

Het kind centraal

maatschappelijke Business Case (mBC)

juli 2010



**VROEG
VOORTDUREND
INTEGRAAL**



PARTNERS

Vroeg, Voortdurend, Integraal

Ketens van vroege signalering, diagnostiek, zorg, onderwijs en ondersteuning voor kinderen met een beperking en hun ouders is tot stand gekomen door samenwerking van:

- ActiZ (jeugdgezondheidszorg)
- BOSK (Vereniging van motorisch gehandicapten en hun ouders)
- MEE Nederland
- Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde (NVK)
- Revalidatie Nederland
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
- WEC-Raad (Speciaal Onderwijs)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Colofon

Inhoud:	Susan Osterop (VVI), Hanne Cools (VVI), Wiliam Feijten (MEE Nederland)
Eindredactie:	Karin de Roos, Bureau Schriftelijk
Advies:	Programmteam Transitieprogramma in de Langdurende Zorg Lieuwe Jan van Eck, Dock4 Organisatieadvies in zorg Stuurgroepleden Vroeg, Voortdurend, Integraal
Fotografie:	Patrick Beckers Fotografie, Amersfoort
Vormgeving:	LMcc, Lucienne Meijer, Leusden
Uitgave:	Juli 2010
E-mail:	info@vroegvoortdurendintegraal.nl
Website:	www.vroegvoortdurendintegraal.nl

Het experiment Vroeg, Voortdurend, Integraal wordt mogelijk gemaakt door financiële middelen vanuit het Transitieprogramma in de Langdurende Zorg.

Het plan Vroeg, Voortdurend, Integraal is opgesteld door: ActiZ (jeugdgezondheidszorg), BOSK (Vereniging van motorisch gehandicapten en hun ouders), MEE Nederland, WEC-Raad (Speciaal Onderwijs), Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde (NVK), Revalidatie Nederland, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en Zorgverzekeraars Nederland.



	Voorwoord	3
1.	Inleiding	4
1.1	Wat is een maatschappelijke Business Case (mBC)?	4
1.2	Wat is Vroeg, Voortdurend, Integraal?	4
1.3	Maatschappelijk probleem	5
1.4	Omschrijving Transitie-experiment	8
1.5	Vernieuwende aanpak	8
1.6	De mBC als levend document	10
1.7	Landelijk of regionaal?	10
1.8	Gevolgte systematiek	11
	Casus Désiré	12
2.	Business Model (BM)	14
2.1	Regionale producten & diensten	14
2.2	Landelijke organisatie van producten en diensten	20
2.3	Toegevoegde waarde	20
2.4	De doelgroep	20
2.5	Infrastructuur	23
2.6	Samenwerkingsverbanden	23
2.7	Conclusies: Aannames, Continuïteit & Kopieerbaarheid	24
2.7.1	Minimale basisvereisten & kritieke succesfactoren	24
2.7.2	Risico's	25
2.7.3	Continuïteit	26
2.7.4	Kopieerbaarheid	26
	Casus Alex	28
3	Organisatorische case (OC)	31
3.1	Experimentfase, verbreden, opschaling en implementeren	31
3.2	Structurele fase vanaf 2015	32
3.3	Conclusie	36
	Casus Puck	38
4	Maatschappelijke case (MC)	40
4.1	Inleiding	40
4.2	Stakeholders	40
4.2.1	Ministerie VWS (Langdurende Zorg en Jeugd & Gezin)	41
4.2.2	Ministerie O, C&W	42
4.2.3	Verzekeraars	42
4.2.4	Gemeenten	43
4.2.5	Zorgaanbieders	43
4.2.6	Clëntenondersteuning MEE	43



PAGINA

4.3	Preventie	44
4.3.1	Het kind	44
4.3.2	Het gezin	45
4.3.3	De keten	45
4.3.4	De zorg	46
4.3.5	Het onderwijs	48
4.3.6	Vanuit de maatschappij	49
4.3.7	Samenvatting van de baten	51
4.4	Conclusie	51

	Casus Job	52
--	------------------	-----------

5	Maatschappelijke Businesscase	54
5.1	Break-even point	55
5.2	Multiplier-effect	55
5.3	Conclusies	57

	Casus Dirk	60
--	-------------------	-----------

6	Samenvatting	62
----------	---------------------	-----------

7	Literatuurlijst	67
----------	------------------------	-----------





Voorwoord

Na twee jaar experimenteren binnen het Transitieprogramma in de Langdurende Zorg (TPLZ) is Vroeg, Voortdurend, Integraal (VVI) op weg naar een volwassen model.

Een geschenk

Ik beschouw het als een geschenk dat het programma ons samen met elf pilotregio's hiertoe in staat heeft gesteld. In deze periode kunnen we samen met de elf bestaande Integrale Vroeghulp samenwerkingsverbanden zichtbaar en tastbaar maken hoe de hulpverlening, zorg en het onderwijs voor kinderen met een ontwikkelingsprobleem of een handicap vanuit ketenperspectief kan worden verbeterd.

Springlevend

De uitwerking van het volwassen model in een maatschappelijke Business Case was op voorhand niet voorzien, maar hebben we dankbaar aangenomen. Wat een simpele uitwerking van een case had moeten zijn, is uitgegroeid tot een volwaardig deelproject. Deze businesscase is springlevend. In uw handen ligt nu een deel van de 'gestolde werkelijkheid', die naar aanleiding van de resultaten uit de pilotregio's en het monitoronderzoek van het Nederlands Jeugd Instituut eind 2010 wordt bijgesteld.

Toegevoegde waarde

Het voorliggende resultaat mag er zijn. Er is de afgelopen periode hard gewerkt aan het op schrift krijgen van de maatschappelijk Business Case VVI. De case toont u op basis van aannames, schattingen en berekeningen de waarde van VVI voor cliënten en stakeholders en de te verwachten (maatschappelijke) baten.

Voer voor econometristen: preventie

Met deze business case is voor het eerst een effectieve poging ondernomen om de maatschappelijke en sociaal-economische baten van preventie bij gezinnen met kinderen met beperkingen in kaart te brengen. Deze poging is het meer dan waard om met verdiept onderzoek nader uit te bouwen. Vandaar dat ik liever over een levend document spreek. Dit verhaal is een goede opmaat voor het verdere denk- en rekenwerk van de sociaal econometristen in Nederland. Tot op heden is dat nauwelijks gebeurd. Preventie is nog steeds een sluitpost en geen vooraf te calculeren diepte investering in het welzijn van het kind met een beperking en zijn of haar gezin en de daarmee gepaard gaande kosten en opbrengsten.

Continue samenwerken loont

Veel mensen hebben meegedacht en gewerkt aan de totstandkoming van deze mBC. Ik bedank hen hiervoor bijzonder hartelijk. Aan de ministeries van VWS, Onderwijs en Jeugd en Gezin en de partners van het project VVI vraag ik om in de komende periode samen met ons verder te werken aan de resultaten voor VVI en de meerwaarde van dit project nog beter zichtbaar te maken. Ik hoop dat u deze businesscase met belangstelling leest en samen met ons de meerwaarde van Vroeg, Voortdurend, Integraal onderschrijft, borgt en uitbouwt.

De heer mr. A. (Anton) G. Renting
Voorzitter stuurgroep en klankbordgroep VVI



1. Inleiding

Vroeg, Voortdurend, Integraal is een nieuw, innovatief project dat als één van de experimenten meedraait in het Transitieprogramma in de Langdurende Zorg¹ van het ministerie van VWS. Door middel van vernieuwende projecten, die radicaal breken met oude structuren, culturen en werkwijzen, ontwikkelen de experimenten gaandeweg een meer cliëntgerichte, toegankelijke en betaalbare zorg. De ontstane nieuwe zorgvormen en de bijbehorende kosten, opbrengsten en effecten zijn vastgelegd in maatschappelijke Business Cases met een horizon van vijf jaar.

Dit document beschrijft de maatschappelijke Business Case (mBC) van het transitie-experiment Vroeg, Voortdurend, Integraal (VVI). VVI is een nieuw zorgconcept, waarvoor de financiering vanuit bestaand beleid en regelgeving nog niet is geregeld. Met de mBC wordt gefaseerd vanuit verschillende perspectieven een totaalbeeld van het eindresultaat van VVI beschreven.

Dit totaalbeeld is nodig om de volgende doelen te bereiken:

- creëren van inzicht in het eigen organisatieconcept voor de (landelijke en regionale) projectorganisaties en stakeholders;
- leveren van een basisdocument voor gefundeerd overleg over toekomstige financiering en borging van het resultaat van het transitieproces met (potentiële) financiers en stakeholders (ministeries, zorgkantoren en verzekeraars).

1.1 Wat is een maatschappelijke Business Case (mBC)?

Een mBC is een gestructureerde afweging van kosten en baten van een grootschalig en veelal organisatie-overstijgend maatschappelijk project of (transitie)proces. In de mBC worden het economische nut en het maatschappelijke nut tegen elkaar afgewogen en wordt vijf jaar vooruit gekeken naar een volwassen VVI. Zo krijgen stakeholders en potentiële financiers een zo breed en concreet mogelijk inzicht in de levensvatbaarheid, het functioneren en de positieve effecten van VVI.

De baten zijn ingeschat en gekwantificeerd door gebruikmaking van onderzoek, literatuur, aannames en experts. De innovatie van VVI wordt afgezet tegen de huidige producten en diensten van Integrale Vroeghulp.

1.2 Wat is Vroeg, Voortdurend, Integraal?

Vroeg, Voortdurend, Integraal is een breed gedragen plan, dat in 2007 is gepubliceerd door een groot aantal landelijke cliëntenorganisaties, brancheorganisaties van dienstverleners en zorginstellingen, speciaal onderwijs, en zorgverzekeraars. Het plan strekt tot verbetering van de hulp aan gezinnen met een kind met een beperking of een chronische ziekte.

¹ www.transitieprogramma.nl

De basis van het plan was een gezamenlijke intentieverklaring, opgesteld op 29 september 2006 tijdens de in Arnhem gehouden conferentie Vroegbehandeling en Speciaal Onderwijs aan kinderen tot acht jaar, georganiseerd door de BOSK in samenwerking met de werkgroep Eurlayd.

Dit plan is onderdeel geworden van het Transitieprogramma van het ministerie van VWS. Het huidige transitie-experiment VVI richt zich in de periode 2008 tot 2011 op de realisatie van ketens van vroege signalering, diagnostiek, zorg, onderwijs en ondersteuning voor kinderen van nul tot zeven jaar met een ontwikkelingsprobleem en hun gezinnen.

Dit houdt in dat:

- er een ketennetwerk van vroegsignalering, integrale diagnostiek, gezinsondersteuning, onderwijs en zorg ontstaat;
- de positie van de ouders als regisseur wordt erkend, omdat zij te allen tijde de constante factor in het leven van hun kind zijn en de eerst belangrijke opvoeder;
- vroegtijdige signalering en diagnostiek uitmondt in een voor ouders begrijpelijk en hanteerbaar integraal adviesplan;
- er langdurige trajectbegeleiding beschikbaar is voor ouders bij het organiseren van de passen de voorzieningen, gezins- en opvoedingsondersteuning en er een samenhangend aanbod is van onderwijs- en zorgarrangementen.

VVI bouwt voort op het bestaande netwerk van Integrale Vroeghulp. VVI is daarmee een duurzame investering, die door middel van een stevige verankering van de zeven bouwstenen binnen de bestaande netwerken van Integrale Vroeghulp een landelijk dekkende ketensamenwerking rondom kinderen met een (dreigende) ontwikkelingsachterstand en/of beperking realiseert. Door middel van dit netwerk worden kinderen vroegtijdig gesignaleerd en begeleid. Door deze vroegtijdigheid worden op latere leeftijd minder maatschappelijke kosten gemaakt. Er is een grote hoeveelheid partijen betrokken. Zij leveren ieder vanuit de eigen organisatieachtergrond eveneens een bijdrage in de vorm van zorg en ondersteuning aan de cliënt van VVI. VVI realiseert de vorming van een netwerk rond deze cliënt, wat tot een kwaliteitsimpuls aan de gehele keten van zorg, onderwijs en ondersteuning leidt.

1.3 Maatschappelijk probleem

In de afgelopen tien jaar zijn dankzij de Integrale Vroeghulp in de ondersteuning van gezinnen met een kind met een ontwikkelingsprobleem of een chronische ziekte diverse verbeteringen gerealiseerd, waaronder:

- advies & informatie aan gezinnen – en hulpvraagverduidelijking – zijn actief opgepakt door de MEE-organisaties;
- vormen van Integrale Vroeghulp zijn voortgezet, met accent op begeleiding naar passende voorzieningen;
- de deelname aan gewoon en speciaal onderwijs is bevorderd door middel van het ‘rugzakje’ en de instelling van REC's²;
- de praktische ondersteuning van gezinnen is uitgebreid (begeleiding thuis, opvang buitenshuis bijvoorbeeld in logeerhuizen).

² REC: Regionaal Expertise Centrum. Deze zijn onderverdeeld in vier clusters van speciaal onderwijs. De REC's geven ondermeer indicaties af voor speciaal onderwijs.

Ouders lopen echter nog steeds tegen een aantal grote, soms zelfs nieuwe, knelpunten aan:

Gebrekkige verwijzing

Bij een (dreigende) ontwikkelingsachterstand van het kind verwijzen huisartsen en consultatiebureaus niet in alle gevallen tijdig genoeg naar Integrale Vroeghulp.

Ouders van Alex (Syndroom van Asperger): "Onze huisarts had wel eens van een medisch kleuter dagverblijf (MKD) gehoord, waar kinderen met gedragsproblemen terecht kunnen. Hij wist alleen niet hoe hij ons daar naartoe kon verwijzen. Gelukkig wist de arts van het consultatiebureau dat wel. Die verwees ons een aantal maanden later naar Vroeghulp, waarna de bal ging rollen."

Onzekerheid bij ouders

Vanaf de medische diagnose (kinderarts, kinderneuroloog, revalidatiearts, etc.) is het voor ouders niet altijd helder hoe men verder moet; zij blijven zitten met vragen als: "Wat zijn de ontwikkelingsmogelijkheden van mijn kind?" en "Wat kan ik het best gaan doen voor mijn kind?" Dit kan een stressvolle (gezins)situatie opleveren, zoals echtscheidingen, arbeidsuitval tot gevolg.

Vader van Puck (spastische verlamming en epilepsie na herseninfarct): "Wij zijn door het kinderziekenhuis goed en deskundig geholpen, maar vanaf de medische diagnose was het voor ons niet altijd helder hoe het met Puck verder moest. Haar ontwikkelingsmogelijkheden zijn onduidelijk en dat geeft heel veel onzekerheid. Wij reageerden daar allebei heel anders op. Ik ben hierdoor zelfs een periode arbeidsongeschikt geweest."

Langdurige trajectbegeleiding niet mogelijk

Ouders kunnen weliswaar een beroep doen op assistentie bij het organiseren van de noodzakelijke voorzieningen, maar dit is veelal in tijd, vorm en inhoud beperkt. Vaak is het niet mogelijk om langdurige begeleiding bij het verkrijgen van een samenhangend hulpaanbod in de verschillende ontwikkelingsfasen van het kind te realiseren (langdurige trajectbegeleiding).

Moeder van Jeroen (verstandelijk beperkt): "Mijn zoon is heel laat gaan praten, waardoor zijn IQ nooit goed bepaald kon worden. Bij het medisch kleuter dagverblijf mocht hij niet blijven. Bij het kinderdagcentrum (KDC) ontwikkelde hij zich echter voorspoedig, waardoor hij vervolgens naar het speciaal onderwijs doorstroomde. Al die wisselingen werden hem (en ons) soms veel te veel. Niet alleen de locatie en groepsleiding verandert: ook het dagritme, de vakanties, het vervoer en de coördinatie veranderen mee. Daardoor is de laatste overstap bijna mislukt. Het was fijn geweest als iemand met verstand van zaken voor ons het overzicht had bewaard en de overgangsprozessen had begeleid. Jeroen zit nu in groep 3, maar ik zie nu al op tegen de stap naar het voortgezet onderwijs."

Combinatie van praktische hulp en ontwikkelingsstimulering beperkt mogelijk

Veelal is het niet mogelijk om combinaties van praktische hulp in het gezin (verminderen van de belasting voor ouders) en ontwikkelingsstimulering interventieprogramma's) te realiseren.

Geen tijdige of adequate hulp bij probleemgedrag

Veelal is er geen adequate hulp bij probleemgedrag van het kind: het ontbreekt aan goede diagnostiek, praktische adviezen en adequate behandeling.

Met gevolg dat kinderen op oudere leeftijd terecht komen in de criminaliteit, verslavingsgedrag, werkloosheid.

Locatieleider kinderdagcentrum: "Steeds vaker maak ik het mee dat kinderen onder de vijf jaar geen indicatie krijgen voor Begeleiding Groep, maar wel behandeling. Bij kinderen die al bij ons binnen zijn, zie ik vaak de praktische ondersteuning thuis of de logeerfunctie bij een herindicatie vervallen. Hierdoor raken ouders uitgeput of ze worden te beperkt in hun mogelijkheden om goed voor hun kind te zorgen. Dit is nadelig voor het kind en heeft bijna altijd een negatief effect op de ontwikkelingsstimulering die wij de kinderen bieden."

Beperkte samenhang en afstemming van zorg en onderwijs

Het lukt vaak niet om een samenhangend en op elkaar afgestemd aanbod van onderwijs en zorg (advies bij routes naar onderwijs; keuze uit passende onderwijs-zorg-arrangementen) te realiseren.

Het beleid van de ministeries, de manier waarop de jeugdzorg is georganiseerd en de financieringsregels leiden bij de huidige zorg en ondersteuning aan kinderen van nul tot zeven jaar met een ontwikkelingsprobleem tot grote – soms zelfs onoverkomelijke - hindernissen. De volgende problemen zijn zichtbaar:

- vroegsignalering thuis door middel van huisbezoeken of laagdrempelig toegankelijke methodieken voor ouders ontbreekt;
- preventieve gezinsondersteuning komt niet van de grond;
- de multidisciplinaire samenwerking tussen hulpverleners in de preventiefase ontbreekt door gebrek aan financieringsgrond;
- langdurige trajectbegeleiding kan in het huidige financieringsstelsel niet worden gefinancierd;
- het gebrek aan afstemming tussen zorg en onderwijs leidt tot te veel thuiszitters of beperkte deelname aan het onderwijs door de doelgroep.

Ouders van Dirk (PDD-nos): "Bij aanvang in groep 1 ging het al mis met Dirk. Hij hing in de gordijnen en liep over de tafels. School was heel lief voor hem; wilde hem een kans geven en het een tijdje aankijken. Wij hadden meer gehad aan een doortastende zorgcoördinator op de peuterschool, die de peuterjuf en ons had geholpen om met zijn moeilijk te begrijpen gedrag om te leren gaan en een warme overdracht naar het (speciaal) onderwijs had voorbereid. Nu zat hij binnen een paar maanden thuis."

Het gevolg is dat kinderen met een ontwikkelingsprobleem (te) laat worden gesignaleerd en gediagnosticeerd; gezinnen zwaarder worden belast en pas na een eindeloze zoektocht passende zorg, ondersteuning en onderwijs niet of slechts beperkt kan worden ingezet. Voor veel kinderen en gezinnen is dat te laat en het leed is dan al geschied. Dit alles heeft grote consequenties voor de maatschappelijke deelname en integratie van kinderen en jongeren met een ontwikkelingsprobleem.

Ouders van Alex (Syndroom van Asperger): "Na een succesvolle behandeling op het medisch kleuter dagverblijf (MKD) in combinatie met deeltijd speciaal onderwijs, maakte onze zoon de overstap naar het regulier onderwijs. Ondanks uitgebreid overleg met school, bleek deze niet voldoende voorbereid op de behoeften van onze zoon. De rugzakbegeleiding kwam pas weken later op gang en er was niemand bij de hand om de juf met kennis en kunde bij te staan of een extra handje toe te steken. Dit had geen kans van slagen."

1.4 Omschrijving Transitie-experiment

De partijen die aan de wieg stonden van het oorspronkelijke plan VVI hebben de gezamenlijke intentie om te komen tot een landelijk dekkende voorzieningstructuur om de gewenste integratie en participatie van kinderen en jongeren met beperkingen te kunnen realiseren.

Voor de doelgroep van VVI is al veel afzonderlijke expertise beschikbaar vanuit de MEE-organisaties, de revalidatiezorg, de gehandicaptenzorg en het speciaal onderwijs. Bundeling van de afzonderlijke expertise en organisatie van samenhang is noodzakelijk om tot een goede doorstroom van de cliënt in het netwerk en keten-samenwerking te komen.

Daarom richt VVI een ketennetwerk in van:

- vroeg signaleren;
- vroeg diagnosticeren;
- vroeg coördineren in het traject van opsporen, diagnostiek en ondersteuning van kind en gezin.

Het bovengenoemde ketennetwerk zorgt voor:

- op preventie gerichte vroege gezinsondersteuning voor zowel kind als gezin;
- structurele afstemming tussen zorg, voorschoolse opvang, speciaal en regulier onderwijs: één integrale benadering;
- één visie, vertaald naar wet- en regelgeving en adequate financiering, waarin de rechten met betrekking tot de positie van kind met speciale behoeften en de ouders in de volle breedte zijn verankerd.

Deze aanpak leidt tot de implementatie van VVI in alle 37 netwerken van Integrale Vroeghulp in Nederland. Aan de pilotperiode 2008 – 2010 nemen 11 regio's deel.

1.5 Vernieuwende aanpak

Huidige Integrale Vroeghulp

Sinds het midden van de jaren negentig van de 20e eeuw heeft de overheid Integrale Vroeghulp als functie ondergebracht bij de MEE-organisaties. Integrale Vroeghulp levert onder meer de advisering & informatievoorziening aan gezinnen; diverse vormen van Integrale Vroeghulp met het accent op begeleiding naar passende voorzieningen; bevordering van deelname aan regulier en speciaal onderwijs en de uitbreiding van praktische ondersteuning aan gezinnen.

De kern van de inhoudelijke verbetering als gevolg van de landelijke invoering van de methodiek Integrale Vroeghulp is enerzijds de *multidisciplinaire diagnostiek* rond de hulpvraag en anderzijds het aanbod van een daarop *afgestemd integraal aanbod* aan kinderen met een (mogelijke) beperking en hun ouders.

