

WWW.TRANSITIEPROGRAMMA.NL

maatschappelijke Business Case (mBC)
ACT Jeugd Rotterdam

versie: 1.0
datum: 20-02-2009



Parnassia Bavo Groep
Kinder- en jeugdpsychiatrie
ACT-Jeugd Rotterdam

Transitieprogramma in de Langdurende Zorg



Maatschappelijke Businesss Case (mBC)

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
1.1	Transitieprogramma	4
1.2	Maatschappelijke Business Case	5
1.3	ACT-Jeugd Rotterdam	6
1.3.1	Maatschappelijk probleem	6
1.3.2	Omschrijving experiment	7
1.3.3	Vernieuwende aanpak	8
2	Clïëntperspectief	9
2.1	Verhalen van meerwaarde	9
3	Business Model (BM)	11
3.1	Product & Dienst	12
3.1.1	Waardepropositie	12
3.2	Doelgroep:	14
3.2.1	Klantsegmenten	14
3.2.2	Distributiekanaal	15
3.2.3	Klantrelatie	15
3.3	Infrastructuur:	15
3.3.1	Kernactiviteiten	17
3.3.2	Kerncapaciteiten	18
3.3.3	Samenwerkingsverbanden	19
3.4	Financiën:	20
3.4.1	Kostenstructuur	20
3.4.2	Opbrengstenstructuur	20
3.5	Conclusies	22
3.5.1	Minimale basisvereisten en scoping	22
3.5.2	Continuïteit en kopieerbaarheid	22
4	Organisatorische case (OC)	25
4.1	Toelichting op posten	25
4.2	Ontwikkeling kostenopbouw structuur 2009 - 2013	26
4.3	Financiële resultatentabel	27
4.4	Risico's en gevoeligheid	28
4.5	Conclusies	28
5	Maatschappelijke case (MC)	29
5.1	Inleiding stakeholderanalyse	29
5.2	Stakeholder 1 ... n	30
5.2.1	Impactkaart:	31
5.2.2	Kansen en risico's	33
5.3	Conclusies	34

5.3.1	Impact	34
5.3.2	Kansen en risico's structurele financiering	34
6	Conclusie: maatschappelijke Business Case (mBC)	36
6.1	De mBC: Organisatorische en Maatschappelijke case	36
6.2	Risico's en kritische succesfactoren	40
6.3	Conclusies en aanbevelingen	40

1 Inleiding

1.1 *Transitieprogramma*

OORSPRONG

Het Transitieprogramma in de Langdurende Zorg vindt zijn oorsprong in het Convenant AWBZ 2005-2007, en wordt ook na 2007 voortgezet. De Werkgroep Innovatie, bestaande uit het ministerie van VWS, GGZ Nederland, Actiz, BTN en VGN, en sinds november 2007 ook LOC-LPR en ZN, geeft het programma verder vorm. Het programmateam, bestaande uit Ernst & Young, CC Zorgadviseurs, DRIFT/Erasmus Universiteit Rotterdam en adviseurs uit de brancheorganisaties, is verantwoordelijk voor de landelijke ondersteuning van het programma. Het vervolg programma loopt van 2008 tot 2010.

WAAROM TRANSITIES IN DE ZORG?

Sommige maatschappelijke problemen vragen vanwege hun hardnekkigheid om ingrijpende veranderingen. Daarvoor zijn radicale oplossingen nodig. Dit Transitieprogramma stelt de sector in staat om het radicaal anders aan te pakken. Oplossingsrichtingen op gebieden als cultuur, structuur, werkwijze worden verkend. Bestaande paden worden in zogenaamde 'transitie-experimenten' verlaten. Het denken over nieuwe richtingen wordt gevoed door concrete praktijkervaringen die worden opgedaan. Deze experimenten vormen de basis van het programma.

In 2007 startte een eerste reeks van 10 transitie-experimenten. In 2008 start een tweede reeks experimenten. De twee tranches vormen één geheel. De experimentleiders hebben onderling regelmatig contact. Zij delen inhoudelijke informatie, ervaringen m.b.t. het leiden van een experiment en wisselen inzichten uit over bredere thema's als innovatiemanagement of bezieling in de zorg. Verder leren zij over structurele problemen in de langdurende zorg en doen zij inzichten op over de mogelijke oplossingen, de zogenoemde transitiepaden.

TRANSITIE EXPERIMENTEN: RADICAAL IN DE VERSNELLING

Het doel van de transitie-experimenten is, om versneld en in een experimentele setting, kansrijke radicale vernieuwingen in de langdurende zorg te testen.

De transitie-experimenten vallen onder een aantal voorgedefinieerde thema's, zoals preventie en herdefiniëring van de zorgvraag, sociale en maatschappelijke steunsystemen, zorg op afstand en efficiënte bedrijfsvoering. Daarbij kwam bij de experimenten uit de tweede tranche een extra focus op logistiek en kleinschaligheid.

Het zijn allemaal bijzondere experimenten, waarin de zorg- thuis- of stervensbegeleiding op een radicaal andere wijze georganiseerd wordt of dat een complete wijk wordt voorzien van één interactief loket voor zorg en welzijn. Andere experimenten richten zich op innovatieve zorgvormen voor de toenemende groep ouderen met dementie, of op onderzoek naar 'integrale persoonsvolgende ketenfinanciering', of de begeleiding van ontspoorde jongeren 'zonder postcode' naar een normaal leven.

1.2 Maatschappelijke Business Case

In het Transitieprogramma experimenteren zorgorganisaties met **nieuwe diensten**, nieuwe werkwijzen en nieuwe manieren van organiseren. Het nieuwe, of **innovatieve** aan een experiment brengt echter extra uitdagingen met zich mee. Zo zijn experimenten **vrijwel altijd stelseloverstijgend** en bestaan er nog **geen** instrumenten om een nieuwe dienst **te financieren** via het zorgkantoor (AWBZ) of via andere financiers zoals de gemeente (WMO), woningbouwcoöperaties of welzijnsfinanciers.

Het is bekend dat veel **projecten een stille dood sterven** aan het einde van een subsidietraject. In het Transitieprogramma is er echter ruimte ingebouwd voor het continue verspreiden van leereffecten in de sector en, aan het einde van de experimentperiode, voor het helpen ‘verankeren’ van de experimentresultaten in **duurzame financiering** in sector- of overheidsbeleid. Hiertoe wordt een format *Maatschappelijke Businesscase* (mBC) beschikbaar gesteld, *zodat* per experiment kan bekeken worden **wat de innovatie kost en oplevert**, en hoe de werkzame onderdelen aan het einde van **het traject duurzaam bekostigd** kunnen worden.

Dit document heeft tot doel een maatschappelijke businesscase (mBC) te bouwen ten behoeve van transitie-experimenten. Er wordt geredeneerd vanuit het cliëntperspectief. Wat levert de case voor de cliënt op, welke waarde wordt voor de eindgebruiker gecreëerd?

Het document is als volgt opgebouwd:

- H2 Cliëntperspectief (CP)
- H3 Business model (BM)
- H4 Organisatorische case (OC)
- H5 Maatschappelijke case (MC)
- H6 Maatschappelijke businesscase (mBC)

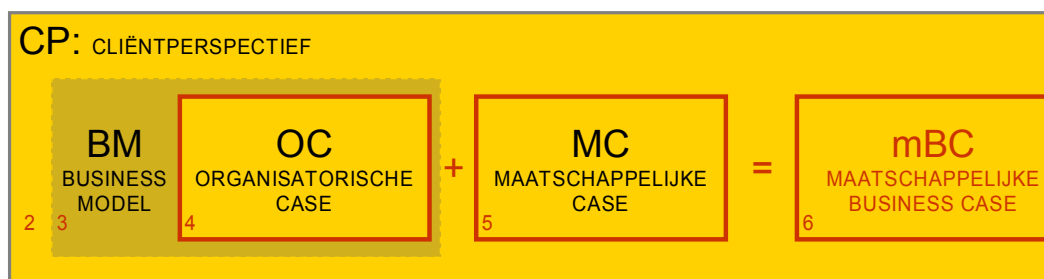


Fig1. de mBC: kosten-baten afweging waarin het economische én het maatschappelijke nut samenkomen

Gedurende het proces van het opstellen van de ‘concluderende’ maatschappelijke businesscase zal het **cliëntperspectief** (hoofdstuk 2) tot stand komen door interviews af te nemen en verhalen te verzamelen rondom de beschreven casus. Het **business model** (hoofdstuk 3) beschrijft de bouwstenen van het model oftewel ‘wie doet wat en hoe’? Hierin worden minimale basiseisen beschreven, wordt de scoping gedaan en worden vragen beantwoord rondom continuïteit en kopieerbaarheid. Volgend uit deze afbakening worden twee cases uitgewerkt: de

organisatorisch case (hoofdstuk 4) die de investeringen, kosten en opbrengsten beschrijft, en de **maatschappelijke case** (hoofdstuk 5) die het rendement van de maatschappelijke effecten inschat. Afsluitend volgt een weging van de perspectieven en afzonderlijke cases in de samenvattende **maatschappelijke businesscase** (hoofdstuk 6), waarbij ingegaan wordt op risico's, succesfactoren en de aanbevelingen voor de toekomst.

