

Maatschappelijke Business Case

Transformatie in de GGZ  
Jeugdhulpketen

Effecten van herontwerp Mondriaan  
Kinderen & Jeugdigen

30 oktober 2017

# Inhoudsopgave

<b>Managementsamenvatting .....</b>	<b>2</b>
<b>1. Inleiding.....</b>	<b>4</b>
1.1 <i>Introductie.....</i>	4
1.2 <i>Aanleiding van deze maatschappelijke Business Case .....</i>	4
1.3 <i>Maatschappelijk probleem, urgentie en de interventies.....</i>	5
1.3.1 <i>Welk maatschappelijk probleem beoogt men met het herontwerp op te lossen?.....</i>	5
1.3.2 <i>Waarom is dat een maatschappelijk probleem? .....</i>	5
1.3.3 <i>De interventies – Intensive Home Treatment (IHT) en High Intensive Care (HIC).....</i>	6
1.4 <i>Scope.....</i>	6
1.5 <i>Leeswijzer.....</i>	7
<b>2. Aanpak.....</b>	<b>8</b>
2.1 <i>Een maatschappelijke Business Case: wat is dat eigenlijk? .....</i>	8
2.2 <i>De projectgroep .....</i>	8
2.3 <i>Opbrengsten van het gezamenlijke proces .....</i>	9
2.4 <i>Methoden.....</i>	9
<b>3. De interventies.....</b>	<b>11</b>
3.1 <i>Intensive Home Treatment (IHT).....</i>	12
3.2 <i>High Intensive Care (HIC) .....</i>	12
3.3 <i>Waarom deze interventie?.....</i>	13
<b>4. Het cliëntperspectief.....</b>	<b>14</b>
4.1 <i>Drie effecten voor de jeugdigen .....</i>	14
4.2 <i>De mate waarin effecten optreden .....</i>	15
<b>5. Het zorgketenperspectief.....</b>	<b>16</b>
5.1 <i>Casuïstiekanalyse door ketenpartners uit de projectgroep.....</i>	16
5.2 <i>Kosten en opbrengsten per organisatie .....</i>	16
5.3.1 <i>XONAR .....</i>	17
5.3.2 <i>Koraal.....</i>	19
5.3.3 <i>Care4Kidz.....</i>	20
5.3.4 <i>Virenze.....</i>	21
5.3.5 <i>Talent.....</i>	21
5.3.6 <i>Zuyderland GGz .....</i>	22
5.3.7 <i>Bureau Jeugdzorg .....</i>	23
5.3.8 <i>Levanto .....</i>	23
5.3.9 <i>Mondriaan .....</i>	23
5.4 <i>Besparingen en benodigde investeringen: een overzicht.....</i>	25
5.5 <i>Overige zorgketenpartners .....</i>	26
<b>6. Het maatschappelijk perspectief .....</b>	<b>27</b>
6.1 <i>Effecten voor het sociaal steunsysteem .....</i>	27
6.2 <i>Onderwijs.....</i>	27
6.3 <i>Zorgverzekeraars .....</i>	28
<b>7. De maatschappelijke Business Case.....</b>	<b>28</b>
7.1 <i>Cliënteffecten, besparingen en investeringen.....</i>	28
7.2 <i>Het maatschappelijk rendement.....</i>	29
<b>Bronvermelding .....</b>	<b>31</b>

## Managementsamenvatting

Regio Zuid-Limburg wil het zorglandschap, samen met welzijns- en zorgaanbieders, zorgverzekeraars, huisartsen en de burgers, verder gaan transformeren. Verbetering van de kwaliteit van de zorg staat daarbij hoog in het vaandel. Op dit moment is de ambulante zorg- en ondersteuningsstructuur er nog onvoldoende op gericht om jeugdigen met psychische en/of psychiatrische problemen (en hun gezin) passende, intensieve zorg en ondersteuning in de thuissituatie tijdig te bieden, wat kan leiden tot onnodig lange residentiële zorg, met alle (negatieve) gevolgen van dien. Naast het verbeteren van de kwaliteit van de zorg streeft regio Zuid-Limburg er naar kosten-efficiënter te werken. Samenwerking in de keten en het aanspreken van het zelfredzaam vermogen van de omgeving van de cliënt zijn daarbij sleutelbegrippen.

Het herontwerp van het zorgbedrijf 'Kinderen en Jeugdigen' van Mondriaan draagt eraan bij zwaardere zorg te voorkomen en duurdere zorg af te schalen. Het herontwerp is gebaseerd op twee interventies, te weten: Intensive Home Treatment (IHT) en High Intensive Care (HIC). Hiermee wordt voorkomen dat de jeugdige voor langere tijd uit zijn sociale omgeving wordt gehaald en wordt het sociaal steunsysteem betrokken bij de behandeling.

Deze maatschappelijke Business Case (mBC) heeft als doel de te verwachten financiële effecten (zowel de benodigde investeringen als de verwachte besparingen) in de jeugdhulpketen inzichtelijk te maken. Uiteindelijk hebben deze effect op de budgetten van de gemeenten in de regio. Daarnaast is aandacht besteed aan de te verwachten effecten voor de jeugdige met een psychische/psychiatrische aandoening zelf.

Voor deze mBC is een cohort van 144 cliënten geanalyseerd, die in 2016 een residentieel traject hebben doorlopen bij Mondriaan. Organisaties hebben op basis van achterliggende casuïstiek een inschatting gemaakt van de veranderingen die er voor hen mogelijk optreden wanneer voor deze casussen IHT/HIC zou zijn ingezet. Daarbij kan onder andere worden gedacht aan het langer laten doorlopen van bestaande zorgarrangementen naast een IHT-traject.

Op basis van de 144 casussen wordt er een besparing verwacht van bijna € 880.000 euro, te realiseren bij Mondriaan. Echter, verschillende ketenpartners (primair XONAR) verwachten een toename van hun kosten (in totaal ongeveer € 352.000), grotendeels als gevolg van langer doorlopende zorgarrangementen. Tegelijkertijd wordt in de rest van de keten een beperkte kostenbesparing (bijna € 140.000) verwacht. De totale besparing in de keten wordt geschat op ongeveer € 665.000<sup>1</sup>. Wanneer de benodigde investeringen en potentiële besparingen tegen elkaar worden afgezet leidt dit tot een ratio van 1,13 en wordt een positief rendement verwacht.

Naast de potentiële kostenbesparingen zijn er in deze mBC diverse niet-financiële effecten aan de orde gekomen. Voor de jeugdige worden met name positieve effecten verwacht met betrekking tot verminderde stigmatisering, ervaren verbetering van kwaliteit van leven en

---

<sup>1</sup> Hierbij nog geen rekening gehouden met de kosten die de nieuwe werkwijze met zich meebrengt ten aanzien van training, coaching en omscholing van medewerkers.

verminderde achterstand in het onderwijs. Bovendien wordt verwacht dat het voorkomen van een opname nu, de kans verkleint dat in de toekomst een opname nodig is. Dat financiële effect is niet doorgerekend.

Tot slot is van belang te benoemen dat deze mBC een prognose betreft. De genoemde bedragen zijn gebaseerd op inschattingen en bepaalde aannames die in het rapport verder zijn uitgewerkt. Bovendien is de mBC in een zeer kort tijdsbestek tot stand gekomen, waarin niet altijd de ruimte was voor verdieping, intensieve afstemming tussen partijen en het aanbrengen van nuances. Het behoeft dan ook de aanbeveling de uitkomsten van deze mBC te monitoren.

# 1. Inleiding

## 1.1 Introductie

Voorliggend rapport is het eindproduct van een traject waarin een maatschappelijke Business Case (mBC) is opgesteld met betrekking tot het herontwerp van 'Kinderen en Jeugdigen' van Mondriaan. Er is met name aandacht besteed aan de verwachte financiële effecten in de jeugdhulpketen, die uiteindelijk effect hebben op de budgetten van de gemeenten binnen de regio. Er is inzichtelijk gemaakt waar in de keten naar verwachting geïnvesteerd moet worden (opbouw) om de transformatie van Mondriaan K&J succesvol te kunnen implementeren. Het verbeteren van de zorg was daarbij steeds het uitgangspunt.

In dit inleidende hoofdstuk worden de vertrekpunten van de mBC evenals de afbakening ervan toegelicht.

## 1.2 Aanleiding van deze maatschappelijke Business Case

Regio Zuid-Limburg wil het zorglandschap, samen met welzijns- en zorgaanbieders, zorgverzekeraars, huisartsen en de burgers, verder gaan transformeren. Om deze transformatie te kunnen doorzetten kiest men voor oplossingen waarmee de zorg en ondersteuning voor mensen die dat nodig hebben verbeterd wordt, terwijl er tegelijkertijd kosteneffectiever wordt gewerkt. Daarvoor moet niet alleen zorgvuldig worden afgewogen hoe de beschikbare zorg en ondersteuning zo goed mogelijk aansluiten op de behoeften van mensen, maar ook hoe het beschikbare budget zodanig kan worden ingezet dat de beoogde kosteneffectieve en kostenefficiënte werkwijze kan worden gerealiseerd.

Hoewel de transformatie kan plaatsvinden binnen een organisatie, is de regio ervan overtuigd dat slagen zijn te maken door nauwe samenwerking in de keten en het betrekken van het sociaal netwerk van de cliënten. Daarbij is het van belang dat er integraal wordt gewerkt, goede hulp tijdig kan worden georganiseerd en beschikbaar is en het eigen netwerk van mensen voldoende sterk is.

Een belangrijke vorm van transformatie is het voorkomen van zware zorg enerzijds en het, waar mogelijk, versnellen van afschaling van dure zorg anderzijds. Dit vereist niet alleen de opbouw van en een daarvoor geschikte basisinfrastructuur, maar ook een goed georganiseerde toegang en toeleiding tot lichtere vormen van (preventieve) zorg waardoor zwaardere en duurdere zorg minder hoeft te worden ingezet.

Het herontwerp van Kinderen & Jeugdigen van Mondriaan is een van de mogelijke transformaties in de regio. Alvorens er een besluit wordt genomen inzake de implementatie en uitvoering van het herontwerp, wilde de regio Zuid-Limburg de maatschappelijke effecten ervan in kaart brengen door middel van een maatschappelijke Business Case (mBC). Hiermee beoogde men onder andere inzicht te verkrijgen in de verwachte keteneffecten.

## 1.3 Maatschappelijk probleem, urgentie en de interventies

### 1.3.1 Welk maatschappelijk probleem beoogt men met het herontwerp op te lossen?

Om richting te geven aan deze maatschappelijke Business Case is de volgende probleemstelling geformuleerd:

“Sommige jeugdigen hebben te maken met psychische en/of psychiatrische problemen, mogelijk in combinatie met verstandelijke beperkingen en/of extreem moeilijk gedrag en/of een niet- of slecht-functionerend gezinsleven. De ambulante zorg- en ondersteuningsstructuur is er nog onvoldoende op gericht om hen (en hun gezin) passende, intensieve zorg en ondersteuning in de thuissituatie tijdig te bieden. Als gevolg hiervan komen deze jeugdigen soms in een jeugdpsychiatrie instelling met verblijf te zitten en/of is de duur van dit verblijf langer dan met de juiste ambulante hulpverlening nodig zou zijn.”