In een aantal regio's is de leeftijdsgrens voor Integrale Vroeghulp al verhoogd naar zes jaar. Het doel van de huidige Integrale Vroeghulp is:

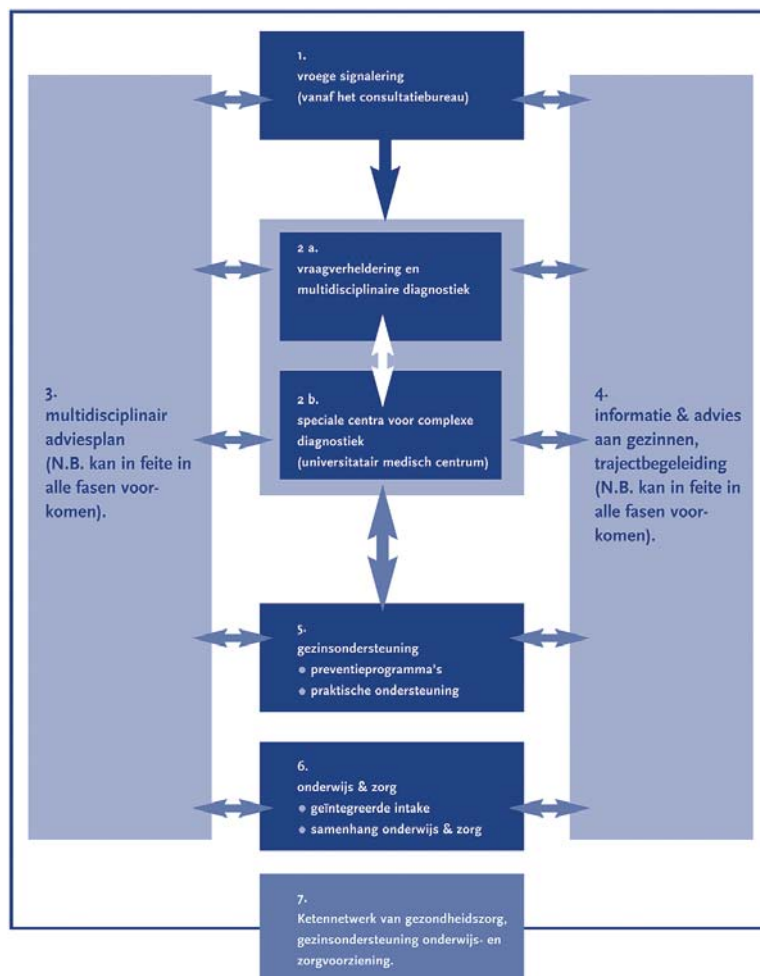
- de ontwikkelingsmogelijkheden van het kind optimaal benutten en onnodige achterstanden voorkomen;

- zorgen voor een adequate behandeling van niet (meer) te voorkomen achterstanden;
- ouders ondersteunen om de opvoeding van hun kind(eren) zo goed mogelijk te laten verlopen.

Voor deze vorm van hulpverlening is geen indicatie van een indicatieorgaan of verwijzing van een (huis)arts nodig.

Uitgangspunten van VVI

Het uitgangspunt van VVI is dat ouders recht hebben op een landelijk dekkend netwerk van (tertiaire) preventie³. Dit is het meest effectief als dit netwerk nauw aansluit bij eerder uitgevoerde multidisciplinaire vroegdiagnostiek. VVI werkt met een richtinggevend kader van zeven bouwstenen, dat leidt tot een samenhangend netwerk van vroeg signaleren, multidisciplinaire diagnostiek, trajectbegeleiding, preventieve gezinsondersteuning, samenhangende zorg en onderwijs.



VVI is een duurzaam inhoudelijk investeringsprogramma, gebaseerd op de samenwerkingsverbanden Integrale Vroeghulp. Hierbij worden de zeven bouwstenen uiteindelijk landelijk stevig verankerd. De bestaande samenwerkingsverbanden richten hun netwerk opnieuw in door regionale kennis en ervaringen omtrent preventieve vroege gezinsondersteuning voor zowel kind als gezin te delen; een structurele afstemming tussen 'cure' en 'care' te organiseren en één geïntegreerde benadering met zowel speciaal als regulier onderwijs te ontwikkelen. VVI beoogt dus geen compleet nieuwe infrastructuur, maar wel een vernieuwde infrastructuur, geënt op die van de Integrale Vroeghulp.

In de linker kolom staan de zeven bouwstenen schematisch weergegeven.

Samenhang VVI en Integrale Vroeghulp

De grootste verschillen tussen VVI en de Integrale Vroeghulp zijn:

- Er wordt regionaal en landelijk gewerkt met een gelijkvormig en samenhangend kader, gebaseerd op zeven bouwstenen;

³ Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat vroege opsporing van een ontwikkelingsprobleem bij kinderen op langere termijn onnodige achterstanden helpt voorkomen. In de eerste twee levensjaren is de flexibiliteit van de hersenen het grootst. Vroege interventie (0 tot 2) is daarom veel effectiever dan in latere levensjaren.

- Er ontstaat op meerdere plekken in het netwerk gerichte aandacht en deskundigheid op het gebied van vroegsignalering;
- Er ontstaat grotere beschikbaarheid van preventieve gezinsondersteuning voor de hele jonge kinderen (0-2 jaar);
- De verhoging van de doelgroepleeftijd van 0-4 jaar naar 0-7 jaar brengt de aansluiting met het onderwijs in beeld;
- Invoering van langdurige trajectbegeleiding vraagt om een gezamenlijke visie (van kort cyclisch naar langdurige trajectbegeleiding);
- In plaats van individuele inspanningen op organisatorisch niveau stimuleert VVI een beter op elkaar afgestemde keten met daarin gezamenlijke keteninspanningen.

Toegevoegde waarde van de vernieuwing

Op dit moment kan de coördinatie van de zorg voor ouders met kinderen in de leeftijd van nul tot en met vier door de Integrale Vroeghulp worden geleverd. Juist wanneer kinderen de schoolgaande leeftijd bereiken, verandert er veel en is bij een (mogelijk) ontwikkelingsprobleem continuïteit van een adviesfunctie en / of coördinatie van de zorg belangrijk.

Dit is bovendien de fase waarin minder zichtbare aandoeningen zoals autisme en AD(H)D zich bij jonge schoolgaande kinderen kunnen openbaren. Een overdrachtsdocument uit de voorschoolse fase kan voorkomen dat in de onderbouw van het basisonderwijs te laat hulp wordt ingeschakeld, maar uitbreiding van de doelgroepleeftijd van Integrale Vroeghulp en intensievere samenwerking met de onderwijsketen dragen hier eveneens op een warme manier aan bij.

1.6 De mBC als levend document

De mBC van VVI stelt potentiële financiers in staat kosten en baten af te wegen ten aanzien van de vroege zorg voor kinderen van nul tot zeven met een ontwikkelingsprobleem of chronische ziekte. De mBC stelt hen in staat mee te denken over structurele (deel)bekostiging van bestaande en nieuwe diensten.

De zeven bouwstenen vormen de basis voor de beschrijving van de vernieuwingen. De specifieke meerwaarde wordt per bouwsteen benoemd. Zij laten zich bovendien uitstekend combineren, wat een unieke integrale benadering mogelijk maakt.

Voorliggende versie van de mBC wordt beschouwd als een levend document en luidt een intensief traject van overleg tussen VVI, financiers en stakeholders in. In dit traject worden diensten, kosten, prijzen en waarden vergeleken, gekozen, bijgestuurd en aangescherpt. De uitkomsten worden vervolgens opnieuw verwerkt in het levende document. Aannames worden hierdoor scherper en de toekomstige situatie van VVI benadert steeds reëler de werkelijkheid.

1.7 Landelijk of regionaal?

Deze mBC kijkt niet alleen naar de ontwikkeling tot een landelijk gedragen en toegepast kader in de komende vijf jaar. Er wordt zowel vanuit regionaal als landelijk perspectief gekeken naar de baten en lasten die een volwassen VVI met zich meebrengt.

De regionale ontwikkelingen kunnen onderling verschillen op basis van regionale kenmerken (groot-stedelijke problematiek, multi-culturele achtergrond van cliënten, beperkt functionerende informatiekanaal, etc.). Het is belangrijk dat hier regionaal nadere invulling aan gegeven kan worden door uitbreiding of aanpassing van het

dienstenaanbod. Dit leidt onvermijdelijk tot regionale verschillen in de financieringsbehoefte. Omdat vanuit het huidige landelijke transitie-experiment geen harde uitspraken over het regionale kader kan worden gedaan, is in deze mBC een zogenaamde 'sjabloonregio' ontworpen. Dit biedt de regio's een wenkend perspectief en beschrijft de minimale voorwaarden en diensten waar regionaal aan moet worden voldaan om een voldragen VVI te realiseren. Voor de landelijke uitrol over 37 netwerken worden op basis van de landelijke producten en diensten de kosten en (maatschappelijke) baten van VVI inzichtelijk gemaakt.

Uit het vervolg van het transitie experiment blijkt gaandeweg wat basis is (en landelijk moet worden gestuurd of gerealiseerd) en wat regionaal maatwerk is (en regionale kosten met zich meebrengt). Deze inzichten worden opgenomen in de levende mBC.

1.8 Gevolgde systematiek

In de mBC leiden vijf onderling verbonden perspectieven tot één gedeelde afweging tussen kosten en baten van het transitie experiment Vroeg, Voortdurend, Integraal. Deze perspectieven zijn in afzonderlijke hoofdstukken ondergebracht.

De structuur van deze opbouw is als volgt:



Het **Cliëntperspectief** beschrijft VVI vanuit de ogen van de cliënt. De cliënt (ouders en kinderen) vormt binnen het transitieprogramma het uitgangspunt bij de beoordeling van de waarde van zorg en welzijn. Casussen die dit cliëntperspectief voor VVI schetsen, zijn als hoofdstukscheiding in de mBC opgenomen.

In het **Business Model** wordt bepaald wat VVI wel en niet is en waar de waarde wordt gecreëerd. Dit model beschrijft de diensten en producten, de doelgroep, de minimale basisvereisten om VVI neer te zetten en de kritieke succesfactoren.

De **Organisatorische Case** vertaalt de minimale basisvereisten (in capaciteiten, cliënten en personeel) uit het Business Model naar een kosten-baten afweging op organisatorisch niveau. Zowel de ontwikkeling naar 2015 als het tekort en de financiële knelpunten worden hier inzichtelijk gemaakt.

De **Maatschappelijke Case** waardeert het VVI-concept vanuit het perspectief van de maatschappij. Een stakeholderanalyse en de impactkaart maken zowel kwalitatief als kwantitatief de maatschappelijke baten inzichtelijk.

De **Maatschappelijke Businesscase** wordt gecompleteerd door het bedrijfseconomisch nut en het maatschappelijk nut samen te brengen. De dekking van tekorten en financiële knelpunten worden tegen de maatschappelijke baten afgewogen. Deze analyse leidt tot uitspraken over de levensvatbaarheid van VVI, de succesfactoren en de risico's.

Daarnaast levert dit aanbevelingen voor de toekomstige financiering op.



Clïëntperspectief - Casus Désiré

“Désiré is ernstig meervoudig gehandicapt”

Na een emotioneel beladen zwangerschap wordt Désiré via een keizersnede geboren. Veertien maanden eerder werd een zusje geboren, dat vlak na de geboorte overleed. Het ziekenhuis neemt bij deze zwangerschap geen enkel risico, onderzoekt Désiré na de geboorte grondig en legt haar in de couveuse. Na twee weken mogen moeder en kind naar huis. Omdat Désiré slecht drinkt, veel huilt en vreemde trekjes heeft, blijven haar ouders zich zorgen maken. Met drie maanden wordt hun dochter naar de kinderarts verwezen vanwege een te kleine schedel. Neurologisch onderzoek wijst op een forse hersenbeschadiging. Désiré ontwikkelt zich desondanks als een vrolijk zorgkind.

Geen enkel risico nemen

Na 36 weken zwangerschap werd Désiré met de keizersnede geboren. Omdat de kinderartsen huiverig waren vanwege haar zusje, moest ze ondanks haar 2810 gram toch naar de couveuseafdeling. Ze kreeg afgekolfde melk, omdat drinken aan de borst niet lukte. Hoewel de APGAR-score redelijk was, vertoonde zij regelmatig apneutrekjes waarbij ze 'maskerde'. Op een echo van de hersenen waren geen afwijkingen te zien. Een 24 uurs-EEG vertoonde volgens de artsen evenmin een bijzonder beeld. Ondertussen speelde de kraamperiode zich af tussen de verlosafdeling en de couveuse.

Na een keizersnede valt het niet mee om te mobiliseren. Na een dag kon er 'gekangoeroed' worden. Voor haar moeder was het een groot genot om eindelijk een levend kindje tegen haar blote huid te voelen. Na acht dagen mocht zij naar huis, maar zonder kind. Désiré bleef in het ziekenhuis. In een verzorgingskamertje kon het bezoek haar bewonderen en werd het gevecht geleverd om haar te laten drinken van de - nog steeds afgekolfde – melk.

Is er iets met ons kind?

Na twee weken mocht Désiré mee naar huis. Omdat ze in haar eigen bedje niet kon slapen, bracht ze nachtenlang door in het ouderlijke bed. Ze krijste hard en veel en naar de oorzaak werd gegist. Obstipatie, honger, behoefte aan koestering of misschien 'gewoon' babygehuil? Désiré werd gekoesterd.

Wanneer ze in een wipstoeltje of in de box lag, vertoonde ze trekjes die achteraf gezien op spasticiteit leken. Désiré leek soms op een ballerina en soms op een dirigent. Ze spitste haar voeten en vertoonde de Moro-reflex door met haar armpjes een heel orkest te dirigeren. Niemand die daar ook maar iets over durfde of wilde zeggen.

Met drie maanden constateerde de arts van het consultatiebureau dat haar schedel te klein was. Er werd zo snel mogelijk een afspraak gemaakt met de kinderarts in het academisch ziekenhuis: het begin van een nachtmerrie.

Tussen angst en hoop

Haar ouders worstelden met de vraag of de kinderarts hen al had verwacht. Wist hij bij de geboorte al dat er iets mis was? Tijdens een onderzoeksopname werden alle mogelijke tests uitgevoerd. Steeds bleef er een sprankje hoop dat het mee zou vallen. Voor een MRI-scan werd Désiré samen met een neurologe per ambulance naar een ander ziekenhuis gereden. Terwijl zij met een slaapmiddeltje in een koker werd geschoven, hoopten haar ouders op de gang dat het allemaal mee zou vallen. Het viel niet mee, zo kwam de neurologe hen met tranen in de ogen vertellen.





Désiré had een forse hersenbeschadiging. Binnen enkele dagen werden haar ouders ingewijd in de terminologie van neurologen. Ventrikels, windingen, quadriplegie, spasticiteit, epilepsie, ruggenmergonderzoek, ze zochten de betekenissen op en hielden spiekbriefjes bij. Uiteindelijk viel ook het woord 'kasplantje': de op één na ergste nachtmerrie.

Een maatschappelijk werkster kwam vertellen hoe de toekomst eruit zou komen te zien. Geen school, maar dagverblijf, geen sportclub, maar een logeerhuis. Geen vriendinnen, maar lotgenoten, geen schoolplein, maar ouderverenigingen. Désiré mocht na een week weer mee naar huis met een afsprakenkaart voor de neuroloog.

De juiste snaar raken, valt niet mee

Na het zwangerschapsverlof ging Désiré naar een oppas, die haar ouders al hadden gevonden voor ze wisten dat ze gehandicapt was. Daar deed ze het prima tussen de andere oppaskinderen. Ze was een prachtige baby en ontwikkelde zich als een vrolijk zorgkind. Kijken, lachen, geluidjes maken, het ontwikkelde allemaal.

Daarnaast huilde ze vaak, hard en lang. Slaapgebrek leidde tot stress en vermoeidheid. Haar moeder werd overgevoelig voor opmerkingen en voor de mensen om haar heen was het moeilijk om de juiste snaar te raken. Een groot gevoel van onbegrip viel haar ten deel.

Net als alle ouders waren ook Désirées ouders enorm trots op hun prachtbaby. Niet het eerste

stapje bracht hen in verrukking, maar de wijze waarop Désiré ergens naar kon kijken. Het eerste woordje was geen pappa of mamma, maar gugu (op z'n Frans uitgesproken).

Désirées reis door VVI

Relevante bouwstenen VVI

- Vroege signalering (1)
- Vroege diagnostiek (2)
- Informatie, advies en trajectbegeleiding (4)
- Gezinsondersteuning (5)
- Zorg en onderwijs (6)

Doordat de oudere zus van Désiré kort na de geboorte was overleden, werd de zwangerschap intensief begeleid en werd zij na haar geboorte uitgebreid onderzocht (2). Toch blijkt niet iedere aandoening direct na de geboorte vast te stellen, waardoor het nog drie maanden duurde voor de arts van het consultatiebureau signaleerde (1) dat Désiré een te klein hoofd had en ouders doorverwees naar het ziekenhuis. Daar kregen haar ouders duidelijkheid. Vanuit het ziekenhuis en door het maatschappelijk werk kreeg het gezin informatie en advies (4) aangeboden. De gezinsondersteuning (5) kon nog steeds worden gevonden bij een reguliere oppas, maar desondanks viel de zorg voor hun dochter (en de onderbroken nachten) de ouders van Désiré heel zwaar. Ze is nu twee jaar en het is de vraag of Désiré naar school (6) zal kunnen.

Noot: Dit verhaal is met toestemming van de BOSK gebaseerd op een persoonlijk ouderverhaal uit het Ouderhandboek MCG. Het verhaal is ingekort en omwille van de privacy zijn de namen gefingeerd. De conclusies zijn door VVI toegevoegd.





2. Business Model (BM)

Het Business Model van Vroeg, Voortdurend, Integraal (VVI) modelleert de zeven bouwstenen tot een unieke nieuwe organisatievorm. Dit hoofdstuk biedt de regio's een wenkend perspectief van producten, diensten en randvoorwaarden waar een stabiel en volwassen organisatiemodel in 2015 aan moet voldoen. Hiervoor wordt gewerkt met een zogenaamde 'sjabloonregio'.

Vragen die hierin centraal staan, zijn:

- wat bieden we onze cliënten (producten en diensten)?
- welke specifieke waarde voegen deze diensten toe (waarde)?
- aan wie biedt VVI haar diensten aan (klantsegmenten)?
- hoe bereiken deze diensten de cliënten (distributiekanaal en infrastructuur)?
- welke relatie heeft VVI met haar cliënten (relatie)?
- wat zijn de kernactiviteiten en kerncapaciteiten om de diensten te organiseren?
- welke samenwerkingsverbanden en partners heeft VVI nodig en welke specifieke bijdrage moeten zij leveren?
- welke inzichten levert dit op in termen van continuïteit en kopieerbaarheid van het organisatieconcept van VVI?

De kostenstructuur en de opbrengsten komen in het volgende hoofdstuk (organisatorische case) aan de orde.

2.1 Regionale producten & diensten

Werken aan ketenzorg met behulp van de zeven bouwstenen is vernieuwend voor de Integrale Vroeghulpnetwerken. Binnen het samenhangende kader vormen zes bouwstenen de onderdelen van de keten. De laatste bouwsteen organiseert de samenhang in de keten. Hierna wordt per bouwstenen benoemd wat iedere regio minimaal moet ontwikkelen.

Bouwsteen 1: Vroege signalering

Vroegsignalering vindt vooral plaats binnen de algemene (jeugd) gezondheidszorg, vanuit de consultatiebureaus (CB) en de eerstelijnszorg. Signalering en tijdige verwijzing van kinderen met een ontwikkelingsprobleem vereist betrokkenheid van meerdere disciplines: huisarts, kinderarts, voorschoolse opvang, revalidatiezorg en gedragswetenschappers.

Vooralsnog worden de meeste kinderen met een gemiddelde leeftijd van drie of vier jaar naar Integrale Vroeghulp doorverwezen. VVI streeft met deze bouwsteen naar eerdere doorverwijzing en een helder overzicht van de verwijzingslijnen. Samenwerking met de Centra Jeugd en Gezin (CJG) is een belangrijke succesfactor.

Coördinator Vroeghulp: "Een ouder die zich zorgen maakt over zijn kind, is vaak een goede indicatie dat er wat aan de hand is. Wij gaan hier altijd serieus op in."

De producten of diensten behorende bij de bouwsteen 1 vroege signalering in beeld:

Producten/diensten bij bouwsteen 1	Doel
Regionale sociale kaart van vroegsignalering.	■ In kaart brengen en houden van verwijsslijnen.
Knelpuntenanalyse vroegsignalering.	■ Inzicht in regionale knelpunten.
Procedures en protocollen met verwijzers.	■ Verwijsslijnen borgen.
Cursusaanbod voor verwijzers.	■ Deskundigheidsbevordering (bijvoorbeeld in de jeugdgezondheidszorg en kinderopvang met betrekking tot vroegsignalering en doorverwijzing).
(Landelijke) instrumenten voor vroegsignalering.	■ Structureel verbeteren van de kwaliteit van vroegsignaleren. ■ Verbeteren/ontwikkelen van instrumentaria bij vroegsignalering (bijv. D-screening bij Van Wiechen in de jeugdgezondheidszorg, vroegsignalering autisme (ESAT) en vroegsignalering in het onderwijs).

Bouwsteen 2: Multidisciplinaire diagnostiek

Door samenspraak in expertiseteams (ook wel 'kernteams' binnen de Integrale Vroeghulp genoemd) wordt een advies gegeven en/of een diagnose gesteld. Dit mondt uit in een adviesplan (bouwsteen 3). Het plan wordt in samenspraak met de ouders opgesteld, bevat begrijpelijke taal en positioneert de ouder in de rol van regisseur. Voor het stellen van de diagnose is samenwerking tussen diverse organisaties zoals consultatiebureaus, ziekenhuizen, revalidatiecentra, gehandicapteninstellingen en MEE-organisaties noodzakelijk. Regionaal wordt afwisselend samengewerkt met Bureau Jeugdzorg, de GGZ, het onderwijs, fysiotherapeuten, logopedisten, etc.

De onderlinge verschillen zijn echter groot

De huidige Integrale Vroeghulp werkt met multi-disciplinaire kernteams met in ieder geval medische expertise (kinderarts en/of revalidatie-arts), een gedragswetenschapper en een maatschappelijk werker (MEE). Door toedoen van VVI zijn deze teams uitgebreid met onderwijsexpertise. Hoe deze expertise wordt ingevuld, kan regionaal verschillen. In de ene regio wordt dit opgelost door toevoeging van een onderwijsdeskundige aan het kernteam. Een andere zoekt nadrukkelijker aansluiting of samenwerking met de Zorg Advies Teams (ZAT's) van de scholen.

De producten of diensten behorende bij de bouwsteen 2 Multidisciplinaire diagnostiek in beeld:

Producten/diensten bij bouwsteen 2	Doel
Multidisciplinaire diagnostiek.	■ Vroege diagnostiek die voor ouders uitmondt in een begrijpelijk en hanteerbaar plan.
Goede kwaliteit in samenstelling multidisciplinair kernteam Integrale Vroeghulp (met zowel medische als onderwijsdeskundigheid).	■ Het organiseren van teams, conform landelijke protocollen, procedures en afspraken. ■ Het gebruik maken van een landelijk geaccordeerd multidisciplinair diagnostisch adviesplan (MDA).
Verwijsslijnen in beeld voor regionale diagnostiek bij jonge kinderen.	■ Vastleggen van protocollen en afspraken met diagnostische centra in de regio.
Protocollen en afspraken over coördinatie, werkwijze team, wijze en duur van diagnostiek met betrekking tot diagnostiek door kernteam Integrale Vroeghulp.	■ Rechtsgelijkheid door landelijk uniforme wijze van werken. ■ Helderheid over vraagverheldering en visie diagnostiek.
Speciale centra voor complexe diagnostiek (academische ziekenhuizen).	■ Vergroten toegankelijkheid naar complexe diagnostiek door vastleggen van protocollen en afspraken met (universitaire medische) centra of specialistische ziekenhuizen voor complexe diagnostiek.

Bouwsteen 3: Multidisciplinair adviesplan

Er wordt snel en in begrijpelijke taal een adviesplan opgesteld waardoor ouders weten:

- wat zij het beste kunnen doen op de gebieden van zelfzorg, medische en paramedische zorg en
- wat er beschikbaar is aan ontwikkelingsinstrumenten, gezinsondersteuning en (speciaal) onderwijs.

De ouders hebben de regie over (de uitvoering van) dit plan. Het plan wordt met de ouders besproken. Zij bepalen of zij dit advies overnemen en (laten) uitvoeren.