1.3 **ACT-Jeugd Rotterdam**

1.3.1 **Maatschappelijk probleem**

“Ik heb problemen op het gebied van schulden, wonen en werk. Daarnaast voel ik mij niet lekker in mijn vel en blow veel (psychiatrische problematiek). Ik wordt van het kastje naar de muur gestuurd met bovenstaande problemen, diverse loketten en veel hulpverlenende instanties.”

De problematiek van jongeren staat bijna dagelijks in de belangstelling. Het effectief benaderen van jongeren speelt een grote rol in het streven naar leefbaarheid en sociale samenhang. De sociale leefomgeving biedt belangrijke mogelijkheden om risicogedrag van jongeren om te buigen. Integrale aanpak met politie, onderwijsinstellingen, centra voor arbeidsmarkttoeleiding, instellingen voor jongerenwerk en hulpverleningsinstellingen bieden een belangrijke bijdrage aan enerzijds de risicoreductie en het bieden van ontwikkelingsmogelijkheden voor jongeren. Anderzijds levert een effectieve benadering een verbetering op van de leefbaarheid van kwetsbare wijken, waar de manifeste aanwezigheid van risicojongeren gevoelens van onveiligheid en ontoegankelijkheid in de wijk teweegbrengen. Te veel nog blijkt dat grote groepen jongeren tussen wal en schip belanden. Jongeren krijgen niet de zorg, bescherming en de mogelijkheden tot deelname aan de samenleving waar ze recht op hebben.

Deze problematiek geldt ook voor de gemeente Rotterdam. Rotterdam is een stad met veel jongerenproblemen. Er is een hoge werkloosheid, veel schooluitval en een groeiend gevoel van onveiligheid bij mensen in de buurt. ‘Gebrekkige samenwerking tussen scholen en jeugdinstanties laat jongeren glippen en maakt het systeem inefficiënt’, aldus de gemeente in hun publicatie ‘Ieder Kind wint’. Daarnaast is het voor de economie van belang dat het arbeidspotentieel zo volledig mogelijk gebruikt wordt. In onze economie is er veel behoefte aan geschoolde werknemers. Het is van sociaal en economisch belang dat jongeren zich verbonden voelen aan hun stad én met een afgeronde opleiding aan de ‘start’ verschijnen. Rotterdam kent zo’n 5.000 tot 6.000 kinderen en jongeren die ernstig in hun ontwikkeling worden bedreigd. Hiervan hebben ongeveer 600 jongeren van 17 tot 24 jaar een ernstige psychiatrische problematiek. Zij leven en wonen veelal op straat en hebben geen geld om voldoende in hun eigen onderhoud te voorzien. Deze jongeren komen niet of veel te laat bij de reguliere hulpverlening terecht. Wanneer zij wel bij een instantie terechtkomen, is er nauwelijks een andere oplossing dan opname in een intramurale setting. Of jongeren komen al vroeg in aanraking met justitie. Voor een jongere groep van 12- tot 16-jarigen waarbij de problematiek

nog niet wordt herkend, is de kans groot is dat zij later wel tot de groep met ernstige problematiek gaan behoren (cijfers zijn hiervan niet bekend).

De gemeente Rotterdam heeft gesteld dat er gespecialiseerde hulp moet komen voor jongeren tussen de 12 en 24 jaar met meervoudige problemen. Hiervoor hebben zij in 2004 de GGZ Groep Europoort, Bavo RNO Groep en een welzijnsinstelling benaderd. Uit een verkenning naar het bestaande aanbod en een probleemanalyse kwam vooral naar voren dat het nieuwe te ontwikkelen aanbod goed moet aansluiten bij de leefwereld. De Assertive Community Treatment (ACT) leek hiervoor een geschikte methode.

1.3.2 Omschrijving experiment

“Ik krijg hulp van ACT-Jeugd op alle bovenstaande gebieden en zij helpen mij met alle problemen op deze gebieden; ik hoef niet overal meer langs of ACT-Jeugd gaat met mij mee. Ook als ik even geen zin meer heb of niet durf blijven zij altijd komen en hulp geven. (niet gefragmenteerd). Niet chaotisch, want dat ben ik zelf al in mijn hoofd. Ik krijg duidelijke hulp van 1 team en 1 instantie die mij in alles bijstaan.”

De Assertive Community Treatment Jeugdteams Rotterdam (ACT-Jeugd) bieden op specifieke wijze hulp aan jongeren met psychiatrische problemen die de weg naar de reguliere hulpverlening niet weten te vinden. Het zorgaanbod is gebaseerd op de uit de Verenigde Staten afkomstige methodiek Assertive Community Treatment (ACT) en kenmerkt zich door de woorden: outreachend, multidisciplinair, bemoeizorg en teamwerk. In het werkveld heeft men het over de cliënt, de jeugdige of de jongere. In deze beschrijving gebruiken we deze termen door elkaar.

De kern van een ACT-traject is dat de begeleiding, zorg- en hulpverlening aan de jongere plaatsvindt op meerdere levensgebieden tegelijk. Zo wordt er zowel praktische hulp geboden, als maatschappelijke ondersteuning, dagbesteding, woonondersteuning, psychiatrische zorg, gezinsbegeleiding, schoolondersteuning en wat er verder nodig is. Specifiek hierbij is dat de begeleiding plaatsvindt op plekken waar de jongere zich ophoudt.

De ACT-Jeugdteams zijn ontstaan omdat veel jongeren die op straat leven, niet bij de reguliere hulpverlening terechtkomen. Of jongeren kwamen wel terecht bij een vorm van hulpverlening, maar het lukte hen niet deze hulpverlening te behouden. De hulpverlening sloot onvoldoende aan bij hun dak- en thuisloosheid. Niet voor niets worden deze jongeren ook wel 'jongeren zonder postcode' genoemd. Daarbij zorgden ook wachtlijsten en wachttijden voor toename van de problematiek van de jongeren. Door tijdige en intensieve ondersteuning te bieden, kan het aantal opnames in intramurale zorg gereduceerd worden.

De doelgroep bestaat uit jongeren met psychiatrische problemen, 'zorgwekkende zorgmijders', in de leeftijd van 12 tot 24 jaar. Hierbij gaat het onder andere om dak- en thuislozen met psychiatrische problemen, verslavingsproblemen en schulden in de gemeente Rotterdam en de directe omgeving. Het is een groep die veel overlast veroorzaakt en nauwelijks deel kan nemen aan de samenleving.

1.3.3 Vernieuwende aanpak

*"Ik krijg niet chaotische hulp op alle gebieden van mijn problemen, ook als ik even niet gemotiveerd ben. Tevens komen ze bij mij thuis, op school; zelfs in de koffieshop zoeken zij mij op en zij zetten door als ik afhaak.
Ik krijg duidelijke hulp op alle gebieden, waar ik ook ben, hoe mijn stemming ook is."*

Het bijzondere van ACT-Jeugd is dat uitgegaan wordt van de zogeheten 'Ketenomkering'. Er wordt direct aangesloten bij de wensen van de jeugdige en zijn of haar context. De hulpverlening wordt vanuit de individuele vraag opgebouwd. Er wordt van alles gedaan om met de jongere contact te krijgen en het contact te behouden. Jongeren met ernstige en complexe problemen worden actief opgezocht door een ambulante team dat multidisciplinair begeleiding en behandeling biedt, indien nodig een diagnose stelt en hen daarna blijft volgen. 'Wij vinden, boeien en binden', luidt de slogan vanuit de ACT-organisatie.

Belangrijk bij de aanpak is ook de organisatievorm van het team: er is geen individuele caseload, maar de jeugdigen worden door een multidisciplinair team begeleid. Het team bestaat uit mensen vanuit verschillende functies en daardoor verschillende invalshoeken. De 'verkokerde zorg' wordt doorbroken. Deze ondersteuning is 24 uur per dag bereikbaar. Per hulpverlener is er een kleine gedeelde caseload van zeven tot tien cliënten met gemiddeld drie contactmomenten per week.

2 Cliëntperspectief

2.1 Verhalen van meerwaarde

Er zijn geen cijfers bekend over concrete resultaten en opbrengsten van het project. Aangegeven wordt dat door de aanpak van ACT-Jeugd meer jongeren in een eerder stadium worden bereikt. Hierdoor is er minder druk op de wachtlijsten in de institutionele wereld. Uit gesprekken met de manager en de teamleider komt naar voren dat er door de inzet van de ACT-teams minder vraag is naar zwaarder zorgaanbod en dat schooluitval en justitiële plaatsingen minder voorkomen. Een aantal cliënten krijgt een betaalde baan. De kosten van de ACT-werkwijze zijn lager dan die van een klinische opname. In hoeverre de ACT-aanpak jongerenoverlast vermindert is lastig in cijfers uit te drukken.

Volgens de ACT-werkwijze begint de hulp bij inleven in de problematiek en aansluiten bij wat de jongere wil en kan. Het project draagt bij aan een hogere levenskwaliteit van jongeren met problemen op meerdere levensgebieden tegelijk. Uit diverse reacties van jongeren blijkt dat ze zich erg gezien voelen door de aanpak vanuit ACT.

