

Maatschappelijke Business Case

“Amalia”

Kinderen met chronisch somatische problematiek

September 2016



In opdracht van Gemeente Nijmegen



Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	3
1. Inleiding	4
1.1 <i>Aanleiding Maatschappelijke Business Case (mBC)</i>	4
1.2 <i>Maatschappelijk probleem, urgentie en de interventies</i>	4
1.2.1 <i>Maatschappelijk probleem</i>	4
1.2.3 <i>Urgentie</i>	5
1.2.4 <i>Interventies</i>	5
1.3 <i>Scope</i>	6
1.4 <i>Positieve gezondheid</i>	6
1.5 <i>Leeswijzer</i>	7
2. Aanpak	8
2.1 <i>Een maatschappelijke Business Case: wat is dat eigenlijk?</i>	8
2.2 <i>Het projectteam</i>	8
2.3 <i>Het proces</i>	9
3. Interventie en randvoorwaarden	11
3.1 <i>Inzet eerste- en tweede lijn waar mogelijk, derde lijn waar noodzakelijk</i>	11
3.2 <i>Randvoorwaarde 1: verbeterde coördinatie en regievoering</i>	11
3.3 <i>Randvoorwaarde 2: expertiseoverdracht</i>	12
3.4 <i>Betrokken zorgaanbieders</i>	13
4. Het cliëntperspectief	14
4.1 <i>Twee voornaamste effecten</i>	14
4.2 <i>De mate waarin effecten optreden en randvoorwaarden</i>	15
5. Het zorgketenperspectief	17
5.1 <i>Overzicht van zorgketenpartners</i>	17
5.2 <i>Algemene opmerkingen</i>	17
5.3 <i>Casuïstiek</i>	18
5.3.1 <i>Casuïstiek van het Amalia Kinderziekenhuis</i>	18
5.3.2 <i>Casuïstiek van het Kinderdiabetescentrum Nijmegen (KDCN)</i>	19
5.4 <i>Benodigde investeringen in de zorgketen</i>	20
5.4.1 <i>Jeugdgezondheidszorg (JGZ)/ GGD</i>	21
5.4.2 <i>Kinderthuiszorg</i>	22
5.4.3 <i>Vrijgevestigde eerstelijns psychologen</i>	23
5.4.4 <i>Entrea J&O</i>	24
5.4.5 <i>Karakter en Pro Persona</i>	26
5.4.6 <i>ZZG Zorggroep</i>	26
5.4.7 <i>Amalia Kinderziekenhuis</i>	27
5.4.8 <i>Totaaloverzicht benodigde investeringen</i>	27
5.5 <i>Potentiële besparingen in de zorgketen</i>	28
5.5.1 <i>Potentiële besparingen Amalia Kinderziekenhuis</i>	28
5.5.2 <i>Potentiële besparingen KDCN</i>	29
5.5.3 <i>Potentiële besparingen Pluryn</i>	29
5.5.4 <i>Overzicht potentiële besparingen 3^e-lijn</i>	30
5.6 <i>Totaaloverzicht kosten en potentiële besparingen</i>	30
6. Maatschappelijk perspectief	31
6.1 <i>Sociaal steunsysteem</i>	31
6.2 <i>Sociaal wijkteams</i>	32
6.3 <i>Huisartsenzorg</i>	32

6.4	<i>Scholen</i>	32
6.5	<i>Bureau Leerplicht</i>	33
6.6	<i>Gemeente Nijmegen en zorgverzekeraars</i>	33
7.	De maatschappelijke Business Case	34
7.1	<i>Cliënteffecten, potentiële besparingen en investeringen</i>	34
7.2	<i>Het maatschappelijke rendement</i>	35
8.	Bronvermelding	37
Bijlage 1: Het 'spinnenweb': pijlers van positieve gezondheid		38
Bijlage 2: Rekenvoorbeeld netto-contante waarde		39

Managementsamenvatting

De gemeente Nijmegen en diverse zorgketenpartners hebben gesignaleerd dat de huidige zorgstructuur voor kinderen met een combinatie van (chronische) lichamelijke en psychische problemen niet altijd voldoende aansluit op de situatie van deze kinderen en hun steunsysteem, en daarmee ook niet altijd genoeg gericht is op het 'normale' functioneren van het kind, als gevolg waarvan deze kinderen soms onnodig (vaak) van 3^e-lijns zorg gebruik maken. De gemeente en diverse ketenpartners zijn dan ook op zoek naar manieren om de zorg zodanig te organiseren dat voor deze kinderen tijdig en passende zorg vanuit de 1^e- en/of 2^e-lijn kan worden ingezet, waardoor zij niet of minder in de 3^e-lijns zorg terecht hoeven komen. Verwacht wordt dat er door deze verschuiving ook kostenbesparingen kunnen worden gerealiseerd.

Deze maatschappelijke Business Case (mBC) heeft in grote lijnen inzichtelijk gemaakt welke investeringen er naar verwachting nodig zullen zijn om de beschreven verschuiving (en verwachte besparingen) te kunnen realiseren. Daarbij is uitgegaan van 93 actuele casussen van het Amalia Kinderziekenhuis, het Kinderdiabetescentrum Nijmegen en Pluryn (Werkenrode Jeugd). Op basis van de hoofdkenmerken van deze casussen is in kaart gebracht welke aanvullende en/of vervangende inzet er van zorgaanbieders in de 1^e- en/of 2^e-lijn (en in een enkel geval de 3^e-lijn, bijvoorbeeld wanneer het inzet vanuit Karakter betreft) nodig is en tot welke potentiële kostenbesparingen in de 3^e-lijn dit naar verwachting leidt. Daarbij zijn door de projectgroep twee belangrijke randvoorwaarden geformuleerd die in dit rapport zijn opgenomen. Zo dient de coördinatie van en regievoering rondom de zorg- en ondersteuningsvragen van de kinderen en hun steunsysteem in sommige gevallen te worden verbeterd en moet er (meer) worden ingezet op de overdracht van expertise tussen professionals. De inhoudelijke beleidsdiscussies over deze randvoorwaarden dienen nog verder te worden gevoerd.

Duidelijk werd dat een gedeeltelijke verschuiving van zorg in de 3^e-lijn naar de 1^e- en/of 2^e-lijn zich op den duur naar verwachting zal vertalen in een kostenbesparing. Op basis van de geanalyseerde casussen wordt verwacht dat een investering van EUR 323.000 benodigd is, die op zich op den duur zou kunnen vertalen in een kostenbesparing van EUR 625.000, waarvan ruim de helft het gevolg is van één potentieel voorkomen opname bij Pluryn (Werkenrode Jeugd). Dit leidt tot een ratio van EUR 1,93, wat betekent dat iedere geïnvesteerde euro in de in deze mBC beschreven interventie naar verwachting resulteert in EUR 1,93 maatschappelijk rendement. Overigens zijn zowel de bedragen als de genoemde ratio een prognose en zal toekomstige monitoring het daadwerkelijke rendement moeten aantonen. De mate waarin wordt voldaan aan de genoemde randvoorwaarden zal daarop naar verwachting een belangrijke invloed hebben.

Naast de potentiële kostenbesparingen zijn er in deze mBC diverse niet-financiële effecten aan de orde gekomen. Voor de kinderen worden met name positieve effecten verwacht met betrekking tot het schoolverzuim, schoolprestaties en sociaal-maatschappelijke participatie. Daarnaast zijn ook voor diverse andere stakeholders (zoals het sociaal steunsysteem) verwachte positieve effecten benoemd.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding Maatschappelijke Business Case (mBC)

Gemeente Nijmegen wil het zorglandschap, samen met welzijns- en zorgaanbieders, zorgverzekeraars, huisartsen en de burgers, verder gaan transformeren. Om deze transformatie te kunnen doorzetten wil gemeente Nijmegen kiezen voor oplossingen waarmee de zorg kosteneffectiever wordt en waarbij de ondersteuning voor de meest kwetsbare mensen geborgd blijft.

Hoewel de transformatie kan plaatsvinden binnen een organisatie, is de gemeente Nijmegen ervan overtuigd dat de grootste slagen zijn te maken door samenwerking in de keten en het betrekken van het sociale netwerk van de cliënten. Om de transformatie te bewerkstelligen moet zorgvuldig worden afgewogen hoe het beschikbare budget zodanig kan worden ingezet dat kosteneffectievere zorg gerealiseerd wordt terwijl de verleende zorg beter aansluit bij de zorgbehoeften van cliënten ('matched care').

Een belangrijke vorm van transformatie is het voorkomen van zware zorg enerzijds en het versnellen van afschaling van dure zorg anderzijds. Dit vereist enerzijds de opbouw van en een daarvoor geschikte basisinfrastructuur en anderzijds de toegang en toeleiding tot lichtere vormen van (preventieve) zorg waardoor zwaardere en duurdere zorg minder hoeft te worden ingezet. Op de middellange termijn kunnen de besparingen op deze dure zorg dan worden ingezet om de versterkte 'voorkant' van de zorg te bekostigen. Hierbij gaat het niet alleen om zorg- en welzijnsorganisaties, maar ook om andere stakeholders in het sociale domein.

De gemeente Nijmegen wil deze transformaties onderbouwen middels diverse maatschappelijke Business Cases (mBC), waarvan dit er een is. Daarmee wordt duidelijker waar in de keten geïnvesteerd moet worden om bezuinigingen op te vangen met behoud van goede zorg. De focus ligt daarbij met name op de kosten en baten die betrekking hebben op de budgetten van gemeenten, de zorgketenpartners en overige stakeholders (zoals de zorgverzekeraar).

1.2 Maatschappelijk probleem, urgentie en de interventies

1.2.1 Maatschappelijk probleem

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

We zijn nog niet in staat voor alle jeugdigen¹ met (chronisch) somatische problemen voldoende duurzame en professionele ondersteuning te organiseren gericht op het normale functioneren van het systeem van kinderen met een combinatie van lichamelijke en psychische problemen (en het marginaliseren van de ziekte). Eerste- en tweedelijns zorg is voldoende aanwezig, maar sluit onvoldoende aan op de situatie van de kinderen en hun steunsysteem.

¹ De verschillende betrokken zorgaanbieders hebben een schatting gemaakt van de omvang van de doelgroep in Regio Nijmegen. Er wordt uitgegaan van 500 kinderen, waarvan bij zo'n 100 kinderen de zorg niet optimaal verloopt.

Deze situatie wordt onder andere om de volgende redenen als problematisch beschouwd:

- Kinderen profiteren onvoldoende van de aangereikte zorg, wat kan resulteren in zwaardere gezondheidsproblemen, ook op latere leeftijd;
- Kinderen lopen achterstand op in de ontwikkeling op verschillende vlakken (school, sociaal en algemene ontwikkeling);
- Kinderen worden langdurig in residentiële instellingen geplaatst omdat het thuis bijvoorbeeld niet lukt om het kind te begeleiden;
- Een onvoldoende toegerust steunsysteem (ouders, broertjes, zusjes, grootouders, opvoeders, etc.) kan de ontwikkeling van kinderen in de weg staan;
- Er kan gezondheidsschade ontstaan voor het steunsysteem (ouders, broertjes, zusjes)
- Er is relatief veel sprake van schoolverzuim doordat kinderen 'ziek' zijn;
- Er wordt onnodig veel beroep gedaan op (relatief dure) derdelijns zorg;

1.2.3 Urgentie

De urgentie om oplossingen te vinden voor de hierboven genoemde problemen wordt vanuit de volgende drie perspectieven beschreven:

Kinderen: het onvoldoende bevorderen van het 'normaal' functioneren van de betreffende kinderen leidt tot achterstanden op school, sociaal vlak en in hun algemene ontwikkeling, evenals tot zwaardere gezondheidsproblemen nu en op latere leeftijd.

Sociaal steunsysteem: het onvoldoende toegerust zijn van het sociaal steunsysteem (met name opvoeders) om kinderen op de juiste manier te begeleiden kan leiden tot grotere (gezondheids)problemen voor zowel het kind als het sociaal steunsysteem zelf.

Zorgverzekeraars en gemeente: de kosten voor derdelijns zorg zijn relatief hoog en dus is het urgent de beschikbare budgetten zo efficiënt mogelijk in te zetten. Daarnaast leiden kinderen die verzuimen en vastlopen op school tot hogere kosten in het onderwijs, wat op den duur bijvoorbeeld kan leiden tot een beroep op sociale voorzieningen zoals uitkeringen.

1.2.4 Interventies

In deze maatschappelijke Business Case wordt primair aandacht besteed aan de maatschappelijke effecten van **meer inzet van eerste- en tweedelijns zorg** in gevallen waar dat mogelijk is, waardoor mogelijk **minder inzet van derdelijns zorg** nodig is. Echter, het is duidelijk dat meer inzet van de eerste- en tweedelijns zorg geen compleet antwoord is op het maatschappelijk probleem dat centraal staat in deze mBC. Er bestaat een sterke behoefte aan een **verbeterde coördinatie en regievoering** rondom de zorg voor kinderen met psychische en chronische lichamelijke problematiek, en bovendien is **expertiseoverdracht** vanuit de derde lijn op professionals in de eerste en tweede lijn noodzakelijk. De kosten en opbrengsten met betrekking tot coördinatie, regievoering en expertiseoverdracht zijn in deze analyse slechts in zeer beperkte mate gekwantificeerd. Immers, de betrokken partijen zullen eerst moet elkaar vast moeten stellen wat dat inhoudelijk dan precies betekent. Hoewel hieraan tijdens de werksessies enige aandacht is besteed, is een verdere concretiseringslag nodig. In een volgende stap zouden de effecten van betere coördinatie, regievoering en expertiseoverdracht kunnen worden geanalyseerd in een maatschappelijke Business Case. In dit rapport zijn deze

(overigens zeer noodzakelijk gebleken) interventies dan ook opgenomen als randvoorwaarden, waaraan in hoofdstuk 3 meer aandacht wordt besteed

1.3 Scope

Deze mBC richtte zich op het in kaart brengen van de toekomstige maatschappelijke effecten van bovenstaande interventies op de primaire doelgroep (de kinderen), de zorgketenpartners, de gemeente Nijmegen en overige stakeholders, zoals het sociaal steunsysteem van de kinderen. Een deel van deze effecten zijn vervolgens vertaald in *potentiële kostenbesparingen*. Daarnaast zijn *investeringen* opgenomen die nodig zijn om deze kostenbesparingen te kunnen realiseren.