### 1.3.2 Waarom is dat een maatschappelijk probleem?

De urgentie om een duurzame oplossing te vinden voor het maatschappelijk probleem kan primair vanuit drie perspectieven worden beschreven, namelijk:

#### 1. De primaire doelgroep: de jeugdigen

De jeugdige raakt door opname ontheemd van gezin, school en sociale omgeving, wat kan resulteren in een vastgelopen c.q. verstoorde ontwikkeling. Daarnaast kan de jeugdige [tijdens residentieel verblijf] in aanraking komen met andere jeugdigen die geen voorbeeld zijn, waardoor ongewenst gedrag mogelijk verder escaleert. Bovendien loopt de jeugdige het risico uit te vallen en niet meer te participeren in zijn/haar sociale omgeving, wat gevolgen kan hebben voor de mate van participatie in de samenleving in de toekomst. Daarnaast kampen veel jeugdigen met stigmatisering, ofwel door anderen of wel door zelfstigmatisering.

Door bovenstaand beschreven risico's komen sociale participatie en maatschappelijke kansen soms in gevaar, wat een negatief effect kan hebben op het algehele herstelproces en de kwaliteit van leven over het algemeen, zowel nu als in de toekomst.

#### 2. Jeugdhulpaanbieders

De keten 'verstopt', er ontstaan wachtlijsten bij de jeugdhulpaanbieder op het gebied van GGZ-verblijf en J&O verblijf. Hierdoor kunnen jeugdhulpaanbieders niet altijd de juiste hulp bieden (op het moment dat het nodig is). Een gebrek aan (maatschappelijke) participatie door de jeugdige kan uiteindelijk leiden tot zwaardere trajecten met mogelijk meer terugval naar 'care as usual' ofwel residentiele zorg.

#### 3. Gemeenten Zuid-Limburg

Residentiele zorg, zoals een verblijf in een jeugdhulpinstelling, is niet altijd de beste optie voor een jongere, onder andere met het oog op (toekomstige) participatie en zelfredzaamheid. Verblijf in een jeugdhulpinstelling sluit in die zin ook niet altijd aan bij beleidsdoelstellingen op het gebied van participatie, zelfredzaamheid en zorg dichtbij huis. Bovendien kan residentiele zorg relatief duur zijn en is deze niet altijd kosteneffectief en/of kostenefficiënt.

### 1.3.3 De interventies – Intensive Home Treatment (IHT) en High Intensive Care (HIC)

Met het herontwerp van Mondriaan K&J wordt sterk ingezet op de verplaatsing van residentiële behandeling naar behandeling in de eigen woon- en leefomgeving van de jeugdige. Om dit te kunnen bewerkstellingen staan twee interventies centraal:

- IHT: Intensive Home Treatment gericht op jeugdigen
- HIC: High Intensive Care gericht op jeugdigen

Hoofdstuk 3 gaat uitvoerig in op de uitgangspunten van deze interventies, de effectiviteit ervan en de redenen waarom er voor deze interventies is gekozen als gedeeltelijk antwoord op het eerdergenoemde maatschappelijk probleem.

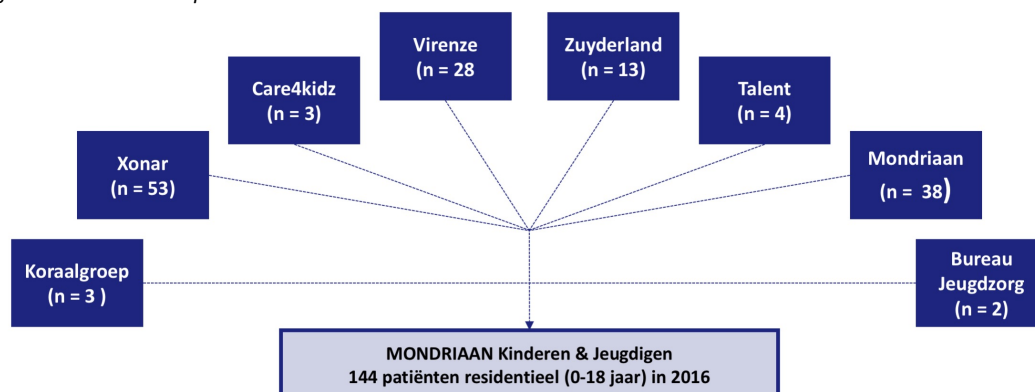
## 1.4 Scope

Deze mBC richt zich op het in kaart brengen van de mogelijke effecten van bovenstaande interventies op de cliëntgroep, zorgketenpartners, de gemeenten in de regio Zuid-Limburg en overige stakeholders. Een deel van deze effecten zijn vervolgens vertaald in zowel *potentiële kostenbesparingen* als *investeringen* die nodig zijn om de interventies optimaal te laten functioneren.

Er is gekozen om deze mBC te richten op jeugdigen in de leeftijd van 0 tot 18 jaar. Belangrijk hierbij te vermelden is dat beide interventies in principe gericht zijn op jeugdigen met leeftijd 12 tot 18 jaar. Het is echter de intentie van Mondriaan om zowel IHT als HIC ook in te zetten voor kinderen van 0 tot 12 jaar. Daarnaast is deze mBC tot stand gekomen door een analyse op een cohort van in totaal 144 cliënten die in 2016 een residentiële traject hebben doorlopen bij Mondriaan.

Er is door gemeente Maastricht in kaart gebracht wat de ‘voorliggende’ zorgorganisatie was (zie figuur 1: overzicht scope). Op basis van deze casussen is vervolgens door de deelnemende zorgorganisatie in het projectteam (zie meer informatie in 2.2 “Samenstelling projectteam”) in kaart gebracht wat er dan door de inzet hiervan zou veranderen voor de eigen organisatie: zowel inhoudelijk als financieel. Hierbij is alleen gekeken naar het voorliggende en niet het natraject. Reden hiervoor was de krappe tijdstroom inzake het opleveren van deze mBC. In een mogelijk vervolgetraject kan dit stuk nog worden toegevoegd aan de mBC om een completer beeld te krijgen.

Figuur 1: overzicht scope



De kosten en effecten zijn uitgerekend op het niveau van de regio. De meettermijn van deze mBC is één jaar (1 januari 2018 – 31 december 2018, een prognose gebaseerd op aantallen uit 2016), maar de duur van de maatschappelijke effecten kunnen langer zijn dan deze periode.

## 1.5 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk wordt de aanpak van deze mBC toegelicht, waarna in hoofdstuk 3 aandacht wordt besteed aan de interventies die in deze analyse centraal stonden. In de drie daaropvolgende hoofdstukken worden de interventies benaderd vanuit het cliëntperspectief (hoofdstuk 4), het zorgketenperspectief (hoofdstuk 5) en het maatschappelijk perspectief (hoofdstuk 6). Hoofdstuk 7 ('De maatschappelijke Business Case) dient als conclusie waarin de verschillende perspectieven met elkaar in verband worden gebracht, er een overzicht wordt gegeven van het te verwachten maatschappelijke rendement en de kernresultaten worden geïnterpreteerd.



## 2. Aanpak

### 2.1 Een maatschappelijke Business Case: wat is dat eigenlijk?

De maatschappelijke Business Case (mBC) is een veelgebruikte methode om het economische én maatschappelijke nut van een interventie in kaart te brengen. In aanvulling op de (meer traditionele) zakelijke Business Case, waar kosten en opbrengsten puur vanuit het perspectief van de organisatie worden bekeken, wordt er bij een mBC ook aandacht besteed aan de kosten en opbrengsten voor partijen buiten de eigen organisatie. Net zoals een 'gewone' Business Case gaat een mBC uit van een afweging met betrekking tot een beslissing over een mogelijke investering, waarbij het bijvoorbeeld kan gaan om het uitvoeren van een interventie. Door de kosten van de interventie af te zetten tegen de potentiële maatschappelijke opbrengsten wordt duidelijk wat het maatschappelijk rendement van de interventie is en hoe dit rendement precies ontstaat. Hierbij draait het in een maatschappelijke Business Case niet puur om financiële gegevens; er wordt ook aandacht besteed aan andere effecten die naar verwachting op zullen treden. Uiteindelijk gaat het om het 'totaalplaatje': het geheel van zowel financiële als niet-financiële effecten, die in samenhang met elkaar dienen om beleid te onderbouwen, aan te passen of verder uit te werken.

### 2.2 De projectgroep

Voor de ontwikkeling van deze mBC is door de opdrachtgevers een projectgroep samengesteld dat ten minste bestond uit de volgende personen:

1. Minette Wissink, Gemeente Heerlen (namens Zuid-Limburg)
2. Math Partouns, inkoopteam sociaal domein Zuid-Limburg
3. Berry Rademacher, inkoopteam sociaal domein Zuid-Limburg
4. Ruud Hupperetz, inkoopteam
5. Lone Linssen, Koraal
6. Hans Huijber, Koraal
7. Marlies Bouman, Levanto
8. Emily Chatrou, Care4Kidz
9. Maria van Gessel, Bureau Jeugdzorg
10. Irma Goldenbeld, Bureau Jeugdzorg
11. Mart van der Aa, XONAR
12. Suzan Rosenke, Gemeente Sittard-Geleen (namens Zuid-Limburg)
13. Joyce Kochen, Virenze
14. Marijke Lucassen, Virenze
15. Linda Rijnders, Mondriaan
16. Gloria Wilbers, Mondriaan
17. Carina Heugen, Alcander
18. Jos Jurgens, Talent
19. Manon Goertz, Zuyderland GGz (alleen derde bijeenkomst)
20. George Westerman, Zuyderland GGz (alleen derde bijeenkomst)

Met de projectgroep hebben drie bijeenkomsten van een dagdeel plaatsgevonden, waarin met elkaar is gesproken over onder andere het maatschappelijk probleem, de kenmerken van IHT/HIC, de te verwachten effecten daarvan en de benodigde input van verschillende stakeholders. Daarnaast heeft de groep buiten de bijeenkomsten om informatie aangeleverd. Zuyderland GGZ sloot in een later stadium (vanaf de derde bijeenkomst) aan.

De sessies zijn begeleid door Vincent Belgraver, consultant en Marlon van Dijk, consultant en directeur van Sinzer. Tijdens de verschillende sessies is er uitvoerig gesproken over onder andere het maatschappelijk probleem, de interventie, de te verwachten effecten daarvan en de benodigde input van verschillende stakeholders.

## 2.3 Opbrengsten van het gezamenlijke proces

Naast de concrete uitkomsten van deze maatschappelijke Business Case wordt er door zowel de opdrachtgever als verschillende leden van de projectgroep veel waarde gehecht aan het achterliggende proces en de opbrengsten daarvan.

