, in ongunstige leefomstandigheden. Partners in de keten kunnen de meeste van deze aandoeningen in de basis wel behandelen. Echter, wanneer stoornissen zich in ernstige mate ontwikkelen, langer bestaan, moeilijker reageren op behandeling of tegelijkertijd optreden is een andere mate van deskundigheid nodig. Als enige in de regio heeft Mondriaan K&J de expertise en faciliteiten voorhanden die hiervoor nodig zijn. Onze professionals zijn experts op het gebied van de meest complexe, meervoudige en ernstige problematieken. Ons behandelpakket is breed. Het aanbod varieert van meerdere vormen van preventieve hulp, evidence based psychotherapieën tot intensieve kortdurende residentiële behandelingen voor kinderen en jongeren die tijdelijk niet in hun thuisomgeving kunnen wonen. Op alle terreinen werken we intensief samen met partners in de keten om zo snel mogelijk de juiste vorm en route van behandeling te initiëren en verergering van de problematiek te voorkomen. In 2016 hebben we in Zuid-Limburg op deze wijze 1.120 kinderen en jeugdigen behandeld.

3.2. Doelgroep

Tot onze doelgroep behoren de meest kwetsbare kinderen en jeugdigen in Zuid-Limburg in de leeftijd van 3 tot en met 20 jaar met ernstige en complexe kinder- en jeugdpsychiatrische (co-) morbiditeit, met uitval op meerdere levensgebieden (thuis, op school, buitenshuis) en ontwikkelingsstagnatie of –deviatie op verschillende gezondheidsdomeinen (lichamelijk, psychologisch en sociaal). We richten ons eveneens op 'transitiepsychiatrie'; de adolescenten in hun overgangsfase van jeugd naar volwassenheid. Deze doelgroep vraagt om de ontwikkeling van interventies en organisatievormen die de huidige kloof tussen de kinder- en jeugdpsychiatrie en de volwassenpsychiatrie overbruggen.

3.3. Zorgprogramma's

De aangemelde problematiek is geordend binnen de volgende zorgprogramma's:

- Autismespectrumstoornissen (Leo Kannerhuis Limburg¹)
- ADHD
- Angststoornissen inclusief psychotrauma
- Stemmingsstoornissen
- Eetstoornissen
- Gedragsstoornissen in combinatie met psychiatrie
- Jongeren en Middelengebruik
- Persoonlijkheidsstoornissen
- Psychotische stoornissen
- Trauma
- Combinaties van bovenstaande problematiek zijn mogelijk.

Onze zorg beantwoordt aan wettelijke regelgeving gangbaar in de gezondheidszorg, zoals de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ).

3.4. Waarin onderscheidt Mondriaan K&J zich?

Mondriaan K&J is een gespecialiseerde jeugd-GGz instelling. Onderstaande unieke behandel­faciliteiten worden momenteel alleen door ons aangeboden:

- Een klinische GGz-voorziening voor kinderen en jeugdigen en Orthopsychiatrie (regio Limburg)
- De BOPZ-functie voor kinderen en jeugdigen (regio Limburg)
- Ambulante behandelvormen voor complexe, meervoudige jeugd-GGz
- Ambulante trajecten voor suïcidale en psychotische kinderen
- Uitgebreid online behandel­aanbod
- Uitgebreide outreachende producten zoals Jeugd F-ACT² (evidence based en gecertificeerd)
- Crisisfunctie binnen en buiten kantoortijden voor de regio
- Kennis van vluchtelingenproblematiek bij kinderen en jeugdigen
- Kennis van jongeren en middelengebruik (geïntegreerde kennis van verslaving en K&J psychiatrie)
- Preventieaanbod, zoals de Happyyles³ en Boks.⁴

3.5. Verwijzingen naar Mondriaan binnen zorglandschap Zuid-Limburg

De verwijzingen naar Mondriaan K&J komen voor **59,7%** rechtstreeks vanuit de huisartsen, **9,7%** vanuit de gemeente en **30,6%** vanuit diverse zorginstellingen (zie onderstaande tabel). Regelmatig, in dus ongeveer één op de drie verwijzingen, komt het voor dat een patiënt al een behandelroute heeft doorlopen via andere (GGz)zorginstellingen voordat hij/zij met complexe psychiatrische (co)morbiditeit bij Mondriaan K&J wordt aangemeld. Redenen voor

¹ Het Leo Kannerhuis Limburg maakt deel uit van het Leo Kannerhuis Nederland. Dit is een samenwerkingsverband van (GGz-) instellingen die gespecialiseerde behandeling en begeleiding bieden aan cliënten met autisme op locaties verspreid over Nederland. Door de samenwerking met deze verschillende instellingen delen we kennis en expertise en bieden we gespecialiseerde autisme behandeling en begeleiding.

² Jeugd F-ACT is bedoeld voor jongeren die in hun dagelijkse leven veel last ondervinden van hun problemen. Zo volgen ze bijvoorbeeld geen opleiding, zijn werkloos, hebben geen inkomen, of misschien zelfs geen onderdak. Toch kunnen of willen ze de stap naar behandeling niet zetten. De hulpverleners van het FACT-team bieden dan zowel praktische begeleiding als behandeling.

³ De Happyyles is een e-learning aanbod voor jongeren van 13 t/m 25 jaar. Het doel van Happyyles is mentale veerkracht versterken en depressie voorkomen. Happyyles leert jongeren om in het dagelijks leven niet alleen bezig te zijn met hun lichamelijke conditie, maar ook met hun psychische conditie, ofwel hun geluksgevoel.

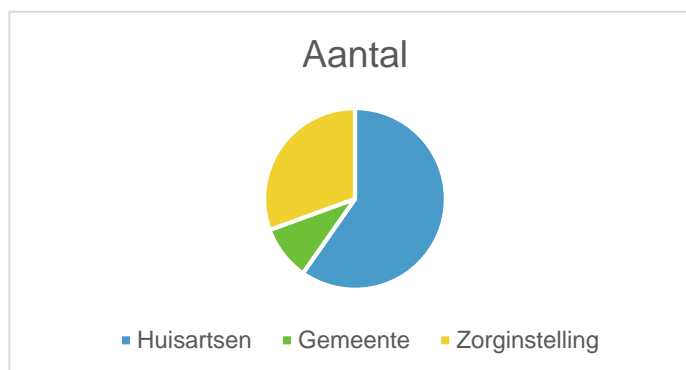
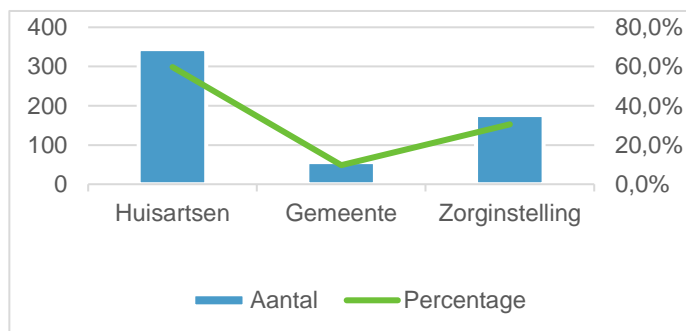
⁴ BOKS is een intensief behandelprogramma dat op school wordt gegeven aan jongeren die risicovol of problematisch middelen gebruiken. Het is een kortdurende leefstijltraining.

deze doorverwijzing zijn o.a. het niet voorhanden zijn van specifieke kinder -en jeugdpsychiatrische diagnostiek en behandeling (psychiatrisch onderzoek, psychofarmaca, state of the art therapievormen, systeemtherapie), niet kunnen bieden van crisishulp binnen/buiten kantoor tijden, ontbreken van klinische capaciteit, niet bereiken van herstel. Doorverwijzing verloopt dan via de instelling waar het kind/de jeugdige is 'uitbehandeld' of (alsnog) via de huisarts. Hoe hoog dit 'indirecte' aantal verwijzingen is via de huisarts is niet helder. Dit wordt de komende periode nog uitgezocht. Uit gesprekken met diverse GGz-partners blijkt overigens dat elke organisatie zijn uniciteit en specialiteit heeft en een ander deel van de markt bedient. In die zin zijn de zorginstellingen in de regio vaak aanvullend aan elkaar. Mondriaan K&J onderscheidt zich van haar partners echter in de mate van de ernst en de complexiteit van de problematiek die behandeld wordt.