Er is gekozen om deze mBC te richten op kinderen binnen de afdelingen kindergeneeskunde/klinische psychologie die te vaak onnodige zorg ontvangen in de derde lijn. Er is uitgegaan van actuele casussen binnen het Amalia Kinderziekenhuis en het Kinderdiabetescentrum Nijmegen (KDCN). Een nadere toelichting op de casuïstiek is opgenomen in hoofdstuk 5 ('het zorgketenperspectief').

De meettermijn van deze mBC is vier jaar (1 januari 2016 – 31 december 2019), maar de duur van de maatschappelijke effecten kunnen langer zijn dan deze periode.

1.4 Positieve gezondheid

In reactie op de veel bekritiseerde (maar nog steeds veel gebruikte) definitie van gezondheid die in 1948 door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) werd geformuleerd, introduceerden Huber *et al.* (2011) het concept 'positieve gezondheid'. Hierin wordt 'gezondheid' niet als eindpunt gezien, maar als dynamisch begrip. Kenmerkend is dat de nadruk niet ligt op de afwezigheid van ziekten, maar op "het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven" (In voor Zorg, 2015). Zelfregie en veerkracht van het individu staan centraal. Na de introductie van het concept heeft aanvullend onderzoek geleid tot een opsplitsing van het concept in zes hoofddimensies², namelijk:

1. Lichaamsfuncties
2. Mentale functies en mentale beleving
3. Spirituele dimensie
4. Kwaliteit van leven
5. Sociaal-maatschappelijke participatie
6. Dagelijks functioneren

In het licht van de huidige transformatie van het zorglandschap speelt 'positieve gezondheid' een belangrijke rol. Immers, eigen regievoering wordt steeds belangrijker, en gemeenten zijn dan ook op zoek naar duurzame manieren om 'zelfmanagement' te bevorderen. Overigens wordt niet alleen eigen regievoering steeds belangrijker. Ook het leveren van zorg op maat staat centraal binnen de transformatie, waarbij het van belang is om uit te gaan van de

² Zie bijlage 1 ("Het spinnenweb: zes pijlers van positieve gezondheid") voor een uitwerking van de zes dimensies.

individuele gezondheidssituatie van een persoon. Ook daarbij kan het concept positieve gezondheid een waardevolle rol spelen. In hoofdstuk 4 ('het cliëntperspectief') wordt het concept aangehaald bij de uitwerking van een van de verwachte effecten voor de kinderen.

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 de 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 de maatschappij. 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. Overigens draait een maatschappelijke Business Case niet puur om financiële gegevens; er wordt ook uitvoerig aandacht besteed aan andere belangrijke effecten die naar verwachting op zullen treden. Uiteindelijk gaat het om uit ‘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 Het projectteam

Voor de ontwikkeling van deze mBC is door de gemeente Nijmegen een projectteam samengesteld dat ten minste bestond uit de volgende personen:

- | | |
|------------------------|--|
| ▪ Nicole Boerboom | Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) / KDCN |
| ▪ Tessy Geurink | Entrea Jeugd & Opvoedhulp |
| ▪ Carla Crombag | Entrea Jeugd & Opvoedhulp |
| ▪ Hannelore Hoogeveen | GGD Gelderland-Zuid |
| ▪ Marian van Vilsteren | GGD Gelderland-Zuid |
| ▪ Josephine Boots | Karakter |
| ▪ Annemiek Postma | NIM Maatschappelijk Werk |
| ▪ Jeanne Vriens | Vertegenwoordiger vrijgevestigde psychologen |
| ▪ Han Hollanders | Pro Persona |
| ▪ Cecile Steentjes | ZZG Zorggroep |
| ▪ Chris Verhaak | Radboud UMC |
| ▪ Larissa Frank | Radboud UMC |
| ▪ Kees Noordam | Radboud UMC |
| ▪ Pim Assendelft | Radboud UMC |
| ▪ Angelique Gillis | Coöperatie VGZ |
| ▪ Corina Brekelmans | Gemeente Nijmegen |
| ▪ Kristine Mourits | Gemeente Nijmegen |

Naast de hierboven genoemde personen hebben medewerkers van Pluryn en KinderThuisZorg expertise ingebracht en buiten de bijeenkomsten informatie aangeleverd die in dit rapport is opgenomen. De sessies zijn begeleid door consultants van Sinzer: Emma Verheijke, Marlon van Dijk en Vincent Belgraver.

Het projectteam is drie keer samengekomen tijdens werksessies van zo'n drie uur. 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 Het proces

Bij de start van de mBC is de projectgroep geïnformeerd over de werkwijze en werd duidelijk wat er in grote lijnen van de deelnemers werd verwacht. Gedurende de diverse sessies stond de input van de projectgroep centraal, waardoor recht is gedaan aan de expertise en praktische ervaring van de leden. Deze input was leidend bij totstandkoming van de mBC. Aanvullend literatuuronderzoek door Sinzer is gebruikt om de aannames die ten grondslag liggen aan deze analyse waar mogelijk verder te onderbouwen, maar heeft bijvoorbeeld ook bijgedragen aan de afbakening van het onderzoek.

Naast de concrete uitkomsten van deze maatschappelijke Business Case wordt er door zowel de opdrachtgever (gemeente Nijmegen) als verschillende leden van de projectgroep veel waarde gehecht aan het achterliggende proces. Een belangrijk resultaat van het proces is dat verschillende partijen hebben aangegeven een duidelijker beeld te hebben gekregen van de noodzaak om (meer) gegevens (op een andere manier) bij te houden en/of te monitoren.

In deze mBC zijn de volgende stappen doorlopen om de te verwachten 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.

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. 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). Het is mogelijk om deze waarden te corrigeren

aan de hand van een zogenaamde 'impactclaim'. Daarmee wordt het effect gecorrigeerd voor bijvoorbeeld de kans dat een deel van de het effect ook zonder enige interventie was opgetreden (deadweight) en de invloed van andere personen of organisaties (of interventies) die hebben bijgedragen aan het optreden van het effect (attributie). In deze mBC is daarmee vooralsnog geen rekening gehouden.

Stap 5: Input bepalen

Vervolgens is vastgesteld welke investeringen er van welke organisaties nodig zijn om de interventies uit te voeren om de potentiële 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 maatschappelijk rendement. Daarbij is ook aandacht besteed aan de vraag waar de uiteindelijke baat van mogelijke maatschappelijke kostenbesparingen komt te liggen. Als onderdeel van de analyse is alle informatie verwerkt in Sinzer; een softwareoplossing waarmee gegevens met betrekking tot maatschappelijke effecten en kostenbesparingen kunnen worden verzameld, geanalyseerd en gemonitord. De gemeente Nijmegen beschikt in deze software over een eigen omgeving.

3. Interventie en randvoorwaarden

3.1 Inzet eerste- en tweede lijn waar mogelijk, derde lijn waar noodzakelijk

In de inleiding van dit rapport werd duidelijk dat eerste- en tweedelijns zorg in voldoende mate aanwezig is, maar onvoldoende aansluit op de situatie van de kinderen met chronische ziekten en hun steunsysteem. Mede als gevolg daarvan maken kinderen relatief te lang en/of te vaak gebruik van relatief dure zorg in de derde lijn. De ‘interventie’ die centraal staat in deze mBC, en waarvan onder andere de verwachte potentiële besparingen zijn doorgerekend, betreft het ‘verplaatsen’ van deze casussen naar de eerste en tweede lijn. Naast het soms onnodige beroep op dure derdelijns zorg is het huidige ‘zorgsysteem’ nog niet voldoende in staat is om duurzame professionele zorg te organiseren die is gericht op het normale functioneren van het kind. Het uitgangspunt is dat waar mogelijk zorg in de eerste en tweede lijn dient te worden georganiseerd die niet alleen aansluit op psychische- of gedragsproblematiek, maar ook aansluit op de medische werkelijkheid waar het kind in het dagelijks leven mee om moet gaan. Hierdoor kan een zo normaal mogelijk functioneren worden gestimuleerd. Zorg in de derde lijn zou, zo is de projectgroep van mening, alleen moeten worden ingezet wanneer dit vanwege de aard van de medische problematiek noodzakelijk is. In deze maatschappelijke Business Case zijn de belangrijkste verwachte effecten van deze ‘verschuiving’ in kaart gebracht.

3.2 Randvoorwaarde 1: verbeterde coördinatie en regievoering

Tijdens de werksessies die plaatsvonden in het kader van deze mBC werd duidelijk dat het verbeteren van de coördinatie en regievoering rondom de zorg- en ondersteuningsvragen van de kinderen en hun steunsysteem essentieel is. Immers, doordat de situatie van ieder kind anders is, zijn ook de behoeften die er liggen met betrekking tot de benodigde zorg sterk verschillend. Het is dan ook van belang dat ten allen tijden duidelijk is welke partij de regie heeft over een bepaalde casus. Deze partij is dan niet alleen (mede) verantwoordelijk voor de signalering van problematiek, maar is ook verantwoordelijk voor het tijdig organiseren van de juiste zorg in de eerste en/of tweede lijn op het juiste niveau: medisch, psychologisch, sociaal of systemisch. Bovendien is de regievoerder verantwoordelijk voor de benodigde afstemming tussen de verschillende partijen, zodat de verleende zorg en/of ondersteuning zo effectief mogelijk is. Tevens van belang dat er regie wordt gevoerd vanuit de vraag wat noodzakelijk is voor het kind, om te voorkomen dat de kindproblematiek ondergeschikt wordt gemaakt aan de problematiek van de ouders/ verzorgers.

In de praktijk blijkt dat de regievoering een belangrijk probleempunt is, waardoor het regelmatig niet lukt “om de juiste stukjes bij elkaar te krijgen”. Dit kan leiden tot ‘versnippering’ van de zorg; er zijn regelmatig verschillende partijen actief binnen een gezin, maar hetgeen zij doen wordt niet altijd goed met elkaar afgestemd wat de effectiviteit van de zorg niet ten goede komt. Volgens de projectgroep is het dan ook van belang dat elke casus een eigen ‘casusmanager’ heeft die er niet alleen zorg voor draagt dat alle zorgdisciplines in het proces worden betrokken, maar dat ook de benodigde afstemming plaatsvindt. Tijdens de werksessies is er gesproken over verschillende mogelijkheden om deze casusregie in de praktijk in te vullen, maar dit leidde gezien de beperkte hoeveelheid tijd die daarvoor beschikbaar was niet direct tot concrete uitkomsten. Wel is men van mening dat een belangrijke coördinerende rol ligt bij een professional die medische kennis heeft. De Jeugdartsen zien hierin voor zichzelf een

belangrijke rol weggelegd, mede omdat schoolverzuim vaak een indicatie is dat er iets niet goed gaat.

De Gemeente Nijmegen heeft aangegeven de wens te hebben als vervolg op deze maatschappelijke Business Case een beleidsdiscussie met diverse relevante partijen te voeren, onder andere over de mogelijke invulling van de casusregie. Daarbij is het interessant gebleken om de landelijke uitrol van het Medisch Kindzorg Systeem (MKS)³ voor chronisch zieke kinderen in het achterhoofd te houden. Dit systeem, dat overigens nog sterk in ontwikkeling is, voorziet in één door de ouders en het kind gekozen coördinator en één zorgplan per kind op basis van een zorgbehoeftescan. Het MKS is met name gericht op de onderlinge extramurale samenwerking rond kind en ouders.