Bij de start van het traject waren niet alle partijen (goed) op de hoogte van de kenmerken van IHT/HIC. Tijdens de bijeenkomsten is er veel gesproken over de interventies en de concrete betekenis daarvan in de praktijk. Hoewel een verdere verdiepingsslag noodzakelijk is, was dit traject een goede kennismaking met de mogelijke nieuwe werkwijze.

Al tijdens de eerste bijeenkomst waren aanwezige partijen overwegend positief over het voorgestelde herontwerp. De bereidheid om met elkaar als partners aan de slag te gaan en van de nieuwe aanpak een succes te maken leek aanwezig te zijn. Daarbij werd regelmatig benoemd dat het daarbij noodzakelijk is dat partijen goed op de hoogte zijn van elkaars expertise en daadwerkelijk bereid zijn om een integrale werkwijze te omarmen. Goede afstemming en coördinatie werden daarbij als voorwaarden benoemd.

Tijdens het proces werd duidelijk dat betrokken partijen er waarde aan hechten om de de consequenties van de inzet van IHT/HIC – indien daartoe wordt besloten – te monitoren. Hiervoor kan eventueel aansluiting plaatsvinden bij verschillende monitoringsinitiatieven die reeds lopen binnen de regio.

## 2.4 Methodes

In hoofdstuk 5 ('Zorgketenperspectief') en hoofdstuk 6 ('Maatschappelijk perspectief') wordt aandacht besteed aan de investeringen die naar verwachting nodig zullen zijn om de interventies uit te kunnen voeren en de besparingen te realiseren. Om de kosten en opbrengsten in kaart te brengen is gebruik gemaakt van de kernprincipes van het 'Social Return on Investment'-raamwerk (SROI).

SROI is een raamwerk waarmee het maatschappelijk rendement van investeringen meetbaar en inzichtelijk kan worden gemaakt. Bij het gebruiken van deze methodiek worden de missie en doelstelling van een organisatie, project of interventie gerelateerd aan de benodigde investeringen. Per stakeholder worden de (verwachte) effecten in kaart gebracht, waarna deze kunnen worden omgezet in een monetaire waarde. Hoewel een complete SROI-analyse

ook een monetaire waarde toekent aan subjectieve effecten (zoals kwaliteit van leven), is er in deze mBC bewust voor gekozen om alleen effecten die leiden tot directe veranderingen in financiële stromen in een monetaire waarde uit te drukken.

De volgende stappen zijn doorlopen om de verwachte kosten en opbrengsten in kaart te brengen:



### ***Stap 1: Verandertheorie***

In de eerste stap zijn het maatschappelijk probleem, de urgentie om dat probleem aan te pakken, de omvang van het probleem en de geboden oplossing in kaart gebracht.

### ***Stap 2: Stakeholderanalyse***

Vervolgens zijn de belangrijkste stakeholders in kaart gebracht. Stakeholders zijn belanghebbenden of sleutelpersonen, -groepen of -organisaties die betrokken zijn bij of beïnvloed (zullen) worden door de interventies. In de hoofdstukken 4, 5 en 6 komen de stakeholders in deze mBC aan bod.<sup>2</sup>

### ***Stap 3: Effecten bepalen***

Per stakeholder is er aan de hand van de expertise van de projectgroep en met behulp van literatuuronderzoek vastgesteld welke effecten er naar verwachting zullen optreden. Daarbij is nadrukkelijk ook aandacht besteed aan mogelijke negatieve effecten die kunnen optreden. In deze stap is ook nagedacht over mogelijke indicatoren die in de toekomst kunnen worden gebruikt om de effecten te meten.

### ***Stap 4: Effecten waarderen***

Aan de effecten die naar verwachting leiden tot een kostenbesparing is vervolgens een financiële waarde gekoppeld (zie hoofdstuk 5). De gehanteerde bedragen zijn grotendeels gebaseerd op input van de projectgroep.

### ***Stap 5: Input bepalen***

Vervolgens is vastgesteld welke investeringen er van welke partijen nodig zijn om de interventies uit te voeren en de verwachte besparingen te kunnen realiseren.

### ***Stap 6: Analyse***

In een laatste stap zijn alle gegevens geanalyseerd om een totaalbeeld te kunnen vormen van het te verwachten rendement. Daarbij is ook aandacht besteed aan de vraag waar de uiteindelijke baat van mogelijke besparingen komt te liggen. Als onderdeel van de analyse is alle informatie verwerkt in Sinzer; een softwareoplossing waarmee gegevens met betrekking tot maatschappelijke effecten kunnen worden verzameld, geanalyseerd en gemonitord.

---

<sup>2</sup> Zie bijlage 2 (“Overzicht van de stakeholders”) voor een compleet overzicht van de stakeholders.

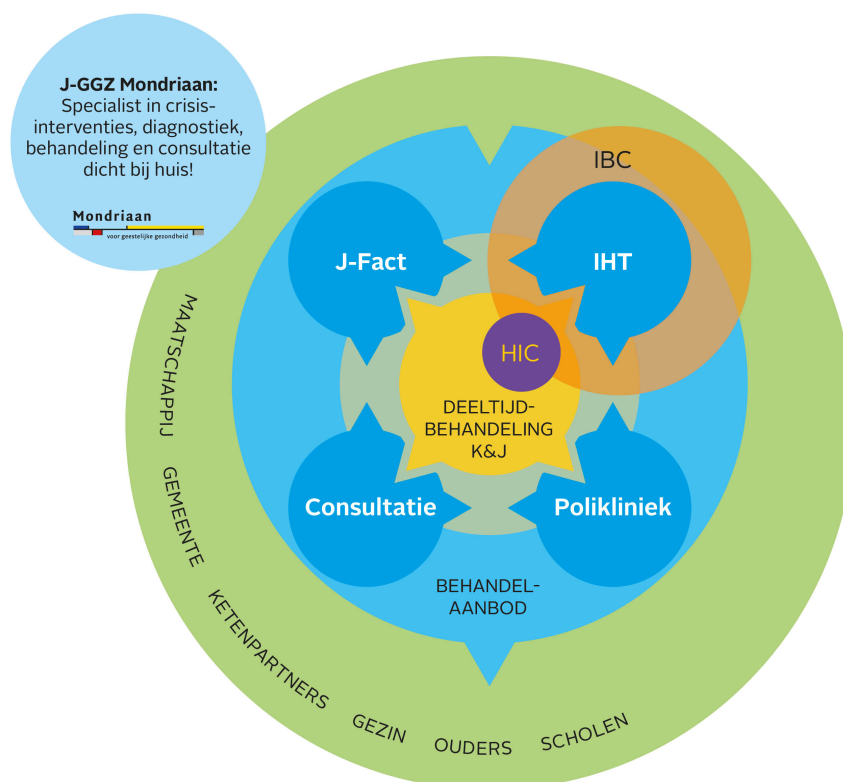
### 3. De interventies

Het Intensief Behandelcentrum Mondriaan Kinderen en Jeugdigen (K&J) is specialist in crisisinterventies, diagnostiek, behandeling en consultatie dicht bij huis. Mondriaan K&J biedt zorg die, volgens eigen informatie, voldoet aan onderstaande punten:

- 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.

In lijn hiermee is het herontwerp ten aanzien van crisis, Intensive Home Treatment (IHT) en High Intensive Care (HIC), vormgegeven (zie figuur 2). Van belang is het versterken van beschermende factoren, zoals behoud of verbetering van het contact met school en het sociale netwerk. Daarnaast moeten ouders/opvoeders zoveel mogelijk betrokken blijven voor de continuering van de zorg. Muskens *et al* (2015, p1) hebben aangetoond dat wanneer het netwerk van de jeugdige te weinig betrokken wordt in de behandeling, dit kan leiden tot een ongewenst lange opnameduur, stagnatie van de ontwikkeling of terugval.

Figuur 2 Visuele weergave van het herontwerp



Het herontwerp van de zorg voor jeugdigen met psychiatrische problematiek door Mondriaan K&J bestaat uit 2 interventies, te weten HIC en IHT. IHT kan ook aansluiten bij de residentiële zorg van bijvoorbeeld XONAR of Koraalgroep. Zodoende kan Mondriaan haar expertise, onder andere gericht op crisis, inzetten bij overige zorgketenpartners. De interventies worden hieronder verder toegelicht.

### 3.1 Intensive Home Treatment (IHT)

IHT kan worden ingezet wanneer er sprake is van een crisis- of spoedsituatie en (het vermoeden van) complexe psychiatrische problemen. Het eerste doel van IHT is de jeugdige de crisis zo goed mogelijk te laten doorkomen. Vaak is er sprake van een verstoorde balans tussen draagkracht en draaglast in de thuissituatie. Daarnaast kunnen er vaak rigide gedragspatronen worden waargenomen en spelen er problemen op meerdere levensgebieden, ook wel multi-probleemgezinnen genoemd. Aansluiting vinden bij reguliere hulpverlening lukt vaak onvoldoende. IHT daarentegen kent geen wachtlijst, is 24/7 bereikbaar en bovendien vindt de intake binnen een week plaats. Gezien de complexiteit van de problematiek wordt er gewerkt met een multidisciplinair behandelteam bestaande uit (ambulante) gezinsbehandelaren - die ook op de HIC inzetbaar zijn - zodat de jeugdige met een vertrouwd gezicht in aanraking komt met een GZ-psycholoog, een kinder- en jeugdpsychiater en een intervisie systeemtherapeut. Ten tweede is IHT er op gericht opname te voorkomen. Wanneer opname niet te voorkomen is, is het doel deze te verkorten (zie paragraaf 3.2). Een IHT-traject duurt gemiddeld 4 maanden<sup>3</sup>. Zoals gezegd, is het van belang voor de patiënt en het succes van de interventie dat het sociaal steunsysteem hierbij betrokken wordt. Zo krijgen beiden inzicht in de psychiatrische mogelijkheden en beperkingen en worden gecoacht in het accepteren daarvan. Het reguliere dagelijkse leven van de jeugdige – bijvoorbeeld op het gebied van onderwijs en vrijetijdsbesteding – wordt hersteld, rekening houdend met de psychiatrische problematiek. Hierbij wordt nauw samengewerkt met ketenpartners zoals de huisarts, jeugdbescherming, sociale wijkteams, scholen, crisisdienst, politie en RIBW.

### 3.2 High Intensive Care (HIC)

Jeugdigen met en zonder BOPZ-maatregel worden indien nodig voor een korte klinische interventie opgenomen, samen met een ouder of ander vertrouwenspersoon. De ouder/vertrouwenspersoon verblijft er voor een beperkt aantal dagen ('rooming-in'). Een korte opname kan voorafgaand, maar ook tijdens een IHT-traject plaatsvinden. In deze mBC wordt uitgegaan van een gemiddelde opnameduur van 21 dagen<sup>4</sup>. HIC is gericht op het stabiliseren van een ernstig psychiatrisch toestandbeeld door het nader observeren en/of diagnostiseren van de patiënt. Ook hier wordt gewerkt met een multidisciplinair behandelteam bestaande uit een kinder- en jeugdpsychiater, verpleegkundigen en/of sociaal werkers, een behandelcoördinator in de persoon van een (GZ)psycholoog, een activiteitenbegeleider en wordt er voorzien in ouderbegeleiding. Indien gewenst door het sociaal steun systeem kan het behandel-/begeleidingstraject geïntensifieerd worden. Het

---

<sup>3</sup> Gebaseerd op de Business Case van Mondriaan.