Verwijzer	Aantal
Adelante	2
Amacura	8
AZM	3
BJZ	27
CJG	4
CJG	2
Gastenhof	4
GGD	28
GGD	3
Icarus	8
Intern	2
K&J psychiater	1
Kinderarts	1
Kinderpsychiater	1
Lionarons	3
MUMC	1
Nova	3
PP Kerkrade	1
PPP Meerssen	1
Praktijk Heuvel-land	1
Psycare	1
Psychiater	4
Rechtbank	1
Riagg	2
Virenze	20
Virenze	5
Xonar	1
Zuyderland	38

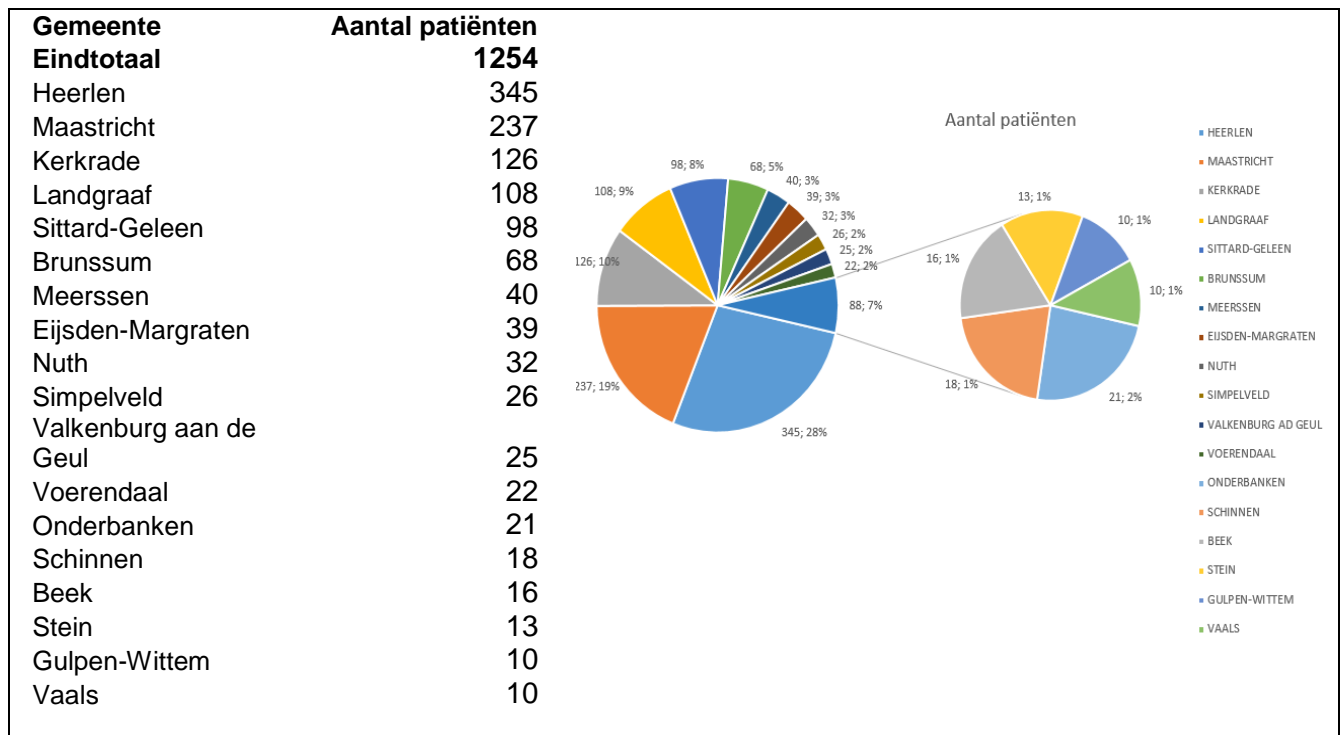
Eindtotaal 176

Verwijzer	Aantal 2016	Percentage
Huisartsen	344	59,7%
Gemeente	56	9,7%
Zorginstelling	176	30,6%
Totaal	576	100%



3.6. Aantal verwezen patiënten vanuit de 18 gemeenten in Zuid-Limburg

Onderstaand is een overzicht dat per gemeente in Zuid-Limburg aangeeft hoeveel kinderen en jeugdigen zijn verwezen naar Mondriaan K&J in 2016.



4. Herontwerp Mondriaan K&J

Het herontwerp van Mondriaan K&J biedt een goede basis voor verdere innovatie en een passend antwoord op de zorgvragen van kinderen en gezinnen uit onze regio. Dit kunnen wij alleen realiseren in nauwe samenwerking met onze ketenpartners. In hoofdstuk 11 treft u de financiële doorberekening aan van dit herontwerp, in de vorm van een businesscase. Het herontwerp betekent voor Mondriaan K&J een ingrijpend transformatieproces, dat - zoals reeds benoemd - drie jaar in beslag neemt. Deze prognose kan gedurende het proces aangepast worden, indien nodig en/of mogelijk. Uitgangspunt is om in de overgangsfase continuïteit van zorg te kunnen blijven bieden.

Onze propositie

De diagnostiek en behandeling binnen het herontwerp kenmerken zich door:

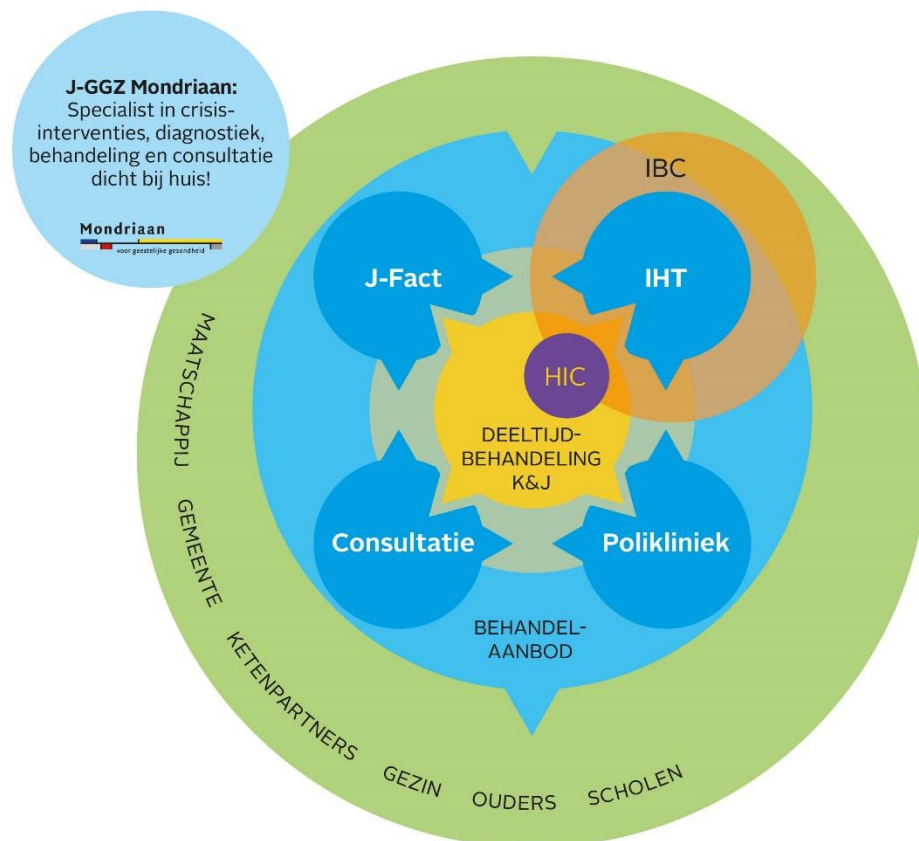
- Zoveel als mogelijk in de thuis/leefsituatie, gezins- en contextgericht, in het echte leven.
- Intensive Home Treatment (IHT)
- High Intensive Care (HIC)
- Specialistische kennis en kunde m.b.t. kinderen/jongeren (3 - 20 jaar) en gezinnen met complexe psychiatrische problematiek.
- Zo kort mogelijke wachttijden, intake binnen twee weken, start behandeling binnen vier weken.
- Flexibel, dynamisch en gemakkelijk toegankelijk.
- Behandelinterventies zoveel mogelijk volgens geldende richtlijnen en evidentie.
- Omvangrijk arsenaal aan preventie, outreachende, poliklinische, online blended en high intensive care behandelvormen.