3.3 Randvoorwaarde 2: expertiseoverdracht

Naast de noodzaak voor een betere regievoering om zorg zodanig te kunnen organiseren dat het beter aansluit bij de behoefte van het kind en het steunsysteem en bovendien bijdraagt aan een normaal dagelijks functioneren, is de projectgroep van mening dat ook het overdragen van expertise vanuit de derde lijn op eerste- en tweedelijns professionals (en waar relevant andere betrokken professionals, zoals onderwijspersoneel) of andersom noodzakelijk is. Het belang van expertiseoverdracht wordt onder andere duidelijk in een samenwerkingspilot die momenteel plaatsvindt tussen KDCN en Entrea J&O. In gevallen waar sprake is van medische urgentie en/of kinderen in een problematische en (daardoor) niet ondersteunende thuissituatie verblijven, roept KDCN ondersteuning van Entrea. Naar verwachting levert de ambulante inzet van deze orthopedagogische expertise in een gezin een positief effect op de effectiviteit van de zorg die KDCN verleent. Daarvoor is het echter van belang dat de professionals van Entrea over voldoende kennis van diabetes-specifieke zaken beschikken. Met gedegen kennis van zaken over wat diabetes inhoudt en welke implicaties dit heeft voor de zorg en opvoeding, is de verwachting dat hierdoor structurele verbeteringen optreden in het gedrag van het kind en in zijn/haar omringende (familie)systeem. Resultaat dient te zijn dat het kind en de ouder/verzorgers meer in de kracht staan, de gezinsdynamiek genormaliseerd is en het kind weer naar school gaat. De verwachting is dat met de inzet van deze expertise wordt voorkomen dat kinderen onnodig langer of vaker opgenomen dienen te worden door KDCN. Eenzelfde redenatie geldt voor de overdracht van expertise van KDCN op bijvoorbeeld medewerkers van Kinderthuiszorg (KTZ), die specialistische verpleegkundige zorg bieden aan zieke kinderen. Door de juiste kennis over te dragen aan medewerkers van KTZ kunnen zij precies datgene bieden waar de mogelijkheden van ouders en KDCN ontoereikend zijn. Door coaching en scholing is het wellicht zelfs mogelijk om naast het overnemen van zorgtaken ook meer te werken aan geleidelijk overdragen van de zorg aan ouders en/of leerkrachten, waardoor op den duur mogelijk minder professionele inzet nodig is. Momenteel zijn er ook vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrie afspraken gemaakt met het ziekenhuis over consultatieve psychiatrie. Zo bestaan er bijvoorbeeld afspraken hieromtrent tussen Karakter en het Radboud UMC en tussen CWZ en Pro Persona. Kinderpsychiaters komen waar nodig op de afdelingen in het ziekenhuis voor diagnostiek en advisering. Echter, de projectgroep is van mening dat de mogelijkheden voor expertiseoverdracht verder onderzocht en ontwikkeld dienen te worden, waarbij onder andere gespecialiseerde verpleegkundigen, jeugdartsen, kinderartsen,

³ Zie www.hetmedischekindzorgsysteem.nl voor meer informatie.

pedagogen, psychologen en jeugdhulpverleners van Jeugd & Opvoedhulp een rol spelen. Dit vraagt in eerste instantie om beleidsafspraken tussen de betrokken partijen, waarover nader overleg zal moeten worden gevoerd. De vraagstukken omtrent expertiseoverdracht worden door de gemeente Nijmegen en VGZ breder onderzocht en zullen worden meegenomen in de afspraken met de zorgaanbieders. Ook zijn er reeds afspraken voor expertiseoverdracht gemaakt tussen psychologen van het Amalia Kinderziekenhuis, het CWZ en KDCN samen met de coöperatie vrijgevestigde psychologenpraktijken over het faciliteren van een 'warme overdracht' van psychologische behandeling van tertiaire zorg naar de eerste lijn. Het maken van afspraken bevindt zich in een afrondende fase.

3.4 Betrokken zorgaanbieders

Bij het organiseren van passende eerste- en tweedelijns zorg zijn in de praktijk uiteraard alle relevante partijen in de regio betrokken die de benodigde zorg en/of ondersteuning kunnen aanbieden. Echter, om praktische redenen waren bij deze maatschappelijke Business Case niet al deze zorgaanbieders betrokken. De informatie die in deze analyse is gebruikt is afkomstig van de volgende partijen:

- GGD (JGZ)
- KinderThuisZorg (KTZ)
- Vrijgevestigde psychologen (eerste lijn)
- Entrea J&O
- Karakter/ ProPersona
- ZZG Zorggroep
- Amalia Kinderziekenhuis
- Kinderdiabetescentrum Nijmegen (KDCN)
- Pluryn (Werkenrode Jeugd)

In paragraaf 5 ('Het zorgketenperspectief') wordt ingegaan op de extra inzet die er vanuit sommige van deze partijen naar verwachting nodig zal zijn om passende zorg in de eerste en tweede lijn te kunnen bieden aan de groep kinderen waarop deze maatschappelijke Business Case is gebaseerd. Ook wordt duidelijk welke potentiële kostenbesparingen er als gevolg van die extra inzet mogelijk optreden voor het Amalia Kinderziekenhuis, KDCN en Pluryn.

4. Het cliëntperspectief

4.1 Twee voornaamste effecten

Aangezien de interventies die centraal staan in deze mBC uiteindelijk primair gericht zijn op de eerder afgebakende doelgroep (de 'cliëntgroep'), wordt dit hoofdstuk volledig gewijd aan de verwachte effecten voor deze stakeholder. De effecten voor de overige stakeholders komen in de volgende hoofdstukken aan bod.

In de verschillende werksessies is uitvoerig gesproken over de effecten die naar verwachting zullen optreden voor de kinderen wanneer zij, met name als gevolg van een betere aansluiting tussen derdelijns zorg enerzijds en eerste- en/of tweedelijns zorg anderzijds, 'normaler' om kunnen gaan met hun ziekte. In de huidige situatie gebeurt het regelmatig dat kinderen 'blijven hangen' in de derdelijns zorg of hier relatief snel weer in terugkeren. Echter, lang niet altijd is zorg in de derde lijn noodzakelijk en heeft 'onnodige' derdelijnszorg in bepaalde gevallen zelfs negatieve effecten op het kind. De leden van de projectgroep zien in de praktijk regelmatig situaties waarin dit een negatief effect heeft op het 'normaal' functioneren. In dergelijke gevallen is er, onder andere, vaak sprake van frequent schoolverzuim, bijvoorbeeld als gevolg van de opvatting van de ouders of verzorgers dat het kind 'ziek' is en hij/zij om die reden soms beter thuis kan blijven. Echter, de projectgroep is van mening dat schoolgang essentieel is voor het kind om zo normaal mogelijk te kunnen functioneren.

Het feit dat bij sommige kinderen juist het 'normaal' functioneren een probleem is (dat zowel negatieve effecten heeft op de schoolprestaties, de sociale ontwikkeling als op de algemene ontwikkeling) is meestal dan ook niet hoofdzakelijk medisch van aard. Immers, in de meeste gevallen is de medische situatie stabiel en ontstaan problemen met betrekking tot het normaal functioneren met name (mede) als gevolg van onvoldoende coördinatie tussen derdelijns zorg en verschillende domeinen in de eerste en tweede lijn. In de praktijk is het ziekenhuis nu vaak het verankerpunt en wordt de verleende zorg 'om het ziekenhuis heen gebouwd', terwijl begeleiding en zorg op school en thuis centraal zou moeten staan, aldus de projectgroep. Juist voor het organiseren en aanbieden van 'matched care' dat nauw aansluit bij het dagelijks leven van het kind waarbij het normaal functioneren centraler staat (dus met name in de thuissituatie of op school) is een belangrijke rol voor zorgaanbieders in de eerste en tweede lijn weggelegd. Hoewel het aannemelijk is dat dit tot diverse veranderingen in het leven van de kinderen leidt, hecht de projectgroep er waarde aan om in ieder geval de volgende twee verwachte effecten expliciet te benoemen:

Effect 1: afname schoolverzuim en verbetering van de schoolprestaties

Door de zorg zodanig in te richten dat het normaal functioneren in het dagelijks leven centraler staat zal dit naar verwachting resulteren in een afname van het schoolverzuim. Dit effect treedt bijvoorbeeld al op wanneer het kind niet meer tijdens schooluren naar het ziekenhuis hoeft, maar zorg en begeleiding in plaats daarvan plaatsvindt op tijden dat het beter aansluit op de dagelijkse routine van het kind. Ook pedagogische ondersteuning van de ouders kan leiden tot dit effect, bijvoorbeeld wanneer ouders worden aangemoedigd om hun kind niet thuis te houden, bijvoorbeeld door ze in te laten zien dat schoolgang bevorderlijk is voor de situatie van het kind, of doordat de gezinsdynamiek weer is 'genormaliseerd' door interventie van ambulante J&O. Ook ondersteuning van Kinderthuiszorg kan hieraan bijdragen, onder andere

wanneer kindertehuiszorg-professionals op school helpen met bepaalde zorgtaken zolang het kind niet oud genoeg is om het zelf te doen en/of wanneer leerkrachten bepaalde verantwoordelijkheid niet aandurven. Het inschakelen van Kindertehuiszorg kan in dergelijke gevallen de barrière om naar school te gaan wegnemen. Wanneer schoolverzuim wordt gereduceerd wordt aangenomen dat dit een positief effect zal hebben op de schoolprestaties van het kind, zoals ook uit onderzoek van Lecoutre (1998) bleek. Daarbij moet worden opgemerkt dat de positieve effecten op schoolprestaties groter zullen zijn naarmate verzuim eerder wordt gereduceerd. Immers, naarmate het kind vaker en langer verzuimt wordt de kans groter dat hij of zij de betrokkenheid bij school verliest, de motivatie om goed te presteren afneemt en de kans om mee te kunnen (blijven) komen op het gewenste niveau afneemt (*ibid.*). Dit illustreert dan ook het belang van een preventieve werkwijze waarin vroegtijdige signalering van problematiek, evenals het handelen daarnaar, centraal staat.

Effect 2: meer sociale participatie

Naast een verbetering van de schoolprestaties wordt verwacht dat het bieden van de juiste zorg op het juiste moment ook een positief effect kan hebben op de sociale participatie van het kind. Daarbij wordt aangenomen dat het kind in zijn of haar sociale participatie wordt belemmerd door problemen op verschillende domeinen van 'positieve gezondheid'. In het rapport 'Gezondheid en Maatschappelijke Participatie' (RIVM, 2013) wordt aangegeven dat een verminderde participatie onder chronisch zieken nauwelijks een direct gevolg is van de chronische ziekte op zich. "Chronisch zieken participeren pas substantieel minder als zij ook beperkingen hebben of een verminderde gezondheid ervaren" (*ibid.*: 146), zo valt te lezen. Hoewel een definitie van 'gezondheid' ontbreekt in het rapport, wordt het begrip in vrij brede zin gebruikt, waarbij onder andere ook aandacht wordt besteed aan mentaal welbevinden. Het lijkt dan ook verdedigbaar om te stellen een verminderde *positieve gezondheid* (zoals eerder toegelicht) kan leiden tot een verminderde participatie. Die redenatie volgend zou een verbetering van de ervaren positieve gezondheid kunnen leiden tot meer sociale participatie. Zoals eerder toegelicht wordt in deze maatschappelijke Business Case verondersteld dat het bieden van 'matched care' voor kinderen met chronische ziekten positieve effecten zal hebben op hun positieve gezondheid. Daarbij dient te worden opgemerkt dat dit ook de andere kant op werkt: meer sociale participatie (waaronder ook onderwijsparticipatie) kan ook weer een positief effect hebben op de beleefde positieve gezondheid. Illustraties hiervan zijn te vinden in het eerder aangehaalde RIVM-rapport (2013).

4.2 De mate waarin effecten optreden en randvoorwaarden

In de praktijk zal blijken dat deze effecten wellicht niet voor alle kinderen optreden, of in ieder geval niet in dezelfde mate. De individuele situatie en context van het kind is daarbij een belangrijke variabele. Dit benadrukt het belang om de verwachte effecten op kindniveau te monitoren en, zo mogelijk, vast te leggen in de vorm van een persoonlijk ontwikkelingsperspectief analoog aan passend onderwijs. Op deze manier kan inzicht worden verkregen in eventueel andere factoren die eerder nog niet in beeld waren, maar wel van invloed zijn op de schoolgang, schoolprestaties en sociale participatie van het kind. Daarnaast dient te worden opgemerkt dat er nu slechts zeer beknopt aandacht is besteed aan twee verwachte effecten voor de kinderen, waarmee vanzelfsprekend onvoldoende recht wordt gedaan aan het belang van de effecten die er voor hen optreden. Dit hoofdstuk dient dan ook

met name ter illustratie van twee belangrijke effecten die worden verwacht, maar biedt nog geen compleet overzicht van alle mogelijke veranderingen.

5. Het zorgketenperspectief

5.1 Overzicht van zorgketenpartners

Dit hoofdstuk is volledig gericht op de zorgketenpartners in de 1^e-, 2^e- en 3^e-lijn die als stakeholders zijn opgenomen in deze maatschappelijke Business Case. Dit zijn, zoals ook al eerder genoemd:

- GGD (JGZ)
- KinderThuisZorg (KTZ)
- Vrijgevestigde psychologen (eerste lijn)
- Entrea J&O
- Karakter/ ProPersona
- ZZG Zorggroep
- Pluryn (Werkenrode Jeugd)
- Amalia Kinderziekenhuis
- Kinderdiabetescentrum Nijmegen (KDCN)

Per ketenpartner wordt een overzicht gegeven van de naar verwachting te leveren input en/of verwachte potentiële besparingen. Daarbij wordt opgemerkt dat zowel de benodigde investeringen als de besparingen uiteindelijk moeten worden toegeschreven aan de financiers, zoals de gemeente. Voor sommige stakeholders is besloten om bepaalde effecten niet te kwantificeren, maar deze alleen kwalitatief te beschrijven. Dit is bijvoorbeeld gedaan wanneer onvoldoende duidelijk was hoe een bepaalde besparing of benodigde investering kon worden gekwantificeerd.