<sup>4</sup> Gebaseerd op de Business Case van Mondriaan.

streven is een zo kort mogelijke opname, maar wel zolang als nodig. Daarnaast krijgt de patiënt zoveel als mogelijk zelfregie binnen de veiligheid van de gesloten voorziening om zo de overstap naar thuis te verkleinen. Het betrekken van de ouder(s)/opvoeder(s) is van belang aangezien het de angst van de jeugdige voor en tijdens de opname kan verminderen en de interacties tussen de jeugdige en zijn ouder(s)/opvoeder(s) geobserveerd en van advies voorzien kunnen worden. Dit bevordert de kwaliteit en continuering van de zorg thuis.

### 3.3 Waarom deze interventie?

Deze interventies zijn erop gericht om ten eerste de jeugdige zoveel mogelijk op te kunnen laten groeien en zich te laten ontwikkelen in hun gezinssituatie, om ontheemding van familie, school en verdere sociale kring en de daarmee gepaard gaande uitstel van herstel, stagnatie in ontwikkeling en terugval te voorkomen. Ten tweede geeft Mondriaan hierbij invulling aan de regionale doelstelling om residentiële jeugdhulp te verschuiven naar ambulante jeugdhulp zonder wachtlijsten.

In hoofdstuk 5 ('Het zorgketenperspectief') wordt ingegaan op de investeringen die er naar verwachting nodig zijn in de keten wanneer wordt besloten IHT/HIC in te zetten. Ook wordt duidelijk tot welke kostenbesparingen dit naar verwachting leidt.

## 4. Het cliëntperspectief

Aangezien de interventies die centraal staan in deze mBC primair gericht zijn op jeugdigen met psychiatrische problematiek wordt dit hoofdstuk hoofdzakelijk gewijd aan de verwachte effecten voor deze stakeholder. De effecten voor overige stakeholders komen in volgende hoofdstukken aan bod.

In een maatschappelijke Business Case wordt er doorgaans geen monetaire waarde gekoppeld aan effecten die op cliëntniveau optreden. De effecten voor deze stakeholder worden dan ook op een kwalitatieve manier beschreven.

### 4.1 Drie effecten voor de jeugdigen

Op basis van input van de projectgroep en literatuuronderzoek worden in ieder geval de volgende effecten verwacht voor jeugdigen wanneer IHT/HIC wordt ingezet in plaats van de huidige residentiële behandeling.

#### ***Effect 1: Ervaren vermindering van (zelf)stigmatisering***

Jeugdigen met psychiatrische problematiek kampen vaak met twee vormen van stigmatisering: van de omgeving en van henzelf (zie ook paragraaf 1.2). Smith *et al.* (2000) tonen aan dat IHT bijdraagt aan verminderde stigmatisering. Patiënten voelen zich in het ziekenhuis van hun vrijheid en autonomie beroofd, benoemen een gebrek aan status en (h)erkenning en hun veilige familiale omgeving. IHT voorkomt dit door de patiënt of wel korter of niet op te nemen. Dit draagt tevens bij aan verminderde zelfstigmatisering van de patiënt.

#### ***Effect 2: Ervaren verbetering van kwaliteit van leven***

De effectiviteit van jeugdigen thuis behandelen in tijden van crisis is door Muskens *et al.* (2015) onderzocht. Daaruit blijkt dat er sprake kan zijn van een onwenselijk lange opnameduur, stagnatie in de ontwikkeling en uiteindelijk terugval wanneer het netwerk van de jeugdige te weinig betrokken wordt bij de behandeling. Wanneer er in geval van ernstige crisis toch sprake is van de noodzaak van opname, pleiten zij de ouders hierbij te betrekken, zodat zij coaching krijgen t.a.v. hun interactie met het kind. Dit kan de angst bij de jeugdige tijdens de opname verminderen en zorgt voor betere continuering van de zorg na opname.

Jeugdigen ervaren het als prettig dat ze zoveel mogelijk in hun eigen omgeving kunnen blijven en niet opgenomen hoeven worden terwijl zij wel zorg krijgen. Ouders geven aan dat fysieke agressie van de jeugdigen in huis vermindert, dat symptomen afnemen, waardoor de jeugdigen hun schoolgang en hobby's hervatten, en dat hun stemming verbetert (p. 5). Dit draagt bij aan een verbetering van de kwaliteit van leven, zowel voor de jeugdige alsook voor het sociaal steunsysteem gezien het verbeterde gedrag en gezondheid van de jeugdige en de ondersteuning voor de ouders. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat dit veel kan vragen van het sociaal steunsysteem, met mogelijke verminderde gezondheid/ maatschappelijke participatie van hun kant als gevolg (zie ook paragraaf 4.2, effect 2).

### ***Effect 3: Verminderde achterstand in onderwijs***

Doordat de jeugdige niet ontheemd raakt uit zijn sociale omgeving en school is het aannemelijk dat dit leidt tot verminderde achterstand in onderwijs (Barth *et al.*, 2007). Diverse wetenschappelijke studies beschrijven dat het hebben van werk of dagbesteding positief kan bijdragen aan hun herstel (Van Weeghel, 2015; Delespaul, 2013). Het hebben van zinvolle dagbesteding kan bijvoorbeeld bijdragen aan het opbouwen van een sociaal netwerk waardoor horizonverbreding plaatsvindt. Bovendien kan het bijdragen aan de vorming van identiteit en status, het voorkomen of verminderen van depressie en iemand (tijdelijk) uit de 'patiëntrol' halen. Fysieke en/of mentale activiteit, dat vaak gepaard gaat met het hebben van dagbesteding, kan een positief effect hebben op het algemeen welbevinden (Van Weeghel, 2015).

Daarnaast scoren jeugdigen die thuis behandeld werden bijna significant beter in het maken en onderhouden van verbinding met hun familie en het voorkomen van justitiële problemen (Bart *et al.*, 2007). Hoewel dit zeker geen compleet overzicht is van de mogelijke effecten die er voor jeugdigen met psychiatrische problematiek optreden als zij thuis in plaats van residentieel worden behandeld, biedt het een goede indicatie van positieve veranderingen die er naar verwachting zullen optreden.

## **4.2 De mate waarin effecten optreden**

Daarnaast is gebleken dat er geen studies zijn waaruit blijkt dat patiënten de voorkeur geven aan behandeling in het ziekenhuis, als er een alternatief geboden wordt (Smith *et al.*, 2000). Daarom is waarschijnlijk dat de positieve effecten bij het overgrote deel van de jeugdigen optreden. De mate waarin de (zelf)stigmatisering afneemt, hun kwaliteit van leven verbetert, en hun achterstand in het onderwijs vermindert, kan sterk verschillen van persoon tot persoon, afhankelijk van hun ziektebeeld en de mate waarin zij baat hebben bij medicatie en verdere behandeling.

Aangezien in de mBC voornamelijk is gefocust op het in kaart brengen van de maatschappelijke kosten en baten voor de gemeenten, en deze mBC een prognose betreft, kan niet met zekerheid gesteld worden in hoeveel van de gevallen de positieve of negatieve effecten voor de jeugdigen en het sociale steunsysteem zullen optreden. Dit zal per geval verschillen en afhankelijk zijn van de grootte van het sociale steunsysteem (betrokkenheid van grootouders, familieleden en/of burens) en de gezinssituatie.



## 5. Het zorgketenperspectief

### 5.1 Casuïstiekanalyse door ketenpartners uit de projectgroep

Dit hoofdstuk gaat in de op effecten die zorgketenpartners verwachten op de te leveren zorg wanneer IHT/HIC wordt ingezet. De volgende partijen zijn als stakeholders opgenomen in deze maatschappelijke Business Case:

1. XONAR
2. Koraal
3. Virenze
4. Care4Kidz
5. Zuyderland GGz
6. Talent
7. Bureau Jeugdzorg
8. Levanto
9. Mondriaan

Op basis van de 'case load' van 2016 is er door bovenstaande organisaties een inventarisatie gemaakt van de naar verwachting extra danwel minder te leveren zorg wanneer voor die casussen een IHT/HIC traject zou zijn ingezet. Op basis daarvan zijn in sommige gevallen extra benodigde investeringen of potentieel te realiseren kostenbesparingen meegerekend.

Na het inventariseren van de casuïstiek uit 2016 heeft een deel van de organisaties zelf een splitsing gemaakt tussen casussen die wel of niet in aanmerking voor IHT/HIC zouden kunnen komen. Echter, Mondriaan heeft aangegeven dat alleen Mondriaan zelf die inschatting kan maken. Uit een eigen inventarisatie blijkt dat 96% van de casuïstiek uit 2016 in aanmerking zou komen voor IHT/HIC. Mede in overleg met de betrokken beleidsadviseurs van de gemeenten is besloten deze mBC te baseren op de inschatting van Mondriaan.

Per organisatie wordt een overzicht gegeven van de te leveren input en de besparingen die er naar verwachting kunnen worden gerealiseerd. Daarbij moet worden opgemerkt dat zowel de benodigde investeringen als de besparingen uiteindelijk moeten worden toegeschreven aan de financiers (in dit geval de gemeente).

Bij het berekenen van de te verwachten kosten en besparingen is er zoveel mogelijk uitgegaan van bedragen die specifiek voor iedere organisatie gelden. Immers, iedere organisatie heeft een andere kostenstructuur, waardoor bijvoorbeeld uurtarieven verschillen.

### 5.2 Kosten en opbrengsten per organisatie

In deze paragraaf volgt per organisatie een overzicht van de naar verwachting benodigde investeringen (bijvoorbeeld omdat zorg bij een bepaalde aanbieder kan blijven doorlopen naast een IHT-traject) en/of potentiële kostenbesparingen. Bij de stakeholder Mondriaan zijn als investeringen de kosten voor de inzet van IHT/HIC opgenomen. De besparingen hebben betrekking op het voorkomen of verkorten van residentiële trajecten.

De verwachte besparingen, bijvoorbeeld doordat bepaalde zorgtrajecten mogelijk worden voorkomen, verlengd of verkort, zijn gebaseerd op inschattingen en verwachtingen, evenals de extra benodigde investeringen. De daadwerkelijk gerealiseerde besparingen en benodigde investeringen kunnen in de praktijk dan ook afwijken. Door de organisaties is uitgegaan van het onderstaand aantal casussen uit 2016. Enkele casussen werden niet door de zorgaanbieders herkend; de aantallen uit de systemen van de Gemeente komen niet altijd overeen met de gegevens van de aanbieders.