De producten of diensten behorende bij de bouwsteen 3 Multidisciplinair adviesplan in beeld:

Producten/diensten bij bouwsteen 3	Doel
Multidisciplinair adviesplan.	■ Ouders beschikken zo snel mogelijk over een adviesplan waaruit volgt wat zij het best kunnen doen op de gebieden zelfzorg, medische en paramedische zorg, ontwikkelingsstimulering, gezinsondersteuning, (speciaal) onderwijs etc. ■ Het adviesplan is de basis van trajectbegeleiding waarop ouders desgewenst een beroep kunnen doen (bouwsteen 4).
Multidisciplinair adviesplan landelijk beschikbaar.	■ Opstellen en invoering van een landelijk standaard. ■ (Digitaal) cliëntdossier dat hulpverleners in het ketennetwerk kunnen gebruiken.

Vader van Autumn (Syndroom van Down): "Op een donkere herfstdag werd ons meisje geboren. Het ziekenhuispersoneel deed er lang over om ons te vertellen dat (en wat) er met haar 'mis' was. Toen we haar na veel operaties thuis kregen, hebben we 's avonds op de bank een stevig potje zitten janken. Hoe je het ook noemt, je rouwt. Je rouwt om het kind wat er had moeten zijn, die samen met haar zusje een fijne toekomst tegemoet ging, zonder tegenslagen en problemen met haar gezondheid. En nu is er een ander kindje, ze heet hetzelfde en we houden van haar net zo veel als we huilen om het verlies van onze droom. En we maken ons zorgen. Zal ze het wel halen? Zitten we over drie maanden niet te huilen omdat ze er dan echt niet meer is? Hoe positief je ook probeert te zijn, de realiteit is er nu eenmaal. 95% van de operaties slaagt, dat betekent zo'n 5% niet. Daarvan zijn we ons bewust en dat moeten we verwerken. Maar hoe en waarmee kunnen we nu verder?"

Bouwsteen 4: Informatie, advies en trajectbegeleiding

Gezinnen kunnen bij één loket informatie en advies inwinnen. Op termijn beschikt iedere regio over een Centrum Jeugd en Gezin en een netwerk Integrale Vroeghulp. Beide loketten geven dan informatie en advies. Het CJG geeft algemeen advies en Integrale Vroeghulp specifiek als het gaat om een kind met een mogelijk complexe of nog niet te duiden ontwikkelingsproblematiek. Beide loketten verlenen uiteindelijk ondersteuning bij de aanvraag van passende voorzieningen. Bij de start van het experiment bestond de ondersteuning van de WMO- en CJG-loketten slechts uit voorlichting, informatie en advies. Alleen de Integrale Vroeghulp levert ondersteuning in de vorm van trajectbegeleiding en coördinatie van de zorg.

De loketten verlenen ondersteuning bij de aanvraag van passende voorzieningen (AWBZ-zorg, vervoer, huishoudelijke hulp) en als ouders vastlopen door (te) zware zorgtaken kan hier een beroep worden gedaan op langdurige trajectbegeleiding.

De MEE-organisaties leveren binnen de huidige netwerken van Integrale Vroeghulp al korte trajectbegeleiding. Dankzij VVI leveren zij in de toekomst ook langdurige trajectbegeleiding.

De producten of diensten behorende bij de bouwsteen 4 informatie, advies en trajectbegeleiding in beeld:

Producten/diensten bij bouwsteen 4	Doel
Eén loket voor informatie en advies.	■ Ouders kunnen advies en begeleiding krijgen bij het vinden van het juiste aanbod op het juiste tijdstip. ■ Zo krijgt men – onder eigen regie – assistentie bij het samenhangend aanbod.
Langdurige trajectbegeleiding.	■ Een meerjarig traject gekoppeld aan de MEE-organisatie.

Bouwsteen 5: Gezinsondersteuning

De vijfde bouwsteen is onder meer gekoppeld aan de gehandicaptenzorg, de MEE-organisaties en de thuiszorg. Het gaat hier om preventieve gezinsbegeleiding ter voorkoming van een onnodige ontwikkelachterstand bij het jonge kind. In de eerste levensjaren (0-2 jaar) en in de fase dat nog onduidelijk is wat het kind heeft, ontbreken namelijk veelal ook de indicaties om vroegtijdig ondersteuning te bieden.

De praktische ondersteuning (bijvoorbeeld gespecialiseerde oppas) om het gezin te ontlasten, valt eveneens onder deze bouwsteen. Het kan in dit geval gaan om geïndiceerde zorg, maar ook om kortdurende praktische preventieve gezinsondersteuning.

De producten of diensten behorende bij de bouwsteen 5 gezinsondersteuning in beeld:

Producten/diensten bij bouwsteen 5	Doel
Vroege preventieve gezinsbegeleiding.	■ Voorkomen van onnodige ontwikkelachterstand bij het kind. ■ Voorkomen dat bij het kind gedragsproblemen ontstaan. ■ Voorkomen dat ouders hun opvoedingsverantwoordelijkheid niet meer kunnen dragen en het kind uit huis (moet worden) geplaatst.
Praktische gezinsondersteuning.	■ Verminderen van de belasting van het gezin.

Moeder van Brigitte (Syndroom van Down): "Ik denk dat Brigitte het jongste vroeghulpkindje van Nederland is. Ik heb haar direct aangemeld toen ik in de vierde maand van mijn zwangerschap te horen kreeg dat ik een kind met het Syndroom van Down zou krijgen. In deze periode heb ik met hulp van de coördinator van Vroeghulp mezelf goed kunnen voorbereiden op haar komst. Er kwam veel bij kijken, want – zoals zoveel kinderen met Down – had ook Brigitte een hartafwijking. Een ervaren rots in de branding hield ons op de been en begeleidde ons bij alle stapjes in het medische circuit en het aanvaardingsproces. Brigitte is nu zes en nog steeds kan ik terugvallen op onze coördinator. Dat heeft met name bij de overstap naar het onderwijs enorm geholpen."

Moeder van Sybren (ADHD): "Via het consultatiebureau kon ik deelnemen aan de cursus 'Opvoeden Zo!'. De cursusleider had al snel in de gaten dat het niet aan onze opvoeding lag, dat wij een pingpongbal in ons gezin hadden. Via MEE heeft ze ervoor gezorgd dat ik een gezinsbegeleidster kreeg. Zij heeft ons praktisch ondersteund en naar Vroeghulp geleid. Daardoor hadden we al voor zijn derde verjaardag een diagnose op zak en kon de werkelijke hulpverlening starten."

Bouwsteen 6: Onderwijs en zorg

Voor het kind met een ontwikkelingsprobleem is een 'warme overdracht' van zorg (of voorschool) naar (speciaal) basisonderwijs noodzakelijk om geen onnodige breuk in de ontwikkeling te veroorzaken. Ouders hebben vooraf steun nodig bij het maken van de keus voor een passende onderwijsvorm en begeleiding tijdens de overgangsfase. Deze bouwsteen maakt de samenwerking tussen twee ketens mogelijk. Dit vraagt om nauwe samenwerking van een divers en groot aantal organisaties. Zonder deze samenwerking zijn de volgende producten niet haalbaar.

De producten of diensten behorende bij de bouwsteen 6 zorg en onderwijs in beeld:

Producten/diensten bij bouwsteen 6	Doel
Eén vast coördinatiepunt met actuele kennis van de kaart van zorg, onderwijs en welzijn (in samenhang met bouwsteen 4).	■ Betere samenhang tussen onderwijs en zorg.
Een continuüm van onderwijs- en zorgarrangementen over de grenzen van gewone basisschool, speciaal onderwijs, kinderdagcentrum gehandicaptenzorg.	■ Passend onderwijs voor alle kinderen.
Eén onderwijszorgplan dat door alle onderwijs- en zorginstellingen geaccepteerd wordt als individueel document.	■ Voor ouders een eenduidige landelijk vastgestelde systematiek.
Dekkend netwerk van op elkaar afgestemde vormen van zorg en onderwijs.	■ Ondersteuning voor ouders bij hun zoektocht door de wereld van zorg en onderwijs. ■ Eén geïntegreerde benadering voor kind en ouders (met één onderwijszorgplan). ■ Schakels naar preventieve gezinsondersteuning.

Bouwsteen 7: Ketennetwerk

Bouwsteen 7 ondersteunt de uiteindelijke vorming van een besturingsnetwerk dat de realisatie en borging van de zes eerder genoemde bouwstenen mogelijk maakt. Deze bouwsteen baseert zich op de bestaande (regionale) netwerken.

Ketensamenwerking is een groeimodel, waarin positieve samenwerkingservaringen rondom een gezamenlijk ketenprobleem uitmondt in samenwerkingsafspraken en/of convenanten. Coördinatie en regie vinden veelal regionaal plaats. Naarmate het ketennetwerk volwassen wordt, kan formele ketensamenwerking door middel van een ketenbureau of kenniscentrum worden ondersteund. Dit bureau ondersteunt bijvoorbeeld in de visievorming, borging van de financieringsstructuur en regisseert de borging en ontwikkeling van de kwaliteit. Binnen dit groeimodel is en blijft het keten-

Moeder van Puck (spastische verlamming en epilepsie na herseninfarct): "Met haar vierde maakte Puck de overstap van een peutergroep in het revalidatiecentrum naar het speciaal basisonderwijs (cluster 3). Daar is veel structuur en wordt met picto's gewerkt. Daarnaast krijgt ze logopedie, fysiotherapie en ergo-therapie, waardoor zij in haar ontwikkeling wordt gestimuleerd."

probleem de dominante factor op basis waarvan regionaal en landelijk wordt samengewerkt, met ruimte voor regionale verschillen. Positieve ervaringen in de experimentele fase van het transitieprogramma leggen de bodem onder het slagen van de uiteindelijk formele ketensamenwerking.

De producten of diensten behorende bij de bouwsteen 7 ketennetwerk in beeld:

Producten/diensten bij bouwsteen 7	Doel
(Eindverantwoordelijke) bestuurder die zich verantwoordelijk stelt voor het onderhouden, monitoren en evalueren van de samenhang van de keten.	■ Ongehinderd kunnen schakelen tussen vroege signalering, diagnostiek, trajectbegeleiding, preventieve gezinsondersteuning, onderwijs en zorg.
Regionaal convenant/contract voor de keten (verantwoordelijkheden, plichten en rechten).	■ Ongehinderd kunnen schakelen tussen vroege signalering, diagnostiek, trajectbegeleiding, preventieve gezinsondersteuning, onderwijs en zorg.
Gezamenlijke visie voor de VVI keten.	■ Vroege, voortdurende en integrale samenwerking vanuit een gezamenlijk gedeelde visie.
Afspraken over toeleiding en verwijzing van de Centra voor Jeugd en Gezin met de keten VVI.	■ Voor ouders zo min mogelijk bureaucratie.
Besturingsnetwerk VVI voortbouwend op de netwerken Integrale Vroeghulp.	■ Ongehinderd kunnen schakelen tussen vroege signalering, diagnostiek, trajectbegeleiding, preventieve gezinsondersteuning, onderwijs en zorg.



2.2 Landelijke organisatie van producten en diensten

Onder leiding van een landelijke stuurgroep VVI en met advies van een landelijke klankbordgroep VVI (waarin alle partners participeren) kan een landelijk team producten en diensten opleveren.

De producten en diensten van het landelijk team bestaan uit:

- informatie en kennisuitwisseling tussen regio's onderling;
- communicatie op landelijk niveau;
- stimulering van lokale initiatieven op basis van een richtinggevende kader van de bouwstenen.

Dit leidt tot kwaliteitsstandaarden en handboeken en richtlijnen voor de landelijke werkwijze van VVI.

Diverse vormen van effectonderzoek en monitoring van de regio's dragen vervolgens bij aan de borging en continuering van een continue en kwalitatief optimale Integrale Vroeghulp op basis van samenwerking binnen de keten (VVI).

2.3. Toegevoegde waarde

De toegevoegde waarde van VVI komt tot uitdrukking in alle zeven bouwstenen van het richtinggevend kader. De problemen die cliënten in 2006 nog ervoeren, zijn opgelost en er wordt beter tussen afzonderlijke partijen en sectoren samengewerkt. Kinderen worden vroeger gesignaleerd, gediagnosticeerd; gezinnen worden zowel preventief, kortdurend als langdurig ondersteund en kinderen worden ongehinderd snel en tijdig van de juiste hulp en passend onderwijs voorzien.

2.4 De doelgroep

De primaire doelgroep van Vroeg, Voortdurend, Integraal bestaat uit kinderen met een dreigende ontwikkelingsachterstand, met een (verstandelijke, lichamelijke of meervoudige) beperking of chronische ziekte in de leeftijd van 0-7 jaar en hun gezinnen. Hun ouders vormen de secundaire doelgroep en de professionals vormen de tertiaire doelgroep.

Hierna volgt een definitie van de doelgroepkinderen met een ontwikkelingsprobleem en daar waar mogelijk een indeling in subcategorieën.

Categorie	Definitie	Subcategorieën/specifieke aandoeningen
Verstandelijke beperking.	Mensen met een verstandelijke beperking hebben een aangeboren of later optredende beperking in het intellectueel functioneren, die gepaard gaat met beperkingen in de sociale (zelf)redzaamheid.	- lichte verstandelijke handicap: IQ 50/55-70; - matige verstandelijke handicap: IQ 35/40-50/55; - ernstige verstandelijke handicap: IQ 20/25-35/40; - diepe verstandelijke handicap: IQ lager dan 20/25.

>>

Categorie	Definitie	Subcategorieën/specifieke aandoeningen
Zintuiglijke handicap.	Mensen met een beperking aan taal/spraak, visus of gehoor.	Bijvoorbeeld blind- of slechtziendheid, doof- of slechthorendheid, verlate of vertraagde spraak-ontwikkeling, stotteren, slissen, stemproblemen, taalachterstand
Lichamelijke of motorische handicap.	Handicap aan ledematen die maakt dat kinderen niet altijd zelf kunnen bepalen of en hoe zij zich bewegen.	Bijvoorbeeld syndroom van Joubert, verkorting van arm of been, open rug, cerebrale parese, Pierre Robin sequentie, schisis.
Meervoudige complexe handicap.	Er is sprake van een combinatie van twee of meerdere handicaps op verstandelijk, zintuiglijk, of lichamelijk/motorisch gebied.	Geen subcategorieën te onderscheiden.
Chronische ziekte.	Irreversibele aandoeningen zonder uitzicht op volledig herstel en met een relatief lange ziekteduur.	Bijvoorbeeld astma, chronische bronchitis, migraine, darmstoornis, aangeboren hartaandoening.
Gedrags- of leerstoornissen (ontwikkelingsstoornissen).	Een neurologische of psychiatrische aandoening die een belemmering en/of afwijking vormt voor de normale ontwikkeling.	Bijvoorbeeld dyslexie, ADHD (hyperactief en/of aandachtsgestoord gedrag), Autisme Spectrum Stoornis (ASS).
(Dreigende) globale ontwikkelingsachterstand.	Kinderen die een achterstand (dreigen) te hebben op meerdere gebieden van hun ontwikkeling.	Bijvoorbeeld astma, chronische bronchitis, migraine, darmstoornis, aangeboren hartaandoening.

Tabel 1: Potentiële doelgroep van VVI met de verschillende aandoeningen van kinderen in de leeftijd van 0 tot 7 jaar, Zenc 2010.



Omvang van de doelgroep

Onderzoeksbureau Zenc heeft voor VVI een doelgroepanalyse uitgevoerd. Hieronder staan de schattingen van aantallen en percentages kinderen met een aandoening. In sommige gevallen is er overlap tussen de categorieën. De aantallen in onderstaande tabel kunnen daarom niet simpelweg worden opgeteld.

Zicht op de prevalentie van aandoeningen dient desondanks als basis voor beleidsvorming en uitvoeringsplannen. Tenzij anders vermeld, is aangenomen dat prevalentie gelijkmatig over leeftijden is verdeeld. In Nederland zijn er volgens het CBS 1.332.084 kinderen in de leeftijdscategorie 0-7 jaar. Indien onderzoeken de prevalentie van een aandoening uitdrukken in percentages, hebben we de aantallen gebaseerd op dit aantal kinderen.

Hoofdcategorie	Specifieke aandoening (indien van toepassing)	Prevalentie in percentages	Schatting prevalentie VVI-doelgroep (0-7 jaar) in aantallen
Verstandelijke handicap.	Geen onderverdeling gemaakt.	Ongeveer 1,1% van de 4-11 jarigen.	14.653
Zintuiglijke handicap.	Ernstig aangeboren gehoorverlies	Ongeveer 0,1 tot 0,2%.	1.400
	Visueel gehandicapt	Ongeveer 0,1%.	13.321
	Taal-/spraakstoornis	Ongeveer 5% van de 0-6 jarigen.	66.604
Lichamelijke handicap.	Geen onderverdeling gemaakt.	Ongeveer 2% van de 4-15 jarigen.	26.342
Ernstige Meervoudige Handicap.	Geen onderverdeling gemaakt.	Geen data in percentages beschikbaar.	804 tot 964
Chronische ziekte.	Geen onderverdeling gemaakt.	Ongeveer 22% van de 0-12 jarigen.	293.058
Psychiatrische aandoeningen.	Geen onderverdeling gemaakt.	Geen data in percentages beschikbaar.	17.500
Gedrags- of leerstoornissen.	ADHD	Ongeveer 4,8% van de 4-11 jarigen.	63.940
	Dyslexie	Ongeveer 3,8% van de 4-11 jarigen.	50.619
	ASS	Ongeveer 0,06-0,1% van de 0-20 jarigen.	7992 - 13321
(Dreigende) globale ontwikkelingsachterstand.	Geen onderverdeling gemaakt.	Ongeveer 3-5%.	37.800 tot 63.000

Tabel 2: Potentiële doelgroep van VVI in aantallen, Zenc 2010.

Ouders als regisseur van de totale levenslijn

Aangezien het om jonge kinderen gaat, zijn de ouders/verzorgers en het gezin een onlosmakelijk onderdeel van de doelgroep van VVI. De ouders zijn de regisseur van de totale levenslijn van hun kind. Professionals en hulpverleners zijn hierin ondersteunend. Zij adviseren de ouders en houden in al hun handelen rekening met het volgende:

- ouders zijn expert in het gedrag van hun kind. Professionals luisteren goed naar ouders;
- ouders maken onderdeel uit van het team vanaf de start van het proces;
- alle informatie is aanwezig en in handen van het gezin.

Informatiebehoefte

Beschikbaarheid van de juiste informatie en het juiste advies op het juiste moment is voor alle ouders van groot belang. Iemand moet de zorg van ouders serieus nemen, of dit nu een huisarts, de school of het consultatiebureau is. Na dit startschot biedt een zorgcoördinator - die náást de ouders staat, het overzicht en de voortgang bewaakt - een grote meerwaarde. Dat biedt de Integrale Vroeghulp, laagdrempelig en zonder indicatie. Sommige gezinnen vinden een dergelijke regisseur in het particuliere circuit, sommigen vullen die rol na verloop van tijd zelf in. Met name in het begin, wanneer er nog veel onduidelijk is en de coördinatie van de zorg moet worden gestart, zijn professionals onmisbaar.

De professionals

Binnen het ketennetwerk VVI zijn de professionals van doorslaggevend belang. Het hele netwerk bestaat uit samenwerking tussen professionals. Dit begint bij de vroegsignalering, het doen van integrale diagnostiek, het aansluiten tussen onderwijs en zorg etc. Professionals bevinden zich op operationeel niveau en werken direct samen met ouders en kinderen. Zij werken zowel bij de vindplaatsen (CJG's, kinderdagverblijven, (voor-)scholen), als de zorgaanbieders.

2.5 Infrastructuur

De uitgangssituatie voor de keten VVI is het kind (0-7 jaar), zijn ouders als regisseur en het gezin. VVI zorgt voor een ketenaanbod op basis van een samenhangend kader van de zeven bouwstenen. De uitvoering vindt plaats binnen de 37 reeds bestaande multi-disciplinaire samenwerkingsverbanden van Integrale Vroeghulp. De regionale teams worden ondersteund door een landelijk team VVI, ondergebracht in een ketenbureau of kenniscentrum. De ondersteuning bestaat uit kennis delen, uitwisseling van innovaties en monitoring van kwaliteit, voortgang en (nieuwe) knelpunten in de keten.

De samenwerkingsverbanden sluiten regionaal convenanten af met afspraken over de samenwerking tussen de kerninstellingen (MEE, kinderrevalidatie, VG-sector) en de samenwerkende partners. Deze kunnen per regio verschillen.

2.6 Samenwerkingsverbanden

VVI bouwt voort op de 37 bestaande samenwerkingsverbanden van Integrale Vroeghulp. De regio's verschillen in omvang en zijn gebaseerd op het aantal inwoners. Iedere regio heeft formeel als kerninstellingen MEE, een

revalidatiecentrum en een instelling voor dagopvang voor verstandelijk beperkten. Tot het samenwerkingsverband treden per regio verschillende partners toe.

De kerninstellingen voldoen aan de volgende eisen:

- Aanstelling van een onafhankelijke coördinator;
- Realisatie en beschikbaar stellen van een onafhankelijk loket;
- Beschikbaarheid van een multidisciplinair team met ten minste een medisch specialist, een gedragsdeskundige en een maatschappelijk werker;
- Beschikbaarheid van een pool met casemanagers.

De netwerken zijn altijd multidisciplinair. Een gezin wordt door een trajectbegeleider begeleid, die vanaf de aanmelding tot het einde van de keten het contact met het gezin onderhoudt en de zorg coördineert. Dit vraagt om deskundigheid en vooral om vaardigheden om (als adviseur en ondersteuner) aan te sluiten bij de behoeften van het gezin. Dit laatste is gericht op het versterken van de eigen kracht van de ouders.

2.7 Conclusies: Aannames, Continuïteit & Kopieerbaarheid

In september 2008 is VVI gestart met elf regionale netwerken Integrale Vroeghulp. De ambitie is om eind 2010 met deze regio's te komen tot een ingevuld kader en werkwijzen voor de ketenzorg aan de hand van zeven bouwstenen. Hiermee kan de implementatie in Nederland plaatsvinden en wordt er gestreefd dat in elke regio:

- een ketennetwerk van vroegsignalering, integrale diagnostiek, gezinsondersteuning, onderwijs en zorg ontstaat, met erkenning van de positie van de ouders als regisseur, omdat zij te allen tijde de constante factor in het leven van hun kind zijn en de eerst belangrijke opvoeder;
- vroegtijdige signalering en diagnostiek uitmondt in een voor ouders begrijpelijk en hanteerbaar adviesplan;
- langdurige trajectbegeleiding beschikbaar is voor ouders bij het organiseren van de passende voorzieningen, gezins- en opvoedingsondersteuning, een samenhangend aanbod van onderwijs- en zorgarrangementen.

Ketensamenwerking

De oplossing voor een goed functionerend ketennetwerk schuilt niet altijd in het bij elkaar brengen van loketten of het verhogen van leeftijdsgrenzen. Juist de samenwerking rondom een gezamenlijk ervaren ketenprobleem, het delen van ervaringen, de ontwikkeling van intercollegiaal vertrouwen, gelijkwaardigheid en intermenselijkheid zijn de succesformule die doorslaggevend zijn in de netwerken die de VVI-kinderen omringen.

2.7.1 Minimale basisvereisten & kritieke succesfactoren

Omarmde visie

De belangrijkste basisvereiste voor een goed functionerend landelijk en regionaal VVI is een eensluidende visie op de ketenzorg voor kinderen met een ontwikkelingsprobleem. Deze visie is gebaseerd op het kader van de zeven bouwstenen VVI en vormt een keten van vroegsignalering, integrale diagnostiek, multidisciplinair adviesplan, langdurige trajectbegeleiding, gezinsondersteuning en onderwijs en zorg. Om goed te kunnen samenwerken, moet deze visie door alle samenwerkende partners worden onderschreven, uitgedragen en gekoppeld aan de organisatiespecifieke wijze van werken.