5.2 Algemene opmerkingen

In paragraaf 5.4 wordt per ketenpartner een overzicht gepresenteerd van de benodigde investeringen en/of potentiële besparingen. Alle in de tabellen opgenomen bedragen zijn netto-contant gemaakt op basis van een discontovoet van 3,5% per jaar over een periode van vier jaar (de periode waarop deze mBC betrekking heeft). Bij de berekening van de netto-contante waarde zijn zowel de kosten als de opbrengsten 'uitgesmeerd' over vier jaar (de meettermijn van deze mBC).⁴

Omdat deze mBC een prognose is, dient te worden opgemerkt dat de aantallen waarmee is gerekend deels zijn gebaseerd op aannamen en schattingen, hoewel de casuïstiek (die in paragraaf 5.3 wordt beschreven) daaraan altijd ten grondslag lag. In de meeste gevallen waren er geen trendgegevens beschikbaar waarop verwachtingen konden worden gebaseerd. De projectgroep, bestaande uit experts met veel praktijkervaring, hebben waar nodig aannamen gedaan op basis van hun ervaringen en overleg met collega's. Hoewel dit betekent dat de benodigde investeringen en gerealiseerde besparingen in de praktijk zullen afwijken van de bedragen die in dit rapport worden genoemd (zowel in positieve als in negatieve zin), kunnen

⁴ Door de netto-contante waarde te berekenen ontstaat een beeld van de *huidige* waarde van een bedrag dat in een toekomstige periode is geboekt. Dit wordt gedaan omdat een bedrag van bijvoorbeeld EUR 100 over vier jaar een lagere *huidige* waarde vertegenwoordigt. Zie bijlage 2 voor een rekenvoorbeeld.

de uitkomsten een waardevolle bijdrage leveren aan het verkrijgen van inzicht in de dynamiek in de keten. Los van de vraag wat de omvang van de daadwerkelijk gerealiseerde besparingen en investeringen zal zijn (dit is bij voorbaat immers nooit met honderd procent zekerheid te zeggen), geeft een mBC op basis van aannamen (en waar nodig zelfs schattingen) inzicht in de te verwachten relatieve verhoudingen tussen investeringen en besparingen. Bovendien wordt inzichtelijk bij welke partijen in de keten besparingen mogelijk gerealiseerd kunnen worden en waar extra geïnvesteerd zou moeten worden. Juist het verkrijgen van dat inzicht is een belangrijk doel van deze mBC.

5.3 Casuïstiek

Deze mBC is primair gebaseerd op de aanwezige casuïstiek binnen het Amalia Kinderziekenhuis en het Kinderdiabetescentrum Nijmegen (KDCN). In beide organisaties is er gekeken naar het aantal kinderen dat onder behandeling is en binnen de afbakening van deze mBC valt. Daaruit kwam voort dat er binnen het Amalia Kinderziekenhuis 70 relevante casussen zijn en 22 bij het KDCN. Beide organisaties hebben deze casuïstiek onderverdeeld in drie groepen die tot stand zijn gekomen op basis van de hoofdkenmerken van de verschillende casussen. Daarbij moet worden opgemerkt dat dit een zeer grove indeling is die mogelijk geen recht doet aan de complexe problematiek waarvan in de praktijk sprake is. Om praktische redenen was het niet mogelijk om iedere casus apart te analyseren en de groepering daarop te baseren. Ondanks de grove groepering is de projectgroep van mening dat er op deze manier voldoende rekening wordt gehouden met de kernpunten van de aanwezige casuïstiek. Per groep is door het Amalia Kinderziekenhuis en KDCN aangegeven welke aanvullende en/of vervangende zorg er vanuit de eerste en/of tweede lijn nodig is.

In aanvulling op de casussen van het Amalia Kinderziekenhuis en KDCN is er één casus van Pluryn (Werkenrode Jeugd) opgenomen in deze mBC⁵. Binnen deze afdeling van Pluryn is specifieke kennis aanwezig voor de zorg voor jeugdigen met somatische problemen, NAH-problematiek, een licht verstandelijke handicap en/of psychische problemen. De jeugdigen verblijven daar 24 uur per dag, 7 dagen per week.

5.3.1 Casuïstiek van het Amalia Kinderziekenhuis

De 70 voor deze mBC relevante casussen zijn ondergebracht in de volgende drie groepen met verschillende hulpvragen:

(1) Met gezondheidsproblemen naar school

Kinderen die gezondheidsproblemen hebben en daardoor zelf moeite hebben naar school te gaan, van wie de ouders moeite hebben de kinderen naar school te sturen en/of van wie docenten moeite hebben kinderen op school te houden. Er is ondersteuning nodig voor kind, ouders en/of school om te bevestigen dat het kind toch naar school kan ondanks de aanwezige gezondheidsproblemen.

⁵ Deze casus is toegevoegd nadat de laatste bijeenkomst van de projectgroep had plaatsgevonden. De relevantie ervan was eerder nog niet duidelijk.

(2) Behandeling voor gezondheidsproblemen (integrale ondersteuning)

Voor deze groep geldt dat medische behandelingen soms moeilijk uitvoerbaar zijn, bijvoorbeeld als ze heel ingrijpend zijn (chemotherapie, CF-behandeling), of als kinderen zich ertegen verzetten (prikangst, therapieontrouw). Opvoedkundige vaardigheden van ouders schieten soms tekort, waarbij dan ook extra ondersteuning nodig is. Door deze ondersteuning verbetert het opvoedklimaat en normaliseren de verhoudingen, waardoor ouders hun kind kunnen begeleiden en het gezin met elkaar een zo 'normaal' mogelijk leven bieden.

(3) Psychosociale aanpassing aan gezondheidsproblemen

Voor deze groep geldt dat ziekte soms zo ingrijpend is dat kind en/of ouders ondersteuning nodig hebben in de omgang met de ziekte of om de ziekte een plek te geven. Als medische behandeling zelf laag intensief is kan psychologische behandeling het best in de thuissituatie plaatsvinden.

In de onderstaande tabel is weergegeven wat de omvang (aantal casussen) van iedere groep is, welke typen aanvullende en/of vervangende zorg ervoor welk deel van die groep nodig is, en welke organisatie deze zorg zou kunnen aanbieden.

Overzicht casuïstiek Amalia Kinderziekenhuis

Groep	Groeps-omvang	Type aanvullende/ vervangende zorg	Voor # kinderen:	Betrokken organisaties
1	23	Amalia Kinderziekenhuis draagt casus over aan jeugdarts	23	GGD (JGZ) / Amalia KZH
		School onderneemt actie bij verzuim	23	Onderwijs
		Leerplicht signaleert en ondersteunt	23	Leerplicht
		Jeugdarts neemt coördinerende en uitvoerende rol bij verzuim	23	GGD (JGZ)
2	23	Amalia Kinderziekenhuis draagt casus over aan jeugdarts	23	GGD (JGZ) / Amalia KZH
		Jeugdarts neemt coördinerende en uitvoerende rol bij verzuim	23	GGD (JGZ)
		Kinderthuiszorg die medisch-technische biedt; verpleging en ondersteuning en aanleren van vaardigheden bij de ouders. Coaching KTZ door J&O is wenselijk.	23	Kinderthuiszorg / Entrea
		Opvoedkundige ondersteuning van ouders	23	Entrea
		In complexe gevallen, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van een angststoornis, is specialisatie gewenst. ⁶	?	Medische psychologie / pedagogisch medewerkers ziekenhuis
3	24	Amalia Kinderziekenhuis draagt casus over aan jeugdarts	24	GGD (JGZ) / Amalia KZH
		Psychologische behandeling	24	GZ-psycholoog 1 ^e lijn

5.3.2 Casuïstiek van het Kinderdiabetescentrum Nijmegen (KDCN)

De 22 voor deze mBC relevante casussen binnen het KDCN zijn ondergebracht in de volgende drie groepen met verschillende hulpvragen:

(4) Behandeling voor gezondheidsproblemen (integrale ondersteuning)

De behandeling van gezondheidsproblemen van casussen in deze groep overstijgt de mogelijkheden van kind en/of ouders, en/of er is sprake van therapieontrouwheid, angst of verzet. Ouders en kinderen kunnen dit leren hanteren door (integrale) professionele

⁶ Verdere bespreking van dit punt is nodig gebleken. Het is vooralsnog onduidelijk hoe vaak en welk niveau van specialisatie nodig is. Hoewel hieraan in dit rapport geen verdere aandacht wordt besteed, staat het punt nog als onderwerp van discussie op de agenda van Gemeente Nijmegen.

ondersteuning op medisch-technisch en pedagogisch terrein. De casuïstiek komt overeen met groep 2.

(5) Ernstig verstoorde draagkracht/draaglast van het gezin

Voor deze groep geldt dat er primair sprake is van ontregelde diabetes met een risico op medische complicaties. Er ontstaat een crisis in het systeem, schoolverzuim, medische begeleiding in het gezin heeft onvoldoende effect en opname dreigt. Ouders zijn wel gemotiveerd, maar de draaglast is voor deze ouders te groot door bijkomende problemen zoals pubergedrag, problematiek bij andere kinderen, echtscheiding en beperkingen en/of ziekte van de ouders. Soms is er sprake van overbescherming van het kind door de ouders, of wordt het kind juist te veel losgelaten of zelfs verwaarloosd.

(6) Psychische aandoeningen bij jeugdige en/of ouders

Voor deze groep geldt dat er sprake is van een psychiatrische aandoening bij de jeugdige en/of de ouders psychische problemen hebben.

In de onderstaande tabel is weergegeven wat de omvang (aantal casussen) van iedere groep is, welke typen aanvullende en/of vervangende zorg ervoor welk deel van die groep nodig is, en welke organisatie deze zorg zou kunnen aanbieden

Overzicht casuïstiek KDCN

Groep	Groeps-omvang	Type aanvullende/ vervangende zorg	Voor # kinderen:	Betrokken organisaties
4	12	KDCN draagt casus over aan Jeugdarts	12	GGD (JGZ) / KDCN
		Verzuimbegeleiding door Jeugdarts; probleemverkenning, advies aan school, coördinerende rol	12	GGD (JGZ)
		Kinderthuiszorg die medisch-technische begeleiding biedt; verpleging en ondersteuning en aanleren van vaardigheden bij de ouders. Coaching KTZ door J&O is wenselijk.	12	Kinderthuiszorg / Entrea
		In complexe gevallen, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van een angststoornis, is specialisatie gewenst. ⁷	?	Medische psychologie / pedagogisch medewerkers ziekenhuis
5	8	KDCN draagt casus over aan Jeugdarts	8	GGD (JGZ) / KDCN
		Verzuimbegeleiding door Jeugdarts; probleemverkenning, advies aan school, coördinerende rol	8	GGD (JGZ)
		Ambulante gezinsbehandeling (pedagogisch)	5	Entrea
		Ambulante spoedhulp bij medische urgentie	3	Entrea
		Psychosociale gezinsbegeleiding (door thuisbegeleiding)	2	ZZG Zorggroep
6	2	KDCN draagt casus over aan Jeugdarts	2	GGD (JGZ) / KDCN
		Verzuimbegeleiding door Jeugdarts; probleemverkenning, advies aan school, coördinerende rol	2	GGD (JGZ)
		Hulp in thuissituatie (IHT/FACT)	1	Karakter / ProPersona
		IPG	1	Karakter

5.4 Benodigde investeringen in de zorgketen

In deze paragraaf wordt per organisatie beschreven wat de benodigde aanvullende en/of vervangende zorg in grote lijnen inhoudt. Bovendien wordt aangegeven wat de verwachte kosten zijn voor de inzet van deze zorg, waarbij is uitgegaan van het aantal kinderen dat op

⁷ Verdere bespreking van dit punt is nodig gebleken. Het is vooralsnog onduidelijk hoe vaak en welk niveau van specialisatie nodig is. Hoewel hieraan in dit rapport geen verdere aandacht wordt besteed, staat het punt nog als onderwerp van discussie op de agenda van Gemeente Nijmegen.

basis van de casuïstiek bepaalde zorg nodig heeft. Waar mogelijk is er gerekend met gemiddelde trajectprijzen. In de gevallen waar is gerekend met een uurtarief is uitgegaan van de zorgduur en zorgintensiteit die naar verwachting nodig zal zijn om tot een totaalbedrag te komen. Uiteraard gaat het daarbij om een schatting, en zullen de daadwerkelijk gemaakte kosten in de praktijk afwijken van de bedragen die hieronder staan vermeld.

5.4.1 Jeugdgezondheidszorg (JGZ)/ GGD

Verwacht wordt dat vanuit de GGD de volgende aanvullende en/of vervangende zorg nodig is:

Verzuimbegeleiding en schoolweigeringsaanpak door Jeugdarts

Verzuimbegeleiding door een Jeugdarts heeft als doel om bij leerlingen die frequent en/of langdurig verzuimen van school vast te stellen welke redenen daaraan ten grondslag liggen. Samen met de leerling en zijn of haar ouders wordt onderzocht welke mogelijkheden er zijn om de problemen die leiden tot het verzuim aan te pakken, waarbij het kan gaan om zowel lichamelijk, psychische als sociale klachten. De inzet van een Jeugdarts is daarvoor in sommige gevallen van belang, omdat scholen en leerplichtambtenaren niet altijd voldoende in staat zijn om achterliggende oorzaken van schoolverzuim vast te stellen en te zoeken naar daarvoor passende oplossingen. Bij verzuimbegeleiding gaat het dan ook met name om probleemverkenning en het geven van advies aan school. Bovendien heeft de Jeugdarts een coördinerende rol, bijvoorbeeld met betrekking tot het organiseren van passende zorg of ondersteuning voor de jongere en zijn of haar systeem.

De projectgroep verwacht dat verzuimbegeleiding door de Jeugdarts nodig zal zijn voor alle in deze mBC opgenomen casussen van het Amalia Kinderziekenhuis en KDCN. Voor inzet van de Jeugdarts met betrekking tot verzuimbegeleiding wordt door de GGD uitgegaan van 2,7 uur per casus per jaar tegen een uurtarief van EUR 140⁸. Besloten is om deze kosten voor 92 casussen voor één jaar mee te nemen, wat leidt tot een totale kostenposten van EUR 34.776 (EUR 33.051 netto-contant).