Voorliggende organisatie*	Aantal cliënten**
XONAR	53
Koraalgroep	3
Care4Kidz	3
Virenze	28
Zuyderland GGZ	13
Talent	4
Mondriaan	38
Bureau Jeugdzorg	2
Levanto	0
<b>Totaal</b>	<b>144</b>

\* Een aantal cliënten heeft meerdere c.q. gelijktijdige voorliggende aanbieders waardoor een aantal zelfde cliënten bij meerdere voorliggende zorgorganisaties voorkomen. Deze dubbel tellingen hebben we niet doorberekend bij de doorberekening van de kosten en besparingen in deze mBC.

\*\* In totaal gaat het om 142 cliënten die in 2016 een residentieel traject hebben doorlopen bij Mondriaan, plus 2 extra casussen van Bureau Jeugdzorg.

### 5.3.1 XONAR

Op basis van de aangeleverde casuïstiek (n = 53) zijn volgens XONAR de volgende scenario's mogelijk:

1. Het residentieel verblijf van Mondriaan kan omgezet worden naar IHT en gekoppeld worden als extra ondersteuning en expertise bij lopende ambulante, dagbehandeling- of pleegzorgcliënten van XONAR. Dit betreft cliënten waarbij er XONAR Verblijf nodig wordt geacht (n=13). In de huidige situatie zouden deze cliënten naar een (duurdere) verblijfsplek bij Mondriaan zijn gegaan. Door de kortere opname Mondriaan ten opzichte van vroeger (gemiddeld 47 dagen korter; 33 in plaats van 80 dagen) is naar verwachting langer zorg nodig bij XONAR, onder andere in de vorm van verblijf. Vijf kinderen gaan nu eerder terug naar het pleeggezin (verblijven daar dus 47 dagen langer) en hebben ook langer een behandeling individueel van XONAR nodig. Voor de overige acht kinderen blijft klinische zorg op zijn plaats. Voor hen wordt uitgegaan van 47 meer verblijfsdagen. Tijdens dat verblijf is ook een arrangement 'groep' noodzakelijk.
2. Het residentieel verblijf van Mondriaan kan omgezet worden naar IHT en als extra expertise en ondersteuning gekoppeld worden aan lopende ambulante trajecten, dagbehandeling- of pleegzorgcliënten van XONAR. Dit betreft cliënten waarbij er *geen* XONAR Verblijf nodig wordt geacht en extra ondersteuning en expertise t.a.v.

cliënten en hulpverleners afdoende is (n=13). Dit scenario heeft geen effect op de inzet van XONAR.

3. Het residentiële verblijf van Mondriaan kan omgezet worden naar IHT en als extra expertise en ondersteuning worden ingezet bij cliënten die ook bij XONAR in verblijf zitten/zaten. Het betreft cliënten waarbij dan wel de duur van XONAR Verblijf toeneemt ten opzichte van de huidige situatie (n=8). Er wordt aangenomen dat de toename van de verblijfsduur gemiddeld een maand bedraagt. Ook is voor deze kinderen gedurende die maand een Behandeling Groep Hoog Kort nodig, en zou één van hen daarnaast een Behandeling Individueel nodig hebben.
4. De inzet van XONAR zou onnodig moeten zijn als Mondriaan deze nieuwe behandelvorm (IHT/HIC) aangeboden had. Bijvoorbeeld: een beroep doen op crisis van XONAR voor een time-out bij Mondriaan of voor overbrugging Mondriaan (n=5). Het voorkomen van een ambulante arrangement bij XONAR is in dit scenario als besparing opgevoerd.
5. De inzet van zowel XONAR als de inzet van Mondriaan was onnodig/ontoereikend vanwege LVB-problematiek (n=2).
6. Er is reeds sprake van een gecombineerd aanbod van Mondriaan en XONAR dat succesvol oogt en wat geen verandering behoeft (n=6).
7. De casussen zijn onbekend voor XONAR (n=4).

Op basis van bovenstaande analyse wordt de volgende benodigde investering verwacht:

Investing	Prijs (€)	# cliënten	Totale investering (€)
<i>Scenario 1</i>			
Langer verblijf in pleeggezin (47 dagen)	1.833	5	9.165
Langere doorloop individuele behandeling (47 dagen)	3.730	5	18.650
Langere doorloop verblijf bij XONAR (groep VF6, 47 dagen)	9.353	8	74.824
Langere doorloop Behandeling Groep Hoog (47 dagen)	11.823	5	59.115
Langere doorloop Behandeling Groep Midden (47 dagen)	5.885	3	17.665
<i>Scenario 3</i>			
Maand langer verblijf bij XONAR (groep VF6; 30,4 dagen)	6.050	7	42.350
Maand langer verblijf bij XONAR (groep VF7; 30,4 dagen)	9.454	1	9.454
Maand langer Behandeling Groep Hoog Kort	11.823	8	94.584
Maand langer Behandeling Individueel	7.220	1	7.220
<b>Totaal</b>			<b>333.017</b>

*Toelichting op de benodigde investeringen:*

#### Scenario 1:

- **Langer verblijf in het pleeggezin van 47 dagen:** dit geldt voor vijf kinderen. Een dag pleegzorg kost € 39. De totale kosten voor 47 dagen langere pleegzorg bedragen € 1.833 per kind en € 9.165 in totaal voor vijf kinderen.
- **Langere doorloop individuele behandeling:** dit geldt voor de vijf kinderen die eerder teruggaan naar het pleeggezin en daar langer verblijven. Er is langer individuele begeleiding nodig. Gezien het aantal dagen (47) wordt daarvoor een arrangement Individuele Behandeling Midden Kort ingezet. De kosten daarvoor bedragen per kind € 3.730, en € 18.650 voor vijf kinderen.

- **Langere doorloop verblijf bij XONAR (groep VF6, 47 dagen):** dit geldt voor 8 kinderen. Een dag verblijf (groep VF6) kost € 199, dus voor 47 dagen is dat € 9.353. In totaal voor 8 kinderen € 74.824.
- **Langere doorloop Behandeling Groep Hoog (47 dagen):** dit geldt voor 5 van de 8 kinderen die langer op de XONAR-groep verblijven. Er wordt uitgegaan van 47 extra dagen groepsbehandeling Hoog, waarvoor een aanvullend kort arrangement (€ 11.823) nodig zou zijn. De totale kosten voor 5 kinderen bedragen € 59.115.
- **Langere doorloop Behandeling Groep Midden (47 dagen):** dit geldt voor 3 van de 8 kinderen die langer op de XONAR-groep verblijven. Er wordt uitgegaan van 47 extra dagen groepsbehandeling Midden, waarvoor een aanvullend kort arrangement (€ 5.885) nodig zou zijn. De totale kosten voor 3 kinderen bedragen € 17.665.

### Scenario 3:

- **Maand langer verblijf bij XONAR (groep VF6):** dit geldt voor zeven kinderen. Er wordt gerekend met 30,4 extra dagen en een dagprijs van € 199. Totaal voor een extra maand is dat € 6.050. Voor zeven kinderen is dat € 42.350.
- **Maand langer verblijf bij XONAR (groep VF7):** dit geldt voor één kind. De dagprijs is € 311. Totale kosten voor een maand extra verblijf (30,4 dagen): € 9.454.
- **Maand langer Behandeling Groep Hoog Kort:** gedurende de maand langer verblijf (in zowel groep VF6 als VF7) hebben de kinderen naar verwachting een arrangement Behandeling Groep Hoog Kort nodig. De kosten hiervan bedragen € 11.823 per kind, wat leidt tot een totaal van € 101.808.
- **Maand langer Behandeling Individueel:** het kind dat een maand langer in groep VF7 verblijf heeft daarnaast een maand langer Behandeling Individueel nodig, waarvan de kosten € 7.220 bedragen.

Als gevolg van de inzet van IHT/HIC worden door XONAR de volgende besparingen verwacht:

Potentiële besparing	Prijs (€)	# cliënten	Totale besparing (€)
Voorkomen (crisis)verblijf XONAR	▪	6	93.000
Voorkomen ambulante arrangement XONAR	7.800	5	39.000
<b>Totaal</b>			<b>132.000</b>

### Toelichting op de potentiële besparingen:

- **Voorkomen (crisis)verblijf bij XONAR:** voor de geanalyseerde casuïstiek verwacht XONAR dat voor 6 cliënten één of meerdere (soms olopend tot wel vier) (crisis)opnames voorkomen hadden kunnen worden. In totaal zou dit resulteren in een kostenbesparing van € 93.000.
- **Voorkomen ambulante arrangement XONAR:** daarnaast wordt verwacht dat voor 5 casussen een ambulante arrangement voorkomen had kunnen worden (scenario 4). De gemiddelde arrangementsprijs hiervoor bedraagt € 7.800.

### 5.3.2 Koraal

Op basis van de aangeleverde casuïstiek (n=3) is de volgende analyse gemaakt door Koraalgroep:

- Het betreft behandeling van middelenafhankelijkheid waarin de inzet van IHT/HIC een preventievere werking kan hebben waardoor de behandeling effectiever en efficiënter wordt. Bij een gezamenlijk optreden is de behandeling intensiever en duurder, maar kan hierdoor worden verkort.
- Het betreft crisisplaatsingen ten gevolge van psychiatrische crisis waarin Koraalgroep overvraagd werd. Het betreft een dubbele problematiek van cliënten: een (licht) verstandelijke beperking in combinatie met psychiatrie waarvoor expertise bij de polikliniek van Koraal in principe aanwezig is. Wanneer IHT/HIC vanuit Mondriaan ingezet zou worden vergt dat een andere manier van werken binnen Koraalgroep, inclusief een andere competenties en/of formatie van het behandelend personeel waarvoor scholing en coaching nodig is.

Dit leidt tot de volgende benodigde investeringen:

Investering	Prijs (€)	# cliënten	Totale investering (€)
Arrangement Verblijf Koraal	PM	PM	PM
<b>Totaal</b>			<b>PM</b>

*Toelichting op de benodigde investeringen:*

- **Arrangement Verblijf Koraal:** indien IHT (zonder HIC) wordt ingezet betekent dit mogelijk dat het verblijfsarrangement bij Koraal blijft doorlopen, wat extra kosten met zich meebrengt. Deze eventueel benodigde investering is vooralsnog niet gekwantificeerd.

Er worden door Koraal geen besparingen verwacht als gevolg van de inzet van IHT/HIC.

### 5.3.3 Care4Kidz

Op basis van de casuïstiek (n = 3) is door Care4Kidz de volgende analyse gemaakt:

1. De inzet van IHT/HIC had een residentieel traject bij Mondriaan kunnen voorkomen waarbij geen verdere inzet van Care4Kidz nodig wordt geacht (n=1)
2. De inzet van IHT/HIC had een residentieel traject bij Mondriaan kunnen voorkomen waarbij het nodig wordt geacht dat de bestaande inzet van Care4Kidz (individuele begeleiding) doorloopt (n=1).
3. De casus wordt niet herkend (n=1).