Erkenning van ouders als regisseur

De erkenning van de positie van de ouders als regisseur door alle samenwerkende partijen is een kritieke succesfactor voor het slagen van VVI. Dit start met een integrale benadering van de vraag van de ouders en

eindigt met de levering van zorg door professionals uit de samenwerkende netwerken als adviseur en ondersteuner van de ouders. De levering en de coördinatie van deze zorg kan zowel kort- als langdurig zijn.

Landelijke ondersteuning

In de transitieperiode 2008 – 2010 bleek het faciliterende landelijke coördinatieteam VVI en de Stuurgroep VVI een onmisbare kritieke succesfactor voor het slagen van het experiment. Dit team zorgde voor informatie en kennisuitwisseling tussen de regio's onderling, goede communicatie op landelijk niveau en stimulering van lokale initiatieven op basis van het richtinggevende kader van de bouwstenen. Dit leidde tot kwaliteitsstandaarden, handboeken en richtlijnen voor de landelijke werkwijze VVI. Kritieke succesfactor voor het borgen van deze kwaliteit komt door landelijke team met als taken:

- stimulering van (nieuwe) lokale initiatieven of uitbouw van bestaande initiatieven op basis van het richtinggevende kader VVI;
- ontwikkeling en borging van landelijke kwaliteitsstandaarden in werkwijze en registratie van gegevens;
- uitdragen van lokale expertise en deskundigheid of stimulering daarvan op landelijk niveau.

Monitoring van de regionale ketens VVI

Gedurende het transitie experiment is door het Nederlands Jeugd Instituut (NJI) een onderzoek naar het verloop van de regionale experimenten gedaan. Het onderzoek heeft tot doel om de ontwikkelingen binnen de regio's te volgen. Niet alleen de regionale vooruitgang, maar ook de wijze waarop in de pilotregio's de ketensamenwerking per bouwsteen vorm hebben gegeven, zijn hierin aan de orde gesteld. In een rapportage eind 2010 worden de volgende inzichten gedeeld:

- de mate van realisatie van regionale projectdoelen per bouwsteen;
de meest succesvolle wijze om de doelen te behalen;
- de meest geschikte protocollen/methodieken/richtlijnen.

Deze inzichten zijn de kritieke uitgangspunten voor een structurele kwalitatieve landelijke inbedding van VVI.

2.7.2 Risico's

Duurzaamheid van de opbouwde relaties

De transitieperiode heeft de elf pilotregio's intensief gestimuleerd om vanuit ketenperspectief met de bouwstenen aan de slag te gaan. Dit heeft waardevolle samenwerkingsrelaties opgeleverd. Deze zijn (niet altijd) vastgelegd in convenanten. In termen van verandermanagement was de transitieperiode relatief kort. Het grootste risico dat zowel regionaal als landelijk speelt, is dat de ingezette ontwikkelingen door gebrek aan doorzettingskracht of -macht niet worden geborgd. Het is belangrijk dat de borging zowel regionaal als landelijk plaatsvindt. Het uitvloeisel van de samenwerkingsvormen kan op schrift worden gezet in de vorm van een convenant, maar de daadwerkelijke waarde zit in de duurzaamheid van de (soms zeer pril) opgebouwde ketenrelaties. Wanneer de landelijke stimulering wegvalt, is de vraag of deze relaties voldoende duurzaam zijn om zelfstandig voortgezet te worden.

Het effect van de bezuinigingen

VVI (en in de basis Integrale Vroeghulp) drijft voor een groot deel op de bereidheid van uiteenlopende organisaties om op basis van vrijwilligheid capaciteit en expertise te leveren aan het netwerk. De huidige en aangekondigde bezuinigingsmaatregelen kunnen ertoe leiden dat organisaties zich meer op hun eigen terrein terugtrekken en juist minder op externe en ketensamenwerking gericht zullen zijn.

2.7.3 Continuïteit

VVI moet uiteindelijk uitmonden in een regionaal gekleurd netwerk dat ouders en kinderen in de leeftijd van nul tot zeven van advies, begeleiding en coördinatie van goed binnen de keten afgestemde zorg voorziet. De continuïteit hiervan is afhankelijk van de bereidheid tot (en het niveau van de ontwikkeling) van de samenwerking. Landelijke stimulans en kennisverspreiding kan zowel het regionale rendement als de regionale continuïteit bevorderen.

2.7.4 Kopieerbaarheid

Alhoewel er grote regionale verschillen zijn in de uitwerking en implementatie van zowel Integrale Vroeghulp als VVI in de regio's, kan dankzij deze transitie experimenten worden vastgesteld, dat het richtinggevende kader van de bouwstenen van VVI overal toepasbaar zijn. De toepasbaarheid van het kader is landelijk (en mogelijk zelfs internationaal) zeer groot. De kopieerbaarheid van goede regionale ervaringen, ontwikkelde standaards en expertise is eveneens groot, maar vraagt wel begeleiding vanuit een landelijk team. Om de netwerken in de regio's optimaal te laten ontwikkelen, moet dit landelijk team vooral stimuleren en mogen de standaards niet de overhand krijgen.







Clïëntperspectief - casus Alex

Alex heeft het Syndroom van Asperger

Kort na de geboorte van Alex rijzen er al snel zorgen bij de ouders van deze typische 'huilbaby'. Het ventje reageert opvallend angstig op harde geluiden, kookluchtjes, verandering van omgeving en ritme. Lichamelijk ontwikkelt hij zich voorspoedig. Hoewel zijn grove motoriek wat houterig is, legt hij vlotter dan zijn leeftijdsgenoten puzzels in elkaar en komt zijn spraak-taalontwikkeling verbluffend snel en uitgebreid op gang. Zijn angsten worden echter heviger en slaan steeds vaker om in ontembare driftbuien. Alex is twee en een half jaar als zijn zusje wordt geboren. Dit heeft zoveel impact dat zijn gedrag zelfs onhandelbaar wordt.

Een onbekende weg

De huisarts neemt het verhaal van ouders serieus en heeft gehoord dat kinderen met dit soort problemen terecht kunnen bij een MKD. De weg daar naartoe is voor hem onbekend, dus er gebeurt niets. Een paar maanden later verwijst een doortastende CB-arts de ouders door naar Integrale Vroeghulp.

Een belangrijke leidraad

Binnen enkele weken is er een zorgcoördinator aan het gezin verbonden. Deze vormt in de beginperiode en in de jaren erna een belangrijke leidraad voor het gezin. Door de omstandigheden zijn ouders behoorlijk uitgeput, maar de zorgcoördinator bewaakt de continuïteit. Zij brengt de hulpvraag in kaart en organiseert een bijeenkomst van het integrale vroeghulpteam, waar multidisciplinair naar Alex wordt gekeken en met ouders wordt gesproken. Hieruit komen drie vragen voort. Is Alex hoogbegaafd of heeft Alex ADHD of autisme?

Verdriet en opluchting tegelijk

Alex wordt aangemeld voor psychiatrisch onderzoek en na vier maanden volgt de uitslag: Alex is een

hoog functionerend kind met het Syndroom van Asperger (autisme) en heeft behandeling in een MKD nodig. De vroeghulpcoördinator is bij het eindgesprek aanwezig om ouders te steunen. Zij begrijpt heel goed dat het krijgen van een diagnose een opluchting kan zijn en tegelijkertijd veel verdriet losmaakt. Met respect en verbondenheid biedt zij de ouders in deze moeilijke tijd steun en houdt het hoofd koel. Er moet per slot van rekening veel georganiseerd worden. Ook in de tijd daarna stemt zij de adviezen, diagnoses, (preventieve) ondersteuning en behandelingen op elkaar af.

Preventieve gezinsondersteuning voorkomt erger

Het MKD blijkt een wachtlijst van meer dan negen maanden te hebben. In het reguliere kinderdagverblijf en thuis is Alex echter nauwelijks meer te handhaven. Binnen zes weken krijgt het gezin een video home trainster / praktisch pedagogisch gezinsbegeleider en een maatschappelijk werkster van het ambulante team van het MKD toegewezen. Binnen enkele maanden ontwikkelen ouders handvatten om beter met Alex om te gaan en beter op zijn behoeften in te spelen. Door deze creatieve oplossing voelen ouders zich gesteund en hervinden zij hun zelfvertrouwen. Zij ontdekken dat zij weldegelijk in staat zijn hun kind op te voeden.

In alle rust ontwikkelen door multi-disciplinariteit en integraliteit

Nog voor zijn vierde verjaardag gaat Alex naar het MKD. Dat betekent een wereld van verschil. Alles is er voorhanden: in de groep ontwikkelt hij zijn eigen-





waarde en sociale vaardigheden, een fysiotherapeut gaat aan de slag met zijn motoriek en de arts houdt zijn voortdurende oorontstekingen in de gaten. Doordat ook de school in het MKD gehuisvest is, verloopt de stap naar het onderwijs soepeler dan ooit verwacht. Dagelijks wordt Alex thuis opgehaald en rijdt vervolgens met vijf andere kinderen en een ervaren chauffeur en busbegeleidster naar het MKD. Het feit dat daar alles voorhanden is op medisch, pedagogisch, didactisch en (fysio)therapeutisch gebied betekent ook voor ouders een grote zorg minder. Langzaam maar zeker ontstaat er ruimte voor het acceptatieproces, waar de maatschappelijk werkster een belangrijke bijdrage aan levert. Dagelijkse communicatie met de pedagogisch medewerkers en regelmatige afstemming tussen ouders en de professionals die Alex omringen, zorgt voor een verbluffende inhaalslag in zijn ontwikkeling. Alex is bijna zes wanneer hij het MKD verlaat en in overleg met de intern begeleider van de cluster 4-school en een kleine katholieke school in de buurt waar Alex woont, wordt de overstap naar het regulier onderwijs gemaakt. Ondersteund met een rugzakje gaat hij volwaardig meedoen met zijn leeftijdsgenootjes.

Geen leeftijdsgrens voor behoefte aan traject-begeleiding

Inmiddels is Alex tien jaar en toch weer in het speciaal onderwijs beland. Veranderingen in zijn leven roepen geregeld nieuwe hulpvragen op, waar zijn ouders steeds opnieuw indicatieprocedures voor moeten opstarten. Zo is nog twee maal video home

training ingeschakeld en daarnaast is hij intensief begeleid bij het vinden van een geschikte sport. Omdat autisme een handicap is waar Alex de rest van zijn leven mee te maken heeft, hebben zijn ouders bij hun zorginstantie de wens geuit om met een 'strippenkaart' te werken. Geregeld hebben zij behoefte aan deskundig (opvoedings)advies of ondersteuning. Zij willen hiervoor niet steeds een intensief traject starten, maar bij een vertrouwd persoon kunnen aankloppen, die de situatie kent. De zorginstelling heeft dit opgepakt en is in overleg met Bureau Jeugdzorg over de mogelijkheid van een tweesporenbeleid. Enerzijds zijn er gezinnen met een eenmalige opvoedingsvraag, anderzijds zijn er gezinnen die een langdurig (maar na verloop van tijd minder intensief) zorgtraject behoeven. Hierbij vormt de vraag van de cliënt het startsein voor een korter of langer lopend hulptraject. Deze vraag is momenteel voor Alex heel relevant. Over twee jaar wil Alex namelijk naar een regulier VWO. Hij kan goed leren en zijn ouders willen hem ondersteunen bij het bereiken van zijn doel (sterrenkundige worden). Door zijn sociaal emotionele beperking blijft het een grote vraag of Alex het in het regulier voortgezet onderwijs kan redden. Het liefst zouden zij Alex nu al voorbereiden op deze nieuwe fase, maar waar vinden zij een levensloopbegeleider, die hem nu en later helpt zijn maatschappelijke plek te verwerven?

>>





Vervolg Cliëntperspectief - casus Alex

Alex's reis door VVI

Relevante bouwstenen VVI

- Vroeg signaleren (1)
- Multi-disciplinair adviesplan (3)
- Informatie, advies en trajectbegeleiding (4)
- Gezinsondersteuning (5)
- Zorg en onderwijs (6)
- Ketensamenwerking (7)

De huisarts signaleerde juist, maar wist de wegen niet te bewandelen. De CB-arts herkende eveneens een ontwikkelingsprobleem en kon ouders snel verwijzen naar de juiste instantie. Hierdoor kwam in een vroeg stadium (1) een duidelijke hulpvraag tot stand. Ouders werden in deze periode niet aan hun lot overgelaten, maar omringd met deskundigheid en menselijkheid. Een multi-disciplinair adviesplan (3) vormde voor alle omringende partijen een leidraad voor hun handelen. Het plan was in begrijp-

pelijke taal geschreven en gaf niet alleen de ouders overzicht op de punten waar Alex in zijn ontwikkeling moest worden ondersteund. Iedereen die hem omringde kon daardoor vanuit zijn of haar eigen expertise de juiste bijdrage bieden en ontstond er rust. Door inzet van preventieve gezinsondersteuning (5) werd een crisis voorkomen en werden de ouders uitgerust om Alex zelfstandig op te voeden. De kloof tussen zorg en onderwijs (6) bleek te groot om Alex op een school in de buurt te laten slagen. Vanuit het perspectief van een voortdurende (4) ondersteuningsbehoefte zijn zij nu op zoek naar een levensloopbegeleider die de overstap van het speciaal basisonderwijs naar het reguliere voortgezet onderwijs kan voorbereiden en begeleiden. Daarnaast hebben zijn ouders bij het netwerk (7) de vraag neergelegd om voor gezinnen met een gehandicapt kind een ander type (voortdurend beschikbare) trajectbegeleiding te indiceren (4).





3. Organisatorische case (OC)

Inleiding

In dit hoofdstuk zijn de kosten en opbrengsten van Vroeg, Voortdurend, Integraal (VVI) uitgewerkt. Na de start met VVI vanuit de bestaande samenwerkingsverbanden Integrale Vroeghulp in 2008, heeft het Nederlands Jeugd Instituut (NJI) door middel van een monitorend onderzoek de beginsituaties van de pilotregio's vastgelegd in zogenaamde startfoto's. Eind 2010 volgen de resultaten van het totale onderzoek, op basis waarvan deze case wordt bijgesteld.

3.1 Experimentfase, verbreden, opschaling en implementeren

In dit hoofdstuk wordt onderscheid gemaakt tussen de experimentfase van VVI in de periode 2008 – 2010 en de fase van verbreden, opschalen en implementeren in de periode van 2011 – 2015. Dit leidt vanaf 2015 tot verbeterde regionale ketennetwerken van vroegsignalering, integrale diagnostiek, gezinsondersteuning, onderwijs en zorg, gebaseerd op de huidige samenwerkingsverbanden Integrale Vroeghulp.

Het eerste deel van het project - de experimentfase in elf pilotregio's - loopt van 2008 t/m 2010. In totaal betreft dit dertien samenwerkingsverbanden Integrale Vroeghulp, gecoördineerd door MEE. VVI bouwt voort op deze bestaande samenwerkingsverbanden.

Grondslag voor het huidige subsidie aan de samenwerkingsverbanden Integrale Vroeghulp ligt in de Regeling AWBZ en de Ziekenfondswet. In artikel 2.5.2, tweede lid van de Ziekenfondswet is een afzonderlijk subsidiebedrag geoormerkt voor de aansturing, coördinatie, ondersteuning en het faciliteren van projecten Integrale Vroeghulp. In 2009 bedroeg dit subsidie € 1.567.755.

Voorwaarden voor subsidiëring van de coördinatie door Integrale Vroeghulp zijn:

- een samenwerkingsovereenkomst tussen de MEE-organisatie en ten minste de sectoren voor kinderevalidatie en de zorg voor kinderen met een verstandelijke handicap;
- de aanwezigheid van een team Integrale Vroeghulp, bestaande uit vertegenwoordigers van een kinderevalidatiecentrum of de revalidatieafdeling van een ziekenhuis, de subsidieontvanger (MEE) en de kinderdagcentra voor kinderen met een verstandelijke handicap;
- een onafhankelijk aangestuurde coördinator;
- een pool van deskundige casemanagers;
- een laagdrempelig aanmeldpunt;
- een projectplan dat de instemming heeft van de partijen uit de samenwerkingsovereenkomst.

De kosten van de experimentfase VVI bedroegen € 3.648.800. Deze kosten zijn in drie categorieën te verdelen: landelijke projectleiding, onderzoekskosten en de kosten van de regionale pilotprojecten. Dit totaalbedrag is

exclusief de kosten die jaarlijks door het samenwerkingsverband en partners van Integrale Vroeghulp worden gemaakt.

Eind 2010 loopt de experimentfase af voor de pilot-regio's. Daarna wordt de methodiek met de zeven bouwstenen regionaal geïmplementeerd onder leiding van een projectleider VVI. 2011 is een belangrijk jaar voor het project. Dan gaan de huidige pilot-regio's verbreden, opschalen en implementeren. Tegelijkertijd wordt het experiment verspreid over de twaalf andere MEE organisaties, waarin totaal 37 samenwerkingsverbanden Integrale Vroeghulp participeren. Deze regio's starten dan met een verkenning, waarin zij onderzoeken hoe het ketenmodel met de zeven bouwstenen voor kinderen met een beperking in hun samenwerkingsverband kan worden geïntroduceerd. Dit moet leiden tot een landelijk dekkend netwerk. De kosten hiervoor bedragen in 2011 € 1.630.000.

In 2012 en 2013 werken alle 37 samenwerkingsverbanden Integrale Vroeghulp verder aan borging en opschaling van het ketenmodel VVI. De kosten hiervoor bedragen in 2012 en 2013 respectievelijk € 1.723.000 en € 1.799.000⁴.

In 2014 en 2015 worden de regionale ketennetwerken van vroegsignalering, integrale diagnostiek, gezinsondersteuning en zorg en onderwijs van VVI landelijk dekkend gemaakt. De ondersteuning door een landelijk bureau kan daardoor na 2015 worden beëindigd. De partners van VVI nemen deze rol over. De kosten voor landelijk dekkende implementatie bedragen in 2014 en 2015 respectievelijk € 1.355.000 en € 538.000.

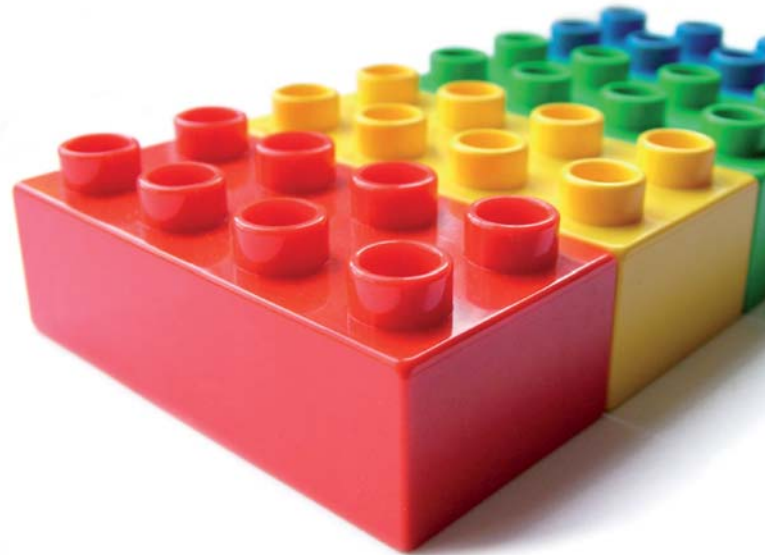
De totale projectkosten voor de periode 2008 t/m 2015 bedragen € 10.693.800. Het project is tot eind 2010 gefinancierd vanuit TPLZ. Om het project in de jaren 2011 t/m 2015 te kunnen afronden, is dus nog een bedrag van € 7.045.000 nodig. Dit bedrag is exclusief de kosten voor coördinatie van de bestaande samenwerkingsverbanden Integrale Vroeghulp.

3.2 Structurele fase vanaf 2015

Om de structurele kosten van VVI vanaf 2015 te kunnen bepalen, is inzicht in de omvang van de doelgroep en de activiteiten binnen VVI nodig. De kosten worden aan de hand van de bouwstenen en de grootte van de doelgroep in beeld gebracht.

Doelgroep en omvang van de doelgroep

Het accent van VVI ligt op kinderen met een (verstandelijke, lichamelijke of meervoudige) beperking of chronische ziekte in de leeftijd van nul tot zeven jaar en hun gezinnen.



⁴ Uit: Een uitleg over de begroting VVI 2011 – 2015 is op te vragen.

Er is gekozen om de gewenste ketensamenhang in eerste instantie voor kinderen met een (dreigende) ontwikkelingsachterstand en/of handicap uit te werken. Voor deze doelgroep bestaat met Integrale Vroeghulp immers een basis waarop kan worden voortgebouwd. Bovendien is voor deze doelgroep veel winst te behalen. Jaarlijks doorlopen zeker 3.900 ouders en kinderen een vroeghulptraject (MEE Nederland, 2009).

De doelgroep van de businesscase is als volgt gedefinieerd: kinderen van 0-7 jaar met een verstandelijke handicap, kinderen van 0-7 jaar met een lichamelijke handicap, kinderen van 0-7 jaar met een gedrags- of leerstoornis en met de specifieke aandoening ASS en kinderen van 0-7 met een ernstige meervoudige handicap.

De omvang van de doelgroep is gebaseerd op een onderzoek van Zenc⁵. Dit onderzoek geeft inzicht in de schatting van de prevalentie-aantallen voor de bovenstaande doelgroep. Zenc baseert zich op het CBS en vele onderzoeken naar prevalentie en gaat er vanuit dat de prevalentie gelijkmatig over de leeftijden verdeeld is.

Doelgroep	Omvang
Verstandelijke handicap	17.142
Lichamelijke handicap	18.285
Gedrags- of leerstoornissen (ASS)	4.000
Ernstige meervoudige handicap	1.142
Totaal	40.569

Tabel 3: Doelgroep en omvang, Zenc 2010.

In de businesscase wordt gewerkt met een totale doelgroepgrootte van 40.000 kinderen in de leeftijd nul tot zeven jaar met onveranderde prevalentiecijfers en een gelijkblijvend geboortegetal de komende jaren. De omvang van de doelgroep per levensjaar is 5.000 kinderen. Ieder jaar wordt er een cohort van 5.000 nieuwe doelgroepkinderen geboren en valt er een cohort van 5.000 af vanwege het bereiken van de leeftijd van acht jaar. Wanneer al deze kinderen een beroep zouden doen op Integrale Vroeghulp/VVI, zou de huidige capaciteit tekort schieten. Gelukkig kunnen veel kinderen en hun ouders ook zonder een vroeghulptraject hun weg vinden.

Kosten per jaar vanaf 2015

VVI is in het volwassen model in 2015 geslaagd, wanneer binnen alle 37 regionale samenwerkingsverbanden de ketennetwerken van vroegsignalering, integrale diagnostiek, gezinsondersteuning, zorg en onderwijs zijn verbeterd. Tegen die tijd is de ketenzorg voor kinderen met een ontwikkelingsprobleem van nul tot zeven jaar regionaal geïmplementeerd en bieden landelijke partners ondersteuning. Een projectbureau is dan niet meer nodig.

Koppeling met de bouwstenen

De kostenberekening is gebaseerd op de uitwerking van de bouwstenen in hoofdstuk 2.