‘Er is nog geen enkele jongere afgehaakt en de jongeren en betrokken partijen rapporteren een hoge mate van tevredenheid,’ aldus Zimmermann.

Het kwartje is dan toch gevallen (het verhaal van een jongere)

Misschien begon het ontsporen wel veel eerder, maar op de mavo uitte het zich voor het eerst. Veertien was Kevin. Vechten, klasgenootjes bestelen, slecht presteren: het was Kevin ten voeten uit.

En veel drinken. Tot wel twintig bier. ‘Het was kutten’, zegt Kevin achteraf. ‘Ik heb borderline, maar dat wist ik toen nog niet.’

Zijn ouders probeerden van alles. ‘Het zijn schatten.’ Goede gesprekken, boos worden, de kinderbescherming: alles werd ingezet om Kevin bij de les te krijgen. Niets hielp. ‘In 2000 heb ik drie dagen vastgezeten nadat ik mijn vader en agenten in elkaar had geslagen.’ En dat was nog maar het begin.

‘Ik ben in Overschie in een tent gekropen. Met een ex heb ik daar een halfjaar geleefd.’ Drank had de 16-jarige Kevin inmiddels vermengd met grote hoeveelheden coke en pillen. ‘Daar werd ik rustig van.’

Na verloop van tijd bracht Kevin zijn tijd vooral door met dealen in een Vlaardings nachtcafé. ‘Met mijn handeltjes ging ook wel eens wat mis. Ik snoof drie tot zeven gram coke per dag en dronk er 21 halve liters bij. Van de zeven dagen in de week was ik er acht uit m’n plaat. We

hadden wel vaker mot, maar eind 2004 hadden mijn ex en ik een vechtpartij. Het eindigde in een miskraam.'

Brand in het café door een molotovcocktail maakte een eind aan het Vlaardingse avontuur. Na omwegen trok Kevin opnieuw in zijn tentje. Het was inmiddels 2005. Zijn ex-vrouw kreeg een nieuwe vriend. Kevin verdroeg dat slecht, dus sloeg hij de knul buiten westen met een pijp ijzer. Het was Luc van ACT-Jeugd die Kevin in 2005 uit zijn tentje wist te praten. 'Hij was de enige die me in al die tijd op kwam zoeken.'

Natuurlijk volgden nog aardig wat terugvallen, maar inmiddels heeft Kevin zijn leven met dank aan Luc weer aardig op de rails. Tegenwoordig luistert Kevin vooral Hazes in plaats van naar hard core. Hij heeft een uitkering voor arbeidsongeschikten en woont samen. 'Ze zeggen dat het kwartje een keer moet vallen. Dat is nu eindelijk gebeurd. Met hulp van Luc en Hazes.'

Bron: AD Rotterdam, 16 april 2008

Betrokken samenwerkingspartijen zijn zeer tevreden over de uitvoering van ACT. 'Partijen uit de omgeving geven aan erg enthousiast te zijn over de ACT-aanpak, veel vertrouwen te hebben in het team, en jongeren graag door te verwijzen', aldus de teamleidster ACT. Het feit dat jongeren worden aangemeld vanuit veel verschillende organisaties geeft aan dat er behoefte is aan de aanpak en dat ACT goed bekend is bij diverse organisaties. Ook wordt de expertise van ACT veel gevraagd in diverse netwerken.

De wooncoördinator Jongerenloket geeft aan dat op het moment dat een jongere snel onder begeleiding komt van ACT, de slagingskansen 70 tot 80% zijn. 'Er is veel meer rust voor de jongere, en hiermee kan erger worden voorkomen.'

Vanuit het veld wordt ook een beroep gedaan op de ACT-teams om problematische jongeren met minder complexe psychiatrische problematiek te bereiken. De problemen van deze groep zijn weliswaar fors, maar veelal beter beïnvloedbaar en behandelbaar. Voorbeelden van problematiek die bij deze groep speelt zijn loverboysproblematiek, mishandeling en incest. De ACT-methodiek zou hier goed op kunnen aansluiten. Daarnaast is er een volgens medewerkers van ACT een duidelijke vraag voor oplossingsgerichte diagnostiek, expertise en consultatie en indien gewenst hulp bij toeleiding naar het bestaande zorgaanbod voor deze doelgroep.

Reacties van jongeren afkomstig uit de brochure *Wat doet ACT-Jeugd voor jou?*

'ACT-Jeugd is heel flexibel. Niets moet en alles is bespreekbaar.'

'Je bepaalt zelf bij ACT-Jeugd welke problemen je wil aanpakken'.

'ACT-Jeugd laat je niet in de steek. Je kan altijd bij ze terecht'.

Kortom: Ze doen wat kan bij deze jongeren en wat werkt!

3 Business Model (BM)

Dit hoofdstuk heeft als doel te komen tot een volwassen organisatiemodel zoals deze er over vijf jaar uitziet. Het business model is te definiëren als:

‘Een conceptualisering van de basis bouwstenen van de nieuwe organisatie, alsmede hun relatie en onderlinge afhankelijkheden’.

Vragen die je bij elk organisatiemodel moet stellen zijn: wat ga je de cliënt bieden, hoe ga je dat produceren, hoe ga je dat aanbieden, wat kost het en wat levert het op? Om inhoud te geven aan deze vragen zijn er 4 pilaren van het businessmodel met in totaal 9 bouwstenen:

Pilaar 1: Producten & diensten (wat)

3.1.1 1. Met welke producten/diensten biedt je welke waarde aan de cliënt?

Pilaar 2: Klanteninterface (wie)

3.2.1 2. Wie zijn je cliënten en hoe segmenteer je ze?

3.2.2 3. Op welke wijze ga je het aan de cliënt aanbieden / interacteer je met de cliënt?

3.2.3 4. Welke relaties zijn er je product en de segmenten die je hebt beschreven?

Pilaar 3; Infrastructuur (hoe)

3.3.1 5. Wat zijn je belangrijkste waarde creërende activiteiten?

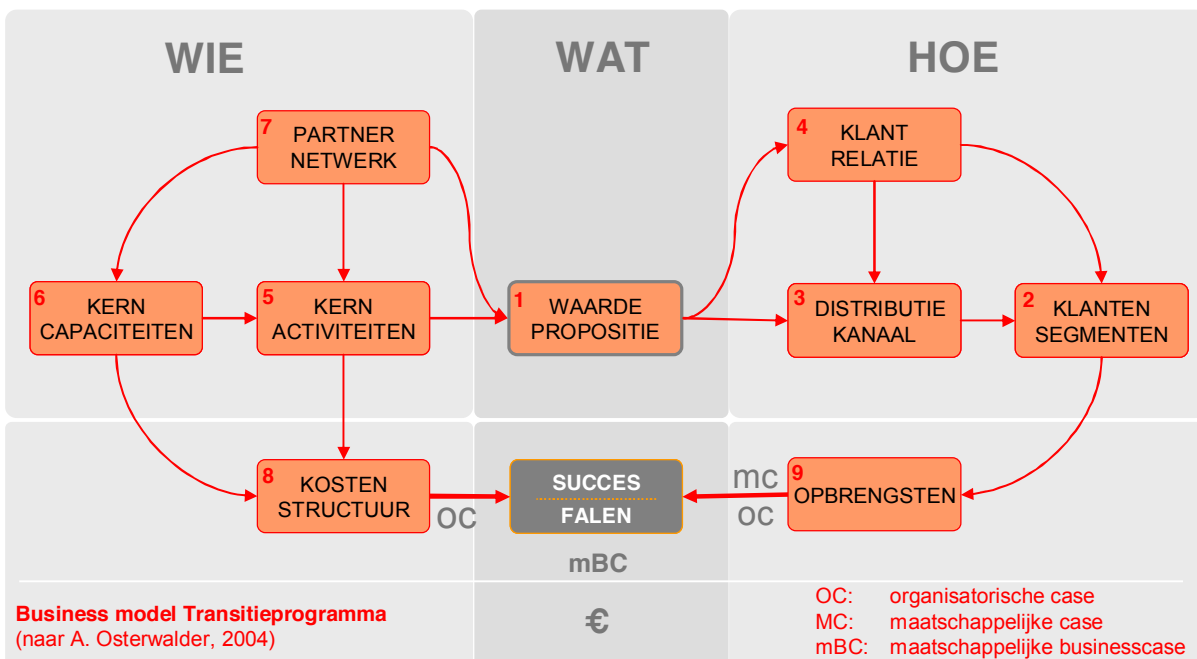
3.3.2 6. Wat zijn de belangrijkste capaciteiten?

3.3.3 7. Op welke wijze zet je hier je partner-netwerk in?

Pilaar 4: Financiën (€)

3.4.1 8. Welke kostenstructuur kan je hierop toepassen?

3.4.2 9. Wat zijn (per segment) de mogelijke revenuen?