Medische advisering Leerplicht en overdracht casussen door KDCN en Amalia Kinderziekenhuis

In paragraaf 5.3 werd duidelijk dat het Amalia Kinderziekenhuis en het KDCN naar verwachting casussen zullen overdragen aan de Jeugdarts. Hoewel de GGD ervan uitgaat dat dit zal leiden tot meer casuïstiek voor de Jeugdartsen, wordt aangenomen dat dit vooralsnog binnen de huidige begroting kan worden uitgevoerd en dat extra uren inzet hiervoor niet noodzakelijk is. Ook wordt verwacht dat de Jeugdarts in bepaalde casussen zal worden geconsulteerd door Bureau Leerplicht of de scholen voor medische advisering met betrekking tot afwezigheid van school. Deze inzet is naar verwachting van de GGD (vooralsnog) ook te realiseren binnen de bestaande urenbegroting, en aanvullende kosten zijn dan ook niet in deze mBC opgenomen.

Dit leidt tot het volgende overzicht van benodigde investeringen voor de GGD:

Investering	Totaal netto-contant (€)
Verzuimbegeleiding en schoolweigeringsaanpak door Jeugdarts	33.051
Medische advisering Bureau Leerplicht en overname van casussen	PM
Totaal	33.051

⁸ Gegevens afkomstig van GGD Gelderland-Zuid.

5.4.2 Kinderthuiszorg

Kinderthuiszorg (KTZ) is een landelijke organisatie met zelfsturende teams. De diensten van deze organisatie worden door de zorgverzekeraars ingekocht voor het uitvoeren van verpleegkundige handelingen bij kinderen. Ook als ouders overbelast zijn kan Kinderthuiszorg worden ingezet. KTZ kan worden ingeschakeld om daar waar het kind zich bevindt verpleegkundige zorg te verlenen, bijvoorbeeld op school. Kinderthuiszorg signaleert ook of in een gezin meer zorg nodig is en is daarom een belangrijke partner in het netwerk.

Sinds de invoering van de Jeugdwet in 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor persoonlijke verzorging en wordt dit bij kinderen die terminaal ziek zijn uitgevoerd door KTZ (betaald vanuit de Zorgverzekeringswet). De organisatie zou over bepaalde groepen vallend binnen de casuïstiek van deze mBC meer kennis willen vergaren en consultatie of klinische lessen willen organiseren. De projectgroep verwacht dat voor een deel van de casussen KTZ een belangrijke aanvulling kan zijn op de verleende zorg en gaat ervan uit dat de inzet van KTZ nodig is voor 23 casussen van het Amalia Kinderziekenhuis (groep 2) en 12 casussen van het KDCN (groep 4).

De kosten van KTZ variëren per casus, omdat de zorg wordt afgestemd op de individuele zorgbehoefte van het kind en het gezin. Hierdoor varieert de zorg per kind van enkele (soms korte) contactmomenten rondom een enkelvoudige verpleegkundige handeling tot meerdere uren per dag, meerdere dagen per week gedurende een langere periode. De genoemde uren zijn dan ook gemiddelden en zullen ook als zodanig moeten worden beschouwd. Deze gemiddelden dienen in deze mBC als uitgangspunt om de kosten van kindverpleegkundige zorg zoals KTZ levert te kunnen kwantificeren.

Er wordt uitgegaan van gemiddeld tien uur zorg per casus per maand, waarbij een gemiddelde periode dat een kind bij KTZ in zorg is drie maanden bedraagt. Deze gegevens zijn gebaseerd op de zorg die in 2015 is geleverd door (kinder)verpleegkundigen. Dit betekent dat er per casus gemiddeld 30 uur zorg wordt ingezet.

Het uurtarief dat voor deze uren wordt gehanteerd is afhankelijk van de afspraken die met de verschillende zorgverzekeraars zijn overeengekomen. Voor de berekening in deze mBC wordt uitgegaan van het NZa-tarief van 2016 voor de prestatie gespecialiseerde verpleging (vanuit de tariefbeschikking verpleging en verzorging). Dit tarief bedraagt EUR 81,49 en is het maximale tarief voor gespecialiseerde verpleging.

Wanneer een maximaal tarief van EUR 81,49 wordt gehanteerd voor gemiddeld 30 uur per casus is de kostenpost gemiddeld EUR 2.445 per casus. In totaal voor 35 casussen bedraagt de kostenpost dan EUR 85.575 (EUR 81.331 netto-contant). Daarbij dient te worden vermeld dat het genoemde bedrag is gebaseerd op het aantal uren daadwerkelijk geleverde zorg. De tijd die er per casus wordt besteed aan indirecte kosten (denk hierbij aan kindgebonden (multidisciplinair) overleg) is voorsnog niet gekwantificeerd. Daarnaast wordt er sinds de invoering van de Jeugdwet in 2015 geen persoonlijke verzorging meer geleverd door KTZ, behalve bij kinderen die onder de intensieve kindzorg⁹ vallen. Echter, op dit moment wordt door verschillende betrokken partijen nader bekeken hoe deze persoonlijke verzorging het best ingericht en uitgevoerd kan worden. Mogelijk heeft dit consequenties voor het aantal uren zorg

⁹ Overheid: wet- en regelgeving. Besluit zorgverzekering, artikel 2.10. <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2016-01-01>

dat KinderThuisZorg ingezet wordt in dergelijke casussen. Monitoring middels een registratie-experiment dat KTZ aangaat met zorgverzekeraars moet uitwijzen in hoeverre dit extra kosten met zich meebrengt.

Investering	Totaal netto-contant (€)
Inzet Kinderthuiszorg	81.331
Totaal	81.331

5.4.3 Vrijgevestigde eerstelijns psychologen

Verwacht wordt dat er door de bij de VJ-GGZ aangesloten psychologen de volgende zorg en/of ondersteuning nodig zal zijn:

Hulp in de thuissituatie – psychologische zorg

De projectgroep verwacht dat psychologische behandeling nodig is voor 24 casussen van het Amalia Kinderziekenhuis (groep 3). Deze kinderen en/of hun ouders hebben ondersteuning nodig in de omgang met de ziekte of om de ziekte een plek te geven, waarbij geldt dat, gezien de aard van de casussen, psychologische behandeling het best in de thuissituatie kan plaatsvinden door een GZ-psycholoog. Het gaat om psychologische zorg met korte wachtlijsten en korte lijnen, geboden door medisch geschoolde gedragswetenschappers gedurende een aanvankelijk intensief traject van 1 tot 3 maanden, dat vervolgens kan worden afgebouwd naar minder frequente (afhankelijk van de diagnose en prognose) langdurige zorg. In grote lijnen bestaat de zorg uit (1) klachtanalyse, (2) doelformulering en een passende interventie, zoals EMDR, CGt, MBCT, OGT, et cetera. Hierbij wordt opgemerkt dat het type behandeling uiteraard per casus sterk uiteen kan lopen, evenals de duur en intensiteit ervan. De genoemde intensiteit zou dan ook als een gemiddeld moeten worden beschouwd en dient in deze mBC als uitgangspunt om de kosten van extra psychologische zorg te kunnen kwantificeren.

Er wordt uitgegaan van 16 uur psychologische behandeling gedurende de intensieve fase (1-3 maanden), daarna afbouwend naar gemiddeld 1 uur per maand gedurende de rest van de totale behandelperiode van een jaar (9 maanden) waarvan wordt uitgegaan. Dit leidt tot een totale inzet van 25 uur per casus, aangenomen dat de totale gemiddeld behandelduur een jaar is. Er wordt een uurtarief van EUR 100¹⁰ gehanteerd, wat leidt tot een kostenpost van EUR 2500 per casus, of EUR 60.000 voor 24 casussen (EUR 57.024).¹¹

Investering	Totaal netto-contant (€)
Hulp in de thuissituatie – psychologische zorg	57.024
Totaal	57.024

Vermeld dient te worden dat het genoemde bedrag gebaseerd is op het aantal uren cliëntcontact. De tijd die er per casus wordt besteed aan klachtanalyse, terugkoppeling naar de verwijzers, et cetera, komt hier nog bovenop, maar is vooralsnog niet gekwantificeerd. Door de projectgroep is aangegeven dat de tijd die wordt besteed aan terugkoppeling naar de verwijzers in de huidige situatie over het algemeen niet in rekening wordt gebracht (vooralsnog wordt dit gezien als onderdeel van de behandeling), maar dat hieraan niet kan worden

¹⁰ Hier zijn geen gemeentelijke tarieven gehanteerd, maar uitsluitend kostenberekeningen van de aanbieders zelf.

¹¹ Gegevens afkomstig van Jeanne Vriens, bestuurslid VJ-GGZ.

ontkomen indien terugkoppeling naar verschillende verwijzers wordt geïntensiveerd. Monitoring zal moeten gaan uitwijzen hoeveel extra tijd dit kost en wat daarvan de extra kosten zijn.

5.4.4 Entrea J&O

Entrea kan voorzien in ambulante orthopedagogische expertise in gezinnen met ernstige of meervoudige problematiek, waarin veiligheid vaak in het geding is. De hulp is multidisciplinair, systeemgericht en vertrekt vanuit de vraag wat voor het kind van belang is.

Hulp in de thuissituatie: ambulante gezinsbehandeling

Naar verwachting is deze vorm van ondersteuning vanuit Entrea benodigd voor 5 casussen (groep 5) van het KDCN, waarbij er sprake is van een ernstig verstoorde balans tussen draagkracht en draaglast van het gezin. Het gaat specifiek om gevallen waar gedragspatronen in het omgaan met en communicatie over de chronische ziekte van het kind tussen ouders en kind (veelal in de puberleefstijd of adolescentie) ernstig verstoord is geraakt. Tevens kan aan de orde zijn dat ouders pedagogisch onmachtig zijn hun kind de juiste vorm van afstand en nabijheid te bieden. Entrea kan de ouders ook ondersteunen bij het terugdringen van schoolverzuim. De inzet van Entrea zorgt er met name voor dat de zorg die door KDCN voor de genoemde 5 casussen wordt verleend effectiever zal zijn, omdat de medewerkers van Entrea de situaties observeren, analyseren, interveniëren, de ouders in de thuissituatie 'in hun kracht kunnen zetten', de ontstane disfunctionele gezinspatronen kunnen doorbreken en normaliseren, en samen met de ouders en de jongere tot werkbare en concrete afspraken kunnen komen. Hierdoor kunnen opnames ten gevolge van ontregelingen van de diabetes voorkomen worden. Bovendien kan het schoolverzuim worden teruggedrongen, zo is de verwachting. Een *pilot* met betrekking tot de beschreven ondersteuning is momenteel gaande. Deze trajecten kunnen 3 tot 9 maanden duren en meer of minder intensief zijn, afhankelijk van de complexiteit van de zorgvraag.

De totale kosten van ambulante gezinsbehandeling voor vijf casussen bedragen naar verwachting EUR 35.000 (EUR 33.264 netto-contant)¹². Op verzoek van Entrea worden er in dit rapport geen trajectprijzen en andere tarieven vermeld. Deze zijn wel bekend bij de opdrachtgever.

Ondersteuning bij opvoedkundige vaardigheden van ouders

Deze vorm van ondersteuning door Entrea is naar verwachting nodig voor 23 casussen van KDCN. Het betreft hier situaties waarin de opvoedkundige vaardigheden van ouders te kort schieten. De ondersteuning bestaat uit ongeveer vijf contactmomenten (in een periode van maximaal vier maanden), waarin ouders door middel van gesprekken handvatten worden gegeven voor het verbeteren van de opvoedingssituatie en veiligheid binnen het gezin.

De totale kosten van deze ondersteuning voor 23 casussen bedragen naar verwachting EUR 34.500 (EUR 32.789 netto-contant).

¹² Gegevens afkomstig van Entrea.

Ambulante spoedhulp bij medische urgentie

De inzet van ambulante spoedhulp bij medische urgentie is naar verwachting nodig voor drie casussen van het KDCN (groep 5), waarbij wederom sprake is van een ernstig verstoorde balans tussen draagkracht en draaglast van het gezin. Bovendien wordt verwacht dat het beide van ambulante spoedhulp bij medische urgentie er in sommige gevallen toe kan leiden tot een uithuisplaatsing bij Pluryn (Werkenrode Jeugd) wordt voorkomen. Zoals later verder zal worden toegelicht wordt in deze mBC aangenomen dat dit in ieder geval één keer het geval zal zijn. De kosten van ambulante spoedhulp worden daarom ook eenmaal meegenomen in deze mBC. Dit leidt tot een totaal van vier casussen waarin deze zorg naar verwachting nodig zal zijn of is geweest.

De spoedzorg duurt maximaal 28 dagen en wordt ingezet wanneer er sprake is van een medische urgentie. Naar verwachting kunnen mede daardoor de volgende resultaten worden behaald:

- De urgentie van het medisch risico dat het kind loopt wordt weggenomen;
- Een opname in het ziekenhuis wordt voorkomen;
- Onnodige (lange) opname in het ziekenhuis vanwege dreigend gevaar voor de gezondheid kan in sommige gevallen worden voorkomen, of de opnameduur kan worden gereduceerd;
- Schoolverzuim kan soms worden voorkomen, wat kan leiden tot minder inzet van de Leerplichtambtenaar;
- Inzet van meer zorg wordt voorkomen doordat het gezin meer in eigen kracht wordt gezet en de kans op herhaling verkleind wordt.