Bouwsteen 1: Vroege signalering

De eerste bouwsteen is geplaatst binnen de algemene (jeugd) gezondheidszorg. Het gaat om vroegtijdige signalering vanuit de consultatiebureau's, kinderopvang en huisartsen. In 2010 vindt in Gouda een pilotstudie

⁵ Van Niel en Pluut, Zenc. Doelgroepanalyse VVI, maart 2010.

plaats (uitgevoerd door TNO) naar vroegsignalering binnen de jeugdgezondheidszorg met de D-screening. Kosten voor verder onderzoek naar de D-screening of implementatie zijn in deze businesscase nog niet meegenomen. Zij zijn afhankelijk van de resultaten van de pilotstudie eind 2010. Voor de signalering en tijdige verwijzing van kinderen met een beperking is betrokkenheid vereist van meerdere disciplines. De basis voor deze bouwsteen ligt in een goede samenwerking met de Centra voor Jeugd en Gezin. Het gaat in de experimentfase en in de opschalingsfase tot 2015 vooral om de coördinatie van ketenzorg voor kinderen met een beperking af te stemmen. Structurele inbedding in samenwerking met het CJG is van groot belang.

Bouwsteen 2: Multidisciplinaire diagnostiek

Voor multidisciplinaire diagnostiek is samenwerking nodig tussen diverse organisaties zoals consultatiebureau, ziekenhuizen, gehandicaptenorganisaties en MEE organisaties. De financiering loopt vanuit de financierings-systeem van de afzonderlijke organisaties. In de businesscase worden deze kosten verder niet benoemd.

Bouwsteen 3: Multi-disciplinair adviesplan

De lokale partijen geven gezamenlijk invulling aan het multi-disciplinair adviesplan. De financiering is geborgd in de financieringssysteem van de afzonderlijke organisaties. In de businesscase worden deze kosten verder niet benoemd.

Bouwsteen 4: Langdurige trajectbegeleiding

Deze bouwsteen wordt ontwikkeld in de periode 2011 tot het moment van een volwassen VVI-model. Aangenomen wordt dat langdurige trajectbegeleiding noodzakelijk is voor een deel van de doelgroep (40.000 kinderen tussen de nul en acht jaar). De doelgroep blijft stabiel, omdat jaarlijks 5.000 doelgroepkinderen worden geboren, maar er ook 5.000 kinderen van acht jaar uit de doelgroep verdwijnen. Op basis van de huidige kortdurende trajectondersteuning, is een voorzichtige schatting dat 20% van de doelgroep langdurige trajectbegeleiding nodig heeft.

Consulent MEE: "Langdurige trajectbegeleiding is voor mij de essentie van hulpverlening. Het proces ondersteunen, volgen, niet loslaten; dat is wat we doen. De handicap van onze kinderen gaat nooit over, dus is de hulpvraag ook nooit over."

De volgende berekening is gemaakt door MEE Nederland en gebaseerd op een pilot van VVI in de regio Midden-Brabant. Hier is een pilot langdurige trajectbegeleiding uitgevoerd. Voor de berekening wordt een gemiddeld uurtarief van € 70 gehanteerd, inclusief overhead en huisvesting. Gedurende deze pilot en op basis van de opgedane ervaringen, is de wens geuit om als norm voor langdurige trajectbegeleiding uit te gaan van vier uur begeleiding per maand per gezin.

Gemiddeld wordt uitgegaan van twee jaar begeleiding, dus 96 uur per traject.

Bij een doelgroep van 40.000 kinderen komen 8.000 (20% van de doelgroep) kinderen in aanmerking voor langdurige trajectbegeleiding. De kosten van deze trajectbegeleiding bedragen 96 uur x € 70, wat leidt tot een totaal kostenbedrag van € 6.720 per langdurig traject. De totale kosten voor de doelgroep gedurende acht jaar bedraagt dan 8.000 kinderen x € 6.720, wat leidt tot een totaalbedrag van € 53.760.000. Jaarlijks (delend door 8) kost dit een bedrag van € 6.720.000.

Bouwsteen 5: Preventieve gezinsondersteuning

Moeder van John (3,5 jaar, Syndroom van Down): "Ik merkte dat de communicatie met John veel moeizamer verliep dan bij zijn 'normale' zus. Ik werd daar erg onzeker van. Toen hij een jaar was, kregen we opvoedingsondersteuning. De gezinscoach leerde ons wat zijn aandoening inhield en tegelijkertijd kregen we adviezen hoe we wel contact met hem konden maken en samen plezier hebben. Negen maanden later namen we vol vertrouwen afscheid van onze coach. Inmiddels hebben we nieuwe vragen. John is ander gedrag gaan vertonen en we willen hem en onszelf voorbereiden op de stap naar het basisonderwijs of het KDC. Gelukkig dat we ook nu weer op onze vertrouwde gezinscoach kunnen bouwen."

Aangenomen wordt dat preventieve gezinsondersteuning jaarlijks noodzakelijk is bij 12,5% van de kinderen, brengt deze doelgroep in totaal op 5.000 trajecten per jaar. Het kan in dit geval zowel gaan om geïndiceerde zorg (door de gehandicaptenzorg), niet-geïndiceerde zorg door de gehandicaptenzorg, ondersteuning vanuit MEE of vanuit de jeugdgezondheidszorg.

De berekening van de kosten is gebaseerd op de ervaringen uit een pilot van Stichting NOVO, locatie Groningen. In deze pilot is vanuit de gehandicaptenzorg op grond van een indicatie een gezinscoach ingezet. Ouders verwierven zich hierdoor inzicht in de behoeften van hun kind, kregen advies en leerden hun opvoeding waar nodig aan te passen. Wanneer dit goed loopt, kan de gezinsbegeleider afscheid nemen.

In onderstaande berekening is er van uitgegaan van een traject van veertig weken per jaar. De uurtarieven zijn bruto, inclusief werkgeverslasten en overhead en er is rekening gehouden met een productiviteit van 60%. Dit leidt tot de volgende kostenberekening:

Gezinscoach	160 uur à € 47,466 ⁶	€ 7.593,60
Gedragswetenschapper	42 uur à € 78,-	€ 3.276,00
Overhead	20 uur à 50	€ 1.000,00
Totaal		€ 11.869,00

Tabel 4: Berekening gezinsondersteuning, Stichting Novo 2010.

De totale geschatte kosten zijn € 11.869 per kind per jaar. Bij een doelgroep van 5.000 kinderen leidt dit tot een bedrag van € 59.345.000 per jaar.

Bouwsteen 6: Onderwijs en Zorg

Regionale invulling van de coördinatie van zorg en onderwijs vindt enerzijds plaats door samenwerking tussen Integrale Vroeghulp, de Zorg Advies Teams en het Centrum Jeugd en Gezin. Daarnaast wordt de regionale invulling beïnvloed door ontwikkelingen binnen Passend Onderwijs.

⁶ De uitwerking van de berekening van uurtarieven zijn op te vragen bij VVI.

Ouders hebben één coördinatiepunt binnen de bestaande infrastructuur van onderwijs en zorg nodig. Het onderwijs wordt daarom uitgenodigd deel te nemen aan de kernteams Integrale Vroeghulp. De bekostiging van deze uitbreiding vindt net als voorheen plaats vanuit de eigen financieringssystematiek van de afzonderlijke organisaties van zowel zorg als onderwijs.

Omdat ieder kind recht heeft op onderwijs, is er een landelijk streven om voor kinderen met een ontwikkelingsprobleem of beperking zogenaamde zorg-onderwijsarrangementen te realiseren. Een uitwerking van deze arrangementen staan in 2010 nog gepland en hiervoor zal met de ministeries gekeken worden naar de financieringsstructuur en wet- en regelgeving, om deze bouwsteen zo optimaal mogelijk in de keten neer te zetten.

Bouwsteen 7: Ketennetwerk

De kosten van het ketennetwerk zijn in beeld gebracht vanuit de huidige en de toekomstige kosten van de coördinatie van de samenwerkingsverbanden Integrale Vroeghulp en de kosten voor een tijdelijke ketencoördinator voor implementatie van VVI.

In 2009 was in totaal € 1.567.755 aan subsidie beschikbaar voor de financiering van Integrale Vroeghulp. Jaarlijks doorlopen ongeveer 3.900 ouders en kinderen een vroeghulptraject. Er zijn landelijk 21 coördinatoren Integrale Vroeghulp. Zij besteden 5,5 uur per kind aan coördinatie Integrale Vroeghulp. In de berekeningen is er vanuit gegaan dat het subsidiebedrag tot en met 2015 jaarlijks gelijk blijft.

Bij de ketenontwikkeling van VVI wordt de doelgroepleeftijd uitgebreid van vier naar zeven jaar. Hiermee groeit de omvang van de doelgroep met 43%, uitgaande van het feit dat het beroep op VVI per leeftijdsjaar gelijk verdeeld blijft. Omdat met de uitbreiding van de leeftijd naar zeven jaar het onderwijsveld nadrukkelijk in beeld komt van VVI, is een grotere toestroom mogelijk. Daarnaast zijn er beperkingen die pas op latere leeftijd tot uitdrukking komen, bijvoorbeeld de sociaal-emotionele ontwikkelingen of de taal-spraakontwikkeling wanneer een kind onderwijs gaat volgen. Deze kinderen zijn nu niet bekend bij Integrale Vroeghulp, maar zullen wel een beroep doen op de ketenzorg van VVI.

Uitgaande van een voorzichtige en lineaire verwachting stijgt het aantal kinderen binnen Integrale Vroeghulp met 2.925 naar 6.825. Op basis van de huidige urenbesteding van 5,5 uur per kind stijgt het aantal benodigde coördinatie-uren naar 37.538.

Op basis van een gemiddeld integraal uurtarief van € 70⁷ is jaarlijks een geïndexeerd budget nodig van € 2.627.660. Dit is een stijging van € 1.060.000 ten opzichte van het huidige budget voor de coördinatie van Integrale Vroeghulp. Deze structurele kosten gelden vanaf 2016.

3.3 Conclusie

In 2016 heeft VVI een volwassen fase bereikt. Bij een deel van de doelgroep vindt langdurige trajectbegeleiding en preventieve gezinsondersteuning plaats. Daarnaast worden kosten gemaakt voor de coördinatie van de keten. In totaal zijn de kosten voor VVI in de volwassen fase jaarlijks ruim € 68 miljoen euro. Onderstaande samenvattende tabel van de kosten voor de periode 2008 – 2016 biedt hier meer informatie over. Hierin biedt de laatste kolom inzicht in het kostenniveau bij een situatie waarin 40% van de kinderen gebruik maakt van langdurige trajectbegeleiding.

⁷ Dit cijfer is afkomstig van MEE Nederland.

Samenvattende tabel

	Experimentfase 2008 - 2010	Opschaling- fase 2011	Opschaling en Borging 2012 - 2015	Volwassenfase vanaf 2016 (LTB bij 20% van de kinderen)	Variant 1 (LTB bij 40% van de kinderen)
Kosten VVI-project	€ 3.648.800	€ 1.630.000	€ 5.415.000		
Coördinatie IVH- netwerken (jaarlijkse subsidie aan MEE)	€ 4.703.265	€ 1.567.755	€ 6.271.020		
Bouwsteen 4 Langdurige traject- begeleiding				€ 6.720.000	€ 13.440.000
Bouwsteen 5 Preventieve gezinson- dersteuning				€ 59.350.000	€ 59.350.000
Bouwsteen 7 Ketencoördinatie				€ 2.627.660	€ 2.627.660
Totale kosten per jaar				€ 68.697.660	€ 75.417.660

Tabel 5: Kosten VVI 2008 - 2016.





Clïëntperspectief - casus Puck

Puck heeft een spastische verlamming en epilepsie

Na een weliswaar zware geboorte ontwikkelt Puck zich tot een blozende, vrolijke, sociale baby. Als ze vier maanden is, rijzen er bij haar ouders zorgen. Puck houdt haar rechterhandje steeds in een vuistje en grijpen doet zij alleen met links. De arts van het consultatiebureau vindt het niet zorgwekkend, maar haar ouders leggen het toch voor aan de huisarts. De huisarts verwijst hen naar een kinderneuroloog, die na een MRI-scan een groot herseninfarct aan de linkerkant van Pucks hersenen vaststelt. Dit infarct heeft de volgende grote gevolgen:

- **Hemiparese (hemiplegie):** een spastische verlamming van de rechter lichaamshelft. *Hemianopsie: hierdoor ziet zij aan de rechterkant van haar gezichtsveld niets.*
- **Afwijkende spierspanning:** hierdoor is haar lichaam vaak te slap en haar rechterarm en -voetje juist te stijf (spastisch).
- **Aantasting van het taal-/spraakcentrum:** praten is daardoor erg moeilijk.

Een leventje met veel ziekenhuisopnamen en speciale zorg is het gevolg.

Gezamenlijk het onderste uit de kan halen

Kort na de diagnose krijgt Puck verschillende vormen van therapie. Haar ouders krijgen van de fysiotherapeut handreikingen om Puck zoveel mogelijk te stimuleren, haar balans te laten vinden en om haar bewust te maken van haar rechter lichaamshelft.

Als Puck acht maanden is, zorgt de fysiotherapeut voor een zitschelp. De therapeuten van het revalidatiecentrum zoeken voortdurend en gezamenlijk naar

mogelijkheden om Puck zich te laten bewegen zoals ze het in haar hoofdje weldegelijk bedenkt. Met de juiste activering, hulpmiddelen en veel oefenen leert Puck lopen en met twee en een half jaar loopt ze voor het eerst los.

Zoveel vragen, wie wijst de weg?

De ouders van Puck zijn zowel door het kinderiekenhuis als het revalidatiecentrum goed en deskundig geholpen. Toch zijn er vanaf de medische diagnose voor ouders een aantal onduidelijkheden. Hoe moeten en kunnen zij nu verder met Puck? Haar ontwikkelingsmogelijkheden zijn onduidelijk en dat geeft veel onzekerheid. Kan ze bijvoorbeeld naar een regulier kinderdagverblijf in de buurt en welke keuzemogelijkheden zijn er voor wat betreft haar school?

Van regulier naar speciaal

Als Puck drie jaar is, krijgt zij een zeldzaam epilepsiesyndroom met grote gevolgen. Ze kan daardoor niet meer op het reguliere kinderdagverblijf terecht en gaat naar een therapeutische peutergroep van het revalidatiecentrum. Met haar vierde maakt ze de overstap naar het speciaal basisonderwijs (cluster 3), waar veel structuur is en met picto's wordt gewerkt. Daar krijgt ze ook logopedie, fysiotherapie en ergotherapie. Haar dagen zijn lang en zwaar en hoewel ze het prima naar haar zin heeft, houdt ze het niet alle dagen vol.

Het toekomstperspectief bijstellen

Vanaf haar vijfde verslechtert Puck's aandoening. Ze is veel ziek, heeft last van de epilepsie of de medi-





cijnen en elke dag put haar uit. Omdat ze steeds minder van de wereld om zich heen begrijpt, wordt Puck's gedrag steeds moeilijker. Vanuit het niets kan ze volledig overstuur raken. Alleen met heel veel rust en zachtheid is ze dan weer tot bedaren te brengen.

Puck trekt zich steeds meer terug in haar eigen onbereikbare wereldje.

Na een simpele ingreep voor buisjes in de oren van Puck ontspoorde Puck's epilepsie volledig en ze wordt opgenomen in het kinderziekenhuis. In overleg met de kinderneuroloog worden de medicijnen aangepast en de schooldagen gehalveerd, zodat zij (en het gezin) weer een beetje tot rust kan komen. Met zes jaar volgt Puck halve dagen mytyl-onderwijs. De andere helft van de dag wordt ze opgevangen door een verpleegkundige thuis dankzij het PGB dat haar ouders hebben aangevraagd.

Ouders of ervaringsdeskundige zorgcoördinatoren?

Naast de gewone zorg heeft Puck ook regelmatig speciale zorg nodig door haar gezondheidsproblemen en de gevolgen hiervan. Haar ouders missen iemand die de zorg voor hun dochter coördineert en worden tegen wil en dank deskundig. Het vinden van de juiste weg is voor haar ouders een hele toer. Een beenspalk wordt door de ziektekostenverzekering betaald, maar voor een rolstoel moeten zij bij de gemeente zijn. Haar ouders hebben een dagtaak aan het volgen van alle regelgeving en de communicatie met alle hulpverleners (bijv. logopediste, fysiotherapeut, revalidatiearts, neuroloog, longspecialist)

en kopen uiteindelijk de hulp van een professionele particuliere zorgcoördinator in.

Puck's reis door VVI

Relevante bouwstenen VVI

- Vroeg signaleren (1)
- Vroege diagnostiek (2)
- Multi-disciplinair adviesplan (3)
- Informatie, advies en trajectbegeleiding (4)
- Gezinsondersteuning (5)
- Zorg en onderwijs (6)
- Ketensamenwerking (7)

Alhoewel de arts van het consultatiebureau Puck's ontwikkeling niet zorgwekkend vindt, verwijst de huisarts haar ouders direct door naar een kinderneuroloog (1). Dit leidt tot een traject met vroege, complexe diagnostiek (2) in een medisch centrum en integrale multidisciplinaire behandeling in samenwerking met het revalidatiecentrum (3). Geldt verwijzen artsen naar elkaar door en werken samen om haar complexe aandoeningen aan te pakken (7), maar binnen dit alles blijven de huisarts, de neuroloog en de ouders de spil. Doordat zowel in het behandelteam als later op school (6) meerdere vormen van therapie worden ingezet, kan Puck zich ontwikkelen en zich een aantal vitale basisfuncties eigen maken. Naast de gebruikelijke zorg is en blijft medische zorg voor haar onontbeerlijk. Om uitputting bij ouders te voorkomen, is de inzet van een verpleegkundige thuis tijdig ingezet (5) dankzij het PGB. Het enige dat Puck's ouders ontbreekt, is langdurige trajectbegeleiding. Iedere nieuwe fase in Puck's leven – of het nu een verbetering of een verslechtering is – roept nieuwe vragen en informatiebehoefte op (4). Haar ouders zijn tegen wil en dank deskundig geworden, maar kunnen bij gebrek aan ervaring met nieuwe ontwikkelingen niet altijd voldoende vooruit kijken.





4. Maatschappelijke case (MC)

Dit hoofdstuk behandelt de maatschappelijke case van Vroeg, Voortdurend, Integraal (VVI) waarin de impact van VVI op de maatschappij wordt beschreven. Deze levende mBC kan veranderen wanneer samen met de stakeholders nader wordt gekeken naar de maatschappelijke baten.

4.1 Inleiding

Elke waarde die door Vroeg, Voortdurend, Integraal (VVI) gecreëerd wordt, maar niet is omgezet in financiële baten ten gunste van VVI, valt onder de Maatschappelijke Case. Dit is waarde die ten gunste komt aan de maatschappij oftewel *maatschappelijk rendement*.

Om een onderbouwde inschatting te kunnen maken van dit rendement is gebruik gemaakt van zorgvuldig gedocumenteerde aannames, veronderstellingen en indicatoren. Dit levert geen getallen van uiterst wetenschappelijke precisie op, maar wel de meest reële benadering. Het oorzakelijk verband is zo goed mogelijk ingeschat, maar vereist in een aantal gevallen langdurig onderzoek in gecontroleerde (nu nog toekomstige) situaties om het daadwerkelijke effect te kunnen vaststellen.

De maatschappelijke baten zijn met behulp van twee verschillende methoden berekend. De eerste methode maakt alle toekomstige baten contant één jaar nadat het volwassen model van VVI gestalte heeft gekregen. Eenvoudig gezegd, worden hierbij de toekomstige rendementen terug berekend naar één vast bedrag van *jaarlijkse* maatschappelijke baten. Dit wordt afgezet tegen de jaarlijkse kosten. Deze methode wordt veel toegepast bij Social Return on Investment (SROI) berekeningen.

Bij de tweede methode wordt op vier verschillende momenten (2016, 2020, 2025 en 2030) berekend wat de baten in *dat betreffende jaar* zijn. Dit wordt afgezet tegen de kosten in dat betreffende jaar. Omdat sommige baten op verschillende momenten worden bereikt, wordt de tweede methode eveneens toegepast.

Zodoende kunnen ook break-even point berekeningen worden uitgevoerd en worden de effecten van het multiplier-effect zichtbaar. Met name hiermee wordt inzicht verkregen in de meerwaarde van VVI.

4.2 Stakeholders

Tijdens de landelijke werkconferentie VVI 'De Tweede Helft' (december 2009) zijn de belangrijkste stakeholders van Vroeg, Voortdurend, Integraal geïdentificeerd. Dit zijn alle partijen/personen die op enigerlei wijze baat hebben bij de resultaten van het experiment VVI.

Projectleider pilotregio VVI: "Het is ontzettend leuk om langdurige trajectbegeleiding te kunnen bieden. Je staat aan de voorkant van de hulpverlening en je voorkomt dat er in een vroeg stadium dingen worden vernield, waardoor zwaardere – en duurder! – zorg op een later moment kan worden voorkomen."

Ouder: "Onze zoon is nu bijna zeven jaar oud. Al op heel jonge leeftijd hadden we het gevoel dat hij anders was. Onrustig, niet stil kunnen zitten, moeite met concentreren. Natuurlijk maak je je als ouders ongerust. Via het consultatiebureau zijn we verwezen naar Integrale Vroeghulp. Daar ging een wereld voor ons open: mensen die met veel begrip voor onze situatie naar ons luisterden. Integrale Vroeghulp regelde de nodige onderzoeken. Onze vermoedens werden bevestigd. We weten nu wat er met onze zoon aan de hand is. Het gaat niet om het etiketje. We willen hem gewoon de beste kansen bieden in het leven. Er vroeg bij zijn, is in zijn geval heel belangrijk."