3.1 Product & Dienst

ACT Jeugd Stadsregio Rotterdam: Vinden, boeien en binden

In Rotterdam worden met een onorthodoxe en gedurfde aanpak jongeren 'zonder postcode' begeleid naar een normaler leven. Deze moeilijk bereikbare specifieke groep zware probleemjongeren krijgen hulp middels een nieuwe aanpak, geïnspireerd op Assertive Community Treatment (ACT). De kern van deze methode is de naar buiten geklapt klinische behandeling. Jongeren met ernstige en complexe problemen op psychisch- en psychiatrisch gebied worden actief opgespoord door een ambulante team dat multidisciplinaire begeleiding geeft en hen daarna blijft volgen ("vinden, boeien en binden"). In dit innovatieve Rotterdamse experiment staan niet de zorgverleningstructuren centraal maar letterlijk de behoefte en belevingswereld van de jongere. Hierbij vindt begeleiding, zorg- en hulpverlening aan de jeugdige plaats op vrijwel alle levensgebieden tegelijk, zoals praktische hulp, maatschappelijke ondersteuning, dagbesteding, woonondersteuning, psychiatrische zorg, gezinsbegeleiding, school- en werkondersteuning. Deze op preventie gerichte Rotterdamse aanpak kent in haar korte bestaan al enkele successen en veel interesse uit andere steden. Er is nog geen enkele jongere afgehaakt en de jongeren en betrokken partijen rapporteren een hoge mate van tevredenheid. Enkele van deze partijen hebben concrete toezeggingen gedaan om mee te participeren in de nieuwe aanpak. Het experiment beoogt daarom de huidige vijf ACT jeugd teams verder te ontwikkelen (gericht op specifieke doelgroepen en nieuwe samenwerking), de aanpak verder te verankeren in de Stadsregio Rotterdam (o.a. door aansluiting bij het programma Ieder Kind Wint) en de leerervaringen te delen met andere steden (o.a. door opzetten van kenniscentrum ACT jeugd).

Deze methodiek heeft inmiddels geleid tot veel vraag naar preventieve hulp bij andere maatschappelijke organisaties.

3.1.1 Waardepropositie

ACT is te vergelijken met een klinische behandeling buiten. Net zoals in het klinische model wordt onderscheid gemaakt tussen de kern van de behandeling (de leefgroep in de klinische situatie, het begeleidingsteam van het ACT) en de toegevoegde behandeling, therapieën, gezinstherapie, school en dergelijk eromheen.

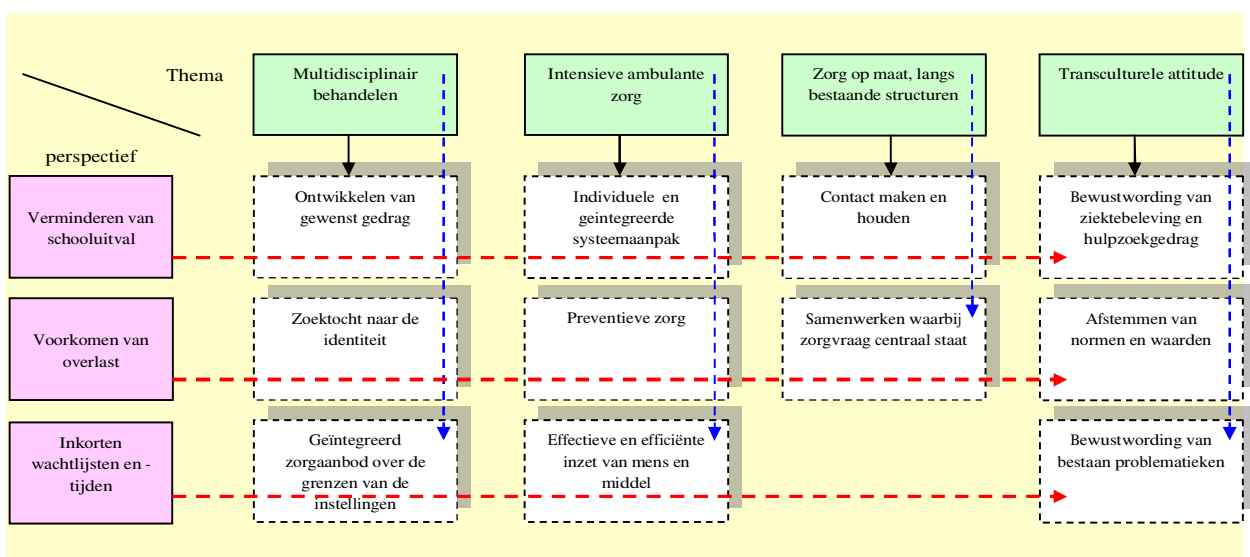
Dit vraagt om een onderscheid tussen een kernteam (ACT) dat de belangrijkste beïnvloeding tot verandering zoekt in de aanpak van het dagelijks leven en "specialisten" erom heen die ieder voor zich staan voor beïnvloeding van de diverse domeinen waar de jeugdige ook functioneert zoals school, woonplek, werkplek, gezin etc. Uiteraard gaat het om een samenhangend geheel.

Op basis van het vorenstaande omvat ACT Jeugd de volgende kernprincipes:

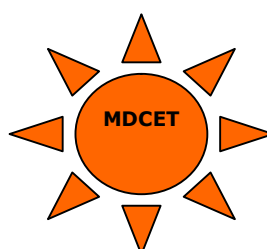
- 1 Het bieden van een persoonlijk diagnostiek- en behandelaanbod voor de jongere met psychische en/of psychiatrische problemen
- 2 Het zorgaanbod sluit aan bij de complexe problematiek van de jongere en wordt altijd in relatie tot zijn culturele- context aangeboden
- 3 Alle vitale contacten in het netwerk van de Jongere of het team dat de zorg levert worden gebruikt om het gewenste resultaat te behalen
- 4 Het zorgaanbod wordt uitgevoerd door multidisciplinaire teams die qua functies zoveel als mogelijk aansluiten bij de problemen van de doelgroep
- 5 De teams opereren onorthodox, mijden de bureaucratische regels en zoeken onafhankelijk van, maar wel met de instellingen naar oplossingen van een andere orde voor die ene jongere
- 6 De teams zijn multicultureel opgebouwd en de werknemers hebben een Cultuursensitieve attitude

Op basis van de voornoemde 6 aspecten van de visie luidt de missie: Het aanbieden van specialistische Psychiatrische zorg aan jongeren die hun weg naar reguliere hulpverlening niet weten te vinden, dan wel niet weten vast te houden.

De doelen staan beschreven in onderstaande strategiekaart:



ACT is dan te vergelijken met een klinische behandeling buiten. Net zoals in het klinische model wordt onderscheid gemaakt tussen de kern van de behandeling (de leefgroep in de klinische situatie, het begeleidingsteam van het ACT) en de toegevoegde behandeling, therapieën, gezinstherapie, school en dergelijk eromheen.



Bij andere instellingen kan waarschijnlijk worden volstaan met oplossingsgerichte diagnostiek, expertise en consultatie en indien gewenst hulp bij toeleiding naar het bestaande zorgaanbod of ACT Jeugd als dat passend is. Het zal duidelijk zijn dat het gaat om klantgestuurde zorg en dat de grenzen van opschaling van zwaar naar licht en van ACT Jeugd naar MD&C pragmatisch moet worden ingezet.

3.2 Doelgroep:

In het jaar 2004 hebben de voorbereidingen plaatsgevonden voor het onderzoeken, bedenken, ontwikkelen en het voorbereiden van een ACT (Assertive Community Treatment) team jeugd van jongeren, met psychosociale- en psychiatrische problemen tussen de 12 en 24 jaar.

Naar aanleiding van vragen van (andere) maatschappelijke organisaties is daar nu MDCET bijgekomen.

Het gaat om de doelgroep jongeren die hun weg naar reguliere hulpverlening niet weten te vinden, dan wel niet weten vast te houden. Door de complexe problematiek die zich in meerdere levensgebieden uitbreidt is er sprake van fragmentatie, waardoor een regulier aanbod meestal niet geëigend is. Het gaat om jeugdigen die nog geen of onvoldoende probleembesef hebben, laat staan hulp zoeken of hulpvragen kunnen formuleren.

Voor MDCET geldt dat het om jongeren gaat die geen ACT nodig hebben, maar wel problemen kennen op minstens één van de levensgebieden en dus een psychische kwetsbaarheid.

3.2.1 Klantsegmenten

Uit veld- en literatuuronderzoek (Zimmermann, mei 2004) werd geconstateerd dat de doelgroep ACT jeugdigen in de Stadsregio Rotterdam wordt geschat op 600 jongeren tussen de 12 t/m 24 jaar, waarbij naast persoonlijke complexe problematiek ook nog sprake is van verschillende wet-, hulp- en regelgeving.

De groep jongeren met problemen op minstens één van de levensgebieden is een veelvoud, mogelijk 10, groter.

Het gaat om jongeren (van 12 tot 24 jaar) die gekenmerkt worden door fragmentatie in hun functioneren op meerdere ontwikkelingsaspecten en op meerdere levensgebieden. Hierdoor is er ook al fragmentatie op het niveau van het denken en doen; er is geen reëel zicht op eigen functioneren en dat in relatie tot anderen. Dit betekent dat ze zelf geen hulpvraag hebben en dus ook geen hulp zoeken dan wel door hun problematiek zeer teleurgesteld zijn in de hulp die tot dan toe geboden is.