De kosten voor ambulante spoedhulp bij medische urgentie bedragen naar verwachting ongeveer EUR 12.000 (EUR 11.405 netto-contant) voor vier casussen, wanneer wordt uitgegaan van een trajectduur van 28 dagen¹³. De specificatie van deze kosten is bekend bij de opdrachtgever van deze mBC.

Coaching medewerkers Kinderthuiszorg

De projectgroep verwacht dat coaching van medewerkers van Kinderthuiszorg door J&O wenselijk is, specifiek met betrekking tot pedagogische vraagstukken. De concrete behoefte die hiertoe bestaat dient echter nog nader te worden besproken door de betrokken partijen. Besloten is dan ook om de kosten van de coaching nog niet te kwantificeren in deze mBC, maar als PM-post op te nemen.

Investering	Totaal netto-contant (€)
Hulp in de thuissituatie: ambulante gezinsbehandeling	33.264
Ondersteuning bij opvoedkundige vaardigheden van ouders	32.789
Ambulante spoedhulp bij medische urgentie	11.405
Coaching medewerkers Kinderthuiszorg	PM
Totaal	77.458

¹³ Gegevens afkomstig van Entrea.

5.4.5 Karakter en Pro Persona

Binnen de casussen van het KDCN is er in twee gevallen sprake van psychiatrische problematiek (groep 6). De projectgroep verwacht dat voor één van deze jongeren de inzet van Intensive Home Treatment (IHT) of FACT (18-) nodig zal zijn. Terwijl IHT wordt aangeboden door Karakter, is FACT 18- beschikbaar via een samenwerking tussen Karakter en Pro Persona. Ook wordt verwacht dat voor de andere casus de inzet van Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling (IPG) nodig zal zijn. Echter, daarbij moet worden opgemerkt dat hierbij geen rekening is gehouden met mogelijke consultatie/medebeoordeling en ambulante medebehandeling. Zowel KDCN als Karakter heeft aangegeven dat, indien op tijd ingezet, deze vormen van zorg wellicht zouden kunnen volstaan, waardoor een (duurder) IHT/IPG-traject mogelijk wordt voorkomen. In dat geval zouden de hieronder vermelde kosten niet van toepassing zijn. Toekomstige monitoring zal moeten uitwijzen in hoeverre van deze verwachte verschuiving van zwaardere naar lichtere zorg sprake is wanneer deze tijdig wordt ingezet.

Bij het berekenen van de verwachte kosten voor het inzetten van IHT of FACT 18- voor de eerste casus is uitgegaan van de gemiddelde kosten van FACT (EUR 7.235, gebaseerd op 50-100 uur per kind)¹⁴ en een IHT-traject (EUR 25.000, gebaseerd op 2x per week anderhalf uur gedurende zes maanden)¹⁵, wat leidt tot een bedrag van EUR 16.120 (EUR 9.380 netto-contant).

De kosten van een intensief IPG-traject waarbij gezinsbehandelaren één tot twee keer per week bij het gezin thuis komen bedragen gemiddeld EUR 25.000 op jaarbasis (uitgaande van 200 uur begeleiding)¹⁶. KDCN heeft echter aangegeven te verwachten dat de inzet gedurende zes maanden (2 bezoeken per week) zou volstaan. Er is dan ook gerekend met een gemiddelde trajectprijs van EUR 12.500 (EUR 11.880 netto-contant) voor IPG.

Dit leidt naar verwachting tot de volgende benodigde investeringen:

Investering	Totaal netto-contant (€)
Inzet Intensive Home Treatment (IHT) of FACT (18-)	15.320
Inzet Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling (IPG)	11.880
Totaal	27.200

5.4.6 ZZG Zorggroep

De projectgroep verwacht dat het inzetten van psychosociale begeleiding (door thuisbegeleiding) nodig zal zijn voor twee casussen van KDCN (groep 5). Deze vorm van ondersteuning is gericht op ouders, voor wie het soms nodig en wenselijk is om tijdelijk ondersteuning te ontvangen. De ondersteuning wordt met name ingezet zodat de ouders niet overbelast raken en om het gezin en/of het huishouden 'op de rails' te houden. Daarbij kan worden gedacht aan praktische ondersteuning bij het huishouden, het structureren van de gezinstaken en ondersteuning bij de opvoeding. Met name ouders die zelf minderbegaafd zijn,

¹⁴ Gegevens afkomstig van Pro Persona.

¹⁵ Gebaseerd op gegevens van Karakter. Er is gerekend met een gemiddelde prijs van EUR 25.000 waarbij tot 5 keer per week een bezoek wordt gebracht (max. 4 maanden). Voor de casus in deze mBC zal minder frequente inzet naar verwachting volstaan, maar het was onduidelijk in welke mate dit de kosten zou verlagen. Om niet te laag in te zetten is dan ook gerekend met het bedrag van EUR 25.000.

¹⁶ Gegevens afkomstig van Karakter.

psychiatrisch ziek zijn of ernstig overbelast zijn of dreigen te raken maken gebruik van de psychosociale ondersteuning. Het maakt niet uit wat er met het kind zelf precies aan de hand is; de aanleiding voor de ondersteuning ligt met name bij de capaciteiten en (on)mogelijkheden van de ouders en de context van het gezinssysteem.

Er wordt aangenomen dat er sprake zal zijn van ‘begeleiding middellang’. Dit betekent dat de begeleiding maximaal een jaar duurt waarin maximaal 104 uur begeleiding wordt gegeven. De kosten hiervan bedragen gemiddeld EUR 5.200 per traject. Voor twee casussen leidt dat tot het volgende kostenoverzicht:

Investering	Totaal netto-contant (€)
Inzet psychosociale gezinsbegeleiding (max. 1 jaar, 104 uur)	9.884
Totaal	9.884

5.4.7 Amalia Kinderziekenhuis

Het Amalia Kinderziekenhuis verwacht extra tijd te moeten investeren in het overdragen van expertise aan bijvoorbeeld zorgprofessionals in de 1^e- en 2^e-lijn en onderwijspersoneel. De volgende benodigde investeringen worden verwacht:

Investering	Totaal netto-contant (€)
Extra scholing en consultatie (voor scholen en jeugdzorg)	28.199
Extra scholing en consultatie (voor externe psychologen)	9.124
Totaal	37.323

Toelichting op de verwachte kosten:

- **Extra scholing en consultatie voor scholen en jeugdzorg:** verwacht wordt dat er in 46 casussen sprake zal zijn van benodigde aanvullende inspanningen in de vorm van scholing en consultatie, bijvoorbeeld in het contact met scholen en/of jeugdzorg. Kennisoverdracht vindt plaats door een medisch specialist (uurtarief: EUR 145) of een verpleegkundig specialist (uurtarief: EUR 70). Bij de berekening van de verwachte benodigde investering is uitgegaan van het gemiddeld uurtarief van deze twee specialisten: EUR 107,50. Verwacht wordt dat er voor de scholing en consultatie gemiddeld zes uur per kind nodig is over een periode van een jaar. Dat leidt tot een kostenpost van EUR 645 per casus, wat in totaal voor 46 casussen neerkomt op EUR 29.670 (EUR 28.199 netto-contant).
- **Extra scholing en consultatie voor externe psychologen:** aangenomen wordt dat extra scholen en consultatie voor externe psychologen in 24 casussen aan de orde zal zijn. Er wordt uitgegaan van een gemiddelde tijdsinspanning van 4 uur per casus tegen een uurtarief van EUR 100, wat leidt tot een totale kostenpost van EUR 9.600 voor 24 casussen (EUR 9.124 netto-contant).

5.4.8 Totaaloverzicht benodigde investeringen

In de volgende tabel zijn de naar verwachting benodigde investeringen voor de casussen die centraal staan in deze mBC samengevat.

Stakeholder	Kostenpost	Totaal netto-contant
JGZ (GGD)	Verzuimbegeleiding door Jeugdarts	33.051
	Medische advisering Leerplicht	PM
	Overname casussen van KDCN en Amalia KZH	PM
Kinderthuiszorg	Inzet Kinderthuiszorg	81.331
Vrijgevestigde psychologen	Hulp in de thuissituatie – psychologische zorg	57.024
Entrea	Hulp in de thuissituatie: ambulante gezinsbehandeling	33.264
	Ambulante spoedhulp bij medische urgentie	11.405
	Opvoedkundige ondersteuning van ouders	32.789
	Coaching medewerkers Kinderthuiszorg	PM
Karakter / ProPersona	Inzet Intensive Home Treatment (IHT) of FACT (18-)	15.320
	Inzet Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling (IPG)	11.880
ZZG Zorggroep	Inzet psychosociale gezinsbegeleiding	9.884
Amalia Kinderziekenhuis	Extra scholing en consultatie (scholen en jeugdzorg)	28.199
	Extra scholing en consultatie (externe psychologen)	9.124
Totaal		323.271

5.5 Potentiële besparingen in de zorgketen

In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan de potentiële besparingen in de derde lijn als gevolg van behandeling van meer casussen in de eerste en/of tweede lijn.

5.5.1 Potentiële besparingen Amalia Kinderziekenhuis

Het Amalia Kinderziekenhuis verwacht de volgende besparingen:

Besparing	Totaal netto-contant (€)
Minder 3 ^e -lijns psychosociale begeleiding	36.495
Minder kindergeneeskundige zorg	167.880
Minder ziekenhuisopnames	53.223
Totaal	257.598

Toelichting op de besparingen:

- **Minder 3^e-lijns psychosociale begeleiding:** naar verwachting zal voor 24 kinderen met een zorgbehoefte met betrekking tot psychologische zorg in de thuissituatie, minder inzet vanuit het ziekenhuis (medisch psycholoog) nodig zijn. Het gaat om een besparing van 4 uur per jaar tegen een tarief van EUR 100 per uur, wat resulteert in een besparing van EUR 400 per casus per jaar. Deze besparingen worden voor 24 casussen gedurende vier jaar (duur van de mBC) meegerekend omdat het om chronische problematiek gaat.
- **Minder kindergeneeskundige zorg:** naar verwachting is voor 46 kinderen minder (DBC overschrijdende) zorg door de kinderarts nodig. De besparing is naar verwachting 8 uur per kind per jaar tegen een uurtarief van EUR 120. Dit resulteert in een besparing van EUR 960 per jaar. Deze besparingen worden voor 46 casussen gedurende vier jaar (duur van de mBC) meegerekend omdat het om chronische problematiek gaat.
- **Minder ziekenhuisopnames:** naar schatting van de projectgroep kunnen er acht tot tien opnames worden voorkomen door zorg in de eerste en tweede lijn beter te laten aansluiten op de zorg- en ondersteuningsbehoeften van de jeugdigen en hun systeem, en deze bovendien tijdig aan te bieden en in te zetten. De opnameduur voor de groep kinderen waar deze mBC betrekking op heeft bedraagt gemiddeld 7 dagen en kost

ongeveer EUR 1.000 per dag. Dit leidt tot een potentiële kostenbesparing van EUR 7.000 per voorkomen opname. Voor 8 voorkomen opnames bedraagt de potentiële besparing EUR 56.000 (EUR 53.223 netto-contant).

5.5.2 *Potentiële besparingen KDCN*

KDCN neemt aan dat de inzet van eerste en tweedelijns zorg slechts in beperkte mate zal resulteren in een afname van benodigde inzet van KDCN (zie volgende tabel), maar dat passende eerste en/of tweedelijns zorg met name een aanvulling zal zijn op de zorg die het KDCN verleent. Aangenomen wordt dat deze aanvulling bijdraagt aan de effectiviteit van de zorg en tot een kostenbesparing zal leiden aangezien effectievere zorg ziekenhuisopnames op medische of sociale indicatie kan voorkomen. De baat van meer effectieve zorg komt naar verwachting met name te liggen bij de kinderen en hun ouders als gevolg van een completer zorgarrangement. Deze baat bestaat naar verwachting met name uit de effecten die al zijn beschreven in hoofdstuk 4 (het cliëntperspectief) en de effecten voor de ouders die nog aan de orde zullen komen in hoofdstuk 6 (maatschappelijk perspectief).

Besparing	Totaal netto-contant (€)
Minder opnames (kortdurend, 1-5 dagen)	27.372
Kortere opnames	PM
Totaal	27.372

Toelichting op de besparing:

- **Minder opnames (kortdurend, 1-5 dagen):** KDCN schat dat er in zes gevallen een kortdurende opname (van maximaal vijf dagen) kan worden voorkomen. Deze kosten voor zo'n opname bedragen gemiddeld EUR 4.800, wat leidt tot een totale potentiële besparing van EUR 28.800 (of EUR 27.372 netto-contant).
- **Kortere opnames:** hoewel dit effect niet in deze mBC is gekwantificeerd, is de verwachting dat de opnameduur in sommige gevallen kan worden verkort. In de toekomstige monitoring zou hieraan aandacht kunnen worden besteed.

5.5.3 *Potentiële besparingen Pluryn*

Op basis van bestaande casuïstieken wordt verwacht dat de inzet van ambulante spoedhulp bij medische urgentie er in sommige gevallen toe kan leiden dat een opname bij Pluryn (Werkenrode Jeugd) kan worden voorkomen. Een dergelijke opname is niet alleen kostbaar, maar ook een ingrijpende gebeurtenis voor zowel de jongere als het gezin. Het voorkomen ervan door een effectieve preventieve werkwijze is, vanuit alle opzichten, dan ook zeer wenselijk. In deze mBC wordt ervan uitgegaan dat er door de tijdige inzet van ambulante spoedhulp bij medische urgentie potentieel één opname bij Pluryn (Werkenrode Jeugd) kan worden voorkomen.