- Specifiek aanbod voor adolescenten in de leeftijd van 16 - 20 jaar met aandacht voor de transitie richting volwassenheid.
- Een integraal zorgaanbod met hoge continuïteit waarbij we niet meer doen dan nodig is, maar ook niet minder dan moet.
- Soepel op en af schalen naar meer of minder intensief, waarbij de zorgbehoefte van kind en gezin leidend is.
- Behandeling altijd samen met het gezin/systeem, met zoveel mogelijk behoud van autonomie en eigen regie.
- Consultatie en adviesfunctie (voor ketenpartners, gemeenten, scholen...etc.).
- Co-behandeling samen met ketenpartners (kortdurend).

5. Inhoudelijke vormgeving van het herontwerp

Vanuit onze overtuiging dat kinderen zich het beste ontwikkelen wanneer zij in hun eigen vertrouwde omgeving opgroeien, vindt behandeling zoveel als mogelijk plaats in de thuisomgeving. Onze zorg wordt als zodanig georganiseerd. We werken vraag gestuurd en persoonsgericht, gericht op herstel en te allen tijden crisis- en opname voorkomend. Ouders/opvoeders hebben een belangrijke positie in het behandelproces, onafhankelijk vanuit welke behandelsetting de behandeling plaatsvindt.

Onderstaande figuur omvat een schematische voorstelling van het toekomstige behandel-aanbod met als belangrijk onderdeel het Intensief Behandelcentrum (IBC), van waaruit zorg snel en efficiënt op- en afgeschaald kan worden en waarbij de verschillende behandelvormen met elkaar in verbinding staan en elkaar versterken.



5.1. De groene cirkel

Het dichtst bij het kind/de jeugdige staan zijn ouders/opvoeders. Maar ook anderen spelen een rol in het leven van een kind. Denk aan opa en oma, onderwijzer, voetbalcoach, buurvrouw, zorgaanbieder/ ketenpartners etc. Deze voor het kind belangrijke personen/organisaties worden nauw betrokken binnen het hulpverleningsproces. De groene cirkel is als het ware een groene vlek die door alle cirkels en processen heen loopt.

5.2. De blauwe cirkel

Onze behandelingen sluiten zoveel mogelijk aan op de woon- en leefomgeving van het kind/de jeugdige. We richten ons hierbij primair op het kind/jeugdige, maar ook op de mensen om hem/haar heen en andere professionals die een rol spelen in de ontwikkeling en zorg.

Hieronder vallen:

- de nieuwe aanpak IHT (Intensive Home Treatment)
- de nieuwe aanpak IHT-Orthopsychiatrie
- Jeugd F-ACT
- Poliklinische diagnostiek en behandeling
- Consultatie en deskundigheidsbevordering/training aan ketenpartners
- Kortdurende behandelondersteuning aan ketenpartners

5.3. De gele cirkel

Als een kind/jeugdige (en diens systeem) meer hulp en bescherming nodig heeft, bieden we intensieve behandelingen in deeltijd aan. Bij crisis wordt snel opgeschaald. Dit kan leiden tot een korte opname, maar kan ook ambulantly intensief behandeld worden. Als de crisis voorbij is, wordt de zorg weer afgeschaald naar deeltijdbehandeling. Deze worden zowel individueel als in groepsverband aangeboden.

5.4. De paarse cirkel

Hierin bevindt zich de klinische capaciteit op onze HIC (High Intensive Care). Het aantal bedden voor kinderen wordt substantieel verminderd en vervangen door andere vormen van intensieve behandeling, zoveel mogelijk in de thuissituatie, in en met het gezin. We gaan voor de regio Zuid-Limburg van bruto 39 bedden gemiddeld in 2016 naar bruto 15 bedden in september 2019. Dit is inclusief 2 (crisis)bedden voor kinderen jonger dan 12 jaar en 2 BOPZ-bedden. Echter, exclusief 2 bedden voor jongvolwassenen vanaf 18 jaar (de zogeheten zorgverzekeringsbedden ZVW).

Binnen de Orthopsychiatrie wordt een differentiatie ontwikkeld naar High Intensive Care (korte crisis opname) en Medium Care bedden, voor opnames met een opnameduur van circa 4 maanden. Beiden met een parallel ambulantly aanbod.

5.5. Verbinding tussen cirkels

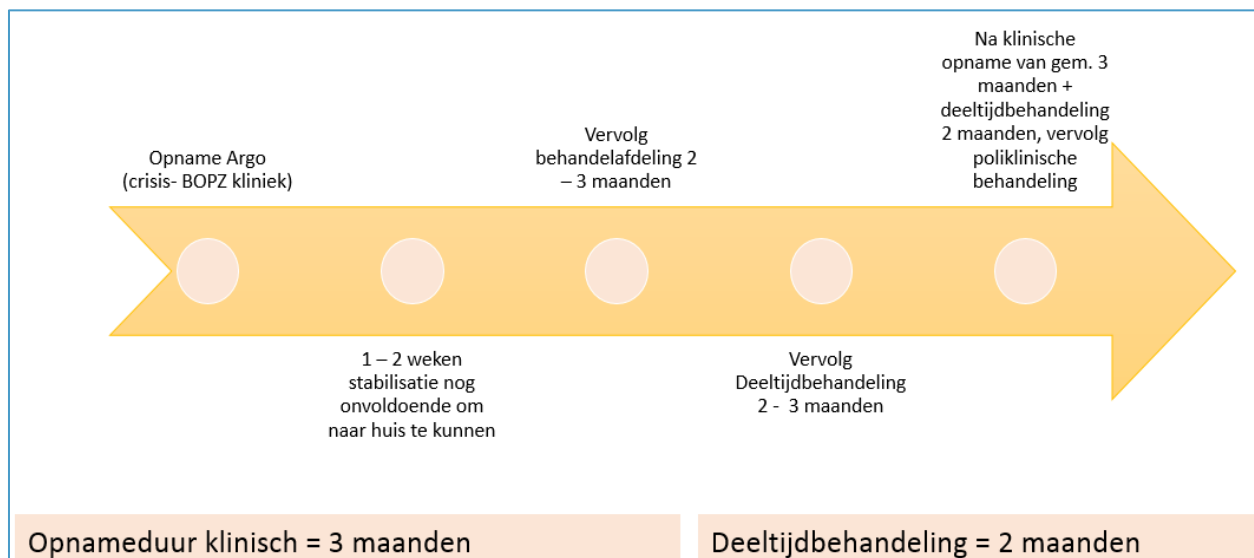
De verschillende behandelvormen binnen het herontwerp staan zeer nauw met elkaar in verbinding. Dit wordt gesymboliseerd door de pijlen/inhammen in bovenstaand figuur. Deze interactie stelt ons in staat om de intensiteit van zorg flexibel in te zetten, dat geldt eveneens voor de inzet van professionals. De behandelaar van de IHT blijft behandelaar op het moment dat het kind/de jeugdige onverhoopt een opname nodig heeft. Daarnaast is de HIC-afdeling permanent beschikbaar voor kinderen/jeugdigen die binnen de IHT in behandeling zijn. De verbinding/samenwerking tussen deze behandelingen binnen Mondriaan noemen we het Intensieve Behandelcentrum (IBC). Een ander verbindend element is de Crisisdienst, waarop vanuit elke behandelvorm op ieder moment een beroep kan worden gedaan. Daarnaast maken alle behandelvormen gebruik van het modulehuis waardoor we een grote diversiteit aan behandelmodules kunnen inzetten. Ook diagnostiek is mogelijk binnen elke behandelvorm. De verbinding tussen de verschillende behandelvormen vindt plaats op basis van een gezamenlijke behandelvisie, op basis van de onderlinge samenwerking en ten aanzien van de logistieke verbindingen. E-health heeft een belangrijke plek binnen ons behandelaan-

bod en kan binnen alle programma's worden gebruikt. Ter ondersteuning van het kind en gezin kan een stevig online behandelaanbod worden opgestart, gericht op o.a. psycho-educatie, opvoedondersteuning en het nemen van meer regie over behandeling en herstel. De online behandelprogramma's worden gecombineerd met face-to-face contacten. Indien nodig kunnen zij worden ingezet om de behandeling te intensiveren en opnames te voorkomen. Aan het einde van de behandeling kan een online module worden ingezet om de intensiteit van de zorg af te schalen. Mondriaan heeft al langere tijd ervaring met online behandelen zowel bij jongeren als bij ouders/opvoeders.