De groep jongeren met problemen op minstens één van de levensgebieden functioneren nog 'normaal' in de maatschappij, maar kunnen door hun psychische kwetsbaarheid zodanig in de problemen raken dat uiteindelijk toch ACT nodig is.

3.2.2 Distributiekanaal

De kern van ACT is dat de begeleiding, behandeling- en hulpverlening aan de jeugdige plaats vindt op meerdere levensgebieden tegelijk (praktische hulp, maatschappelijke ondersteuning, dagbesteding, woonondersteuning, psychiatrische zorg, gezinsbegeleiding, schoolondersteuning en wat er verder nodig is) én op plaatsen waar de jeugdige zich bevindt.

MDCET wordt uitgevoerd op verzoek van andere maatschappelijke organisaties.

Dit zal in de regel hun school of stageplaats zijn, maar ook thuis of in andere milieus. Hierbij wordt ondersteuning, begeleiding en behandeling gerealiseerd middels een thema-aanpak om ervoor te zorgen dat alles ook daadwerkelijk op elkaar afgestemd blijft en gerealiseerd kan worden. Bij het verlenen van de benodigde ondersteuning, begeleiding en behandeling houdt het ACT-team alles in eigen hand.

Een Mobiel Expertise & Consultatie team (MDCET) is een soort 'vooruit geschoven post' om de vraag naar expertise, consultatie en toeleiding naar het bestaande zorgaanbod te beantwoorden. Het team dient deze vraag te beantwoorden door oplossingsgericht te diagnosticeren, en servicegericht te consulteren aan het netwerk.

Hulpverlening met MDCET vindt plaats via andere maatschappelijke organisaties, zoals scholen, maatschappelijke opvang, het jongerenloket en jeugdzorg.

3.2.3 Klantrelatie

Het gebrek bij de jeugdigen aan probleembesef, een bepaalde hulpvraag, een bepaalde lijdensdruk en mogelijk zelfs motivatie vraagt om een aanpak die aansluit bij de beleving van de jongeren.

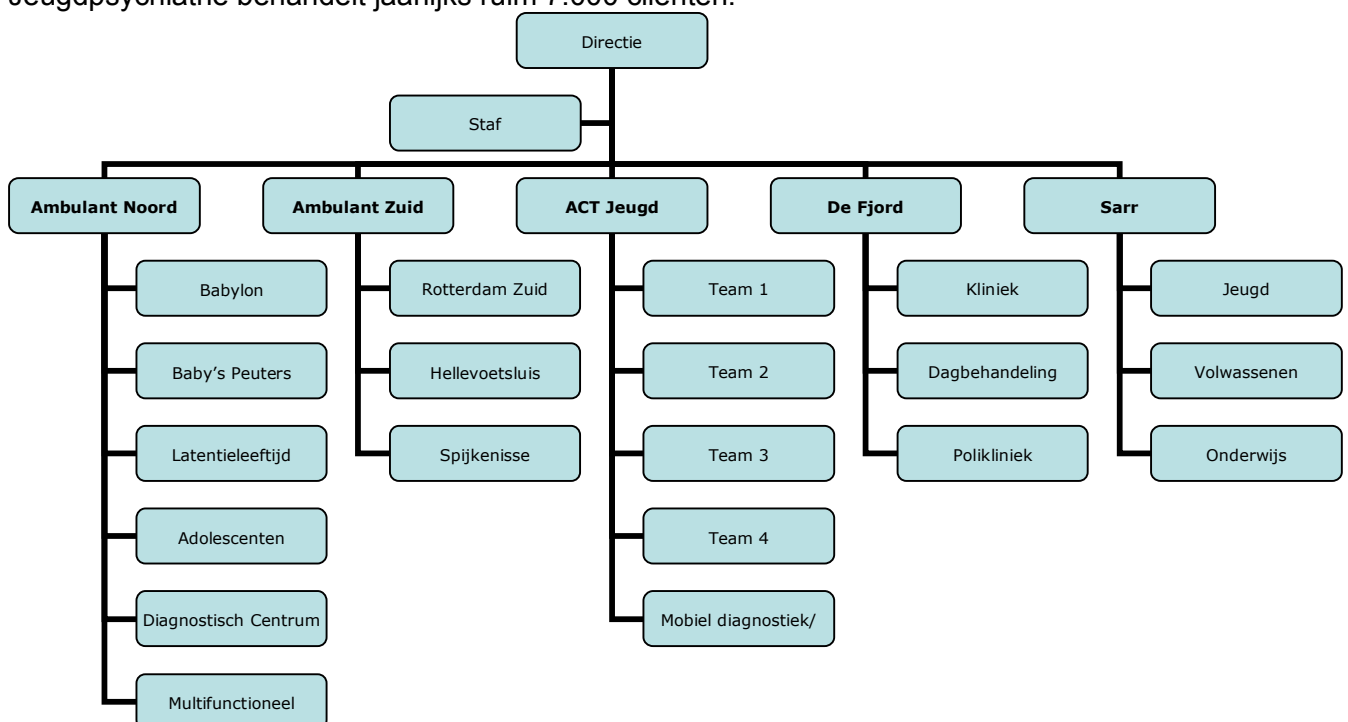
Er is wel degelijk nood, maar die ervaren ze vooralsnog alleen op praktische levensgebieden. Het team werkt als een soort smeermiddel in het netwerk van de instellingen betrokken bij de probleemjongeren. Daarbij heeft het team een signalerende functie voor de instellingen om de knelpunten te inventariseren en werkwijzen te helpen verbeteren. Kortdurende behandeling kan een optie zijn om de voordeur van de Jeugd GGZ te ontlasten

3.3 Infrastructuur:

ACT-Jeugd Rotterdam is een onderdeel van Parnassia Bavo Kinder- en Jeugdpsychiatrie, dat op zijn beurt weer onderdeel is van de Parnassia Bavo Groep, waartoe ook Palier, PsyQ, Parnassia, Bavo Europoort en Brijder Verslavingszorg behoren.

Parnassia Bavo Kinder- en Jeugdpsychiatrie biedt een breed behandelaanbod voor kinderen, jongeren en hun omgeving. Ambulant, outreachend, in deeltijd of klinisch. Ook wordt diagnostisch onderzoek verricht. De twee ambulante afdelingen behandelen kinderen en jongeren met psychiatrische, ontwikkelings-, emotionele en/of gedragsproblemen. De Assertive Community Treatment Jeugdteams bieden op outreachende wijze hulp aan jongeren met psychiatrische problemen die de weg naar de reguliere hulpverlening niet weten te vinden. De Fjord is een Centrum voor Orthopsychiatrie en Forensische Jeugdpsychiatrie. Kinderen en volwassenen met een autistische stoornis kunnen terecht bij de Sarr; één van de specialistische autismeteams in Nederland.

Parnassia Bavo Kinder- en Jeugdpsychiatrie opereert vanuit 16 locaties in de regio's Rijnmond en Haaglanden. Bij het zorgbedrijf werken ruim 350 medewerkers. Parnassia Bavo Kinder- en Jeugdpsychiatrie behandelt jaarlijks ruim 7.000 cliënten.



Organogram: Zorgbedrijf Parnassia Bavo Kinder- en Jeugdpsychiatrie

Opzet en werkwijze van de organisatie:

Het werkerterrein van de organisatie is de stadsregio Rotterdam Rijnmond.

Op basis van de strategiekaart en de productenkaart heeft de organisatie de volgende taken:

- 1 Het multidisciplinair (aan)bieden van de best mogelijke en beschikbare behandeling, begeleiding en ondersteuning aan de doelgroep.
- 2 Het in contact komen en blijven met de doelgroep, de instanties en overige actoren die betrokken zijn bij het (aan)bieden van behandeling, begeleiding en ondersteuning.
- 3 Het initiëren, onderhouden en uitbreiden van een voor het realiseren van de strategie relevant netwerk.

- 4 Het stimuleren van de samenwerking tussen de instanties en overige actoren die producten en diensten aanbieden aan de doelgroep.

Daarbij worden de volgende werkvormen gehanteerd:

- 1 Gewerkt wordt met multidisciplinaire teams. De benodigde kennis wordt aangereikt vanuit de uitvoerende instellingen en uiteenlopende partners in de keten, te denken valt aan zorginstellingen en instellingen die werkzaam zijn op het terrein van arbeidstoedeling en leerwerktrajecten. Cliënten worden een individueel zorgtraject aangeboden.
- 2 De individuele zorgtrajecten werken volgens de beginselen van Assertive Community Treatment (ACT). ACT staat voor: teambenadering, kleine en gezamenlijk caseload, gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de groep, outreachend, geen beperking in de duur van de zorg, flexibel en 24 uur, 7 dagen per week bereikbaar.
- 3 MDCET: op vraag van andere maatschappelijke organisatie wordt er individueel mobiele diagnostiek en consultatie op GGZ-gebied 'on the spot' door diverse disciplines (verpleegkundige, psycholoog en evt. psychiater) geleverd.