Opgemerkt moet worden dat bovenstaande casuïstiek gaat over de periode 2016 waarin Care4Kidz nog geen behandeling bood maar alleen begeleidingstrajecten. Vanaf mid-2017 biedt Care4Kidz ook behandeling. Dit leidt tot de volgende benodigde investeringen:

Investering	Prijs (€)	# cliënten	Totale investering (€)
Kosten t.a.v. langere doorloop individuele begeleiding	4.000	1	4.000
<b>Totaal</b>			<b>4.000</b>

*Toelichting op de benodigde investering:*

- **Kosten t.a.v. langere doorloop individuele begeleiding:** de kosten voor de doorlopende individuele begeleiding worden ingeschat op € 4.000. Deze begeleiding is volgens Care4Kidz nodig in aanvulling op IHT/HIC.

Care4Kidz verwacht voor de eigen organisatie geen besparingen als gevolg van de inzet van IHT/HIC. Care4Kidz verwacht wel dat door het aanbod IHT/HIC vanuit Mondriaan dat Care4Kidz in de toekomst meer complexere c.q. risicovolle casussen kan gaan aannemen en langer zou kunnen vasthouden omdat HIC toegankelijk is en als uitvalsbasis bij crisis beschikbaar is.

### 5.3.4 Virenze

Op basis van de casuïstiek (n=28) is door Virenze de volgende analyse gemaakt:

- In totaal komen er naar verwachting 23 van de 28 casussen in aanmerking voor IHT/HIC. Deze casussen zijn in 2016 in crisis geraakt. Overigens sluit deze analyse niet volledig aan bij de veronderstelling van Mondriaan dat in ieder geval 96% van de casussen geschikt zou zijn voor IHT/HIC.
- Er is door Virenze een dwarsdoorsnede gemaakt van casussen uit 2016. In sommige gevallen zullen er tijdens een IHT-behandeling bij Mondriaan, waarbij ‘meebehandelen’ door Virenze gewenst is, meer uren worden gemaakt op een al lopend arrangement. Dat kan leiden tot een hoger of langer durend arrangement. Echter, in andere gevallen wordt een besparing op het aantal minuten verwacht doordat sneller kan worden doorverwezen naar IHT/HIC. Per saldo wordt er geen verandering verwacht.
- Virenze verwacht dan ook dat er op totaalniveau geen afname danwel toename van het aantal behandelminuten zal zijn wanneer IHT/HIC wordt ingezet. Er worden daarom geen investeringen of potentiële kostenbesparingen meegerekend

Zuyderland GGz zal tijdens een eventuele IHT-behandeling bij Mondriaan, waarbij ‘meebehandelen’ door Zuyderland GGz gewenst is, meer uren maken op het al lopende arrangement. Dat kan leiden tot een hoger of langer durend arrangement ambulante behandeling bij Zuyderland GGz.

### 5.3.5 Talent

Op basis van de casuïstiek (n=4) is door Talent de volgende analyse gemaakt:

- Alle cliënten ontvangen groepsbegeleiding van Talent. De behandeling IHT/HIC zou voor alle casussen geschikt zijn.
- Talent verwacht dat een hogere inzet nodig is dan in de bestaande situatie plaatsvindt (groepsbegeleiding lang-laag zou naar verwachting van Talent bijvoorbeeld ontoereikend zijn). Deze aannahme wordt door Mondriaan overigens niet gedeeld; gedurende de inzet van IHT is er geen intensieve begeleiding nodig van een andere aanbieder. Er is daarom besloten geen investering voor intensievere begeleiding door Talent mee te nemen in deze mBC.
- Wel wordt verwacht dat de groepsbegeleiding van Talent tijdens het IHT-traject kan doorlopen. Deze kosten worden aanvullend meegenomen.

Investering	Prijs (€)	# cliënten	Totale investering (€)
Doorlopend arrangement Talent	3.707	4	14.828
<b>Totaal</b>			<b>14.828</b>

Toelichting op de benodigde investering:

- **Doorlopend arrangement Talent:** De kosten per arrangement die gedurende de IHT-periode doorloopt bedragen € 3.707 per cliënt. Deze kosten zijn voor vier cliënten meegerekend.

### 5.3.6 Zuyderland GGz

Op basis van de casuïstiek (n = 13) is door Zuyderland GGz de volgende analyse gemaakt:

- Bij 4 van de cliënten zou, volgens de analyse van Zuyderland GGz, IHT/HIC een mogelijk alternatief zijn geweest. Overigens is dit niet in lijn met het uitgangspunt van Mondriaan dat 96% van de casuïstiek geschikt is voor IHT/HIC.
- Bij 2 van de cliënten heeft Zuyderland GGz alleen een crisisinschatting gedaan op grond waarvan een BOPZ opname noodzakelijk was. Zuyderland GGz kan niet inschatten of IHT/HIC hiervoor geschikt geweest zou zijn. Deze aantallen zijn wel opgenomen in de berekeningen voor de totstandkoming van deze mBC;
- Bij 3 van de cliënten is vanuit andere zorgorganisaties verwezen waardoor Zuyderland GGz geen uitspraak kan doen.
- Drie casussen werden niet door Zuyderland GGz herkend.

De verwachting is dat - door het aanbod van IHT/HIC van Mondriaan – er *voorafgaand* aan de opname geen financiële consequenties voor Zuyderland GGz zullen zijn. *Tijdens* de opname zal frequent samen worden geëvalueerd, dus dat levert een extra tijdsinvestering op voor Zuyderland GGz. Hierbij is het van belang om inhoudelijk op te merken dat bij de inzet van IHT/HIC de cliënten en hun wettelijke vertegenwoordigers het eens moeten zijn dat zij (eventueel 2x) van behandelteam veranderen. De extra tijdsinvestering is (nog) niet gekwantificeerd door Zuyderland GGz. Daarnaast is qua extra investering door Zuyderland GGz aangegeven dat zij scenario's onderzoeken waarin Zuyderland GGz zelf in de regio van IHT of een vorm van intensieve thuisbehandeling gaat aanbieden (in lijn met het beleid om zo lang mogelijk thuis te behandelen).

Concluderend kan Zuyderland GGz de financiële consequenties nu niet overzien. Een aantal scenario's worden echter als denkbaar beschouwd:

- Zuyderland GGz gaat zelf IHT of een vorm van intensievere specialistische thuisbehandeling doen. Met de gemeente zal gesproken gaan worden over een nieuw arrangement met prijs voor een dergelijk traject.
- Zuyderland GGz zal tijdens een eventuele IHT-behandeling bij Mondriaan, waarbij 'meebehandelen' door Zuyderland GGz gewenst is, meer uren maken op het al lopende arrangement. Dat kan leiden tot een hoger of langer durend arrangement ambulante behandeling bij Zuyderland GGz. Het is van belang om door te praten over de inhoudelijke redenen om dit bij bepaalde casuïstiek te doen, zodat de behandeling bij Zuyderland GGz tijdens het IHT-traject Mondriaan doorloopt (zij het afgeslankt).

Dit leidt tot de volgende benodigde investeringen:

Investering	Prijs (€)	# cliënten	Totale investering (€)
Extra tijdsinvestering voor overleg	PM	PM	PM
Doorlopend arrangement Zuyderland	PM	PM	PM
<b>Totaal</b>			<b>PM</b>

### 5.3.7 Bureau Jeugdzorg

Op basis van de casuïstiek van Bureau Jeugdzorg Limburg (BJZ) is de volgende analyse gemaakt:

- In totaal zijn er 14 cliënten uit de caseload van BJZ geanalyseerd;
- Hiervan hebben 11 cliënten een OTS;
- Hierdoor zouden 3 cliënten in aanmerking zouden kunnen komen voor IHT/HIC;
- Bij 2 hiervan wordt verwacht dat voor de inzet van IHT/HIC het OTS traject wordt verkort.

IHT/HIC draagt bij aan de versterking van de mogelijkheden en het vertrouwen van het gezinssysteem om zelf met psychiatrische problematiek van de jeugdigen om te gaan waardoor ouders zelf hun verantwoordelijkheid nemen om de opgroei- en opvoedproblematiek aan te pakken. Hierdoor is een gedwongen hulpkader soms uiteindelijk niet meer nodig. Als gevolg hiervan wordt door de inzet van IHT/HIC de volgende besparingen verwacht:

Potentiële besparing	Prijs (€)	# cliënten	Totale besparing (€)
Verkorten OTS	3.875	2	7.750
<b>Totaal</b>			<b>7.750</b>

*Toelichting op de besparingen:*

- **Verkorting OTS:** naar verwachting kan het OTS-traject met 6 maanden worden verkort. Deze verkorting vindt plaats in het tweede jaar. Het OTS-tarief in dat jaar is € 7.751, waardoor de besparing per cliënt naar schatting € 3.875 bedraagt

Bureau Jeugdzorg Limburg verwacht geen extra benodigde investeringen.

### 5.3.8 Levanto

Uit het bestand van de gemeente zijn er momenteel geen casussen waarbij Levanto de 'voorliggende' zorgaanbieder was. Er is door Levanto aangegeven dat er in 2016 bij 2 cliënten van een crisis sprake was, maar dat bij crisis in de RIBW Levanto zich richt op jeugd-FACT en niet op HIC/IHT. Er zijn geen investeringen of potentiële kostenbesparingen meegenomen voor deze stakeholder.

### 5.3.9 Mondriaan

In haar eigen Business Case gaat Mondriaan ervan uit dat er 150 IHT/HIC-trajecten worden ingezet. Gedurende de totstandkoming van deze mBC gaf Mondriaan aan dat IHT/HIC geschikt is voor 96% van de casussen, wat dan neerkomt op een totaal van 144 casussen. Dit aantal komt overeen met het totaal aantal geanalyseerd casussen waarbij eerdergenoemde ketenpartners de 'voorliggende' organisaties waren. De kosten en opbrengsten van de inzet van IHT/HIC zijn in deze mBC dan ook voor 144 casussen doorberekend, wat leidt tot een kleine discrepantie (van 6 casussen) met de eigen Business Case van Mondriaan.