Overzicht van alle stakeholders

- | | |
|--|--|
| ■ Cliënt: kind en ouders | ■ Provincies |
| ■ Ministerie VWS, langdurende zorg | ■ Huisarts |
| ■ Ministerie Jeugd en Gezin | ■ Jeugdgezondheidszorg (GGD en consultatie bureau's) |
| ■ Ministerie O,C&W | ■ Zorg Advies Teams |
| ■ Verzekeraars | ■ Cliëntenondersteuning (MEE) |
| ■ Gemeenten | ■ Cliëntenorganisatie (NPCF, CG-Raad, NVA) |
| ■ Mantelzorgers | ■ Centrum voor Jeugd en Gezin |
| ■ Zorgaanbieders (ziekenhuis, gehandicaptenzorg, GGZ, jeugdzorginstellingen) | ■ Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) |
| ■ Onderwijs: speciaal en regulier | ■ Bureau Jeugdzorg |
| ■ Professionals uit de zorg en het onderwijs | ■ Justitie |

Naast de cliënt, zijn voor onderstaand stakeholders de baten in kaart gebracht:

- 1) Ministerie VWS (Langdurende Zorg en Jeugd & Gezin)
- 2) Ministerie O,C&W
- 3) Verzekeraars
- 4) Gemeenten
- 5) Zorgaanbieders
- 6) Cliëntenondersteuning (MEE)

4.2.1 Ministerie VWS (Langdurende Zorg en Jeugd & Gezin)

De baten voor Ministerie VWS (Langdurende Zorg en Jeugd & Gezin) zijn:

- Kostenbeheersing door preventie
- Vloeiende overgang tussen onderwijs en zorg, zowel op het gebied van beleid als in het aanbod
- Betere samenwerking binnen het ministerie
- Door samenkomst van verschillende departementen ontstaat een integraal beleidsniveau
- Beperking van de wachtlijsten
- Gerichtere aanpak van (mogelijke) problemen op individueel (kind)niveau als beleids- en organisatie-niveau
- Nadruk op preventie, waardoor lagere kosten op het gebied van cure & care
- Versterking van de eigen kracht van het gezin (eigen kracht-conferenties)
- Minder instroom naar 'indicaties' en/of minder (zware) indicaties
- Beter totaalbeleid op het gebied van jeugd & gezin: integrale blik op zorg en onderwijs
- Effectievere en efficiënter georganiseerde samenwerking leidt tot betere zorg en lagere kosten
- Laagdrempelige zorg, zodat minder zware hulpvragen eerder in beeld zijn en vroeger kunnen worden aangepakt (preventie) door ketenpartners
- Specialistische hulpvragen zijn duidelijker en beter te plaatsen bij ketenpartners

4.2.2 Ministerie OC&W

De baten voor Ministerie OC&W zijn:

- Betere aansluiting van zorg en onderwijs in de regio en op landelijk niveau
- Doordat het traject korter is, is het kind sneller op de juiste plaats. Dit levert tijdswinst voor het kind en voorkomt onnodig leed. Hoe korter een traject is, hoe lager de kosten zijn
- Geen of in ieder geval minder 'thuiszitters'
- Verlaging van de belasting voor leerkrachten en personeel
- Er is Passend onderwijs dat zowel op het kind als het systeem op maat wordt toegepast
- Door een herkenbaar '1-loket' ontstaat tijdswinst
- Ontschotting met de naastgelegen ministeries, doordat in gezamenlijkheid over preventie wordt nagedacht en samengewerkt
- Er ontstaat een gezamenlijk gedragen verantwoordelijkheid door de ketenpartners (ministeries) voor preventie en voorkomen van onnodig leed
- Duidelijke, gerichte en gecombineerde zorg voor de cliënt
- Kennisdeling tussen partners op het gebied van onderwijs-zorgarrangementen
- Voorkomen van schooluitval door tijdige en preventieve interventies zorgt dat kinderen zich optimaal kunnen ontwikkelen en toegerust de school verlaten

Ministerie OC&W: "Doordat we binnen het ministerie en met onze ketenpartners op strategisch en uitvoerend niveau betere samenwerkingsverbanden hebben, heb ik meer voeling met het werkveld en de cliënt en vanuit beleidsperspectief beter zicht op de resultaten van de maatregelen. Bovendien komen knelpunten sneller aan het licht, waardoor we sneller kunnen bijsturen. Ik heb het gevoel niet meer op een eiland te werken, maar op een grote archipel, waarbij we aan een gezamenlijk probleem werken om te voorkomen dat kinderen buiten de boot vallen en te ondersteunen en bij te sturen zodat ze goed terecht komen."

4.2.3 Verzekeraars

De baten voor de Verzekeraars zijn:

- Minder instroom chronische zorg door preventie
- Investerings in preventie zijn mogelijk, omdat dit goedkoper is dan chronische zorg
- Verlaging van de administratieve lasten door beter gecoördineerde informatie dankzij minder schakels

Zorgkantoor: Zowel het versterken van de positie en de eigen regie van de cliënt als een betere prijs-kwaliteit-verhouding, zijn voor ons belangrijke voordelen van langdurige trajectbegeleiding. Dit heeft zijn meerwaarde bij demente mensen al duidelijk bewezen. Wij betalen op dit moment mee aan een pilot met langdurige trajectbegeleiding voor kinderen, omdat we onze positieve verwachtingen zowel inhoudelijk als financieel willen onderbouwen. Uiteindelijk streven we naar structurele, landelijke financiering.

4.2.4 Gemeenten

De baten voor de Gemeenten zijn:

- Alle (noodzakelijke) zorg is overzichtelijk per cliënt en in de tijd. Hiermee heeft de gemeente de totale kosten in beeld. De vraag kan nog niet beantwoord worden of het experiment vanuit de WMO of vanuit de AWBZ in de toekomst wordt gefinancierd
- Goede, efficiënte en kwalitatief goede zorg voor jonge inwoners
- Grotere maatschappelijke bijdrage van burgers: door de optimale ontwikkeling van het kind is er een grotere kans op (blijvende) arbeidsparticipatie van de ouders en op termijn neemt ook mogelijk het kind zelf deel aan het arbeidsproces
- Minder ontspoorde kinderen
- Waarmaken van de regierol van de gemeente leidt tot hogere tevredenheid bij de burgers
- Positieve impuls aan het imago van gemeenten

Gemeenten: “Dankzij het ketennetwerk VVI kunnen wij beter onze rol vervullen. We zijn nu zowel voor ketenpartners als onze inwoners een duidelijke schakel in het geheel. De verwachtingen zijn reëler en daardoor is ons imago sterk verbeterd. Burgers weten ons nu ook makkelijker te vinden en wij kunnen hen sneller op weg helpen binnen het netwerk of met de benodigde financiering.”

4.2.5 Zorgaanbieders (ziekenhuizen, gehandicaptenzorg, GGZ en jeugdzorginstellingen)

De baten voor de Zorgaanbieders zijn:

- Kennisdeling, zowel intern als binnen de keten
- Kwaliteitsverbetering door kennisdeling
- Kostenbeheersing door een stromende keten
- Betere doorstroom door minder wachtlijsten
- Betere toeleiding door meer samenwerking
- Minder klachten door hogere (gezamenlijk geleverde) kwaliteit
- Minder frustratie (ouders, professionals) door hogere kwaliteit van dienstverlening en betere doorstroom
- Beter afgestemd aanbod

Zorgaanbieders (ziekenhuizen, gehandicaptenzorg, GGZ, jeugdzorginstellingen): “Eindelijk heb ik vanuit het perspectief van mijn jongste cliëntjes zicht op wat zich zowel binnen als buiten de muren van ons grote ziekenhuis afspeelt. Ik neem deel aan een ketennetwerk, waarin ik op gezette tijden kennis en informatie uitwissel met andere professionals. Hierdoor kan ik ouders beter adviseren en lopen de trajecten tegenwoordig soepeler. Onze kwaliteitsmedewerker is ook in zijn nopjes, want de cliënttevredenheid is het afgelopen jaar met 0,7 gestegen.”

4.2.6 Cliëntenondersteuning MEE

De baten voor de Cliëntenondersteuning MEE zijn:

- Gedeelde verantwoordelijkheid met ketenpartners zowel op het gebied van zorg en onderwijs als op het gebied van kinderen met een beperking van nul tot zeven jaar
- Er ontstaat een mogelijkheid voor het (door)ontwikkelen en bieden van meerjarige trajectbegeleiding aan cliënten

- Er is kennis beschikbaar over een goede methode / aanpak van uiteenlopende ontwikkelingsproblemen, waardoor de kwaliteit van het aanbod toeneemt en goed advies kan worden gegeven
- Optimalisering en verduidelijking van de huidige sociale kaart, die antwoord geeft op de vraag: “waar kun je op welk moment terecht?”
- Een actievere rol aan de voorkant van het proces door een beter gedefinieerde vraag leidt tot een groter effect aan de achterkant van het proces

Clëntenondersteuning MEE: “Bij MEE krijgen we de meest uiteenlopende vragen. Doordat we beschikken over een overzichtelijke sociale kaart en intensievere samenwerkingsrelaties hebben, kunnen onze consultants de cliënten sneller naar de juiste partijen verwijzen. Door uitbreiding van de mogelijkheden voor meerjarige trajectbegeleiding, komt het proces vervolgens niet meer tot stilstand en kunnen we vanuit MEE direct doorpakken als zich een nieuwe vraag voordoet of de vraag vanwege een nieuwe levensfase van de cliënt verandert”.

4.3 Preventie

Bij de realisatie van maatschappelijke baten is preventie het kernwoord. Hiermee wordt in een belangrijke fase van het leven van jonge kinderen en hun ouders geïnvesteerd: met een hoog rendement op langere termijn. Preventie leidt tot vermindering (voorkomen) van maatschappelijke problemen, zorgbehoefte en medicijngebruik. Het gaat hierbij steeds om tertiaire preventie. Deze vorm van preventie is gericht op het verbeteren van de gezondheidstoestand door het herstel te versnellen of complicaties te voorkomen.

De maatschappelijke baten zijn onder te verdelen in de volgende invalshoeken:

1. Vanuit het kind
2. Vanuit het gezin
3. Vanuit de keten
4. Vanuit de zorg
5. Vanuit het onderwijs
6. Vanuit de maatschappij

4.3.1 Het kind

Door vroegtijdige preventie, neemt de kwaliteit van leven van een kind met een ontwikkelingsprobleem toe. Uiteindelijk liggen hier de belangrijkste baten van VVI. Door vroegtijdig preventieve maatregelen te treffen in de vorm van opvoedingsondersteuning, gezinsbegeleiding of vaardigheidstrainingen van ouders en/of kinderen, neemt de kans op een betere kwaliteit van leven en welzijn toe. Dit geldt niet alleen voor het moment waarop de preventieve maatregelen worden genomen, maar ook voor het kind op latere leeftijd. Preventie kan voor-

Moeder van Alex (autisme): “Doordat Alex vroegtijdig een diagnose had, kon hij al voor zijn vierde worden behandeld. Hij heeft hierdoor belangrijke vaardigheden geleerd en er is veel geïnvesteerd in zijn eigenwaarde. Ik zie dat een aantal van zijn klasgenoten - die later zijn gediagnosticeerd - hierdoor veel gemist hebben en (vaak) onnodig emotioneel zijn beschadigd. Zijn handicap gaat misschien niet over, maar we hebben er alles aan gedaan om hem weldegelijk als volwaardig mens te laten slagen in deze maatschappij.”

komen dat een kind blijvend medicijnafhankelijk wordt en vergroot de kans dat het kind zich een volwaardige plek in de maatschappij verwerft; een opleiding kan volgen; een baan kan vinden; een sociale kring kan opbouwen door middel van sport en spel, kortom: een volwaardig *lid van deze maatschappij* kan zijn.

4.3.2 Het gezin

Gezinnen voelen zich soms machteloos wanneer zij met de huidige bureaucratie en een grote hoeveelheid verschillende zorgverleners worden geconfronteerd. Ouders moeten keer op keer hun verhaal vertellen en worden van het kastje naar de muur gestuurd. Procedures, doorverwijzingen, wachtlijsten, etc. leiden daarom niet zelden tot frustratie, miscommunicatie en onnodige (over)belasting van ouders.

Een snelle doorverwijzing en goede diagnostiek geeft duidelijkheid en daardoor meer rust bij ouders. Hiermee wordt onnodige stress, frustraties, arbeidsuitval en eventuele relatieproblemen voorkomen. Snelle efficiënte doorverwijzing en goede diagnostiek kan het verschil maken of een gezin wel of niet overbelast raakt. Wanneer overbelasting kan worden voorkomen, hoeft een kind niet opgenomen te worden in een intramurale instelling of aanspraak te maken op intensievere vormen van therapie.

Moeder: "Toen ons tweede kind dezelfde symptomen vertoonde als onze oudste, waren we er snel bij. We vonden snel onze weg in het medische circuit doordat we inmiddels ervaringsdeskundig waren en dankzij onze vertrouwde zorgconsulent. Hierdoor hebben we met onze jongste niet zo'n bureaucratische lijdensweg gehad als de eerste keer. Natuurlijk blijft er het verdriet en de aanvaarding, maar doordat alles nu ten minste soepel verliep, kon ik als moeder, partner en werknemer deze keer wel blijven functioneren in plaats van een burn-out in te schieten."

Samengevat betekent dit dat de ontwikkelingsmogelijkheden van een kind zo vroeg en adequaat mogelijk worden ingeschat en aangesproken. Hierdoor is het ontwikkelingsperspectief zo groot mogelijk. Dit leidt tot grotere tevredenheid bij ouders, omdat zij vroegtijdig zicht krijgen op de mogelijkheden die diagnostiek, interventies, behandeling en een passende schoolkeuze voor hun kind creëren.

De baten kunnen in kwalitatief opzicht worden ingeschat en benoemd. In 2005 verscheen het rapport 'Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter' (Hermans, Ory en Schrijvers). Zij breken een lans voor vroegsignalering waardoor - in samenhang met de juiste structuren, competenties en interventies - veel onnodig menselijk leed en maatschappelijke kosten kunnen worden voorkomen. De schrijvers concluderen onder meer dat het rendement van vroege investeringen in opvoeden en opgroeien groter is dan latere investeringen. Diverse onderzoeken rapporteren over deze kwalitatieve baten, maar de aannames zijn te onzeker om preventieve investeringen daadwerkelijk te becijferen in kostenbesparingen op langere termijn. Daarom zijn bovenstaande baten in de volgende paragraaf niet in geld vertaald.

4.3.3. De keten

Hoewel ketenzorg al langere tijd bestaat, er over geschreven en gesproken wordt, is de onderbouwing van de positieve effecten ervan nog schaars. Het ontbreekt met name aan gefundeerd wetenschappelijk onderzoek. Van de ketenzorg rond dementie kan VVI goede en herkenbare inzichten afleiden.

Daarom worden in dit hoofdstuk over maatschappelijke baten geen berekeningen gemaakt, maar worden de baten wel benoemd. De baten van VVI zijn omschreven vanuit kind, gezin, zorg, onderwijs en maatschappij. Gezamenlijk vormen zij de meerwaarde voor ketenzorg.

Op korte termijn zijn de volgende keteneffecten waarneembaar:

- Minder mismatch en minder dubbelingen; kinderen worden één keer en door de juiste persoon gezien
- Minder opslag van (dubbele) gegevens
- Snellere signalering door uitwisseling van cruciale gegevens
- Verhoogde expertise bij alle partijen
- Verhoogde beschikbaarheid (nabijheid) van expertise, doordat partijen elkaar beter weten te vinden

De keten werkt het beste wanneer:

- Bestuurders de noodzaak tot ketensamenwerking voelen
- Er wordt geïnvesteerd
- Er duidelijkheid en een visie is op de baten voor kind en gezin
- Partners elkaar blijven inspireren en informeren en
- Er een inhoudelijk richting wordt gegeven aan het ketenproces

Kortom het model voor ketenzorg voor VVI krijgt de komende tijd (met de resultaten uit het experiment) nog nadere invulling.

4.3.4 De zorg

Om de maatschappelijke baten voor de zorg inzichtelijk te maken, zijn er aannames, schattingen en berekeningen over twee baten gedaan:

- A) Lager ziekteverzuim in de zorgsector
- B) Lagere zorgzwaartepakketten en substitutie naar ambulante zorg in de toekomst

Deze baten zijn hierna uitgewerkt.

A) Lager ziekteverzuim in de VG, LG en LVG-sector

In de gehandicaptenzorg, zowel verstandelijk gehandicapten (VG), als lichamelijk gehandicapten (LG) en de zorg voor licht verstandelijk gehandicapten (LVG), ligt overbelasting en ziekteverzuim van personeel in de primaire processen op de loer. Niet alleen omdat de zorg voor deze doelgroep intensief is en fysiek belastend kan zijn, maar ook omdat het (agressieve) gedrag van sommige cliënten een te grote mentale belasting oplevert. Dit kan in veel gevallen worden voorkomen en voor zowel werknemers, werkgevers als cliënten veel leed en kosten voorkomen.

Arbo-arts: "De afgelopen jaren zie ik het aantal gevallen van langdurig verzuim als gevolg van agressie tegen medewerkers in de zorg toenemen. Deze medewerkers (of getuigen van fysieke geweldsincidenten) hebben in vergelijking met andere werknemers een hogere kans op emotionele overbelasting. Ze voelen zich kwetsbaar, machteloos, ontwricht, angstig en (levens)bedreigd. Voorspelbaarheid, rechtvaardigheid en veiligheid zijn in hun leven aangetast, waardoor ze meer stress- en gezondheidsklachten hebben. In ernstige gevallen kan zelfs een posttraumatische stressstoornis ontstaan en kunnen mensen blijvend arbeidsongeschikt worden. Een aantal van mijn klanten investeert al jaren in goede trainingen voor het personeel. Dat scheelt. Voorkomen is veel beter dan genezen."

De groep kinderen die jaarlijks uitstroomt uit het VVI-programma hebben een verlagend effect op het ziekte-verzuim in de VG, LG en LVG-sector. Dit effect wordt meetbaar vanaf het moment dat de eerste kinderen van 18 jaar of ouder worden opgenomen in een intramurale instelling.

Voor de berekeningen zijn de volgende aannames en kengetallen gebruikt⁸:

- Jaarlijks stroomt een cohort van 5.000 kinderen (acht jaar) uit het VVI programma,
- In 2025 zijn 25.000 kinderen uitgestroomd en ouder dan 18 jaar, in 2030 zijn dat er 50.000,
- Van de doelgroep van 5.000 zal uiteindelijk 25% gedurende meerdere jaren intramuraal zijn opgenomen,
- De uitgestroomde kinderen vertegenwoordigen op dat moment een deel van de intramurale populatie,
- De totale intramurale populatie heeft de komende jaren een gemiddelde omvang van 70.000 personen,
- De gemiddelde opnameduur is vijftien jaar,
- In de gehele sector werken ongeveer 90.000 medewerkers: uitgaande van een overheadpercentage van 22% zijn dat er 70.000 in de primaire processen,
- De gemiddelde loonsom van een verzorgende in FWG 30 is € 40.152 per jaar,
- Het gemiddelde ziekteverzuim is 6% per jaar en zal door VVI dalen naar 4,8%.

Bovenstaande aannames leiden tot een jaarlijkse maatschappelijke bate (contante waarde) van € 3,2 miljoen. Dit is de huidige waarde per jaar van de toekomstige rendementen⁹. Hierbij is uitgegaan van een doelgroep-grootte van 1.250 kinderen per jaar (25% van 5.000).

Op basis van de tweede methode (waarin naar afzonderlijke jaren in de toekomst wordt gekeken), zijn de baten in 2025 € 3 miljoen en in 2030 € 6 miljoen.

B) Lagere ZZP's en substitutie naar ambulante ZZP's in de toekomst

Een zorgzwaartepakket (ZZP) is het samengestelde pakket van zorg dat aansluit op de kenmerken en behoeften van een cliënt. De ZZP's zijn uitgedrukt in klassen. Hoe hoger de klasse, hoe intensiever de zorg en hoe hoger de kosten. De kans dat de kosten voor het totale zorgzwaartepakket beperkt kunnen blijven wordt groter naarmate er vroeger in het leven van een cliënt preventieve maatregelen zijn genomen of de omgeving van de cliënt beter is ondersteund bij de zorg voor de cliënt in de vertrouwde omgeving. Door vroegtijdige onderkenning en goede begeleiding van jonge kinderen kan de juiste behandeling worden ingezet. Hierdoor kunnen agressie, destructie, automutilatie en dergelijke worden voorkomen of beter worden behandeld. Dit resulteert later in het leven in een verplaatsing naar lagere zorgvormen. Dit feit wordt onderbouwd in het rapport¹⁰. De zorg wordt dan wel naar de ambulante hulpverlening gesubstitueerd.

Voor de berekeningen zijn de volgende aannames en kengetallen gebruikt:

- Met betrekking de grootte van de doelgroep, de instroom in de intramurale instellingen, het aantal intramurale plekken, de overhead en de loonsom zijn dezelfde aannames en kengetallen gebruikt als bij de vorige berekening,

Moeder: "Onze dochter van vijf is ernstig meervoudig gehandicapt. Dankzij de goede thuisondersteuning, het logeershuis en de dagbesteding, kan ze gewoon bij ons thuis wonen. De mogelijkheid om de draagkracht van ouders te verhogen, is de afgelopen jaren sterk toegenomen. Mijn zus heeft net als wij een meervoudig gehandicapt kind. Zij moest vijftien jaar geleden haar zoon uit huis laten plaatsen, omdat zij de zorg voor hem en haar gezin destijds niet volhield. Dat heeft een enorme impact gehad, die wij met alle huidige steun hopen te voorkomen."

⁸ Omwille van de leesbaarheid zijn de exacte berekeningen achterwege gelaten. Deze zijn echter wel opvraagbaar.

⁹ In hoofdstuk 5 van deze businesscase worden de opbrengsten vergeleken met de kosten.

¹⁰ Rapport 'Matching Needs and Services voor jeugdigen in de LVG sector, pag. 65, 2005, NIZW'

- Aangenomen wordt dat er substitutie plaatsvindt van ZZP 7+ naar ZZP 7, van ZZP 7 naar 6, etc. Daarnaast vindt substitutie plaats van intramurale zorg naar extramurale zorg,
- De verwachting is dat in 2025 het aantal ZZP's in de extreme zorgzwaarte met 50% is afgenomen, het aantal ZZP's 7 is afgenomen met 40%, ZZP 6 met 30%, ZZP 5 gelijk blijft, en ZZP 4 met 20% afneemt.
- De ZZP's 3, 2 en 1 blijven gelijk, omdat de nieuwe instroom gelijk is aan de uitstroom. De extramurale zorg neemt toe,
- De kosten voor extramurale zorg bedragen naar verwachting (bruto) € 40 per uur.

Bovenstaande aannames leiden tot een jaarlijkse maatschappelijke bate (contante waarde) van € 60 miljoen. Dit is de huidige waarde per jaar van de toekomstige rendementen. Hierbij is uitgegaan van 1.250 kinderen per jaar (25% van 5.000).
Op basis van de tweede methode (waarin naar afzonderlijke jaren in de toekomst wordt gekeken), zijn de baten in 2025 € 54,9 miljoen en in 2030 € 109,8 miljoen.

4.3.5 Het onderwijs

Voor het onderwijs zijn aannames, schattingen en berekeningen over de volgende twee baten gemaakt:

- A) Snellere doorstroom vanuit kinderdagcentrum (KDC) naar speciaal onderwijs
- B) Snellere doorstroom vanuit speciaal onderwijs naar regulier onderwijs.

A) Snellere doorstroom vanuit KDC naar speciaal onderwijs

Door goed doordachte en toegepaste onderwijs-zorg-arrangementen is (speciaal) onderwijs voor meer kinderen met een ontwikkelingsprobleem mogelijk. Bleef een kind met een ernstige verstandelijke beperking of complexe meervoudige handicap voorheen beperkt tot dagopvang bij het KDC: nu zijn er meer mogelijkheden om hen sneller te laten instromen in het speciaal onderwijs. Daarmee kunnen zij eerder voldoen aan de leerplicht. De winst zit vooral in de tijdigheid waarmee kinderen van KDC naar speciaal onderwijs kunnen doorstromen. Voor de berekeningen zijn de volgende aannames en kengetallen gebruikt:

- Op dit moment zijn er ongeveer 5.500 kindplekken op de KDC's. De meeste KDC's hebben plekken voor kinderen van vier tot en met twaalf jaar. Enkele vangen pubers op. Voor de berekeningen is uitgegaan van 5.000 kindplekken in de leeftijdscategorie vier tot en met jaar¹¹. De gemiddelde onderwijskosten bij een KDC bedragen € 30.000 per jaar per kind,
- De gemiddelde onderwijskosten van rugzakleerlingen in het speciaal basisonderwijs bedragen € 18.000 per jaar per kind¹²,

Moeder: "Het was wel even wennen toen het KDC vertelde dat Kai het KDC mocht verruilen voor de basisschool. Dat hadden we nooit durven hopen. Met een speciaal op maat gesneden onderwijszorg arrangement, waarin ook ruimte is voor individuele begeleiding, bezoekt Kai nu dagelijks een ZMLK school. Hij is zo trots als een pauw met zijn broodtrommel en rugzak en vertelt iedereen dat hij later automonteur wordt. Welke toekomst er voor hem ligt, weten we niet, maar zijn kansen zijn hiermee in ieder geval vergroot."

¹¹ Bron: inventarisatie KDC, rapport van VWS april 2006.