3.3.1 Kernactiviteiten

Globale activiteiten:

Huidige vijf ACT-jeugd teams doorontwikkelen:

- 1 Werkwijze verfijnen, doelgroepen uitbreiden, andere varianten ontwikkelen. Middels het vermelde onderzoek verbeteren methodiek, vermeerderen/verspreiden opgedane kennis.
- 2 Inzicht in de kenmerken van de jongeren in kaart brengen en beoordelen wanneer welke zorg geboden wordt. Keuze maken voor zorg toeleden of ook behandelen en met welke partner de zorg wordt geleverd.

Aanpakken verankeren in Stadsregio Rotterdam:

- 1 Aansluiten bij het programma Ieder Kind Wint, samenwerking met deelgemeenten en andere instellingen, toewerken naar uitbreiding van aantal teams.
- 2 Uitbreiden netwerk van organisaties die inbreng kunnen leveren op de verschillende leefgebieden van jongeren zoals woningbouwvereniging, het Jongerenloket, schuldsaneringsinstantie etc. Dat wil zeggen dat de multidisciplinaire samenstelling van een team een afspiegeling moet worden van de vraag van de jongere.

Leerervaringen delen met andere steden:

- 1 Voortzetten en verbeteren effectiviteit van werkbezoeken aan onze teams. Ontwikkelen managementtool-kit voor de nieuwe starters.
- 2 Samenwerken met specifieke partnerinstellingen in Den Haag, Amsterdam, Breda, en mogelijk Amersfoort.
- 3 Descriptief kwalitatief onderzoek starten en publiceren.
- 4 Opzetten kenniscentrum ACT Jeugd.
- 5 Werkbezoeken, bijwonen en presenteren op conferenties in binnen- en buitenland.

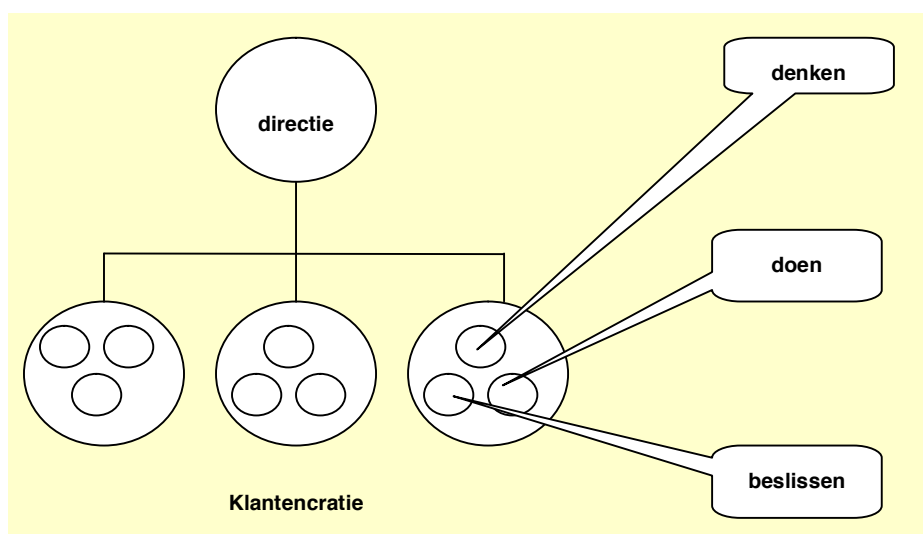
Concrete activiteiten:

- 1 Onderzoek huidige financiële status, productenmix en geldstromen.
- 2 Doorgaan met huidige proactieve aanpak en aanjagen van het concept.

- 3 Vastleggen huidige klantengroep, aanbod en werkwijze en de te verwachten uitbreiding doelgroepen en betrokken partners op korte termijn.
- 4 Evaluatie bedrijfsplan ACT Jeugd en strategische heroriëntatie ten opzichte van de ACT grondbeginselen, de eigen organisatie, partnerorganisaties in de samenwerking.
- 5 Verkrijgen van commitment van nieuwe partners op het besturingsmodel, stappenplan t.a.v. uitbreiding, eigenaarschap op de nieuwe teams.
- 6 Plan van aanpak maken voor het aansluiten van ACT bij het programma Ieder Kind Wint.
- 7 Plan van aanpak ontwikkeling van kennismanagementstructuur- model en onderzoek op ontwikkeling besturing- en bedrijfsvoeringconcept.
- 8 Opstellen en opstarten projectstructuur passend bij de uitkomst van bovenstaande activiteiten.

3.3.2 Kerncapaciteiten

Omdat de fragmentatie van iedere cliënt op persoonlijk en systeemniveau verschilt, is in zijn of haar (hulp)vraag en –behoefte gekozen voor de configuratie van de klantencratie. De organisatie opteert er voor om de vraag leidend te laten zijn bij de inrichting van haar interne organisatie en organiseert dus van buiten naar binnen. In deze configuratie is het beslissen, denken en doen in één team geplaatst.



Figuur: klantencratie.

De bedrijfsvoering wordt ingericht en aangestuurd met behulp van het HKZ en DBC instrumentarium. Dit betekent dat de managementaandacht op het terrein van de bedrijfsvoering primair uitgaat naar de processen.

Bij de aansturing van de medewerkers worden de volgende leidende principes gehanteerd:

- 1 De regelcapaciteit (Empowerment) komt te liggen bij de teams.
- 2 Processen worden integraal ontworpen voor de teams; met andere woorden de kwaliteit van het handelen en denken wordt geborgd in een kwaliteitssysteem.

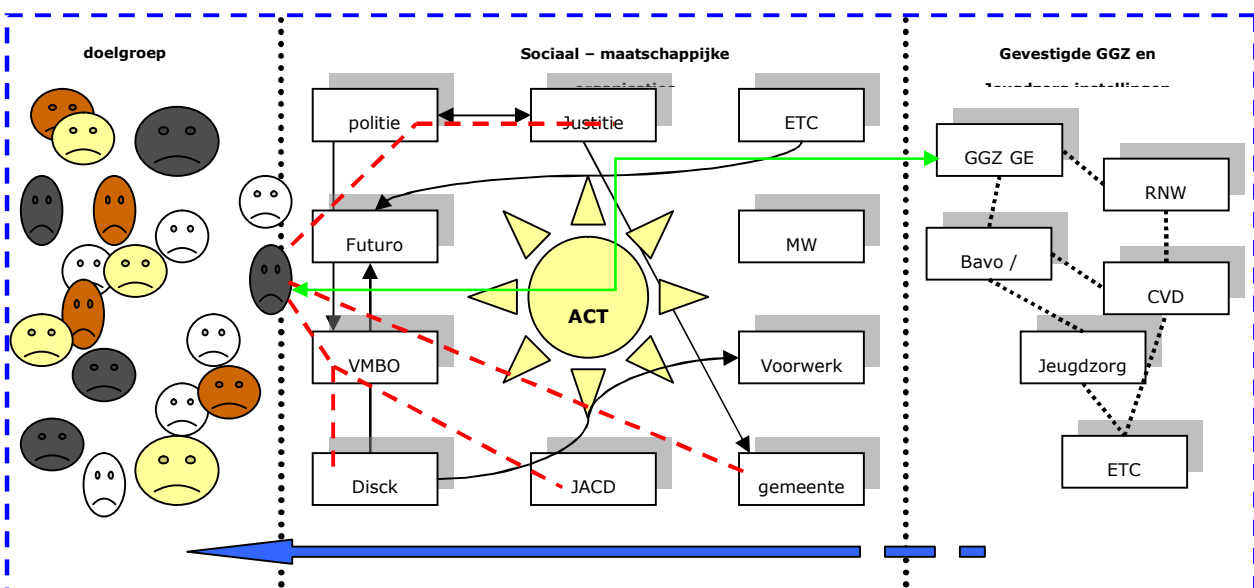
- 3 Beginselen van de lerende organisatie; onder andere: Triple loop learning, competentiemanagement, fouten maken moet, deskundigheidsbevordering, opleiding gekoppeld aan functie, taak en persoonsgerichtheid.
- 4 Vraaggestuurd denken en handelen, waarmee de verbinding wordt gelegd met de cliënt.
- 5 De cliënt is uitgangspunt bij het aanbieden van de hulpverlening.
- 6 Duidelijkheid over 'zo zijn onze manieren'; normen en waarden.
- 7 Dienstverlening: in het geval van commerciële activiteiten zal laagdrempeligheid, bereikbaarheid, betrouwbaarheid voorop moeten staan.

3.3.3 Samenwerkingsverbanden

Leidende principes in de samenwerking met derden:

- 1 Samenwerking vindt altijd plaats in een context.
- 2 Samenwerking is een doel en vormt een onderdeel van een traject van een begeleidingsontwikkeling.
- 3 Bij samenwerking worden de taken en de doelen van de organisaties zodanig vorm en inhoud gegeven dat het realiseren van doelen of een doel zowel in kwalitatieve als kwantitatieve zin verbetert.
- 4 Samenwerking vindt plaats op een drietal niveaus: de ACT Jeugd organisatie, de derde partij en de cliënt.

In onderstaand model wordt weergegeven op welke wijze de relaties in de onderlinge samenwerking met derden vorm en inhoud krijgt en welke positie ACT Jeugd hier in neemt.