In haar Business Case gaat Mondriaan ervanuit dat voor:



- 122 cliënten (81,3%) een IHT-traject wordt ingezet;
- 61 cliënten (40,6%) een HIC-traject wordt ingezet;
- 28 cliënten (18,7%) een traject orthopsychiatrie wordt ingezet

Wanneer deze percentages worden toegepast op 144 casussen leidt dat tot:

- 117,1 cliënten met een IHT-traject;
- 58,6 cliënten met een HIC-traject
- 26,9 cliënten in een traject IHT orthopsychiatrie

Op basis van deze aantallen worden de volgende benodigde investeringen verwacht voor IHT/HIC:

Investering	Prijs (€)	# cliënten	Totale investering (€)
Intensive Home Treatment (IHT)	17.350	117,1	2.031.685
High Intensive Care (HIC)	10.500	58,6	615.300
IHT Orthopsychiatrie (inclusief kosten 125 dagen verblijf)	79.850	26,9	2.147.965
Behandeling voor deze groep buiten IHT en HIC	PM	PM	PM
<b>Totaal</b>			<b>4.794.950</b>

*Toelichting op de benodigde investeringen:*

- **Intensive Home Treatment (IHT):** de kosten van een IHT-traject zijn gebaseerd op de gemiddelde duur van 4 maanden voor een prijs van € 17.350<sup>5</sup> (bron: Mondriaan).
- **High Intensive Care (HIC):** de kosten van een HIC-traject zijn gebaseerd op een gemiddelde opnameduur van 21 dagen, waar Mondriaan in haar Business Case vanuit gaat. Per dag is met een tarief van € 500<sup>6</sup> gerekend. Uitgaande daarvan bedragen de kosten van een HIC-traject gemiddeld € 10.500.
- **IHT Orthopsychiatrie:** de kosten van IHT Orthopsychiatrie bestaan uit de kosten van 125 verblijfsdagen (€ 500 per dag) plus de kosten van een IHT-traject (€ 17.350). Dit leidt tot een totaal van € 79.850 per traject IHT orthopsychiatrie.
- **Behandelinzet buiten de periode van HIC en IHT:** Mondriaan verwacht dat een deel van de 144 kinderen ook zorg nodig hebben buiten de vaste blokken van HIC, IHT of Orthopsychiatrie-verblijf. Dat zal dan vorm krijgen in een apart arrangement. Dat geldt ook als de behandeling nodig is bij HIC in een periode waarin gelijktijdig géén IHT plaatsvindt.

Door de inzet van IHT/HIC worden bij Mondriaan naar verwachting kosten bespaard doordat kosten voor 'care as usual' niet meer worden gemaakt. De omzet van klinische care as usual bedroeg in 2016 in totaal € 5.186.505 en kwam voort uit de behandeling van 150 kinderen. In deze mBC is echter steeds uitgegaan van 144 casussen, waarop ook de omvang van de benodigde investeringen is in de keten is gebaseerd. Wanneer daarvoor wordt gecorrigeerd leidt dat tot een te verwachten besparing op klinische care as usual van € 4.979.044.<sup>7</sup> De voorkomen CAU bestaat uit:

- **Voorkomen klinische opnames:** dit geldt voor de cliënten die wel een IHT-traject hebben gehad, maar geen HIC. Zij zijn dus helemaal niet in een residentiële plek

<sup>5</sup> Dit is nog geen afgestemd inkooptarief, maar een trajectprijs die door Mondriaan wordt gehanteerd.

<sup>6</sup> Dit is nog geen afgestemd inkooptarief, maar een dagprijs door door Mondriaan wordt gehanteerd.

<sup>7</sup> (€ 5.186.505 / 150) \* 144 = 4.979.044

terecht gekomen, en dus kan er worden gesproken van een voorkomen klinische opname. De dag/arrangementsprijs voor een opname bedroeg in 2016 € 450.

- **Verkorten klinische opnames:** dit geldt voor cliënten voor wie zowel IHT als HIC is ingezet.
- **Verkorting verblijf bij IHT-orthopsychiatrie:** in de huidige situatie bestaat de 'care as usual' gemiddeld uit 160 verblijfsdagen tegen een tarief van € 450 per dag. In de nieuwe situatie (met de inzet van IHT-orthopsychiatrie) wordt dat gereduceerd tot 125 dagen verblijf op de HIC, waardoor 35 opnamedagen worden voorkomen. De kosten voor de 125 resterende dagen is voor de overzichtelijkheid al bij de investeringen meegenomen, en dus wordt de volledige care as usual IHT-orthopsychiatrie hier als besparing meegerekend.

De inzet van IHT zorgt naar verwachting niet alleen tot een besparing op de klinische kosten, maar treedt naar verwachting ook deels in plaats van de behandeling zoals die ook in het verleden naast de verpleegdagen werd vergoed. Om dit in een besparing uit te drukken is ook hier aangesloten op de kosten van 2016. In dat jaar was het gemiddelde behandelpakket € 4.813.

Dit leidt in totaal tot de volgende verwachte besparingen:

Potentiële besparing	Prijs (€)	# cliënten	Totale besparing (€)
Voorkomen care as usual (kliniek)		144	4.979.044
Voorkomen care as usual (behandelpakketten)	4.813	144	693.072
<b>Totaal</b>			<b>5.672.116</b>

## 5.4 Besparingen en benodigde investeringen: een overzicht

Tot zover is per zorgketenpartner uitgewerkt welke investeringen er naar verwachting benodigd zijn en welke besparingen dit kan opleveren. Om een totaalbeeld te kunnen vormen volgt nu een overzicht van deze bedragen.

Organisatie	Benodigde investeringen (€)	Potentiële besparingen (€)	Saldo (€)
XONAR	333.017	132.000	+201.017
Koraal	PM	0	0
Care4Kidz	4.000	0	+ 4.000
Virenze	0	0	0
Talent	14.828	0	+ 14.828
Zuyderland GGz	PM	PM	PM
Bureau Jeugdzorg	0	7.750	- 7.750
Levanto	0	0	0
Mondriaan	4.794.950	5.672.116	- 877.166
<b>Totaal</b>	<b>5.146.795</b>	<b>5.811.866</b>	<b>- 665.071</b>

De berekeningen van de verwachte besparingen en benodigde investeringen zijn gebaseerd op een populatie uit 2016 ad. 144 casussen. Op basis van de achterliggende casuïstiek is geïnventariseerd welke effecten er voor de verschillende ketenpartners zouden zijn opgetreden als IHT/HIC voor deze populatie beschikbaar zou zijn geweest. Hoewel dit een indicatie geeft van de naar verwachting benodigde investeringen en potentieel te realiseren kostenbesparingen, dienen hierbij enkele kanttekeningen te worden geplaatst.

1. De omvang van de populatie kan per jaar verschillen, wat direct een effect heeft op de benodigde investeringen en te realiseren kostenbesparingen;
2. De casuïstiek kan per jaar verschillen, en kan dus zowel 'lichter' als 'zwaarder' zijn, maar kan ook van aard verschillen. Dit is van invloed op de te verlenen zorg en begeleiding, en daarmee ook op de benodigde investeringen en omvang van eventuele besparingen.

De besparingen komen naar verwachting terecht bij de verschillende gemeenten in de regio Zuid-Limburg en komen ten goede van de Jeugdbudgetten. In de berekeningen is nog geen rekening gehouden met de kosten voor training en opleiding die de nieuwe werkwijze met zich meebrengt. Deze zullen per organisatie verschillend zijn.

## 5.5 Overige zorgketenpartners

In deze maatschappelijke Business Case is er bewust voor gekozen om te focussen op enkele grote zorgaanbieders. In 2016 zijn er echter ook andere zorgketenpartners de voorliggende aanbieder geweest van een aantal cliënten. Het gaat om de volgende aanbieders: Mutsaersstichting (n=2), Lianarons GGZ (n=3), Amacura (n=3), Jeugdzorg Plus (=1), Heller Gezondheidszorgpsychologie (n=1) en Vincent van Gogh (n=1). Hoewel deze organisaties niet zijn opgenomen als stakeholders in deze mBC, zullen zij in de toekomst wel te maken krijgen met de geanalyseerde interventies en zullen toekomstige kosten en besparingen van IHT/IHC ook voor deze casuïstiek gelden.

Daarnaast is welzijnsorganisatie Alcander betrokken geweest in de projectgroep met de vraag of er extra dienstverlening vanuit Alcander (of welzijn breed in de Regio) voor het optimaliseren c.q. bewerkstelligen van de effecten van IHT/HIC nodig is. De verwachting is dat door implementatie van IHT/HIC er geen indringende gevolgen zullen zijn voor de jeugdconsultanten, hoogstens qua signalering en deskundigheidsbevordering. De kosten hiervoor zijn – althans voor Alcander – reeds opgenomen in de nabije toekomstplannen en begrotingen.

## 6. Het maatschappelijk perspectief

Nu de interventies die centraal staan in deze mBC zijn benaderd vanuit het cliëntperspectief en het zorgketenperspectief, besteedt dit hoofdstuk vanuit het maatschappelijk perspectief kort aandacht aan de bredere maatschappelijke effecten voor de stakeholders (1) sociaal steunsysteem (inclusief familie), (2) onderwijs en (3) zorgverzekeraars. Daarbij wordt opgemerkt dat er ook vele andere partijen op de een of andere manier veranderingen ondervinden als gevolg van het (op grotere schaal) aanbieden van IHT/HIC. De uitwerking daarvan paste echter binnen de scope van deze analyse.

### 6.1 Effecten voor het sociaal steunsysteem

#### ***Effect 1: Grotere betrokkenheid en ervaren vermindering van falen***

In de IHT-benadering staat het ondersteunen in plaats van het overnemen van de rol van de ouders/opvoeders centraal. Ouders zijn positief over hun betrokkenheid bij de behandeling en over de mogelijkheid mee te kunnen beslissen (Muskens *et al*, 2015 p. 5). Doordat jeugdigen door IHT thuis behandeld kunnen worden en zij niet voor langere tijd van de ouders/opvoeders gescheiden hoeven te worden, kan dit voor ouders een verminderd gevoel van falen geven.

#### ***Effect 2: Grotere druk op sociaal steunsysteem***

Doordat de jeugdige door IHT zo veel en zo lang mogelijk thuis behandeld wordt kan dit door de ouder(s)/opvoeder(s) als een grote druk en verantwoordelijkheid worden ervaren. Dit zou een negatief effect op de gezondheid van de leden van het sociale steunsysteem – met name de ouder(s)/opvoeder(s) - kunnen hebben en hun maatschappelijke participatie verminderen. Daarnaast kan dit ook zijn weerslag hebben op andere gezinsleden, die zeker in tijden van crisis wellicht wat aandacht van de ouder(s)/opvoeder(s) moeten ontberen.

### 6.2 Onderwijs

#### ***Effect: Minder schooluitval/ thuiszitters***

Binnen de scope van deze mBC was het niet mogelijk om uitvoerig in te gaan op de mogelijke effecten op het gebied van onderwijs. Echter, tijdens de bijeenkomsten werd door de projectgroep diverse keren de verwachting geuit dat de inzet van IHT/HIC kan leiden tot minder schooluitval en minder thuiszitters. Hierbij was de achterliggende redenatie steeds dat behandeling in de eigen vertrouwde omgeving en zoveel mogelijk aansluitend bij het 'reguliere' dagelijks leven van de jeugdige (bijvoorbeeld door zorg te bieden op school), ervoor zorgt dat de jeugdige zo goed mogelijk aan het onderwijs kan blijven deelnemen. Als vervolg op deze mBC (en om dit effect verder te kunnen onderbouwen), zou overigens eerst moeten worden onderzocht in hoeverre schooluitval/ thuiszitten een probleem is onder de doelgroep van IHT/HIC.