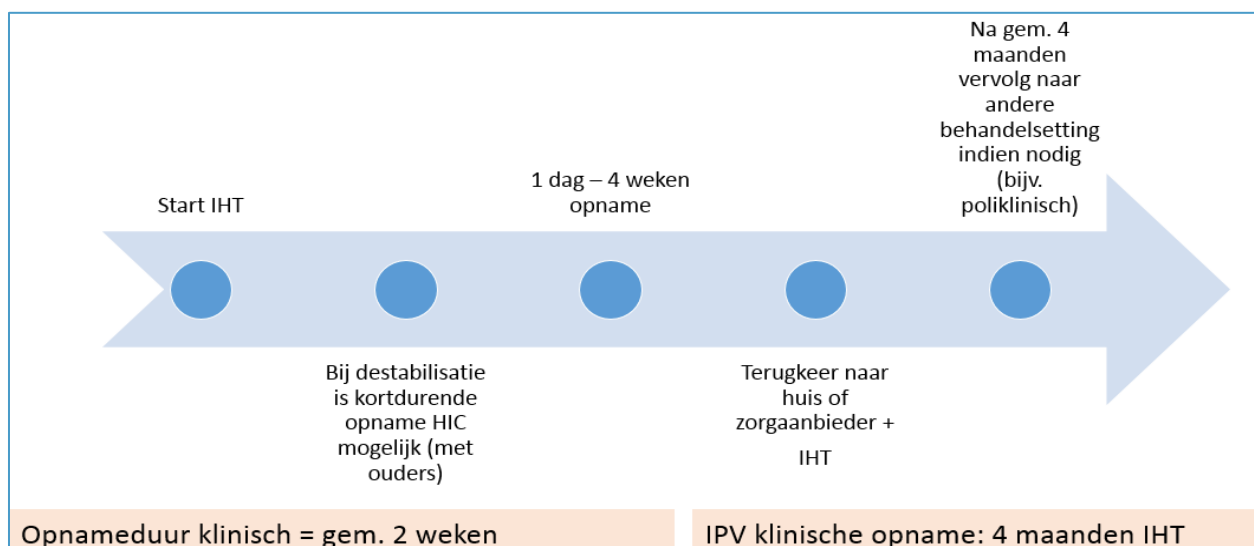
6. Schematische weergave zorgprofiel

In het herontwerp van Mondriaan K&J zijn alle behandelmethodieken aanvullend aan elkaar. Echter, in het vervolg van dit document zoomen we met name in op IHT en HIC aangezien deze onderdelen het meest innovatief zijn en gevolgen hebben voor de bedcapaciteit.

6.1. Zorgprofiel huidige situatie



6.2. Zorgprofiel nieuwe situatie Intensief Behandelcentrum (IHT en HIC)



7. Uitwerking herontwerp ten aanzien van Crisis, IHT en HIC

7.1. Goede zorg in elf punten

Afgeleid van onze visie op behandeling formuleren we de volgende kenmerken van goede zorg:

- Ondersteunt herstel en bevordert empowerment.
- Bevordert participatie en bestrijdt stigmatisering.
- Streeft naar veiligheid en het nemen van verantwoorde risico's.
- Stemt zorg individueel af ('personalized care') en investeert in een goede werkrelatie.
- Ondersteunt en werkt samen met familie en andere naast betrokkenen.
- Werkt aan effectieve relaties in de bredere omgeving.
- Biedt zorg die rekening houdt met de dimensies en fasen van herstel.
- Biedt zoveel mogelijk bewezen effectieve interventies aan.
- Bevordert goede lichamelijke gezondheid en somatische zorg.
- Biedt integrale zorg die op continuïteit is gebaseerd.
- Maakt optimaal gebruik van nieuwe technologie.

Uit onderzoek blijkt dat:

- Jongeren door een opname ontheemd kunnen raken van gezin, school en sociale omgeving
- Thuis behandelen effectiever is: herstellen lukt beter in de context van de eigen leefomgeving, in verbinding met belangrijke andere personen en 'het echte leven'.
- Het onvoldoende betrekken van het netwerk van de jongere leidt tot een ongewenst lange opnameduur, stagnatie in ontwikkeling of terugval.

Onze Crisisdienst, de IHT en HIC voldoen aan de beschreven kenmerken van goede zorg. Uitgangspunt bij deze behandelingen is het versterken van beschermende factoren, zoals behoud of verbetering van het contact met school en het sociale netwerk. Vaardigheden van ouders/opvoeders moeten zoveel mogelijk behouden blijven en waar nodig versterkt worden (ook tijdens een crisis), zodat zij hun kind zo optimaal mogelijk kunnen helpen bij het herstel. Behandeling is er dan ook op gericht om ouders in hun rol als opvoeder/verzorger te steunen in plaats van de verantwoordelijkheid van hen over te nemen. Deze werkwijze draagt ertoe bij dat stigmatisering van het kind/de jeugdige door langdurige opname wordt voorkomen. Daarnaast vermindert het bij ouders het gevoel van falen. Op- en afschalen van bescherming/zorg dient flexibel te gebeuren om zo de meest beschermende vorm van zorg (opname) zo kort mogelijk te houden en snel te kunnen werken aan herstel. IHT kan ook aansluiten aan de residentiele zorg van bijvoorbeeld XONAR of Koraal. Zodoende kunnen we onze expertise, onder andere gericht op crisis, inzetten bij onze ketenpartners.

7.2. Crisis

Een crisis is een (meestal acute) psychische noodsituatie, waarbij de gebruikelijke hulp en/of middelen om het evenwicht te bewaren niet meer helpen. Crisisopname dient zo kort mogelijk te worden gehouden.

Crisisbehandeling moet de volgende onderdelen omvatten:

- Flexibiliteit
- 24-uurs bereikbaarheid
- Aanvulling op reguliere zorg

7.3. IHT (Intensive Home Treatment)

IHT is een nieuwe ontwikkeling binnen de geestelijke gezondheidszorg in Nederland in navolging van het Engelse Crisis Resolution Home Treatment (CRHT)-model en is een bewezen effectieve interventie.

7.3.1 Doelgroep

- Leeftijd 12-18 jaar
- Er is sprake van een crisis-/spoedachtige situatie
- (Vermoeden van) complexe psychiatrische problemen
- Verstoorde balans draagkracht - draaglast in thuissituatie
- 'Multiprobleemgezinnen' met vaak rigide gedragspatronen
- Problemen op meerdere levensgebieden
- Onvoldoende aansluiting bij reguliere hulpverlening
- BOPZ
- Opname patiënten met reactieve hechtingsstoornis/persoonlijkheidsproblematiek: alleen bij duidelijke afspraken en korte opnameduur.

7.3.2 Doelstelling

- Patiënt en systeem hebben inzicht op en accepteren de psychiatrische mogelijkheden en beperkingen.
- De balans tussen de opvoedingstaken van de ouders/opvoeders en ontwikkeltaken van de patiënt wordt hersteld.
- Het reguliere dagelijkse leven waarbij onderwijs en vrijetijdsbesteding van belangrijke betekenis zijn, wordt hersteld. Hierbij rekening houdende met de psychiatrische problematiek.

7.3.3 Uitgangspunten

- Geen wachtlijst
- Intake binnen 1 week
- 24/7 bereikbaar
- Uitstekende behandeling van patiënten in hun eigen omgeving
- Ouders/opvoeders verstevigen in hun rol als verantwoordelijke voor de opvoeding
- Betrekken van het netwerk: familie, buurt, school
- Samenwerking met ketenpartners: huisarts, jeugdbescherming, sociale wijkteams, scholen, crisisdienst, politie, RIBW
- Co-behandeling met ketenpartner op moment dat patiënt bij de ketenpartner in behandeling is
- Gecombineerd met o.a. farmacotherapie, systeemtherapie en andere vormen van therapie.

7.3.4 Multidisciplinair behandelteam

- (Ambulante) gezinsbehandelaren, die ook op de HIC inzetbaar zijn.
- (GZ-)psycholoog (casemanager)
- Kinder- & jeugdpsychiater
- Intervisie systeemtherapeut

7.4 HIC (High Intensive Care)

Jongeren met en zonder BOPZ-maatregel worden desgewenst voor een korte klinische interventie opgenomen, samen met een ouder/vertrouwenspersoon. De ouder/vertrouwenspersoon voor een beperkt aantal dagen. Een korte opname kan voorafgaand, maar ook tijdens een IHT-traject gebeuren. Hierbij zijn we uitgegaan van een gemiddelde opnameduur van 21 dagen.