Figuur: samenwerking

3.4 Financiën:

3.4.1 Kostenstructuur

Kengetallen (2005):

1. De gemiddelde actieve caseload per hulpverlener is 7 cliënten, waarbij cliënten het gehele jaar door gemiddeld 3x per week worden behandeld. Indien cliënten van de actieve caseload tijdelijk opgenomen of in detentie zijn of elders verblijven kan de caseload hoger zijn tot een maximum van 10 cliënten. In de verdere uitwerking is het uitgangspunt van 7 cliënten genomen.
2. Met een team van 9 fte direct personeel kunnen dus gelijktijdig 63 cliënten worden begeleid. De actieve caseload is 63, maar kan oplopen tot 90.
3. Medewerkers hebben een taakstelling waarbij uitgegaan wordt van 70 % productiviteit, te vertalen in declarabele uren, hetgeen neerkomt op gemiddeld 20 face to face contacten en gemiddeld 6 uur dienstverlening en preventie per week.
4. In de regio Rijnmond wordt vooralsnog uitgegaan van 7 ACT teams voor volwassenen. Dit betekent een bereik van 440 (– 630) cliënten. Voor kinderen en jeugd wordt uitgegaan van uiteindelijk 6 ACT teams, met een bereik van 380 (– 540) cliënten.
5. Er wordt uitgegaan van een gemiddelde contactfrequentie van 3 contacten/uren per week per cliënt Dit komt per cliënt neer op 156 contacten/uren per jaar
6. In de tabel hieronder In de tabel hieronder volgt een overzicht van het soort contacten. In de tabel is een onderscheid gemaakt tussen het eerste jaar dat een cliënt in zorg is en de jaren daarna. Er wordt uitgegaan van gemiddelden. Per cliënt kunnen de contactsoorten en de contactfrequentie verschillen. Bij nieuwe cliënten is er sprake van hogere investeringen in cliëntfinding en contacten met derden en is het no show percentage hoger.

Bij de personeelskosten is uitgegaan van het eind van de schaal waarin medewerkers conform de FWG in zijn ingedeeld. Voor het werken met deze doelgroep is over het algemeen sprake van medewerkers met veel ervaringsjaren.

De totale kosten voor een team van 9 uitvoerende medewerkers bedroeg in 2005 ruim € 858.000. Er vanuit gaande dat dit team 63 actuele cliënten behandelt en begeleidt (met een frequentie van 3 x per week, het hele jaar door), zijn de kosten op cliëntniveau op jaarbasis € 13.600.

De personele kosten voor een ACT jeugd zijn € 100.000 hoger aangezien in het jeugdteam duurdere disciplines vertegenwoordigd zijn, zoals een systeemtherapeut, gedragstherapeut, orthopedagoog en er minder woon- en trajectbegeleiders worden ingezet. De totale kosten voor een team voor jeugd bedraagt dan € 958.000. Er vanuit gaande dat het jeugdteam 63 actuele cliënten behandelt en begeleidt (met een frequentie van 3 x per week, het hele jaar door), zijn de kosten op cliëntniveau voor jeugd op jaarbasis € 15.200.

3.4.2 Opbrengstenstructuur

De huidige financiering vindt plaats middels AWBZ en zorgverzekeringswet.

In de huidige financiering zijn een aantal knelpunten m.b.t. deze doelgroep te signaleren:

- In een aantal gevallen is de noodzaak aanwezig van meer dan 1 contact per dag, terwijl daar in de financieringssystematiek geen ruimte voor is;

- Cliënten vertonen zorgmijndend en niet therapietrouw gedrag. Zeker in de aanvang zullen medewerkers cliënten actief moeten benaderen en zullen zij relatief vaak de cliënt niet treffen. Het aantal no show contacten zal dan ook relatief hoog zijn, terwijl no show contacten niet vergoed worden;
- Het is soms nodig dat een cliënt tijdelijk in een klinische setting, buiten de behandelende instelling, wordt opgenomen en dat in het kader van het contact houden de cliënt wordt bezocht door een ACT teamlid. Deze contacten worden echter aangemerkt als dubbele verstrekking en kunnen derhalve niet gedeclareerd worden. Het niet onderhouden van contact met de cliënt zou betekenen dat veel daarvoor gepleegde interventies niet tot blijvend resultaat leiden en daarmee desinvesteringen zijn;
- Het is regelmatig noodzakelijk dat in verband met veiligheid of complexe problemen 2 hulpverleners cliënt bezoeken, terwijl slechts voor 1 gedeclareerd kan worden;
- De tijdsduur per contact is vaak langer dan 45 minuten, hetgeen niet aangemerkt kan worden als meerdere face to face contacten en niet wordt gedekt door de standaardtarieven voor ambulante zorg;
- De tijd die besteed wordt aan cliëntfinding en contacten met derden (overleg met het systeem, overleg met andere instanties). Parnassia-BAVO-groep heeft met het Zorgkantoor de afspraak dat voor cliëntfinding en overige contacten rondom deze doelgroep maximaal 1500 euro per cliënt op jaarbasis gedeclareerd kan worden in uren dienstverlening en preventie, omgerekend betekent dit 24 uur op jaarbasis per cliënt. De praktijk wijst uit dat dit per cliënt op jaarbasis juist in het eerste jaar meer uren vergt, zoals ook aangegeven in hoofdstuk 3.4.1.

DBC financiering

Vanaf 1 januari 2010 zal de financiering middels zogenaamde DBC's plaats vinden.

Een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) in de GGZ bestaat uit twee onderdelen: de typering van de zorgvraag en de behandeling die wordt ingezet om aan de zorgvraag tegemoet te komen. De zorgvraag wordt door de hoofdbehandelaar getypeerd met behulp van de zogenaamde Typeringslijst. De behandeling van de patiënt wordt geregistreerd met behulp van de Activiteiten en Verrichtingenlijst.

Landelijk zijn op basis van typeringslijsten gemiddelde kostprijzen en daarmee tarieven bepaald per DBC. De gevolgen van deze financieringswijze zijn nog niet helemaal duidelijk. Zie Maatschappelijke Case.

Transitiegelden:

Daarnaast komt de subsidie te vervallen vanuit het transitieprogramma. Dit betreft voor 2009 een bedrag van € 1.000.000,-

3.5 Conclusies

3.5.1 Minimale basisvereisten en scoping

Uit onderzoek (Kroon & Henselmans, 2000; Philips et al., 2001; Rapp & Goscha, 2004; Catty et al., 2002) blijkt dat de volgende ingrediënten het meest van belang lijken voor ACT:

- 1 Geen zorg uitbesteden aan anderen.
- 2 Zorg in de samenleving – waar de cliënt zich bevindt – in plaats van op kantoor (outreaching).
- 3 En een relatief kleine caseload van ongeveer 10 cliënten per hulpverlener.

Er wordt met ACT Jeugd toegewerkt naar zowel opschaling binnen de regio Rotterdam (bestaande instituties overstijgen) als binnen Nederland (verbreding naar andere steden). Dit vereist een andere manier van denken, organiseren en doen rondom begeleiding, zorg en hulpverlening aan moeilijk bereikbare probleemjongeren.

Voor het feitelijk functioneren van ACT-Jeugd moet aan de volgende voorwaarden zijn voldaan.

- 1 Aangaan van een relatie (contractmanagement) met het zorgkantoor en de gemeente Rotterdam.
- 2 De teamleiders houden zich nadrukkelijk bezig met belangrijke en niet-urgente werkzaamheden; voorbereidende en preventieve werkzaamheden, planning, coachen van medewerkers, netwerken, voorbeeldgedrag en co-creatie van zorgconcepten.
- 3 Hulpverleners handelen en denken vanuit verschillende beelden, dimensies en contexten naast elkaar; dit kan leiden tot een aanpak die vanuit uiteenlopende invalshoeken niet te combineren zijn maar die niet op voorhand leidt tot het kiezen van één manier werken.
- 4 De beschikking over eigen locaties.
- 5 Het genereren van bijdragen van derden.

Voor de financiering moeten extra acties worden ondernomen:

- 1 Zo veel mogelijk uit AWBZ en zorgverzekeringswet financiering halen, hogere productie afspraken maken productieplafond is bereikt.
- 2 Over verdere ACT ontwikkeling o.a. DBC systematiek, Cure / Care grenzen en over knellende regelgeving overleg met zorgkantoor en beleidsmakers in Den Haag;
- 3 Overleg met partners voor financiering van “niet AWBZ gedekte productiewerk”
- 4 Toewerken naar een model van outcome sturing en financiering (waarin klant centraal en niet systeem)

3.5.2 Continuïteit en kopieerbaarheid

De werkzame ingrediënten van ACT zijn:

- 1 ACT wordt aangeboden aan een specifieke doelgroep: cliënten met ernstige psychiatrische stoornissen (veelal zorgmijdende cliënten met veel opnames), al dan niet in combinatie met verslavingsproblematiek (D.D.).
- 2 Het ACT team bestaat uit meerdere disciplines: verpleegkundige, SPV, psychiater, arts, verslavingsdeskundige, ervaringsdeskundige, woonbegeleider, trajectbegeleider.
- 3 De ACT-teamleden hebben een gezamenlijke caseload.
- 4 De hulpverlener-cliëntratio is laag (ongeveer 1:10).