¹² Bron: CPB: Zorg om zorgleerlingen, een blik op beleid, aantal en kosten van jonge zorgleerlingen, 2009

- Door speciale programma's stroomt op dit moment ongeveer 10% van de kinderen vanuit het KDC door naar enige vorm van speciaal onderwijs (5.00 kinderen),
- Door VVI neemt de jaarlijkse instroom naar het speciaal onderwijs toe tot 15% (toename van 250 kinderen per jaar),
- Per kind worden de baten voor drie jaar speciaal onderwijs berekend.

Bovenstaande aannames leiden tot een jaarlijkse maatschappelijke bate (contante waarde) van € 7,3 miljoen. Dit is de huidige waarde van de jaarlijkse toekomstige rendementen. Hierbij is uitgegaan van 250 kinderen per jaar die gedurende drie jaar profiteren van VVI.

Op basis van de tweede methode (waarin naar afzonderlijke jaren in de toekomst wordt gekeken), zijn de baten jaarlijks 9 miljoen.

B) Snellere doorstroom vanuit speciaal onderwijs naar regulier onderwijs

Door vroege diagnostiek en begeleiding wordt een ontwikkelachterstand sneller duidelijk en behandelbaar. Met de juiste ondersteuning verhoogt dit de kans dat een kind in het regulier onderwijs terecht kan. De instroom in het speciaal onderwijs (cluster 4) nam de afgelopen jaren toe. De kosten van speciaal onderwijs zijn echter hoger dan het reguliere onderwijs inclusief een rugzak.

Voor de berekeningen zijn de volgende aannames en kengetallen gebruikt:

- De kosten van een onderwijsplaats in het speciaal basisonderwijs liggen per kind jaarlijks € 3.000 hoger dan in het reguliere onderwijs¹³. De kosten van een rugzakje liggen in het speciaal basisonderwijs gemiddeld € 3.200 hoger dan in het regulier onderwijs¹⁴. Het kostenverschil tussen deze beide plekken is € 6.200 per kind per jaar,
- De instroom kan met een volwassen VVI-model vanaf 2015 met 1.250 kinderen per jaar worden beperkt. Naast de kostenbesparing die het reguliere onderwijs ten opzichte van het speciaal onderwijs oplevert, hoeven kinderen in het reguliere onderwijs geen gebruik meer te maken van leerlingenvervoer. Voor de gemeenten betekent dit eveneens een kostenbesparing. Daarnaast bespaart deze instroom diverse administratieve lasten rondom leerlingenvervoer bij zowel onderwijs, gemeenten en ouders. Dit laatste wordt niet meegenomen in de berekeningen, omdat het hier gaat om een aparte geldstroom (WMO),
- Per kind worden de baten voor drie jaar regulier onderwijs berekend.

Bovenstaande aannames leiden tot een jaarlijkse maatschappelijke bate (contante waarde) van € 19 miljoen. Dit is de huidige waarde van de jaarlijkse toekomstige rendementen. Hierbij is uitgegaan van 1.250 kinderen per jaar die gedurende drie jaar profiteren

Op basis van de tweede methode (waarin naar afzonderlijke jaren in de toekomst wordt gekeken), zijn de baten per jaar 23 miljoen.

4.3.6 Vanuit de maatschappij

Voor de baten van VVI voor de maatschappij zijn aannames, schattingen en berekeningen gemaakt over de vermindering van maatschappelijke overlast. Een aantal Nederlandse onderzoeken toont aan dat LVG-jongeren

¹³ Bron: CPB, Zorg om Zorgleerlingen, 2009

¹⁴ Bron: artikel AVS, Reguliere en sbo-rugzakje even zwaar maken stuit op verzet, 2010

een verhoogde risico hebben op het plegen van delicten¹⁵. Deze delicten gaan gepaard met maatschappelijke overlast. Ook in het rapport 'Prevalentie-onderzoek licht verstandelijk gehandicapten in de justitiële inrichtingen'¹⁶, wordt aangegeven dat deze bovenstaande conclusie voorzichtig mag worden getrokken. Er zijn echter nog geen reële cijfers. Deze bate mag daarom slechts voorzichtig worden gesteld.

Moeder: "Mijn zoon is nu zes en heeft PDD nos (autisme). Toen hij klein was, sloeg en schreeuwde hij veel en konden we geen contact met hem krijgen. Ik maakte me veel zorgen hoe dat zou moeten als hij zestien was. Door de intensieve begeleiding van de kinderpsychiater en in het speciaal onderwijs, heeft hij zich ontwikkeld en is hij veel rustiger. Toen wij laatst een reparatie aan ons huis lieten doen, nam de aannemer een nieuwe medewerker mee, waar me direct iets aan opviel. De aannemer vertelde me dat zijn dertigjarige 'pupil' net te horen had gekregen dat hij autistisch was. Inmiddels was zijn huwelijk stukgelopen, had hij onbeheersbare driftbuien, drank- en geldproblemen. Deze man had nu weliswaar duidelijkheid en iemand die hem de kans gaf om opnieuw een bestaan op te bouwen, maar ik vond het zo jammer om te horen hoe een mens kan afglijden als hij niet op tijd met zorg en begrip wordt omringd. Dit was precies waar ik voor Bas ook bang was geweest."

Voor de berekeningen zijn de volgende aannames en kengetallen gebruikt:

- De berekening van de kosten en baten van maatschappelijke overlast is gebaseerd op een studie van Scott et al. (2001)¹⁷. Scott heeft in zijn studie jongeren gevolgd van hun 10e tot 28e levensjaar. In Nederland worden de totale kosten van criminaliteit geschat op € 20 miljard. Studies in Amerika schatten de totale maatschappelijke kosten van een jeugdige delinquent tussen € 122.000 en € 455.000 per jaar. Hierbij moet worden gedacht aan de inzet van politie en justitie bij delicten als mishandeling, vernielingen, inbraak en allerlei andere vormen van overlast. Scott toont in zijn studie aan dat anti-sociaal gedrag de maatschappij jaarlijks € 16.191 per jongere kost. Deze kosten worden grotendeels gemaakt door politie en justitie (64%),
- Een voorzichtige aanname is dat de VVI-methodiek het overlast veroorzakende gedrag bij 25% van de doelgroep (1.250) met 10% kan verminderen,
- De baten treden op gedurende een periode van 18 jaar.

Bovenstaande aannames leiden tot een jaarlijkse maatschappelijke bate (contante waarde) van € 11 miljoen per jaar. Hierbij is uitgegaan van 1.250 kinderen.

Op basis van de tweede methode (waarin naar afzonderlijke jaren in de toekomst wordt gekeken), zijn de baten in 2016 € 8 miljoen, in 2020 € 16 miljoen, in 2025 € 26 miljoen en tenslotte in 2030 36 miljoen.

¹⁵ Zie voor een overzicht Handboek Methode Jeugdreclassering, 2005

¹⁶ Spaans, 2005

¹⁷ Stephen Scott, Martin Knapp, Juliet Henderson en Barbara Maughan, Financial Cost of social exclusion; follow up study of antisocial children into adulthood, British Medical Journal, July 2001

4.3.7 Samenvatting van de baten

De baten zijn door middel van twee methoden uitgewerkt. De jaarlijkse maatschappelijke baten in de volwassen situatie (vanaf 2016) zijn samengevat in de onderstaande tabel (methode 1).

Maatschappelijke baten in volwassen situatie (in miljoenen euro's)	
	Volwassen model VVI
<i>Soort opbrengst</i>	
Lager ziekteverzuim	3,2
Lagere ZZP's en substitutie	60
Snellere doorstroom naar speciaal onderwijs	7,3
Snellere doorstroom naar regulier onderwijs	19
Vermindering maatschappelijke overlast	11
Totale maatschappelijke baten per jaar	100,5

Tabel 6: Maatschappelijke baten in volwassen situatie

De totale maatschappelijke baten gemeten in de verschillende jaren zijn samengevat in de volgende tabel (methode 2):

Maatschappelijke baten in verschillende jaren (in miljoenen euro's)					
	VVI in:	2016	2020	2025	2030
<i>Soort opbrengst</i>					
Lager ziekteverzuim	0	0	3	6	
Lagere ZZP's en substitutie	0	0	55	110	
Snellere doorstroom naar speciaal onderwijs	9	9	9	9	
Snellere doorstroom naar regulier onderwijs	23	23	23	23	
Vermindering maatschappelijke overlast	8	16	26	36	
Totale maatschappelijke baten per jaar	40	48	116	184	

Tabel 7: Maatschappelijke baten in verschillende jaren

4.4 Conclusies

De baten in deze businesscase zijn berekend vanaf 2016. Met behulp van een aantal aannames is een inschatting van deze baten voor de toekomst gemaakt.

De baten voor het kind en het gezin hebben met name betrekking op de verbetering van de kwaliteit van leven. Deze baten zijn in deze businesscase niet cijfermatig uitgewerkt. Alhoewel verschillende onderzoeken het bestaan van deze baten bevestigen, zijn de aannames hierbij te onzeker om de baten in cijfers uit te kunnen drukken.



Clïëntperspectief - casus Job

“Jobs ouders zijn handelingsverlegen”

Job is ruim vijf jaar als hij door de schoolarts wordt doorverwezen naar Integrale Vroeghulp. Hij zit in groep 2 van de kleuterklas van een katholieke basisschool in de buurt waar hij woont. Het valt zowel de juf, de Intern Begeleidster als de schoolarts op dat Job meer moeite heeft om zijn aandacht bij zijn opdrachtjes te kunnen houden dan de andere kleuters en zijn algehele ontwikkeling verloopt niet harmonieus. Het gezin waar Job in opgroeit, heeft meer dan één probleem. Zijn vader zit al enige tijd zonder werk en zijn moeder heeft anderhalf jaar geleden een ernstig auto ongeluk gehad, waardoor ze moeilijk loopt en haar korte termijngeheugen is aangetast. Job heeft drie oudere broers, waarvan de oudste (17) een periode behoorlijk is ontspoord. Dit alles maakt het niet makkelijk om de overbeweeglijke Job te ondersteunen en op te voeden.

Vertrouwen herstellen

Als de zorgcoördinator van Integrale Vroeghulp voor het eerst bij het gezin langskomt om de problemen in kaart te brengen, zijn de ouders van Job het vertrouwen in hun eigen opvoedingsvaardigheden behoorlijk kwijt. Het is belangrijk dat er zicht komt op het moeilijke gedrag en de verstoorde ontwikkeling van Job. De vraag is wat hierin de kindfactoren (is er sprake van een handicap en/of beperking) zijn en welke invloed de gezinssituatie op zijn gedrag heeft. Via school, GGD en logopedist wordt informatie opgevraagd. Het maatschappelijk werk en een gespecialiseerde thuiszorg komen al geregeld bij het gezin over de vloer. In het verleden was Bureau

Jeugdzorg vanwege de oudste zoon ook bij het gezin betrokken.

Inzicht verwerven

Voor de ouders van Job is het een grote opluchting dat er nu iemand bij het gezin betrokken is, die luistert naar hun verhaal en alle puzzelstukjes bij elkaar brengt. Ze willen graag duidelijkheid wat er met hun kind aan de hand is en hoe hij kan worden geholpen. Daarom wordt er onderzoek gedaan naar zijn totale ontwikkeling (vaardigheden, motoriek, etc.) en zijn gedrag (concentratie, hechting, etc.). Het resultaat van het gedragskundig onderzoek wordt samen met de ouders besproken in het team van Integrale Vroeghulp. Ook de intern begeleider van de school is uitgenodigd bij het gesprek. Job blijkt een normaal begaafde jongen, maar zijn concentratie en aandacht wijken duidelijk af. In zijn vaardigheid en op andere domeinen in de ontwikkeling loopt hij achter en emotioneel gezien is er zelfs sprake van een grote ontwikkelingsachterstand.

Om Job beter tot zijn recht te laten komen, adviseert het team om Job aangepast onderwijs te bieden. Dat lukt niet in het regulier onderwijs. Daarom wordt een aanvraag gedaan voor het Speciaal Basis Onderwijs (SBO).

Meerdere partijen helpen Job er verder bovenop

Omdat Job een ernstige emotionele ontwikkelingsachterstand heeft, wordt psychiatrisch consult aangevraagd. Een kinderpsychiater gaat met hem aan de





slag om hem vaardigheden aan te leren waarmee zijn gedrag verbetert. Daarnaast wordt video home-training aangeboden, zodat zijn ouders in de thuis-situatie ook beter met het gedrag van Job leren omgaan en hem beter kunnen aansturen. Omdat Job de komende tijd een beroep moet doen op geïndiceerde zorg, wordt Bureau Jeugdzorg bij het proces betrokken. Gelukkig kunnen ouders terugvallen op de oude casemanager, waardoor zij hun verhaal niet nogmaals hoeven te doen.

Job gaat nu naar groep 3 in het SBO en haalt keurige cijfers. Met zijn oude vriendjes in de buurt kan hij inmiddels veel prettiger samenspelen.

Job's reis door VVI

Relevante bouwstenen VVI

- Informatie, advies en trajectbegeleiding (4)
- Gezinsondersteuning (5)
- Zorg en onderwijs (6)
- Ketensamenwerking (7)

Doordat binnen de schoolsituatie (6) door meerdere professionals (leerkracht, intern begeleider, school-arts, logopedist) naar Job is gekeken en informatie is

uitgewisseld (7), zijn er gerichte stappen ondernomen om Job te laten onderzoeken. Het gezin kreeg al ondersteuning (5) vanwege andere problemen, maar door betrokkenheid van Integrale Vroeghulp en het maatschappelijk werk (4) werd de extra benodigde ondersteuning gecoördineerd en in de toekomst gecontinueerd (4).





5. Maatschappelijke Businesscase

In dit laatste hoofdstuk wordt de Maatschappelijke Businesscase gecompleteerd door het bedrijfseconomisch nut (organisatorische case, hoofdstuk 3) en het maatschappelijk nut (maatschappelijke case, hoofdstuk 4) samen te brengen. De dekking van tekorten en financiële knelpunten wordt tegen de maatschappelijke baten afgewogen. Dit is in onderstaande schema's zichtbaar gemaakt.

Totale kosten VVI per jaar vanaf 2016		
	2016	2016 (LTB 40%)
Langdurige trajectbegeleiding	6,7	13,4
Preventieve gezinsondersteuning	59,3	59,3
Ketencoördinatie	2,6	2,6
Totale kosten per jaar (in miljoenen euro's)	68,6	75,3

Tabel 8: Totale kosten VVI per jaar vanaf 2016

Jaarlijkse maatschappelijke baten vanaf 2016 (methode 1)	
Soort opbrengst	Volwassen model VVI
Lager ziekteverzuim	3,2
Lagere ZZP's en substitutie	60
Snellere doorstroom naar speciaal onderwijs	7,3
Snellere doorstroom naar regulier onderwijs	19
Vermindering maatschappelijke overlast	11
Totale maatschappelijke baten per jaar (in miljoenen euro's)	100,5

Tabel 9: Jaarlijkse maatschappelijke baten vanaf 2016



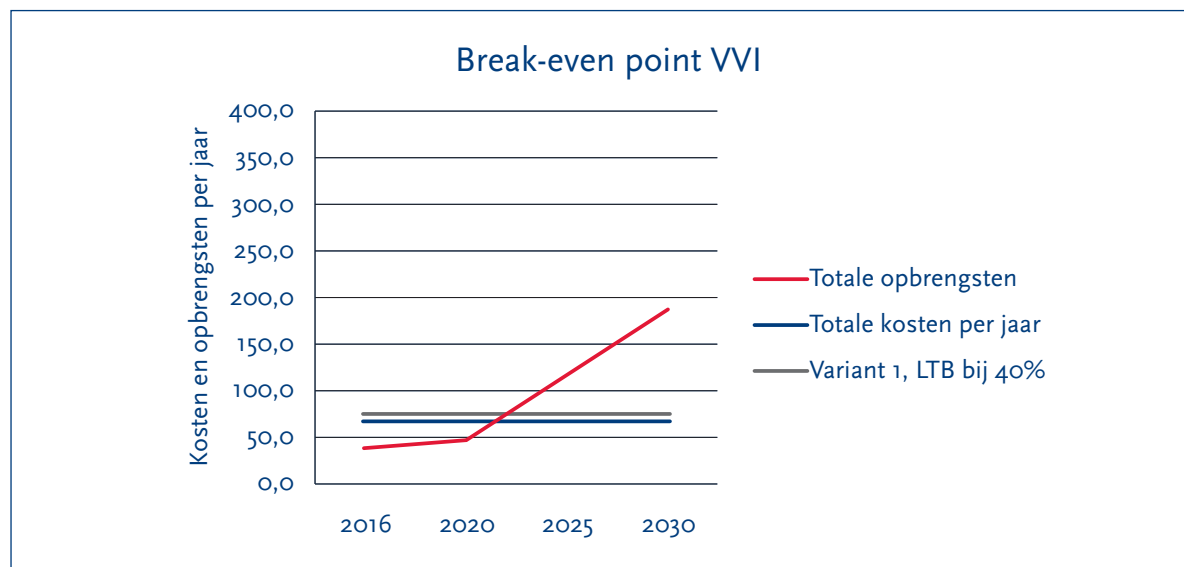
Totale baten in de verschillende jaren (methode 2)				
Soort opbrengst	VVI in:			
	2016	2020	2025	2030
Lager ziekteverzuim	0	0	3	6
Lagere ZZP's en substitutie	0	0	55	110
Snellere doorstroom naar speciaal onderwijs	9	9	9	9
Snellere doorstroom naar regulier onderwijs	23	23	23	23
Vermindering maatschappelijke overlast	8	16	26	36
Totale maatschappelijke baten per jaar (in miljoenen euro's)	40	48	116	184

Tabel 10: Totale baten in de verschillende jaren

5.1 Break-even point

Voor de berekeningen van het break-even point zijn de baten gebruikt voor de jaren 2016, 2020, 2025 en 2030 uit de tweede methode.

De businesscase heeft onder andere als doel kosten en baten met elkaar te vergelijken. De onderstaande figuur maakt duidelijk in welk jaar (bij de twee verschillende scenario's) het break-even point wordt gehaald.



Rond 2021 wordt het break-even point gehaald.

5.2 Multiplier-effect

Bij de berekening van het effect van een investering in de economie is het gebruikelijk het multiplier-effect mee te nemen. Dit effect gaat uit van een samenhang tussen investeringen en meerdere of volgtijdelijke vormen van rendement. Investeringen van de overheid leveren bijvoorbeeld weer nieuwe investeringen binnen het bedrijfs-

leven op. Deze investeringen zetten op hun beurt burgers weer aan tot hogere bestedingen. Het effect op de gehele economie is zodoende groter dan de hoogte van de aanvankelijke investering van de overheid.

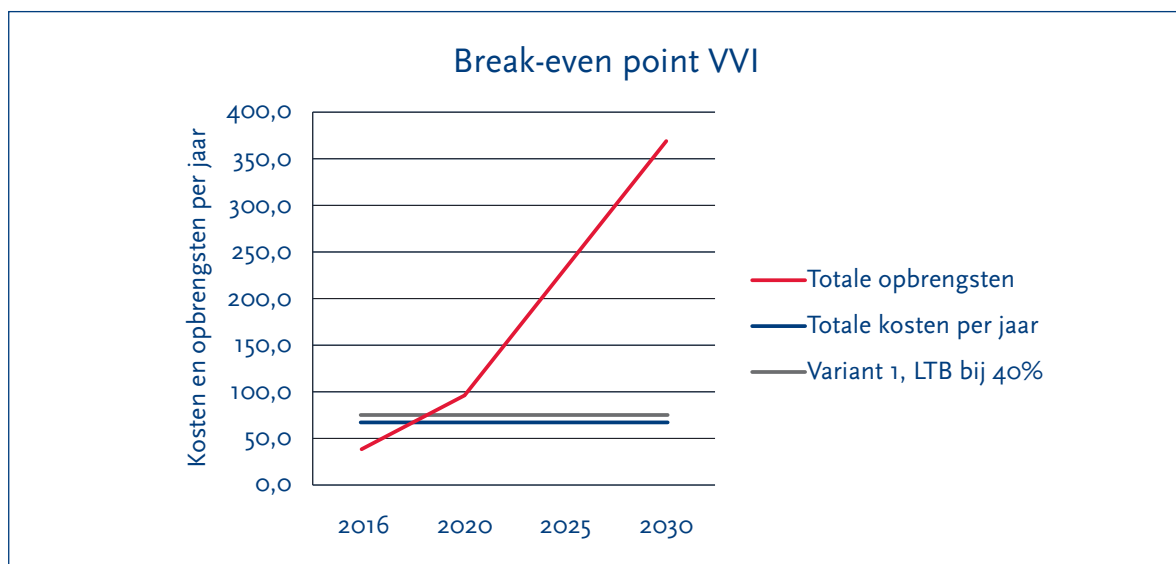
Ook deze businesscase biedt ruimte voor een multiplier-effect. Investerings binnen het onderwijs versterken bijvoorbeeld de positieve effecten (kwaliteit) in de zorg, wat weer een positief effect heeft op de vermindering van de maatschappelijke overlast. De hoogte van de multiplier is echter lastig te voorspellen omdat hieraan geen wetenschappelijk onderzoek is gewijd. Voor deze maatschappelijke businesscase is uitgegaan van een multiplier van 1,5 en 2. De berekende totale opbrengsten kunnen daardoor respectievelijk 50% of 100% hoger uitvallen.

Onderstaande tabel toont de opbrengsten gemeten bij een multiplier-effect van 1,5 vanaf 2020.

Break-even point VVI (in miljoenen euro's)				
	2016	2020	2025	2030
Totale opbrengsten	40,0	72,0	174,0	276,0
Totale kosten per jaar	68,6	68,6	68,6	68,6
Variant 1, LTB bij 40%	75,3	75,3	75,3	75,3

Tabel 11: Break-even point VVI bij multiplier-effect van 1,5

Het break-even point wordt door deze multiplier (bij de twee verschillende varianten) eerder gehaald. Reeds voor 2020 zijn opbrengsten hoger dan de kosten per jaar.

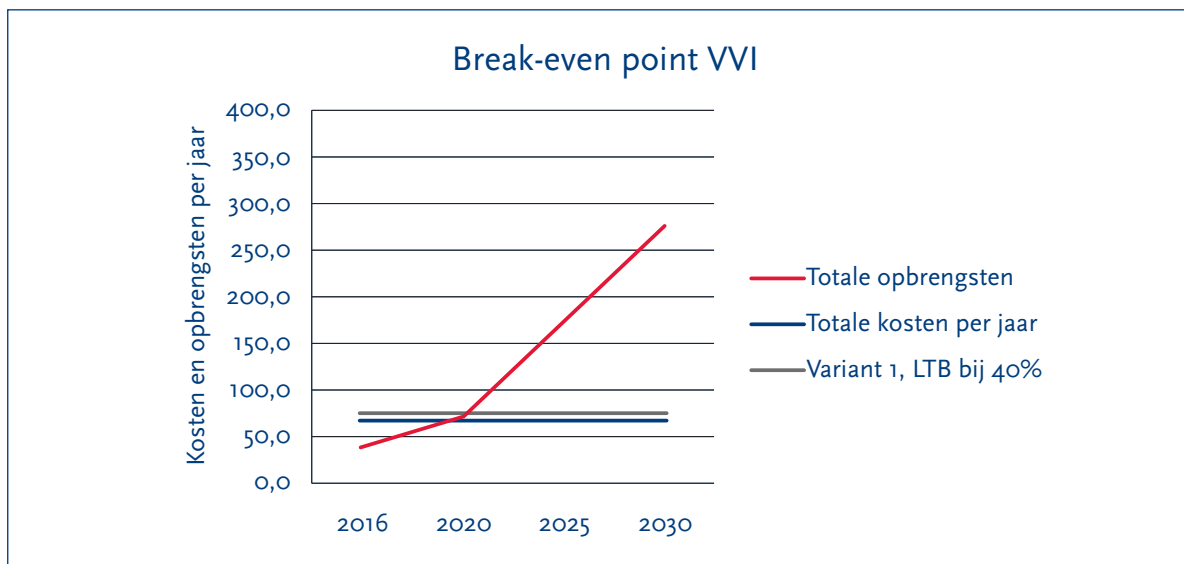


Onderstaande tabel toont de opbrengsten gemeten bij een multiplier-effect van 2 vanaf 2020.