7.4.1 Doelstelling

- Stabiliseren van ernstig psychiatrisch toestandsbeeld.
- Intensivering van behandel-/begeleidingstraject (in samenspraak met het gezin wordt hier vrijwillig voor gekozen).
- Observatie/diagnostiek

7.4.2 Uitgangspunten

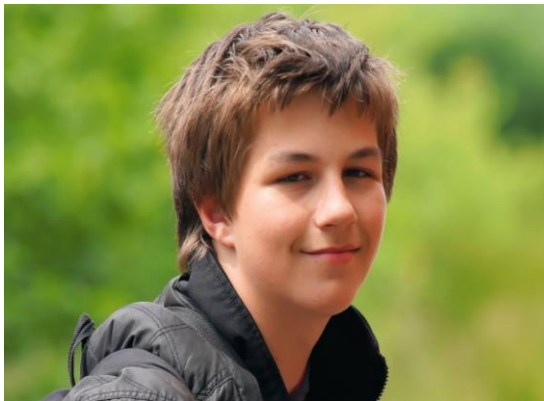
- Rol van ouders is van cruciaal belang naar de jongere toe.
- Ouders worden mee opgenomen (rooming-in).
- Ochtendvisite met jongere, ouders, gezinsbehandelaren en behandelcoördinator of psychiater.
- Eigen doelen van de jongere en ouders.
- De rol van school, vrienden is van belang.
- Samenwerking op alle fronten (intern & extern).

7.4.3 Multidisciplinair behandelteam

- Kinder- en jeugdpsychiater
- Verpleegkundigen/social workers
- Behandelcoördinator: psycholoog / gz-psycholoog
- Ouderbegeleiding
- Activiteitenbegeleider

8. Uitwerking herontwerp in cases

8.1. Casus Pim - Orthopsychiatrie



Dit is Pim, 14 jaar oud. We kennen hem al een tijdje. Pim is bekend met autismespectrumproblematiek en angsten. Na zijn eerste aanmelding en het stellen van de diagnose - zo'n 2,5 jaar geleden – kwam hij poliklinisch in behandeling. Deze behandeling bestond uit individuele cognitieve gedragstherapie, ouderbegeleiding en medicatie. Ook volgde Pim bijna een jaar lang dagbehandeling. Intussen werd vanuit Xonar Auti Ambulant ingeschakeld om moeder en zoon verder thuis te begeleiden. Aan het eind van deze behandelingsperiode is hij overgestapt naar een gespecialiseerde school en wordt hulpverlening bij Mondriaan beëindigd.

Huidige situatie

Nu, anderhalf jaar later, wordt Pim opnieuw aangemeld. Hij heeft moeite met het beheersen van zijn agressie en het accepteren van gezag. Pim kan plots enorm boos worden en is dan verbaal en fysiek agressief. Op school heeft zijn agressie geleid tot schorsing en met leeftijdsgenoten is hij veelal in conflict. Omdat Pim vooral 's nachts bang is, slaapt hij bij zijn moeder of grootouders in bed. Gezien de ernst van zijn problemen wordt Pim opgenomen op de afdeling Orthopsychiatrie (MiKX). Op deze afdeling vindt diagnostiek en behandeling plaats van kinderen en jongeren met een combinatie van zowel ernstige psychiatrische- als gedragsproblematiek. In het begin van de opname nemen de gedragsescalaties toe, vooral omdat Pim zijn moeder mist en niet met dat gemis om kan gaan. Met moeder wordt de

afspraken gemaakt dat ze een aantal keren per week in de avonden naar de groep komt om bij hem te zijn en hem te ondersteunen. Deze momenten worden door groepsleiding begeleid. Daarnaast wordt een van de groepsleiders ingezet om outreachend te werken (ambulante gezinsbehandeling) en het gezin thuis te begeleiden. De medicatie wordt geëvalueerd en bijgesteld. Langzaamaan komt er voor Pim meer rust en kan er ingezet worden op behandeling van zijn agressie en het oppakken van school. Hij verblijft in totaal 7 maanden op de afdeling. Tijdens deze opname wordt gewerkt aan een basis om te kunnen starten met psychotherapie. Na het ontslag van MiKX gaat de outreachende behandeling in de thuissituatie door, net als de psychotherapie en medicatiecontroles.

Nieuwe situatie

Als blijkt dat thuis de agressie niet meer te hanteren valt, wordt IHT (Intensive Home Treatment) ingezet. Bij IHT komen leden van het multidisciplinaire team (bestaande uit bijv. sociaal pedagogisch hulpverlener, psycholoog, gezinsbehandelaar, psychiater, verpleegkundig specialist) meerdere keren per week bij het gezin thuis en wordt nauw met de gezinsleden samengewerkt. Die samenwerking draagt in grote mate bij aan het succes van de behandeling. De behandelaars werken herstel- en oplossingsgericht en benaderen de problemen op een positieve manier. Samen met het gezin worden haalbare doelen gesteld en wordt gezocht naar de mogelijkheden en eigen krachten die in het gezin aanwezig zijn. Doordat Pim op deze manier niet gedwongen wordt tot opname, kan er sneller aan zijn agressieve gedrag en emotionele problemen worden gewerkt. De uitlokkende en interactionele factoren voor de agressieve escalaties worden in de thuissituatie uitgedroogd en aangepakt. Toenemend wordt de beweging richting zijn eigen leven weer gemaakt, incl. het stap voor stap herstarten van school en deelnemen aan voetbaltraining. Zodra het moeder lukt om aanpassingen in haar pedagogisch handelen door te voeren, reageert Pim daar echter met toename van agressief verzet op, waardoor crisisopname nodig blijkt. Om ruimte te creëren voor veranderingen in interacties tussen moeder en zoon en deze verder te verstevigen is Pim in totaal 4,5 maand opgenomen. Ook moeder verblijft een deel van deze periode op de afdeling, om interactie en nabijheid te behouden en te oefenen. Intussen wordt het ingezette behandeltraject zo min mogelijk onderbroken; wat werkte, wordt gecontinueerd. Het lukt moeder om stap voor stap consequenter en pedagogisch adequater te handelen. Pim leert intussen zijn agressie beter te begrijpen en te beteugelen. Zijn angsten nemen af en het slapen verbetert. Hij zit beter in zijn vel en is meer ontspannen. De opname vloeit na ontslag weer soepel over in de ambulante behandeling.

Pim	Gemeente	Mondriaan (kosten)	
	huidig tarief	huidige kosten	nieuwe kosten
Kliniek			
Dagprijs	€ 311	€ 438	€ 500
Netto dagen	166	166	125
Totaal kliniek	€ 51.626	€ 72.708	€ 62.500
Deeltijdbehandeling groep	€ 37.938	€ 37.938	€ 37.938
Individuele behandeling	€ 15.872	€ 15.872	€ 17.350
Totaal	€ 105.436	€ 126.518	€ 117.788

Om een vergelijking te maken van de kosten in de nieuwe situatie is uitgegaan van de huidige dagprijs kliniek volgens het rapport van de TAJ van € 438.

In de toekomstige situatie wordt de opname duur verkort van 166 dagen naar 125 dagen, maar dan is de gemiddelde prijs van een dag in de kliniek € 500.

Omdat de opname duur verkort kan worden zijn de totale kosten in de nieuwe situatie € 117.788 t.o.v. € 126.518 in de huidige situatie. Dit is een verschil van € 8.730 ofwel -7 %.

8.2. Casus Anne - Algemene specialisatie K&J GGZ



Dit is Anne, 15 jaar oud. Ze kampt met depressieve klachten, eetproblemen en toont een bedreigde persoonlijkheidsontwikkeling. Er zijn forse interactieproblemen tussen de gezinsleden. Anne uit zich bij intake suïcidaal. Haar ouders vertrouwen het niet en vrezen dat zij zich van haar leven berooft. Het lukt hen niet om de veiligheid thuis langer te waarborgen.