De gemiddelde verblijfsduur bij Werkenrode Jeugd is 4 jaar (365 dagen). Uitgaande van een dagtarief van 245 euro leidt het voorkomen van een opname bij Pluryn (Werkenrode Jeugd) tot een kostenbesparing van EUR 357.700 (EUR 339.961 netto-contant).

Besparing	Totaal netto-contant (€)
Opnames voorkomen	339.961
Totaal	339.961

5.5.4 Overzicht potentiële besparingen 3^e-lijn

Onderstaande tabel biedt een overzicht van de naar verwachting benodigde extra investeringen en de potentiële kostenbesparingen in de 3^e-lijn.

Tabel 1: Overzicht kosten en potentiële besparingen 3e-lijn

Stakeholder	Kosten-/besparingspost	Besparing (EUR)
Amalia Kinderziekenhuis	Minder 3 ^e -lijns psychosociale begeleiding	36.495
	Minder kindergeneeskundige zorg	167.880
	Minder ziekenhuisopnames	53.223
KDCN	Minder opnames (kortdurend, 1-5 dagen)	27.372
	Kortere opnames	PM
Pluryn (Werkenrode)	Opnames voorkomen	339.961
Totaal		624.931

5.6 Totaaloverzicht kosten en potentiële besparingen

Onderstaande tabel biedt een overzicht van alle verwachte kosten en potentiële besparingen in de 1^e-, 2^e- en 3^e-lijn, en is dan ook een samenvatting van de bedragen die in de paragrafen 5.4 en 5.5 zijn genoemd. Een toelichting op de bedragen en een interpretatie van de resultaten komt in hoofdstuk 7 ('de maatschappelijke Business Case') aan de orde.

Stakeholder	Verwachte kosten	Potentiële besparing
JGZ (GGD)	33.051	-
Kinderthuiszorg	81.331	-
Vrijgevestigde psychologen	57.024	-
Entrea J&O	77.458	-
Karakter / ProPersona	27.200	-
ZZG Zorggroep	9.884	-
Amalia Kinderziekenhuis	37.323	256.598
KDCN		27.372
Pluryn (Werkenrode)		339.961
Totaal	323.271	624.931

6. Maatschappelijk perspectief

Nu er aandacht is besteed aan het cliëntperspectief en het zorgketenperspectief, besteedt dit hoofdstuk vanuit het maatschappelijk perspectief aandacht aan de bredere maatschappelijke effecten. Na een brainstormsessie tijdens een van de werksessies heeft de projectgroep vastgesteld dat er in ieder geval aandacht moet worden geschonken aan de effecten die naar verwachting of mogelijk optreden voor de volgende stakeholders:

1. Sociaal steunsysteem
2. Sociaal wijkteam
3. Huisartsenzorg
4. Scholen
5. Gemeente Nijmegen
6. Zorgverzekeraars

Hierbij moet worden opgemerkt dat er waarschijnlijk nog vele andere partijen op de een of andere manier veranderingen zullen ondervinden als gevolg van de interventie. Echter, de meest relevante en significante veranderingen treden naar verwachting op bij de hierboven genoemde stakeholders. Per stakeholder volgt een beschrijving van de effecten die door de projectgroep worden verwacht.

6.1 Sociaal steunsysteem

Verbeterde balans tussen draagkracht en draaglast

Het hebben van een kind met een chronische ziekte kan voor ouders, familie en vrienden een grote belasting zijn. Niet alleen kan het bieden van de juiste begeleiding veel tijd kosten, soms zijn ouders simpelweg onvoldoende toegerust om het kind de begeleiding te bieden die het nodig heeft. Bovendien is het soms erg lastig voor ouders om de omgang met de chronische aandoening van het kind te integreren in het dagelijks leven, waardoor ontregeling kan optreden. Volgens het 'balansmodel' van Bakker *et al.* (1998) is de balans tussen de 'draaglast' (het geheel van taken) en de 'draagkracht' (de competenties en andere 'beschermende factoren' waarmee de draaglast het hoofd kan worden geboden) voor ouders van groot belang. De balans tussen de draaglast en draagkracht geeft aan in hoeverre ouders de opvoeding aankunnen. De chronische ziekte van een kind kan zorgen voor een relatief grote draaglast (er is immers veel zorg en aandacht nodig), terwijl daar lang niet altijd voldoende draagkracht tegenover staat. In deze gevallen is er geen balans tussen draaglast en draagkracht, wat diverse negatieve effecten op de ouder kan hebben (zoals schuldgevoel, angstgevoel, onzekerheid, verdriet, relatieproblemen, stress). Studies van bijvoorbeeld Beers (2003), Elich & Sinnema (2010), Schiet (1998), Cole & Reiss (2013), Kars *et al.* (2015), bieden een uitgebreide illustratie van deze effecten die mede het gevolg kunnen zijn van onvoldoende balans tussen draagkracht en draaglast.

De projectgroep verwacht dat het bieden van passende eerste en tweedelijns zorg bij kan dragen aan het vergroten van de draagkracht van ouders (en wellicht het verminderen van de draaglast). Het inzetten van bijvoorbeeld psychosociale ondersteuning of Jeugd en Opvoedhulp kan in deze gevallen uitkomst bieden.

Overigens is het draagkracht-draaglast model ook toepasbaar op broertjes en zusjes van het kind met een chronische aandoening. Ook zij hebben immers te maken met de mogelijk negatieve gevolgen ervan, bijvoorbeeld wanneer zij niet weten hoe ze om moeten gaan met de situatie van het broertje of zusje met de chronische aandoening. Door de juiste begeleiding te bieden binnen het gezin kan ook hun draagkracht worden vergroot.

In deze maatschappelijke Business Case is besloten om niet verder in te gaan op de effecten die voortkomen uit een verbeterde balans tussen draagkracht en draaglast voor het sociaal steunsysteem. Echter, wanneer ouders als gevolg van deze betere balans op den duur minder stress ondervinden, is dat mogelijk niet alleen positief voor hun welbevinden, maar resulteert het wellicht ook in een potentiële kostenbesparing als er minder psychologische hulp nodig is.

6.2 Sociaal wijkteams

Hoewel de mogelijke effecten voor Sociaal Wijkteams in deze mBC niet concreet zijn uitgewerkt, hecht de projectgroep er waarde aan te benoemen dat er mogelijk een belangrijke rol voor deze partij is weggelegd met betrekking tot de (betere) coördinatie en afstemming van zorg (dat als een van de randvoorwaarden in deze mBC is opgenomen). Hoewel de rol van het SWT tijdens de bijeenkomsten van de projectgroep meerdere malen ter sprake is gekomen, is vooralsnog onvoldoende duidelijk geworden wat de rol van het SWT precies zou moeten zijn op het gebied van zorgafstemming en welke extra investeringen er eventueel nodig zijn om die rol aan te kunnen nemen. Verwacht wordt echter wel dat extra inzet van het SWT nodig zal zijn, maar beleidsdiscussies hieromtrent tussen de gemeente en verschillende ketenpartners zijn nodig om dit verder uit te werken.

6.3 Huisartsenzorg

Huisartsenzorg was niet betrokken bij de totstandkoming van deze maatschappelijke Business Case. De rol van huisartsen wordt dan ook niet beschreven in dit rapport. De projectgroep is zich er echter van bewust dat huisartsen een belangrijke rol kunnen spelen, bijvoorbeeld op het gebied van zorgcoördinatie en doorverwijzing naar de juiste zorgaanbieders.

6.4 Scholen

Zoals eerder in dit rapport ook al aan bod kwam is schoolverzuim vaak een belangrijke indicatie van achterliggende problematiek, bijvoorbeeld op medisch, psychisch of sociaal vlak. Hieraan is uitvoerig aandacht besteed in de maatschappelijke Business Case 'Voorkomen Schoolverzuim', waarin onder andere duidelijk werd hoe belangrijk de signalerende rol van scholen is. Dit komt terug in de casuïstiekbeschrijving van het Amalia Kinderziekenhuis (groep 1), waarbij werd opgemerkt dat het van belang is dat scholen snel actie ondernemen bij verzuim. Volgens de projectgroep is dit van belang omdat signalering van problematiek op die manier tijdig kan plaatsvinden, waarna ook eventueel benodigde zorg en ondersteuning tijdig kan worden georganiseerd. Daarbij dient te worden opgemerkt dat het snelle handelen van scholen *an sich* niet voldoende is; de zorgketen dient zodanig te zijn georganiseerd dat passende zorg en/of ondersteuning (die zoveel mogelijk uitgaat van het 'normaal' dagelijks functioneren van het kind) snel kan worden geboden. Voor een toelichting en verdere uitwerking hiervan wordt wederom verwezen naar de mBC 'Voorkomen schoolverzuim'.

Er is besloten om in dit rapport geen concrete effecten voor de scholen op te nemen, maar het belang van snel handelen wanneer er sprake is van verzuim nogmaals te onderstrepen.

6.5 Bureau Leerplicht

In aanvulling op hetgeen er over de scholen is benoemd, wordt opgemerkt dat ook Bureau Leerplicht een belangrijke signalerende en ondersteunende rol kan hebben, zonder dat concrete effecten voor deze stakeholder in deze mBC worden benoemd. In navolging op een beleidsbesluit van de gemeente Nijmegen in 2015 is Bureau Leerplicht inmiddels opgeschaald naar het uitvoeringsniveau 'preventief', waarin binnen Leerplicht ruimte is gemaakt om een meer signalerende rol aan te nemen en een actieve samenwerking aan te gaan met verschillende relevante ketenpartners. Voor een concrete uitwerking hiervan wordt wederom verwezen naar de mBC 'Voorkomen Schoolverzuim'.

6.6 Gemeente Nijmegen en zorgverzekeraars

In hoofdstuk 5 werd duidelijk dat het tijdig organiseren van passende zorg in de eerste- en tweede lijn zich naar verwachting op den duur zal vertalen in kostenbesparingen, die met name het gevolg zijn van minder gebruik van relatief dure derdelijns zorg. Op basis van de eerder beschreven casuïstiek wordt verwacht dat er een investering van EUR 323.000 nodig zal zijn voor het aanbieden van zorg in de 1^e- en 2^e-lijn (en in beperkte mate de 3^e lijn, bijvoorbeeld wanneer het gaat om inzet van Karakter), die zich uiteindelijk zou kunnen vertalen in een kostenbesparing van bijna EUR 625.000, waarvan een groot deel (ongeveer EUR 340.000) het gevolg is van het voorkomen van een zeer kostbare opname bij Pluryn (Werkenrode Jeugd). De benodigde investeringen evenals de besparingen op de 3^e-lijns zorg dienen te worden toegeschreven aan de uiteindelijke financiers (de gemeente en de zorgverzekeraars). De daadwerkelijke verdeling van zowel de investeringen als de besparingen over deze twee partijen zal uit toekomstige monitoring moeten blijken, en is met name afhankelijk van het type zorg dat extra wordt ingezet en het type zorg dat wordt voorkomen of waarop in mindere mate beroep zal worden gedaan.

7. De maatschappelijke Business Case

7.1 Cliënteffecten, potentiële 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 gevolg van het organiseren en aanbieden van passende zorg in (met name) de 1^e- en 2^e-lijn voor kinderen met psychische en lichamelijke problemen en hun steunsysteem, waardoor zij minder vaak of lang zorg in de 3^e-lijn nodig hebben.

Allereerst werd duidelijk dat de projectgroep diverse positieve effecten voor de kinderen verwacht, zoals beschreven in hoofdstuk 4 ('het cliëntperspectief'). De focus daarbij lag met name op positieve veranderingen met betrekking tot het schoolverzuim, de schoolprestaties en de sociaal-maatschappelijke participatie van het kind. Daarbij werd opgemerkt dat dit slechts een zeer beknopte illustratie is van de effecten die er mogelijk zullen optreden. Hoewel er nu met name is gekeken naar twee belangrijke effecten die zich met name op relatief korte termijn zouden kunnen voordoen, is er nog geen aandacht besteed aan de effecten voor het kind op langere termijn. Hoewel een nadere verdiepingsslag nodig zou zijn, is het aannemelijk dat het stimuleren van een zo 'normaal' mogelijk functioneren in de kindertijd tot diverse positieve effecten kan leiden op de langere termijn. Daarover zijn in deze maatschappelijke Business Case echter geen uitspraken gedaan.

Deze mBC is gebaseerd op in totaal 93 actuele casussen van het Amalia Kinderziekenhuis (70 casussen), het Kinderdiabetescentrum Nijmegen (22 casussen) en een potentiële casus bij Pluryn (Werkenrode Jeugd). Aan de hand van deze casussen is in kaart gebracht welke potentiële kostenbesparingen er op den duur verwacht kunnen worden. Het totale potentiële besparingsbedrag kwam uit op ongeveer EUR **EUR 625.000**¹⁷, dat overigens voor een groot deel (EUR 340.000; 54,5%) is toe te schrijven aan de potentiële voorkomen opname bij Pluryn. Het overige deel van het potentiële besparingsbedrag is naar verwachting met name het resultaat van minder psychosociale begeleiding, minder kindergeneeskundige zorg en minder opnames in het Amalia Kinderziekenhuis (EUR 257.000; 41,2%). Het resterende potentiële besparingsbedrag (EUR 27.000; 4,3%) wordt naar verwachting gerealiseerd door een afname van het aantal opnames of een afname van de opnameduur bij het Kinderdiabetescentrum Nijmegen (KDCN). Bij deze bedragen dient, zoals eerder vermeld, te worden opgemerkt dat deze zijn gebaseerd op aannamen en schattingen van de projectgroep (gebaseerd op bestaande casuïstiek). Bovendien is er bij het bepalen van de bedragen gebruik gemaakt van gemiddelde prijzen, waardoor de daadwerkelijke besparingen in de praktijk zullen verschillen. Desalniettemin is op deze manier een waardevol inzicht verkregen van de manieren waarop besparingen mogelijk gerealiseerd kunnen worden. Overigens is deze maatschappelijke Business Case gebaseerd op een beperkte groep casussen. In de praktijk zal een verschuiving van 3^e-lijns naar 1^e- en/of 2^e-lijns zorg betrekking hebben op een aanzienlijk grotere groep kinderen, waardoor besparingen naar verwachting ook op grotere schaal zullen optreden. Ook dient te worden opgemerkt dat een steeds preventievere werkwijze in de loop der tijd kan

¹⁷ Het gaat hier om een potentiële kostenbesparing, die pas wordt gekapitaliseerd als bepaalde kosten ook daadwerkelijk niet meer worden gemaakt.