## 6.3 Zorgverzekeraars

### *Effect: Afname zorgkosten zorgverzekeringswet*

Doordat de problematiek van de jeugdige zo vroeg mogelijk wordt gesignaleerd en daar in zijn vertrouwde omgeving met behulp van zijn sociaal steunsysteem en een multidisciplinair behandelteam op in wordt gezet, leeft de verwachting binnen de projectgroep dat dit op lange(re) termijn tot verminderd gebruik van geestelijke gezondheidszorg kan leiden. Dit zou kunnen leiden tot een afname van de kosten voor zorgverzekeraars. Overigens zijn er, voor zover bekend, nog geen effectstudies beschikbaar die dit onderschrijven.

## 7. De maatschappelijke Business Case

### 7.1 Cliënteffecten, besparingen en investeringen

In dit rapport is vanuit drie perspectieven (cliëntperspectief, zorgketenperspectief en maatschappelijk perspectief) beschreven welke effecten er naar verwachting voor verschillende stakeholders zullen optreden als IHT/HIC) zullen worden ingezet als onderdeel van de aanpak van het in de inleiding genoemde maatschappelijk probleem.

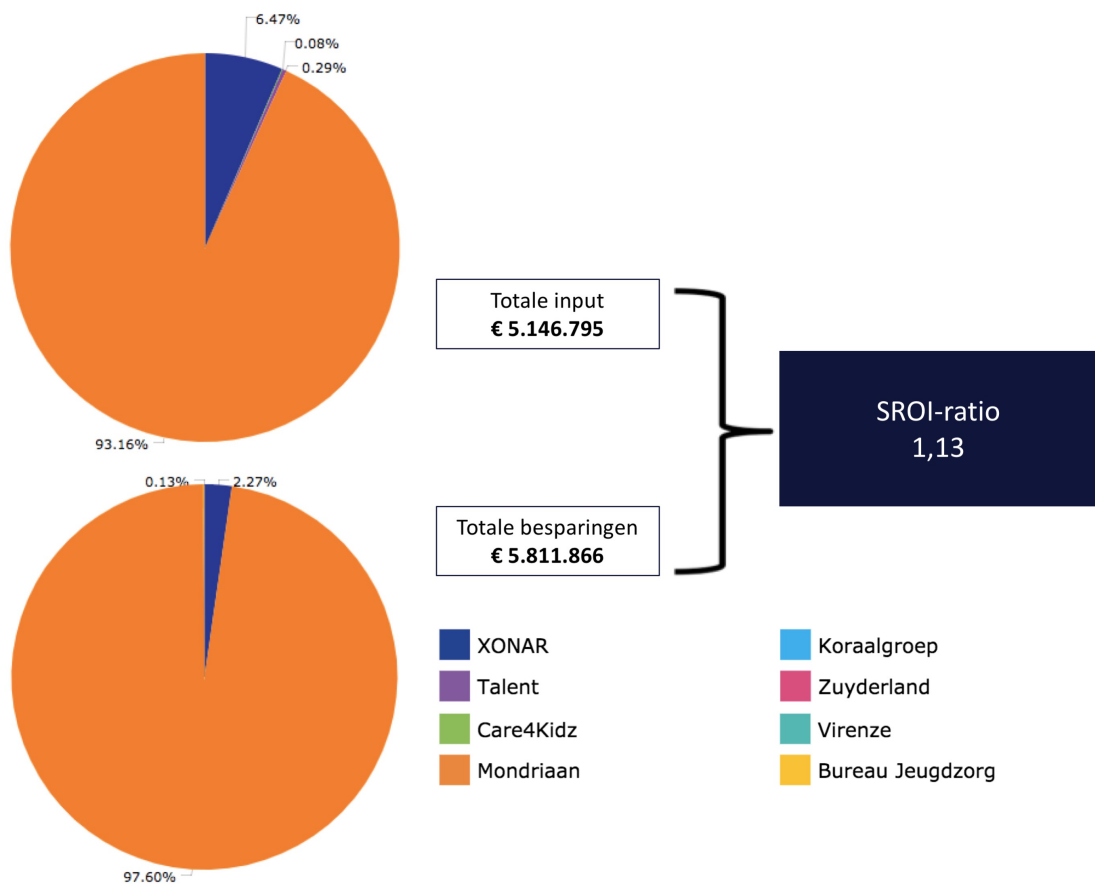
Allereerst werd duidelijk dat er op basis van bestaand onderzoek en de gesprekken met de ketenpartners wordt verwacht dat er voor de cliënten met name positieve effecten optreden. Het is echter noodzakelijk om dit te monitoren. Er bestaat de kans dat (belangrijke) negatieve effecten nog niet aan de orde zijn gekomen. Door de effecten te monitoren kan er, indien nodig, tijdig worden bijgestuurd om negatieve effecten te minimaliseren. Bovendien dient in acht te worden genomen dat de effecten sterk per situatie kunnen verschillen.

Op basis van de eigen Business Case van Mondriaan wordt verwacht dat de benodigde investering voor Intensive Home Treatment, High Intensive Care en IHT Orthopsychiatrie in totaal € 4.794.950 bedraagt (op basis van 144 casussen). Daartegenover staat een verwachte besparing van € 5.672.117 die grotendeels wordt gerealiseerd door minder residentiële behandeling bij Mondriaan. Kosten en baten tegen elkaar afgezet leidt dit tot een besparing van € 877.166.

Tegelijkertijd vinden er naar verwachting van de bij deze mBC betrokken ketenpartners ook veranderingen in de keten plaats, met name bij XONAR. Met name omdat bestaande trajecten bij bepaalde cliënten tijdens de inzet van IHT zouden kunnen doorlopen wordt soms een extra benodigde investering verwacht, die in totaal uitkomt op € 351.845 (waarvan € 333.000 bij XONAR). Tegelijkertijd worden er (naast de besparingen bij Mondriaan) minimale besparingen (€ 139.750) in de rest van de keten verwacht. Deze zouden met name bij XONAR kunnen worden gerealiseerd, bijvoorbeeld omdat crisisverblijf bij deze partij soms kan worden voorkomen. Overigens waren niet alle ketenpartners in staat om een inschatting te maken van de veranderingen die er voor hen optreden, waardoor het geschetste scenario mogelijk niet compleet is.

## 7.2 Het maatschappelijk rendement

Als de investeringen bij Mondriaan en in de rest van de keten worden opgeteld leidt dit tot een totaal van € 5.146.795<sup>8</sup>. Daartegenover staat een potentiële besparingspost van € 5.811.866. Dit leidt tot een potentiële keten brede besparing van € 665.071 en een kosten-batenratio van 1,13. Dit betekent dat iedere geïnvesteerde euro, om in termen van Social Return on Investment (SROI) te spreken, naar verwachting 13% aan maatschappelijk rendement oplevert. In figuur 3 is deze verhouding weergegeven en wordt bovendien duidelijk hoe de benodigde investeringen en verwachte besparingen zijn verdeeld over de verschillende stakeholders. De uiteindelijke kosten en baten vallen uiteraard bij de financier (de gemeenten vallend binnen de Regio).



Figuur 3: Verhouding tussen kosten en besparingen en de SROI-ratio

Op basis van het verwachte financiële maatschappelijke rendement lijkt het interessant om de mogelijkheden om de interventies IHT/HIC in de praktijk in te zetten en verder te verkennen. Hoewel niet kan worden uitgesloten dat sommige stakeholders negatieve effecten kunnen ondervinden van de interventies, zullen de positieve effecten naar verwachting domineren. Het aanbieden van IHT/HIC lijkt dan ook goed te passen binnen de transformatie van het zorglandschap waarbij kostenbesparingen gepaard gaan met een

<sup>8</sup> De nieuwe werkwijze brengt naar verwachting ook kosten met zich mee ten aanzien van (om)scholing en coaching. De kosten hiervoor zijn nog niet doorberekend en zullen per organisatie verschillen.

grotere mate van inclusie en participatie van de doelgroep en een (beter) passend zorgaanbod.

## Randvoorwaarde

De uiteindelijke toewijzing (IHT/HIC) wordt bepaald op grond van een zorgmatch. Die kan in de praktijk afwijken van een aanname in toewijzingen die nu zijn meegenomen.

## Kanttekeningen en overige opmerkingen

- Deze maatschappelijke Business Case is een prognose en dient zodoende te worden beschouwd als een grove benadering van de te verwachten (keten)effecten als gevolg van het herontwerp Mondriaan K&J.
- Van kostenbesparingen is uiteraard pas sprake als kosten daadwerkelijk niet meer worden gemaakt. Dit betekent dat bepaalde potentiële besparingsposten niet direct zullen worden gekapitaliseerd.
- Deze mBC is een prognose en gebaseerd op aannames en inschattingen. Het verdient dan ook de aanbeveling om enkele key-indicatoren uit deze mBC in de toekomst te monitoren. Zo kunnen de aannames die ten grondslag liggen aan deze mBC worden getoetst.
- De totstandkoming van deze mBC vond plaats in een zeer korte tijdsperiode, waarin niet altijd de ruimte was voor uitvoering verdieping, intensieve afstemming tussen partijen en het aanbrengen van nuances.

## Bronvermelding

Barth, R. P., Greeson, S. K. P., Guo, S., Green, R. L., Hurley, S., & Sisson, J. (2007). Outcomes for youth receiving intensive in-home therapy or residential care: A comparison using propensity scores. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 497–505.

Delespaul, P. en de Consensusgroep EPA (2013) Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 55 (6): 427=438.

Muskens, J. B., Herpers, P. C. M., Velthuysen, M. van, Deurzen, P. A. M. van, Lahuis, B. E., & Graag, R. J. van der. (2015, augustus). Intensive Home Treatment of Adolescents in Crisis: Treat the parents along with 'psychiatric' adolescents. Geraadpleegd van <http://researchgate.net/publication/280871039>

Smith, M.G. en Hout, J. (2000). The home treatment enigma. Geraadpleegd van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117491/>

Solhkhah, R., Passman, C. L., Lavezzi, G., Zoffness, R., & Silva, R. R. (2007). Effectiveness of a children's home and community-based services waiver program. *The Psychiatric Quarterly*, 78(3), 211–218.

Weeghel, J. van. (2015, 17 april). Individual Placement & Support (IPS) Zó werkt het. Geraadpleegd van [https://www.tilburguniversity.edu/upload/116f4e89-5e98-4aaf-86ed-b158831b81f9\\_Presentatie%20J.%20van%20Weeghel%20symposium%2017%20april.pdf](https://www.tilburguniversity.edu/upload/116f4e89-5e98-4aaf-86ed-b158831b81f9_Presentatie%20J.%20van%20Weeghel%20symposium%2017%20april.pdf)

Wilmhurst, L. A. (2002). Treatment programs for youth with emotional and behavioral disorders: An outcome study of two alternative approaches. *Mental Health Services Research*, 4(2), 85–96.