Huidige situatie

Anne wordt met spoed opgenomen op de gesloten afdeling voor jongeren met acute psychiatrische problemen (Argo). In eerste instantie is het de bedoeling om in een week terug te werken naar thuis. Tijdens die week wordt er met Anne gewerkt aan een signaleringsplan. Met behulp van dit plan oefent Anne met het voelen aankomen en hanteren van moeilijke situaties en emoties. Ze voert gesprekken en neemt deel aan het dagprogramma. Ook start de ouderbehandeling en wordt er zo goed als dat kan veiligheid geboden op de afdeling. De doodsgedachten en doodswens nemen echter niet af. Daarnaast neemt de eetproblematiek fors toe. Ouders zien na een week geen verandering, eerder verslechtering, zijn onverminderd ongerust en durven het niet aan om Anne weer naar huis te laten komen. De opname wordt met 1 week verlengd, waarna Anne naar de open afdeling gaat. In haar klachten treedt geen verbetering op. Het lijkt wel alsof Anne achteruit gaat: ze kopieert ongezond gedrag van medepatiënten en beschadigt zichzelf door te krassen in haar armen- iets dat ze voorheen nooit deed. Intussen gaat Anne niet naar school, heeft ze haar bijbaantje opgezegd en verwatert het contact met haar vriendinnen. Ouders voelen zich na 6 weken opname zelfs verder verwijderd van hun dochter en ervaren grote machteloosheid en opvoedingsverlegenheid. Behandeldoelen worden niet bereikt en opname is niet langer helpend, maar eerder schadelijk gebleken. Er wordt gekozen voor gefaseerde terugkeer naar huis met dagbehandeling als tussenstap. Intussen gaat Anne nog steeds niet naar school en is ze onvoldoende gemotiveerd om de geadviseerde individuele psychotherapie aan te grijpen. Na de dagbehandeling start een poliklinische behandeling gericht op het (verder) doorbreken van bestaande interactiepatronen in de thuissituatie en het toewerken naar individuele therapie. Het schoolverzuim vormt een nieuw probleem en het streven is ook dit aan te pakken.

Nieuwe situatie

Tijdens de aanmelding blijkt sprake te zijn van een crisis in de thuissituatie en wordt onmiddellijk gestart met IHT voor de duur van 4 maanden, primair gericht op de forse ouder-kind problematiek. Daarnaast is er aandacht voor activatie en psycho-educatie gericht op de depressieve klachten en eetproblematiek. De eerste 2 maanden staan in het teken van het stabiliseren van de manier waarop de gezinsleden met elkaar communiceren en interacteren. Ouders blijven voor het grootste deel verantwoordelijk voor de opvoeding van hun dochter. De eerste 6 weken komen behandelaars frequent aan huis. Daarnaast is er steeds iemand beschikbaar voor (telefonisch) contact. Tijdens de tweede week van IHT blijkt de suïcidaliteit teveel op de voorgrond te staan en komt de veiligheid in gedrang. De problemen van Anne worden versterkt door de ouder-kind relatie. Anne weigert te eten en haar gewicht daalt fors, de interactie met ouders werkt probleemversterkend en de suïcidaliteit neemt toe. De K&J psychiater besluit tot een opname interventie van 2 weken op de HIC. De eerste 2 dagen worden ouders ook opgenomen middels rooming-in. Anne en ouders krijgen ondersteuning

en begeleiding in de interactie met elkaar gericht op de thema's die zorgen voor deze kwetsbare situatie. Na 2 weken consolidatie lijkt de crisis afgewend en is er weer beweging en vertrouwen zichtbaar bij Anne en ouders. Na een evaluatie met alle partijen wordt besproken dat de opname nog met een week verlengd gaat worden om weer geleidelijk naar huis te kunnen werken. Er wordt een signaleringsplan opgesteld met Anne en ouders. De behandelaren vanuit de IHT zijn betrokken gebleven tijdens de opname en ondersteunen bij de geleidelijke transitie van de HIC naar huis om regressie thuis te voorkomen. Anne krijgt na ontslag op de HIC nog steeds intensieve begeleiding en ondersteuning vanuit het IHT team. Gaandeweg neemt de intensiteit van de face-to-face contacten thuis af. Wat goed ging voor de behandeling (school, sociaal contact, bijbaan) gaat zoveel als mogelijk gewoon door. Om dit mogelijk te maken wordt additief activerende begeleiding door een andere zorgaanbieder ingezet. Hierna volgen 2 maanden consolidatie en wordt behandeling rond de interactieproblemen, depressie, suïcidaliteit en persoonlijkheidsontwikkeling voortgezet. Opname wordt op deze manier voorkomen. Tijdens het hele behandeltraject blijven de ouders van Anne actief betrokken en verantwoordelijk voor haar opvoeding. Door systeemgerichte behandeling krijgen zij geleidelijk weer meer grip op hun dochter. Het klimaat thuis wordt positiever, iets waarvan ook de broer van Anne profiteert. Anne raakt gemotiveerd om eigen doelen te stellen en daar middels individuele psychotherapie aan te werken. Anne heeft meer controle over haar eetproblematiek en maakt zaken tijdig bespreekbaar. Het resultaat van deze behandeling is dat Anne zich sterker voelt, minder piekert, adequater reageert bij tegenslagen en problemen assertiever het hoofd biedt. De doodsgedachten steken soms nog wel de kop op, maar ze ervaart er voldoende controle over en ziet haar toekomst met vertrouwen tegemoet.

Anne	Gemeente	Mondriaan (kosten)	
	huidig tarief	huidige kosten	nieuwe kosten
Kliniek			
Dagprijs	€ 311	€ 438	€ 500
Netto dagen	33	33	21
Totaal kliniek	€ 10.209	€ 14.378	€ 10.500
Deeltijdbehandeling groep	€ 11.823	€ 11.823	€ 11.823
Individuele behandeling	€ 15.872	€ 15.872	€ 17.350
Totaal	€ 37.904	€ 42.073	€ 39.673

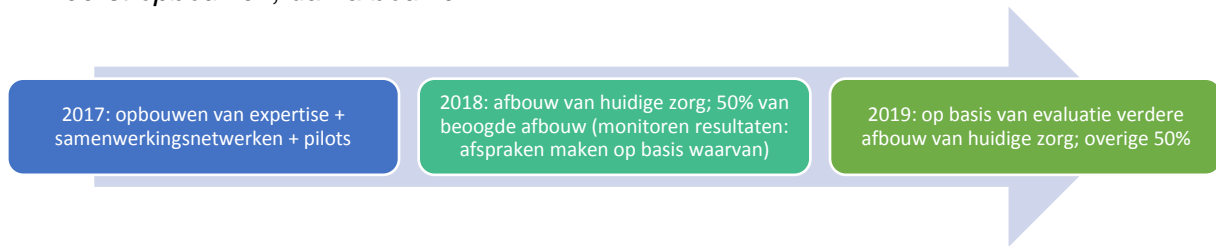
Om een vergelijking te maken van de kosten in de nieuwe situatie is uitgegaan van de huidige dagprijs kliniek volgens het rapport van de TAJ van € 438. In de toekomstige situatie wordt de opname duur verkort van 33 dagen naar 21 dagen maar dan is de gemiddelde prijs van een dag in de kliniek € 500.

Omdat de opname duur verkort kan worden zijn de totale kosten in de nieuwe situatie € 39.673 t.o.v. € 42.073 in de huidige situatie .

Dit is een verschil van € 2.400 ofwel -6 %.

9. Transformatieproces

eerst opbouwen, dan afbouwen



Het transformeren van ons behandelaanbod vindt gefaseerd plaats. Het proces heeft - zoals eerder benoemd - drie jaar nodig. Indien een versnelling mogelijk is, zullen we dit uiteraard doen. Echter, het mag niet ten koste gaan van onze complexe doelgroep. Het bieden van goede zorg - ook tijdens de transformatie - is ons uitgangspunt.

De voorbereidingen voor de transformatie starten nog dit jaar (2017). Het accent ligt dan op omscholing/deskundigheidsbevordering van groepsleiders naar gezinsbehandelaren. Dit is ten behoeve van de intensieve thuisbehandeling en de versterking van de samenwerking met de ketenpartners in het voor en natraject binnen de specialistische behandeling. Daarnaast starten we in 2017 met pilots waarin al op kleine schaal uitvoering wordt gegeven aan het herontwerp in nauwe samenwerking met gemeenten en ketenpartners. In 2018 en 2019 ligt de nadruk op afbouw van de bedden en transformatie naar de intensieve thuisbehandeling (IHT) en daar waar het noodzakelijk is volgt High Intensive Care (HIC) opname. In 2020 vindt de evaluatie en consolidatie plaats van het herontwerp K&J. Gedurende het hele transformatieproces is het van groot belang de continuïteit en kwaliteit van zorg te waarborgen. Dit doen we door voortdurende monitoring van de resultaten in nauwe samenwerking met ketenpartners.

9.1. Prestatie indicatoren

- De opnameduur van patiënten op de HIC zal naar 21 dagen gaan eind 2019.
- Voor Orthopsychiatrie zal door IHT de gemiddelde opnameduur -gerealiseerd in 2016- van 270 dagen teruggaan naar gemiddeld 125 dagen eind 2019.
- Patiënt tevredenheidsonderzoek Mondriaan K&J scoort gemiddeld een acht of hoger.
- Eind 2018 is er een klanttevredenheidsonderzoek afgerond met partners/stakeholders van Mondriaan K&J. Wij streven hier naar een beoordeling van acht of hoger.
- Onze ambitie is om voor eind 2018 drie indicatoren te benoemen waarop we de verandering in het functioneren en de klachtafname bij patiënten meten.