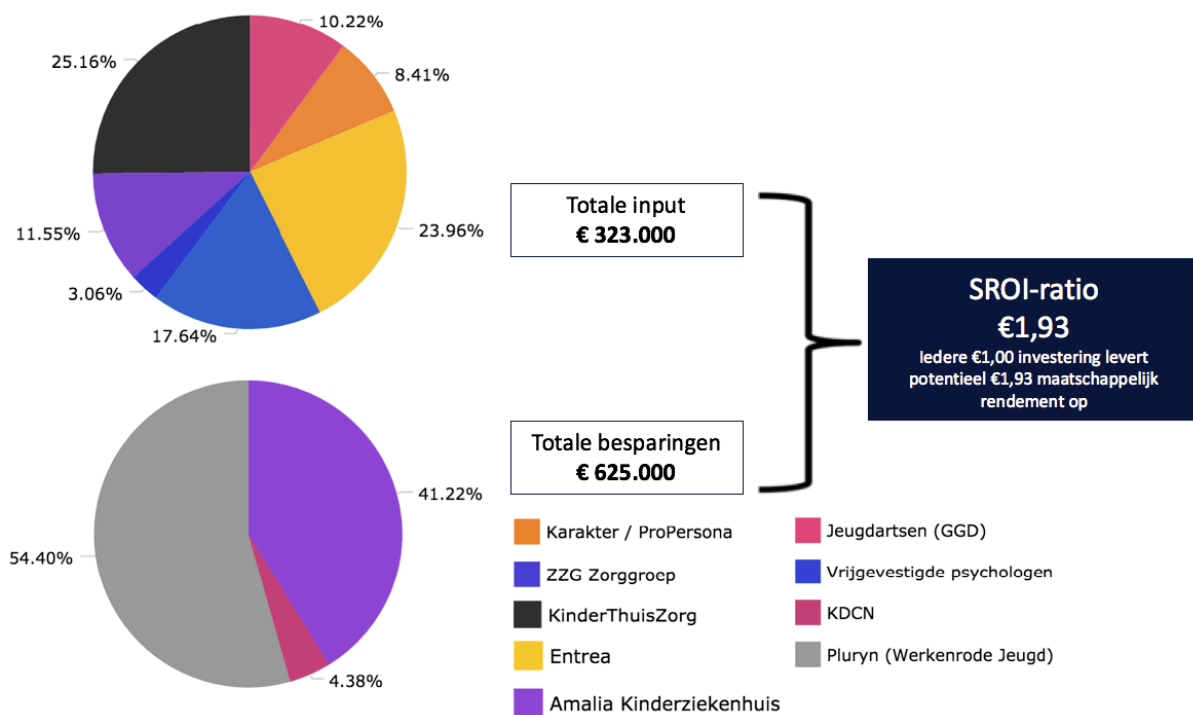
leiden tot relatief hogere besparingen dan nu is vermeld. Zo zijn in deze mBC de kosten voor (vrij kostbare) IHT/IPG-trajecten opgenomen voor casussen waarin sprake is van psychische problematiek. Echter, de verwachting is dat het tijdig signaleren van dergelijke problematiek en het snel bieden van passende zorg ertoe kan leiden dat het inzetten van een IHT- of IPG-traject in sommige gevallen niet eens nodig is, maar een lichtere (en goedkopere) zorgvorm zou kunnen volstaan. Deze verwachte verschuiving is in deze mBC echter nog niet in cijfers tot uiting gekomen.

Tegenover de potentiële besparingen staat naar verwachting een benodigde investering van ongeveer EUR **323.000**. Dit bedrag bestaat voor een groot deel (EUR 286.000; 88,5%) uit kosten van aanvullende en/of vervangende zorg in de 1^e, 2^e en (in beperkte mate, bijvoorbeeld de inzet van Karakter) in de 3^e lijn. De resterende kosten die zijn meegenomen (EUR 37.000; 11,5%) hebben betrekking op extra inzet van personeel van het Amalia Kinderziekenhuis om hun expertise over te dragen aan andere zorgprofessionals, Jeugdzorgmedewerkers en schoolpersoneel. Bij het investeringsbedrag dient wederom te worden opgemerkt dat deze is gebaseerd op aannamen van de projectgroep, waardoor de daadwerkelijke kosten zullen verschillen. Bovendien zijn de investeringen die naar verwachting nodig zijn om te voldoen aan de in paragraaf 3.2 en 3.3 genoemde randvoorwaarden nog maar in zeer beperkte mate meegenomen (alleen de kosten voor expertiseoverdracht vanuit het Amalia Kinderziekenhuis zijn gekwantificeerd), en zullen de benodigde investeringen om een sterke infrastructuur in de 1^e- en 2^e-lijn op te kunnen bouwen in het begin naar verwachting hoger uitvallen. Zoals eerder is aangegeven heeft de Gemeente Nijmegen het voornemen om beleidsdiscussies te voeren met betrekking tot zorgcoördinatie (casusregie) en de concrete uitwerking van expertiseoverdracht tussen professionals. Immers, zoals in de inleiding van dit rapport al bleek is de benodigde zorg in de 1^e- en/of 2^e-lijn grotendeels wel aanwezig, maar sluit deze onvoldoende aan op de situatie van de kinderen en hun steunsysteem. De projectgroep verwacht dat dit probleem kan worden gereduceerd wanneer (onder andere) aan de genoemde randvoorwaarden wordt voldaan, wat het belang voor het voeren van beleidsdiscussies omtrent deze onderwerpen onderstreept. De mate waarin aan de randvoorwaarden wordt voldaan zal naar verwachting ook van invloed zijn op de besparingen die kunnen worden gerealiseerd, evenals op de mate waarin positieve effecten zich voordoen voor de doelgroep.

7.2 Het maatschappelijke rendement

Een investering van EUR 323.000 tegenover een potentiële besparing van EUR 625.000 leidt tot een **ratio van EUR 1,93**. Dit betekent dat, op basis van de in dit rapport beschreven aannames met betrekking tot de geanalyseerde casuïstiek, iedere geïnvesteerde euro potentieel EUR 1,93 aan maatschappelijk rendement oplevert. Ook hierbij geldt dat dit een prognose is en het daadwerkelijke rendement in de praktijk zal afwijken. Het is dan ook van belang om de uitgangspunten die ten grondslag liggen aan deze maatschappelijke Business Case te monitoren. Bovendien dient rekening te worden gehouden met de in dit rapport geformuleerde randvoorwaarden.

In het volgende figuur is de verhouding tussen de investeringen en verwachte potentiële besparingen weergegeven en wordt bovendien duidelijk hoe de benodigde investeringen en verwachte besparingen zijn verdeeld over de verschillende stakeholders.



Tot slot dient te worden opgemerkt dat ook andere factoren van invloed zijn op de uiteindelijke kosten, besparingen en effecten voor kinderen en hun steunsysteem. Zo bleek dat bijvoorbeeld ook scholen een belangrijke rol hebben en snel actie moeten ondernemen wanneer er sprake is van schoolverzuim, waardoor probleemsigalering in een eerder stadium kan plaatsvinden en (preventieve) zorg en/of ondersteuning in een vroeger stadium kan worden ingezet. De uitkomsten van deze mBC zijn dan ook 'ingebod' in een veel grotere context en zouden ook met dat gegeven in het achterhoofd moeten worden geïnterpreteerd.

8. Bronvermelding

Bakker, I.; Bakker, K.; Van Dijke, A.; Terpstra, L. (1998) *O&O in Perspectief*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.

Cole, R.E.; Reiss, D. (2013) *How do families cope with chronic illness?* London: Routledge.

Elich, M.; Sinnema, G. (2010) Chronische ziekte en lichamelijke handicap, in: *Ziekten en Handicaps* (pp. 76-92). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Kars, M.; Duijnste, M.; Grydonck, M. (2005) *Leren laveren* (1 ed.) Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

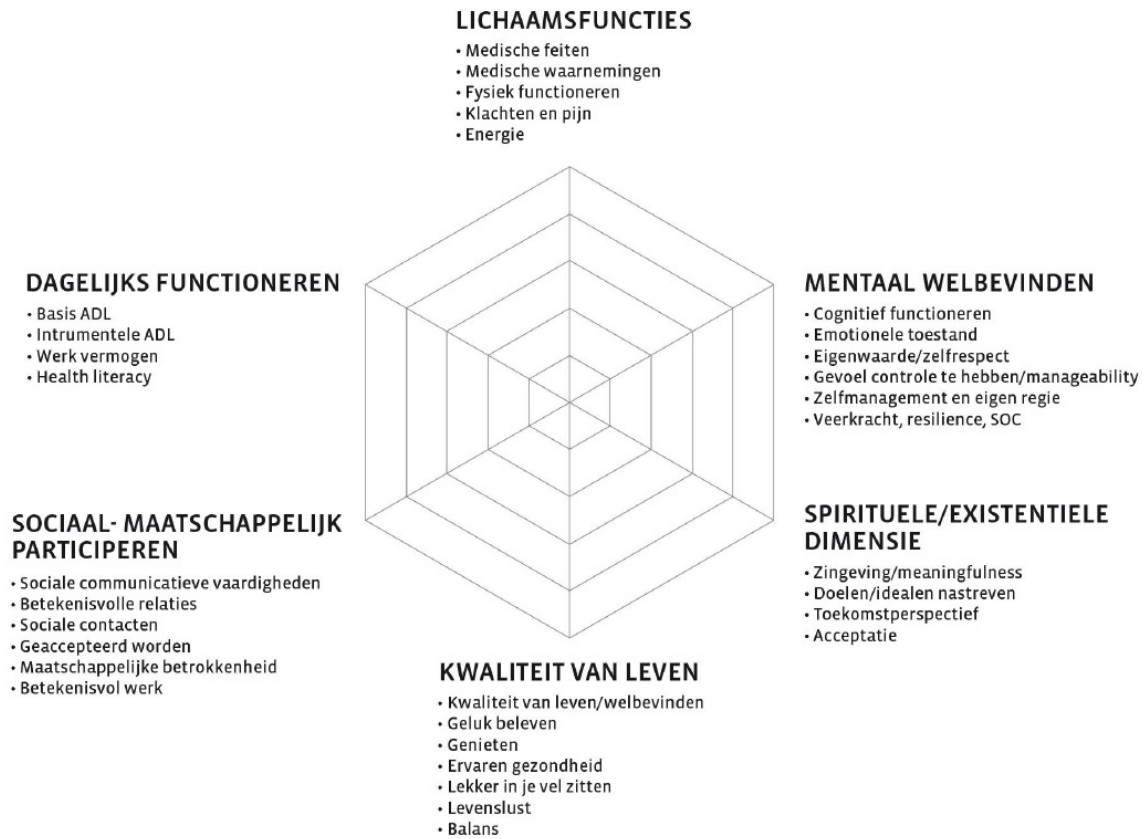
Lecoutere, K. (1998) *Spijbelen, wie helpt?* Leuven: Garant.

RIVM (2013) *Gezondheid en maatschappelijke participatie*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Schiet, M.; Keesom, J.; Tielen, L. (1998) *Gewoon een bijzonder kind. Praktische informatie over het opvoeden van chronisch zieke kinderen*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.

Bijlage 1: Het 'spinnenweb': pijlers van positieve gezondheid

PIJLERS VOOR POSITIEVE GEZONDHEID



Bron: <http://www.invoorzorg.nl/ivz/verslag-Lezing-Machteld-Huber-Een-nieuw-concept-voor-gezondheid.html>

Bijlage 2: Rekenvoorbeeld netto-contante waarde

Dit rekenvoorbeeld dient om inzicht te geven in hoe de netto-contante waarde wordt berekend. In deze maatschappelijke Business Case wordt daarvoor een discontovoet van 3,5% op jaarbasis gehanteerd.

In dit voorbeeld wordt uitgegaan van een fictief project waarvan de jaarlijkse kosten EUR 10.000 bedragen gedurende een periode van vier jaar. De netto-contante waarde wordt als volgt berekend:

$$\text{Jaar 1: } \frac{\text{€ } 10.000}{1,035^0} = \text{€ } 10.000,00$$

$$\text{Jaar 2: } \frac{\text{€ } 10.000}{1,08^1} = \text{€ } 9.661,84$$

$$\text{Jaar 3: } \frac{\text{€ } 10.000}{1,08^2} = \text{€ } 9.335,11$$

$$\text{Jaar 4: } \frac{\text{€ } 10.000}{1,08^3} = \text{€ } 9.019,43$$

Dit leidt tot een totale netto-contante waarde van de projectkosten van EUR 38.017,37.