Break-even point VVI (in miljoenen euro's)				
	2016	2020	2025	2030
Totale opbrengsten	40,0	96,0	232,0	368,0
Totale kosten per jaar	68,6	68,6	68,6	68,6
Variant 1, LTB bij 40%	75,3	75,3	75,3	75,3

Tabel 12: Break-even point VVI bij multiplier-effect van 2

Het break-even point voor deze situatie is in onderstaande tabel zichtbaar gemaakt. Het break-even point wordt in deze situatie nog eerder bereikt.



5.3 Conclusies

Het verbreden, opschalen en implementeren van VVI vraagt de komende jaren nog veel investeringen. In hoofdstuk 3 van deze maatschappelijke businesscase is duidelijk geworden waarin geïnvesteerd moet worden en op welke momenten. Tot en met 2015 is nog een bedrag van ruim € 7 miljoen nodig.

VVI is in 2015 geslaagd, wanneer binnen alle 37 regionale samenwerkingsverbanden de ketennetwerken van vroegsignalering, integrale diagnostiek, gezinsondersteuning, zorg en onderwijs zijn verbeterd. Tegen die tijd is de ketenzorg voor kinderen met een (dreigende) ontwikkelingsachterstand en/of beperking van nul tot zeven jaar regionaal geïmplementeerd en bieden landelijke partners ondersteuning.

Vanzelfsprekend zijn er al op dit moment (2010) baten te benoemen ten aanzien van het welzijn van kind en gezin, samenwerking in de keten en onderwijs. In de maatschappelijke businesscase is echter nadrukkelijk gekozen voor een berekening van de baten vanaf 2016.

In 2016 is voor VVI namelijk de volwassen fase bereikt. Bij een deel van de doelgroep vindt dan langdurige trajectbegeleiding en preventieve gezinsondersteuning plaats. Ook worden kosten gemaakt voor de coördinatie van de keten. In totaal zijn de kosten voor VVI jaarlijks ruim € 68 miljoen euro.

Vanaf 2016 zijn er goed te kwantificeren baten voor VVI. De berekening hiervan is gebaseerd op aannames, die zorgvuldig zijn vastgesteld door deskundigen op het gebied van VVI en zorg- en hulpverlening aan de doelgroep.

De belangrijkste conclusie die hieruit kan worden getrokken is dat de maatschappelijke opbrengsten in het volwassen VVI-model (vanaf 2016) hoger zijn dan de kosten. Tegenover een jaarlijkse investering van € 68 miljoen staan jaarlijkse maatschappelijke baten ter waarde van ruim € 100 miljoen. Met andere woorden: voor iedere geïnvesteerde 0,68 euro wordt € 1 terugverdiend.

Tot slot zijn de te behalen baten berekend voor de jaren 2016, 2020, 2025 en 2030. Op basis hiervan blijkt dat naarmate de tijd vordert, de baten per jaar groter worden. De belangrijkste conclusie die hieruit kan worden getrokken, is dat de baten in 2030 zijn opgelopen tot ruim 186 miljoen per jaar. Hierbij is het multiplier-effect nog niet mee gerekend. VVI blijkt een kwestie van een lange adem en duidelijk is dat deze lange adem zowel voor de doelgroep als de maatschappij op termijn heel veel oplevert.





Clïëntperspectief - casus Dirk

“Dirk heeft PDD-nos”

Dirk is het derde kind in een gezin met vier kinderen. Aanvankelijk ontwikkelt Dirk zich als een goedlachs en onbezorgd kind. Zijn ouders werken in de zorg en het onderwijs en voeden hun kroost met veel regelmaat en structuur op. Rond de peutertijd zijn er wat zorgen, maar dit wordt toegeschreven aan een paar grote veranderingen, waaronder een verhuizing.

Zo vroeg mogelijk deskundigheid inzetten

Dirk is in die tijd ook van kinderdagverblijf veranderd. Het oude kinderdagverblijf deed veel aan deskundigheidsbevordering en besteedde veel aandacht aan de kindontwikkeling. Jaarlijks hield de juf een tien-minuten-gesprekje met ouders. Dirks concentratie en sociale gedrag is hier een aantal keer in aan de orde geweest, maar zijn gedrag viel onvoldoende op om stappen te ondernemen.

Het nieuwe kinderdagverblijf had deze deskundigheid niet in huis. Omdat er ook voor zijn ouders onvoldoende aanwijzingen zijn om op onderzoek uit te gaan, stroomt Dirk net als alle andere vierjarigen door naar het basisonderwijs. Daar gaat het direct mis. Dirk slaat andere kinderen, hangt in de gordijnen en loopt over de tafels. Hij is diep ongelukkig en zijn gedrag verslechtert zienderogen.

Afwachten of doorzetten?

School wil Dirk wat meer tijd geven om aan de nieuwe omgeving te wennen, maar zijn ouders zijn te gealarmeerd en besluiten op aanraden van een bevriend echtpaar Integrale Vroeghulp in te schakelen. De toegewezen zorgcoördinator brengt de hulpvraag in kaart (ADHD of autisme) en begeleidt ouders in het diagnostisch traject. In enkele maanden tijd is Dirk op school niet meer te handhaven en komt thuis te zitten. Op basis van de mondeling

meegedeelde diagnose (PDD-nos) informeert de zorgcoördinator naar een plaatsje bij het MKD in een nabij gelegen grote stad. Hier blijkt geen wachtlijst te zijn en Dirk kan per direct terecht. Helaas heeft Bureau Jeugdzorg nog enkele weken nodig om de indicatie rond te krijgen. Hierdoor komt het gezin alsnog bijna in een crisis.

Mantelzorgers onmisbaar

Uiteindelijk wordt Dirk op het MKD geplaatst, maar zonder vervoer. Zijn ouders en diverse mantelzorgers weten hem en zijn zusjes en broertje dagelijks ieder op zijn eigen school te brengen en te halen. Moeder besluit in die periode te stoppen met haar baan, omdat ze te veel tijd en energie moet besteden aan de coördinatie van de zorg voor haar kinderen.

Onnodige hobbels door indicatietermijnen en wachtlijsten

Door de druk op de wachtlijst beëindigt de behandeling op het MKD als Dirk vijf en een half jaar is. Het speciaal onderwijs bij Dirk in de buurt accepteert kinderen pas vanaf zes jaar. Een verlenging van de MKD-periode of de schoolperiode binnen het MKD tot de zomervakantie is niet mogelijk, dus moet Dirk eerst een half jaar naar een school in een andere stad. Het gezin wordt aangemeld voor video home training om deze overbruggingsperiode te begeleiden, maar door een wachtlijst van een jaar, staan zijn ouders er alsnog alleen voor.

De overstap van het MKD naar de cluster 4 scholen verloopt niet soepel. Het MKD levert in een integraal





eindverslag pedagogische en didactische informatie aan de nieuwe school. Dit biedt handvatten, maar vraagt desondanks veel toelichting van de ouders. Een half jaar later kan Dirk naar de gewenste speciale school. Het valt hem zwaar om opnieuw afscheid te nemen van een net vertrouwde omgeving.

De juiste plek: optimale ontwikkeling

Toch hebben zijn ouders geen spijt van de overstap. Dirk hoeft nu minder ver te reizen. De nieuwe school is kleiner en hij zit met kinderen in de klas die ook uit zijn dorp komen. Na een jaar blijkt Dirk in deze gestructureerde en voorspelbare omgeving uitstekend te functioneren. Hij loopt in op het schoolprogramma en blijkt met de juiste begeleiding zelfs in staat om een reguliere sportvereniging te bezoeken. Dirk ontwikkelt steeds meer zelfvertrouwen en komt weer in contact met leeftijdsgenootjes uit de buurt.

Dirk en zijn ouders moesten er een omweg voor nemen, maar met de juiste aanpassingen en ondersteuning, kan ook hij met zelfvertrouwen en een goede opleiding zijn plekje op deze wereld vinden.

Dirk's reis door VVI

Relevante bouwstenen VVI

- Vroeg signaleren (1)
- Multi-disciplinair adviesplan (3)
- (preventieve) gezinsondersteuning (5)
- Zorg en onderwijs (6)
- Ketensamenwerking (7)

Dirk was nog te jong om in de eerste periode op het

kinderdagverblijf al serieuze stappen richting hulpverlening te ondernemen. Wanneer Dirk niet was verhuisd, was er mogelijk nog voor de schooltijd een duidelijker signaal (1) afgegeven door de groepsleider van het eerste kinderdagverblijf. Dit had tot vroegtijdige inzet van preventieve gezinsbegeleiding (5) kunnen leiden. Gelukkig was de leeftijdsgrens van Integrale Vroeghulp verhoogd van vier naar zes jaar, want de aandoening van Dirk leidde pas in het basisonderwijs tot onoverkomelijke problemen.

Inmiddels werkt het kinderdagverblijf met een zogenaamd 'zorgboekje'. Dit overdrachtsdocument met informatie over de ontwikkeling van het kind, krijgen alle kinderen van vier jaar mee als zij naar het basisonderwijs gaan. Van deze informatie had de vervolgschool kunnen profiteren als zijn ouders niet waren verhuisd (6). Doordat de basisschool geen ervaring met de aandoening had en informatie over Dirk ontbrak, waren zij geneigd de situatie te veel op zijn beloop te laten.

De samenwerking binnen het gehele netwerk (7) liep in het geval van Dirk stroef als gevolg van indicatietrajecten en wachtlijsten. Een crisis kon ternauwernood worden voorkomen. Het multi-disciplinaire advies (3) van het MKD vormde voor de scholen waar Dirk vervolgens terecht kwam weliswaar een goed aanknopingspunt, maar de wissels kosten Dirk en zijn ouders onnodig veel energie. De video home training werd weliswaar (te) laat ingezet, maar bood ouders wel de mogelijkheid om kennis en vaardigheden te verwerven, waarmee ze hun zoon langdurig en met zelfvertrouwen konden ondersteunen.





6. Samenvatting maatschappelijke Business Case VVI

Dit is de samenvatting van de maatschappelijke Business Case (mBC) van Vroeg, Voortdurend, Integraal (VVI). Het is een nieuw, innovatief project dat als één van de experimenten meedraait in het Transitieprogramma in de Langdurende Zorg van het ministerie van VWS. Door een vernieuwende aanpak ontwikkelt VVI gaandeweg een meer cliëntgerichte, toegankelijke en betaalbare zorg en ondersteuning aan gezinnen met een kind met een (dreigende) ontwikkelingsachterstand en/of een beperking of chronische ziekte. De ontstane nieuwe zorgvorm en bijbehorende kosten, opbrengsten en effecten zijn in dit document vastgelegd met een horizon van vijf jaar. De financiering uit bestaand beleid en regelgeving is voor VVI nog niet geregeld.

De maatschappelijke Businesscase (mBC)

Deze mBC is een gestructureerde afweging van kosten en baten van VVI. Het economische nut en het maatschappelijke nut worden tegen elkaar afgewogen en er wordt vijf jaar vooruit gekeken naar een volwassen VVI in 2016. Deze mBC is een 'levend document'. Gedurende het transitie experiment worden nieuwe inzichten verworven die bijdragen aan een steeds duidelijker en kwantificeerbaarder toekomstperspectief.

De baten zijn ingeschat en gekwantificeerd door gebruikmaking van onderzoek, literatuur, aannames en het raadplegen van experts. De innovatie van VVI wordt afgezet tegen de huidige producten en diensten van de bestaande netwerken Integrale Vroeghulp waarop die innovatie toegepast wordt.

Transitie experiment VVI

VVI wordt gedragen door een groot aantal landelijke cliëntenorganisaties, brancheorganisaties van dienstverleners en zorginstellingen, speciaal onderwijs, en zorgverzekeraars. Het plan strekt tot verbetering van de ketenzorg aan gezinnen met een kind met een (dreigende) ontwikkelingsachterstand en/of een beperking of een chronische ziekte.

Het huidige transitie-experiment VVI richt zich in de periode 2008 tot 2011 op ketens die zorgen dat:

- er een ketennetwerk van vroegsignalering, integrale diagnostiek, gezinsondersteuning, onderwijs en zorg ontstaat;
- de positie van de ouders als regisseur wordt erkend, omdat zij te allen tijde de constante factor in het leven van hun kind zijn en de eerst belangrijke opvoeder;
- vroegtijdige signalering en diagnostiek uitmondt in een voor ouders begrijpelijk en hanteerbaar adviesplan,
- er langdurige trajectbegeleiding beschikbaar is voor ouders bij het organiseren van de passen de voorzieningen, gezins- en opvoedingsondersteuning en;
- er een samenhangend aanbod is van onderwijs- en zorgarrangementen.

De toegevoegde waarde van VVI komt tot uitdrukking in alle zeven bouwstenen, waarvan zes ervan de onderdelen van de keten betreffen en één ervan gaat over de samenhang in het ketennetwerk. De bouwstenen zijn:

1. Vroege signalering
2. Multidisciplinaire diagnostiek
3. Multidisciplinair adviesplan
4. Informatie, advies en trajectbegeleiding
5. Gezinsondersteuning
6. Onderwijs en zorg
7. Ketennetwerk

Samenhang tussen VVI en Integrale Vroeghulp

VVI bouwt voort op de bestaande netwerken van Integrale Vroeghulp. De grootste verschillen tussen VVI en de Integrale Vroeghulp zijn:

- Er wordt regionaal en landelijk gewerkt met een gelijkvormig en samenhangend kader, gebaseerd op zeven bouwstenen;
- Er ontstaat op meerdere plekken in het netwerk gerichte aandacht en deskundigheid op het gebied van vroegsignalering;
- Er ontstaat grotere beschikbaarheid van preventieve gezinsondersteuning voor de hele jonge kinderen (0-2 jaar);
- De verhoging van de doelgroepleeftijd van 0-4 jaar naar 0-7 jaar brengt de aansluiting met het onderwijs in beeld;
- Invoering van langdurige trajectbegeleiding vraagt om een gezamenlijke visie (van kort cyclisch naar langdurige trajectbegeleiding);
- In plaats van individuele inspanningen op organisatorisch niveau stimuleert VVI een beter op elkaar afgestemde keten met daarin gezamenlijke keteninspanningen.

Het businessmodel; een wenkend perspectief in 2015

In het Business Model zijn de zeven bouwstenen tot een unieke organisatievorm van VVI gemodelleerd. Dit biedt de regio's een wenkend perspectief van producten, diensten en randvoorwaarden voor een stabiel en volwassen organisatiemodel in 2015. Door verbeterde samenwerking tussen afzonderlijke partijen en sectoren, worden kinderen in 2015 vroeger gesignaleerd en gediagnosticeerd. Gezinnen worden zowel preventief, kortdurend als langdurig ondersteund en kinderen worden ongehinderd snel en tijdig van de juiste hulp en passend onderwijs voorzien. Er is een vernieuwende Integrale Vroeghulp.

Succesfactoren bij de opschaling van VVI

Minimale basisvereisten en kritieke succesfactoren voor het geslaagd toepassen van de VVI-innovatie, zijn een breed gedragen en omarmde visie, erkenning van ouders als regisseur en de landelijke ondersteuning dat de regio's ondersteunt bij de uitrol en bestendiging van de resultaten uit het experiment.



Dit leidt tot een regionaal gekleurd netwerk dat ouders en kinderen in de leeftijd van nul tot zeven jaar van advies, begeleiding en coördinatie van - goed binnen de keten afgestemde - zorg voorziet. De continuïteit van dit netwerk is enerzijds afhankelijk van de bereidheid tot samenwerking en anderzijds het niveau van de ontwikkeling van die samenwerking. Landelijke stimulans en kennisverspreiding kan zowel het regionale rendement als de regionale continuïteit bevorderen.

Risico's bij de opschaling van VVI

Risico's die VVI bedreigen, ligt in de kwetsbare duurzaamheid van de opbouwde relaties en het effect van de bezuinigingen. Wanneer de landelijke stimulering in 2010 wegvalt, is de vraag of de regionale relaties voldoende duurzaam zijn om zelfstandig voortgezet te worden. Daarnaast kunnen de huidige en aangekondigde bezuinigingsmaatregelen ertoe leiden dat organisaties zich meer op hun eigen terrein terugtrekken en juist minder op externe en ketensamenwerking gericht zullen zijn.

Kosten voor VVI

De totale projectkosten voor de periode 2008 t/m 2015 bedragen € 10.693.800. Het project is tot eind 2010 gefinancierd vanuit TPLZ. Verbreding, opschaling en implementatie van VVI vraagt de komende jaren nog veel investeringen. Tot en met 2015 is nog een bedrag van ruim € 7 miljoen nodig.

In 2016 is voor VVI de volwassen fase bereikt. Bij een deel van de doelgroep vindt dan langdurige trajectbegeleiding en preventieve gezinsondersteuning plaats. Ook worden kosten gemaakt voor de coördinatie van de keten. In totaal zijn de kosten voor VVI jaarlijks ruim € 68 miljoen euro.

Totale kosten VVI per jaar bij volwassen model in 2016		
	2016	2016 (LTB 40%)
Langdurige trajectbegeleiding	6,7	13,4
Preventieve gezinsondersteuning	59,3	59,3
Ketencoördinatie	2,6	2,6
Totale kosten per jaar (in miljoenen euro's)	68,6	75,3

Maatschappelijke baten voor VVI

Vanzelfsprekend zijn er in 2010 al baten te benoemen met betrekking tot het welzijn van het kind en het gezin, samenwerking in de keten en op het gebied van het onderwijs. In de maatschappelijke businesscase wordt echter nadrukkelijk gekozen voor berekening van de baten vanaf 2016.

De baten zijn vanaf 2016 goed te kwantificeren. De maatschappelijke baten vallen uiteen in zes invalshoeken: het kind, het gezin, de keten, de zorg, het onderwijs en de maatschappij.

Preventie is hierin steeds het kernwoord. De baten voor het kind en het gezin hebben met name betrekking op de verbetering van de kwaliteit van leven. Deze baten zijn in deze businesscase niet cijfermatig uitgewerkt. Alhoewel verschillende onderzoeken het bestaan van deze baten bevestigen, zijn de aannames hierbij te onzeker.

Door vroegtijdig preventieve maatregelen te treffen in de vorm van opvoedingsondersteuning, gezinsbegeleiding of vaardigheidstrainingen van ouders en/of kinderen, neemt de kans op een betere kwaliteit van leven en welzijn voor het kind toe. Preventie kan in de gezinssituatie overbelasting voorkomen, waardoor intramurale zorg of intensievere vormen van therapie kan worden voorkomen.

De baten voor de ketenzorg zijn evenmin in cijfers uitgedrukt, maar zijn het samengebalde resultaat van alle baten bij elkaar. Op korte termijn leiden ze tot efficiencyverbeteringen, verhoging van expertise en beschikbaarheid daarvan.

Resultaat en conclusies

De maatschappelijke baten zijn met behulp van twee verschillende methoden berekend. De eerste methode maakt alle toekomstige baten contant één jaar nadat het volwassen model van VVI gestalte heeft gekregen. Eenvoudig gezegd, worden hierbij de toekomstige rendementen terug berekend naar één vast bedrag van jaarlijkse maatschappelijke baten. Dit wordt afgezet tegen de jaarlijkse kosten. Deze methode wordt veel toegepast bij Social Return on Investment (SROI) berekeningen. De resultaten van deze berekeningen staan in onderstaand tabel:

Jaarlijkse maatschappelijke baten (methode 1)	
Soort opbrengst	Volwassen model VVI
Lager ziekteverzuim	3,2
Lagere ZZP's en substitutie	60
Snellere doorstroom naar speciaal onderwijs	7,3
Snellere doorstroom naar regulier onderwijs	19
Vermindering maatschappelijke overlast	11
Totale maatschappelijke baten per jaar (in miljoenen euro's)	100,5

Conclusie

De belangrijkste conclusie die hieruit kan worden getrokken, is dat de maatschappelijke opbrengsten in het volwassen VVI-model (vanaf 2016) hoger zijn dan de kosten. Tegenover een jaarlijkse investering van € 68 miljoen staan jaarlijkse maatschappelijke baten ter waarde van ruim € 100 miljoen. Met andere woorden: voor iedere geïnvesteerde 0,68 euro wordt € 1 terugverdiend.



Bij de tweede methode wordt op vier verschillende momenten (2016, 2020, 2025 en 2030) berekend wat de baten in dat betreffende jaar zijn. Dit wordt afgezet tegen de kosten in dat betreffende jaar. Omdat sommige baten op verschillende momenten worden bereikt, wordt de tweede methode eveneens toegepast.

Totale baten in de verschillende jaren (methode 2)				
	2016	2020	2025	2030
<i>Soort opbrengst</i>				
Lager ziekteverzuim	0	0	3	6
Lagere ZZP's en substitutie	0	0	55	110
Snellere doorstroom naar speciaal onderwijs	9	9	9	9
Snellere doorstroom naar regulier onderwijs	23	23	23	23
Vermindering maatschappelijke overlast	8	16	26	36
Totale maatschappelijke baten per jaar (in miljoenen euro's)	40	48	116	184

Conclusie

De belangrijkste conclusie die hieruit kan worden getrokken, is dat de baten in 2030 zijn opgelopen tot ruim 186 miljoen per jaar. Hierbij is het multiplier-effect nog niet mee gerekend.

VVI blijkt een kwestie van een lange adem en duidelijk is dat deze lange adem zowel voor de doelgroep als de maatschappij op termijn heel veel oplevert.





7. Literatuurlijst

'De jongere aanspreken: handboek methode jeugdreclassering', Adviesbureau Van Montfoort. Ministerie van Justitie, december 2005.

'Doelgroepanalyse Vroeg, Voortdurend en Integraal'. Van Niel J. en Pluut B. Zenc, maart 2010.

'Financial Cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood'. Scott, S. e.a. British Medical Journal, july 2001.

'Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter'. Hermans, Ory en Schrijvers, Julius Centrum, 2005.

'Het kind voorop. VVI pamflet: een visie op zorg, ondersteuning en onderwijs', januari 2010.

'Ketenzorg, Praktijk in perspectief', redactie. Reed business, oktober 2009.

'Kinderdagcentra: inventarisatie'. Smets Hover. Ministerie van VWS, april 2006.

'Matching Needs and Services voor jeugdige in de LVG sector', NIZW, 2005.

'Prevalentie-onderzoek licht verstandelijk gehandicapten in de justitiële inrichtingen'. Een IQ-puntje meer of minder...? Spaans, E. 2005.

'Toolbox Maatschappelijke Business Case (mBC)', Ernst & Young, Transitieprogramma in de langdurende zorg, Utrecht 2009.

'Vroeg, voortdurend en integraal: Ketens van vroege signalering, diagnostiek, zorg, onderwijs en ondersteuning voor kinderen met beperkingen en hun ouders'. Notitie, Vereniging Gehandicapten Zorg Nederland (VGN), Utrecht, 2007.

'Werkconferentie VVI "De Tweede Helft", verslag', Maarssen, december 2009.

'Zorg om zorgleerlingen. Een blik op beleid, aantal en kosten van jonge zorgleerlingen', CPB, 2009.

VROEG VOORTDUREND INTEGRAAL