10. Het innovatieplan

Het volgende onderdeel betreft het innovatieplan voor de ontwikkeling en organisatie van de transformatie Mondriaan K&J. De focus ligt op de eigen organisatie, maar er wordt ook gekeken naar nauwe afstemming met ketenpartners.

10.1. Innovatie- en transformatiedoelstellingen

- De gemeenten hebben in hun jeugdbeleid aangegeven dat “alle jeugdigen gezond en veilig opgroeien, zich ontwikkelen tot zelfstandige burgers en participeren in de maatschappij”.
- Gemeenten hebben de ambitie en verantwoordelijkheid om zorg voor jeugdigen en gezinnen integraal, op maat en dichtbij huis te organiseren.
- Aansluitende visie van Mondriaan K&J is kinderen en jeugdigen zoveel mogelijk behandelen in hun vertrouwde thuissituatie/omgeving.
- Binnen en met hun systeem is de zorg als zodanig georganiseerd.
- We werken vraaggestuurd, gericht op herstel en persoonsgericht en te allen tijde crisisen opname voorkomend.

- Het systeem - de ouders/opvoeders - speelt een belangrijke rol binnen de behandeling.
- Een voorwaarde van behandeling is dan ook dat het systeem deelneemt aan het behandelproces, onafhankelijk vanuit welke behandelsetting de behandeling plaatsvindt.
- Samenwerking en ontschotting tussen ketenpartners is een voorwaarde.

10.2. Projectorganisatie

Het innovatieproces is uitgewerkt in projectvorm om goed sturing te kunnen geven aan de transformatie.

10.3. Projectstructuur

De projectstructuur is als volgt: In een stuurgroep nemen de directeur en projectleider herontwerp K&J van Mondriaan K&J zitting. Zij bewaken de grote lijnen en geven richting aan het transformatieproces.

Een projectgroep bestaande uit medewerkers van Mondriaan K&J zorgt voor de noodzakelijke uitwerking en actie die noodzakelijk is om tot implementatie te komen en vervolgens de borging van het herontwerp K&J. Daarnaast worden - indien gewenst - inhoudelijke adviseurs betrokken. Eveneens sluiten beleidsmedewerkers vanuit de gemeenten regelmatig aan bij de projectgroep om een optimale afstemming tot stand te brengen. De projectgroep is tevens verantwoordelijk voor het opleidingsprogramma, bedrijfsvoering thema's, marketing & communicatie en zorgadministratie & ICT.

Werkgroepen voeren de daadwerkelijke acties uit. Binnen de werkgroepen zullen beleidsmedewerkers van de gemeente eveneens regelmatig aansluiten.

10.4. Projectplanning

Het onderstaande stappenplan bestaat uit acties die uitgevoerd dienen te worden in het kader van het herontwerp K&J, uitgezet in de tijd inclusief evaluaties en mijlpalen. Om tot daadwerkelijke afbouw van bedden te komen is het noodzakelijk dat de betreffende hulpverleners getraind en opgeleid zijn om de behandeling in de thuissituatie (IHT) uit te kunnen voeren. Als bijlage 1 en 2 zijn het stappenplan en de doorberekening toegevoegd.

10.5. Projectbegroting

De projectbegroting wordt in samenwerking met de gemeenten verder uitgewerkt. Onderstaande begroting is mede afhankelijk van het tijdstip van besluitvorming en het tempo waarmee afbouw van de bedden gerealiseerd kan worden.

In de tabel op de volgende pagina een globale inschatting van de kosten die samen met de gemeenten uitgewerkt zouden moeten worden. Belangrijk knelpunt is de personele reductie c.q. andere samenstelling van de personeelsleden.

Personele kosten vov in verband met afbouw bedden:

Bij de bedden afbouw wordt uitgegaan van een gemiddelde inzet vov van 1,7fte bruto/ per netto bed. Bij een daling van het aantal bedden is het niet altijd mogelijk om de resterende bedden te verdelen over de andere afdelingen, uitgaande van een bedbezetting van 8 bedden. Hierdoor blijft op bestaande afdelingen de formatie intact waardoor frictiekosten vov ontstaan.

	2018	2019	Totaal	
Friciekosten vov	125.000	47.000	172.000	
Friciekosten huisvesting				
Afschrijvingskosten voorafgaand		600000		
Afbouw bedden van 31 netto in 2016 naar 13 in de businesscase = 58 %			348.000	
Samenvoegen afdelingen op 1 locatie				
verbouwingskosten			200.000	
Subtotaal frictiekosten			720.000	
Kosten projectgroep				
	aantal medewerkers	uren per week	totaal per week	30 weken
Projectleiding	1	24	24	720
Projectondersteuning	1	16	16	480
Projectleden	8	12	96	2.880
Communicatie	2	6	12	360
Totaal uren				4.440
gemiddeld tarief				65
Kosten projectgroep				288.600
Opleidingskosten 50 gezinsbehandelaren				
Opleidingsinstituut				160.000
Gezinsbehandelaren gaan 12 dagen op cursus				
Dat betekent dat een behandelaar 12 x 8 uur = niet productief kan zijn.			96 uur	
Totaal aantal niet productieve uren		50	96	4.800
gemiddeld tarief				65
Kosten verlet tijdens opleiding				312.000
Totaal kosten gezinsbehandelaren betreft opleidingsinstituut en verlet				472.000
Behandelaren				
Lagere productiviteit bij opstart naar HIC				
Extra kosten				120.000
Totaal				1.600.600

11. Financiële vertaling van het herontwerp

11.1. Samenvatting

Het herontwerp van Mondriaan K&J hebben we vertaald in een businesscase, waarin we een financiële doorberekening hebben gemaakt. Deze financiële vertaling is gebaseerd op ambulantisering van de zorg. De businesscase geeft een omzet van 12,1 miljoen ten opzichte van 12,7 miljoen realisatie 2016. Dit is een daling van 0,6 miljoen (-5%), waarbij we tevens extra capaciteit hebben voor 53 arrangementen. Dit ter voorkomen en reduceren van de wachttijden. De gemiddelde prijs per patiënt daalt ten opzichte van 2016 met 9%.

Omzet Regio Zuid	Realisatie 2016	Businesscase	Mutatie %	Mutatie %
Klinisch	5.186.505	2.392.630	-2.793.875	-54%
Deeltijd	2.143.132	2.136.693	-6.439	0%
Poli	5.390.840	7.612.284	2.221.444	41%
Totaal	12.720.477	12.141.607	-578.870	-5%
Aantal arrangementen	1.120	1.173	53	5%
Opbrengsten/cliënt	11.358	10.351	-1.007	-9%

11.2. Klinisch/aantal bedden

In de uitwerking van de businesscase gaat Mondriaan K&J uit van de huidige geleverde zorg voor regio Zuid Limburg. Kijkend hiernaar kan als volgt berekend worden:

Afgelopen jaar (2016) waren 150 patiënten klinisch opgenomen.

Van deze 150 patiënten is binnen de businesscase het uitgangspunt dat ze een IHT aanbod krijgen. Alhoewel het streven is dit zoveel mogelijk ambulante te doen, blijft klinische opname soms nodig.

Van deze 150 patiënten zullen:

- 61 patiënten alleen een ambulante traject krijgen.
- 61 patiënten die IHT ontvangen af en toe ook klinisch worden opgenomen.
Hierbij gaan we uit van van de gemiddelde opnameduur van 21 dagen
(61 patiënten x 21 dagen = 1.281 netto dagen)
- 28 patiënten IHT Orthopsychiatrie krijgen. Voor deze doelgroep wordt uitgegaan van een gemiddelde opnameduur van 125 dagen (28 patiënten x 125,1 dagen= 3.504 netto dagen).

Bovenstaande verdeling resulteert in 4.785 netto benodigde dagen of wel 15 bruto bedden, uitgegaan van een bezetting van 90%. Daarnaast zijn 2 bedden nodig voor patiënten die 18 jaar zijn geworden tijdens het traject (ZVW). De capaciteit wordt dus in totaal **17 bedden bruto**.

Kliniek	Cliënten	Gemiddelde Netto dagen opname	Netto bedden	Bruto bedden
IHT zonder kliniek	61	0	-	0
IHT met kliniek	61	21	1.281	4
IHT orthopsychiatrie	28	125	3.504	10
Totaal jeugdwet	150		4.785	13
ZVW (18+)	6	125	657	2
Totaal	156		5.442	15
Huidige situatie basis 2016				
Regio Zuid jeugdwet				31
ZVW (18+)				5
Totaal				36
Mutatie jeugdwet daling bruto bedden				-18
Mutatie ZVW (18+) daling bruto bedden				-3
Mutatie totaal				-21
<i>In 2016 is de netto bezetting op basis van 80 %.</i>				
<i>In de businesscase is de netto bezetting op basis van 90 %</i>				

11.3. Klinisch/opbrengst bedden

De opbrengst in de businesscase geeft op termijn een omzet van 2,4 miljoen jeugdwet ten opzichte van 5,2 miljoen in 2016. Dit is een daling van 2,8 miljoen ofwel 54%.

Aangezien alleen de zeer intensieve bedden overblijven, stijgt de gemiddelde bedprijs van 438 naar 500 euro.

Voor het bepalen van de klinische dagprijs is uitgegaan van het calculatiemodel van de gemeente Maastricht waarbij het opslagpercentage aangepast is aan de bevindingen van de TAJ conform opslag % Berenschot.

De bevindingen van de TAJ zijn opgenomen in de notitie "Memo toelichting inzake etmaalverblijf K&J" d.d. 14 april 2017.

Hierbij was het gemiddelde klinische dagtarief € 438 gebaseerd op prijspeil 2017, 50 bedden en een bezetting van 80 %.

In de businesscase is het aantal bedden teruggebracht naar 17 bruto bedden.

De volgende uitgangspunten zijn genomen :

- De opslagpercentages zijn in deze berekening gehandhaafd conform TAJ
- Prijspeil 2018: cao 2018 meegenomen
- Bezetting van 90 %.

Op basis van dit model wordt de klinische dagprijs afgerond € 500

In onderstaande tabel is een vergelijking gemaakt met de daadwerkelijke opbrengst kliniek en de netto dagen. In 2016 bedroeg de opbrengst € 450.

	Businesscase	2016	Mutatie	%
Omzet kliniek Jeugdwet	2.392.630	5.186.505	-2.793.875	-54%
Bedprijs	500	450	50	11%

11.4. Groepsbehandeling en ambulante productie

Als gevolg van de gewijzigde behandelssystematiek ontstaat een nieuw product (IHT) dat nog niet binnen de arrangementenstructuur aanwezig is. Dit zorgaanbod vervangt of verkort een klinische opname. Het betreft een zeer intensieve behandeling in de thuissituatie of daar waar het kind verblijft. Om deze behandeling goed vorm te kunnen geven is een vast multidisciplinair team noodzakelijk. Het tarief voor dit aanbod is 17.350 euro.

Onderstaand de onderbouwing van dit tarief.

Norm Mondriaan	uren per	kostprijs/uur	bedrag	uren/week
Kostprijs / patient IHT	patiënt			
Psychiater (ams)	28	193	5.404	1,65
GZ psycholoog (fwg 65)	25	100	2.500	1,47
Gezinsbehandelaar (fwg 50)	104	70	7.280	6,12
Systeemtherapeut (fwg 60/65)	24	90	2.160	1,41
Totaal	181		17.344	10,65
Offerte			17.350	
Gemiddeld uurtarief			96	

In onderstaand overzicht is een inschatting gegeven van het eindplaatje in 2019.

Arrangementen individueel en groep		Totaal	Tarief	Omzet
	Code	Aantal		
Behandeling Groep* Laag kort	80110	27	1.415	38.205
Behandeling Groep* Laag lang	80120	1	12.502	12.502
Behandeling Groep* Midden kort	80210	9	5.885	52.965
Behandeling Groep* Midden lang	80220	10	22.928	229.280
Behandeling Groep* Hoog kort	80310	21	11.823	248.283
Behandeling Groep* Hoog lang	80320	41	37.938	1.555.458
Totaal		109	19.603	2.136.693
Behandeling Individueel* Laag kort	83110	171	2.438	416.898
Behandeling Individueel* Laag lang	83120	91	3.530	321.230
Behandeling Individueel* Midden kort	83210	120	3.730	447.600
Behandeling Individueel* Midden lang	83220	169	8.871	1.499.199
Behandeling Individueel* Hoog kort	83310	82	7.220	592.040
Behandeling Individueel* Hoog lang	83320	92	15.872	1.460.224
Behandeling Start	83100	239	850	203.150
Crisishulp Individueel	82100	59	1.177	69.443
IHT		150	17.350	2.602.500
Totaal		1.173	6.490	7.612.284

11.5. Omzet groepsbehandeling en individuele behandeling

De omzet groepsbehandeling in de businesscase is 2,1 miljoen conform realisatie 2016. In deze groepsbehandeling is geen rekening gehouden met een eventuele toename die wellicht nodig is in het kader van IHT. Dit zal verder onderzocht worden en is nog een risico in deze opstelling. Het risico bedraagt ongeveer 0,5 miljoen.

De stijging van de gemiddelde omzet per groep van 26% wordt veroorzaakt door de gewijzigde financiering. In 2016 werd er naast een groepsarrangement tevens een ambulante arrangement vergoed. Vanaf 2017 is de financiering van het groepsarrangement inclusief het ambulante gedeelte. Met andere woorden twee arrangementen (2016) zijn samengevoegd in een arrangement in 2017.

De omzet individuele behandeling is 7,6 miljoen ten opzichte van 5,4 miljoen in 2016 en is het gevolg van het gewijzigde behandelaanbod IHT waardoor klinische opname verkort dan wel voorkomen wordt.

	Businesscase	2016	Mutatie	%
Omzet groepsbehandeling	2.136.693	2.143.132	-6.439	0%
Omzet individuele behandeling	7.612.284	5.390.840	2.221.444	41%
Aantal arrangementen groep	109	138	-29	-21%
Aantal arrangementen individueel	1.173	1.120	53	5%
Gemiddelde omzet/groep	19.603	15.530	4.073	26%
Gemiddelde omzet individueel	6.490	4.813	1.676	35%

Bijlage 1. Stappenplan herontwerp K&J

Mondriaan		Stappenplan Transformatie Mondriaan K&J 2017-2018-2019-2020																											
Jaar	2017	2017	2017	2017	2017	2017	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2020	2020	2020		
Maand	mei	mei/juni	aug/sept	okt	nov	dec	jan/febr	maart	april	mei	juni	juli	aug	sept	okt	nov/dec	jan	febr	maart/apr/mei	juni	juli	aug	sept/okt/nov/dec	jan	febr	maart			
Bewaking Projectstappen																													
Beschrijving concept herontwerp K&J	>	>																											
Beschrijving concept businesscase	>	>																											
Nadere uitwerking businesscase		>																											
Verdere uitwerking herontwerp in werkgroepen		>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>														
Start trainingen/ opleidingen IHT				>	>	>	>	>																					
Start Pilot Orthopsychiatrie volgens herontwerp in samenwerking met gemeente		>	>	>	>																								
Evaluatie pilot Orthopsychiatrie					>	>																							
Implementatie herontwerp IHT en HIC							>	>	>	>	>	>	>	>	>	>	>												
Evaluatie van de start implementatie								>																					
Tussenevaluatie implementatie													>																
Tussenevaluatie implementatie herontwerp																					>	>							
Eindevaluatie herontwerp K&J																										>	>		
Stappenplan plan van aanpak afbouw 15 bedden																													
Start afbouw 7 bedden								>	>	>	>	>	>																
Tussen Evaluatie eerste afbouw bedden													>	>	>														
Afbouw 8 bruto bedden zorgbedrijf K&J																		>	>	>	>	>	>						
Eindevaluatie afbouw bedden																						>	>	>					
Maatschappelijke Businesscase																													
In samenwerking met gemeente plan van aanpak maatschappelijke businesscase			?																										
Beschrijven maatschappelijke businesscase			?																										
Implementatie maatschappelijke businesscase			?																										

Bijlage 2. Financiële vertaling van het stappenplan

	2017	2018	2019
Omzet verloop regio Zuid	Totaal	Totaal	Totaal
Opbrengst Kliniek	4.474.779	3.722.666	2.863.466
Opbrengst Behandeling individueel	5.739.000	6.532.967	7.277.880
Opbrengst Behandeling groep	2.136.693	2.136.693	2.136.693
Totale omzet	12.350.472	12.392.326	12.278.039