- 5 Het ACT team voert verschillende soorten behandeling en begeleiding zelfstandig en flexibel uit: psychiatrische diagnostiek en behandeling/verslavingszorg/ trajectbegeleiding/woonbegeleiding/rehabilitatie/praktische hulp (dagelijkse verzorging, het beheren van geld). Deze verrichtingen worden niet uitbesteed.
- 6 De hulpverlening vindt plaats daar waar de cliënt zich bevindt (op straat/in dak-en thuislozencentra/in restaurants/bij cliënt thuis).
- 7 Er is geen limiet aan de tijdsduur van de hulpverlening en het aantal contacten.
- 8 Het ACT team is 24 uur per dag bereikbaar.
- 9 Het ACT team kan beslissen over opname in en ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis.
- 10 Het ACT team zoekt cliënten actief op en volgt de cliënt(bijvoorbeeld tijdens opname of detentie).

Een andere manier van denken, organiseren en doen rondom ACT betekent:

Organiseren (structuur):

- 1 Jongeren worden niet onderverdeeld in ofwel jeugdzorg, jeugdpsychiaterie, maar hulp wordt integraal persoonsgericht aangeboden.
- 2 Andere rol van hulpverlener, de jongere staat centraal en wordt benaderd in zijn eigen leefomgeving.
- 3 De benadering is onorthodox, bureaucratie en beperkende regels worden zoveel mogelijk omzeild en er wordt gezocht naar een oplossing van een andere orde.
- 4 Samen met andere aanbieders in teamverband toewerken naar een sluitende persoonsgebonden zorgketen

Denken (cultuur):

- 1 Uitgangspunt is niet meer 'als de jongere niet wil of niet kan, dan geen hulp', maar 'hulp begint bij inleven in problematiek en aansluiten bij wat jongere wél wil en wél kan.
- 2 Aansluiting bij attitude van de jongere in relatie tot zijn culturele context.
- 3 Veel aandacht voor de persoonlijke benadering, uitstraling en symboliek van de omgeving, waarin de jongere zich bevindt.

Doen (werkwijze):

- 1 Hulp start niet met diagnose, maar met aanbieden van praktische hulp.
- 2 Professional heeft een cultuursensitieve attitude en doet zijn werk niet op kantoor, maar op locatie en in het netwerk van de jongere.
- 3 Verschillende specialisten werken samen in team en gaan indien nodig samen naar een jongere toe.
- 4 Andere financieringswijze: bij voorkeur zou ACT jeugd Rotterdam met een lumpsumbedrag per jeugdige/kind per jaar gaan werken.

Bij ongewijzigd financieel beleid betekent dit:

1. De gemiddelde kosten per cliënt bedragen op jaarbasis € 13.600 voor volwassenen en € 15.200 voor jeugd. Overigens dient opgemerkt te worden dat opname in een intramurale voorziening vele malen duurder is. Ter vergelijking hierbij de kosten per bed op jaarbasis voor een klinische opname voor volwassenen.
Een klinische opname met volledige begeleiding kost op jaarbasis € 58.526 en een klinische opname met intensieve begeleiding kost € 80.565.
2. De gemiddelde opbrengsten op jaarbasis voor een volwassen cliënt bij de huidige financiering bedragen in het eerste jaar € 11.630. Per cliënt betekent dit met de huidige financieringssystematiek een tekort van € 1.970 voor het eerste jaar. Voor de jeugd betekent dit met de huidige financieringssystematiek een tekort van € 3.570 per cliënt voor het eerste jaar.
3. De huidige gemiddelde opbrengsten op jaarbasis per cliënt voor het tweede en volgende jaren bedragen € 13.824. Per volwassen cliënt zijn de kosten en de opbrengsten met elkaar in evenwicht. Bij jeugd is er op basis van de huidige financieringssystematiek een tekort van € 1.376 per jaar.
4. In de toekomst dienen de in hoofdstuk 4.3.2. genoemde knelpunten opgelost te worden, dit betekent dat een vergoeding moet komen voor activiteiten met meerdere contacten per dag, het bezoeken van cliënten door meer dan één hulpverlener, de dubbele verstrekking, daar waar het gaat om het continueren van behandeling als een cliënt in een klinische voorziening is opgenomen.
5. Voor de tekorten (aanloopverliezen in 1^e jaar en en tekorten bij jeugd) zal aanvullende financiering moeten komen. Verder is het wenselijk dat de totale opbrengsten enigszins hoger liggen dan de totale kosten; met deze marge kunnen risico's enigszins worden afgedekt.

4 Organisatorische case (OC)

De administratie van ACT-Jeugd wordt door de overkoepelende groep gevoerd. Die administratie gaf voor 2008 niet direct een beeld van alle baten en lasten van ACT-Jeugd, omdat verrekeningen en doorbelastingen binnen de groep door het jaar heen niet plaats vonden. Het beeld van de huidige exploitatie is dan ook een bewerking van de resultaten tot en met september 2008, geëxtrapoleerd naar het einde van dat jaar en conform de gehanteerde methodiek van de begroting voor 2009, aangevuld met de verrekeningen en doorbelastingen van en aan de groep.

4.1 Toelichting op posten

Exploitatie overzicht : ACTUEEL		Totaal Project		ACT Jeugd	
Code	Funcities	Aantal	Bedrag	Aantal	Bedrag
41	Kosten van personeel	-	€ 2.579.867	-	€ 2.579.867
419	Overhead participanten medewerkers	22%	€ -	-	€ -
41.010	Directie & management	-	€ 278.181	-	€ 278.181
41.020	Administratief	-	€ 274.791	-	€ 274.791
41.030	P&O	-	€ -	-	€ -
41.040	Hotelservices	-	€ -	-	€ -
41.050	Verplegend / verzorgend / begeleidend	-	€ 397.141	-	€ 397.141
41.060	Behandelend personeel	-	€ 1.509.884	-	€ 1.509.884
41.070	Overig primair personeel	-	€ 119.869	-	€ 119.869
42	Overige personele kosten	-	€ 118.860	-	€ 118.860
43	Kosten van voeding	-	€ -	-	€ -
44	Huishouding en inrichting	-	€ 3.904	-	€ 3.904
45	Algemene kosten	-	€ 317.886	-	€ 317.886
46	Clientgebonden kosten	-	€ 4.417	-	€ 4.417
47	Kosten van onderhoud	-	€ 300	-	€ 300
48	Afschrijv. Kosten	-	€ 7.137	-	€ 7.137
49	Huur aan Vastgoed BV	-	€ -	-	€ -
TOTAAL KOSTEN		-	€ 3.032.372	-	€ 3.032.372
80	Opbrengsten uit activiteiten		€ 4.363.143		€ 4.363.143
TOTAAL OPBRENGSTEN			€ 4.363.143		€ 4.363.143
RESULTAAT UIT BEDRIJFSVOERING			€ 1.330.771		€ 1.330.771
90	Financiële baten en lasten		€ 1.140.891-		€ 1.140.891-
TOTAAL RESULTAAT			€ 189.880		€ 189.880

Tabel: exploitatieoverzicht 2008 ACT-Jeugd Rotterdam

Het resultaat 2008 geeft geen representatief beeld op voor de ontwikkeling van ACT-Jeugd naar de toekomst. Dit komt enerzijds, omdat nog niet alle teams op het hele jaar door op sterkte en actief waren en anderzijds dat activiteiten zijn verricht, waarvan de loonkosten niet bij ACT-Jeugd terecht zijn gekomen. Het beeld over 2008 is dan ook positief, maar helaas niet juist!

Opbrengsten:

De opbrengsten bestaan:

- Productie AWBZ/ZVW: dit zijn vergoedingen voor activiteiten op basis van de AWBZ en zorgverzekeringswet door respectievelijk het zorgkantoor en de zorgverzekeraars.
- Opbrengsten diensten: dit is hoofdzakelijk de subsidie van het Transitieprogramma.

Kosten:

De kosten bestaan uit:

- Loonkosten: dit zijn de salarissen en sociale lasten van het management, het administratief personeel en het behandelend en verplegend personeel.
- Overige personele kosten: dit zijn de overige personeelsgebonden kosten als opleidingen en reiskosten.
- Materiële kosten: dit zijn de direct aan de activiteiten toe te schrijven kosten als telefonie en dienstreizen.
- Interne verrekeningen binnen BAVO-Europoort: dit is de verrekening met de directie Kind en Jeugd voor personeel.

Overige financiële baten en lasten bestaan:

De overige baten en lasten bestaan uit:

- Interne verrekening concern: dit zijn verrekeningen met het concern voor onder andere het gebruik van service ruimten, DVO's (=dienstverleningsovereenkomsten), opleidingen en werkplekken.
- Afdrachten concern: dit zijn doorbelastingen van het concern voor zaken als innovatie, management en het resultaat.

4.2 *Ontwikkeling kostenopbouw structuur 2009 - 2013*

De opzet van de administratie is met ingang van 1 januari 2009. Vanaf deze datum wordt er direct rekening gehouden met alle verrekeningen en doorbelastingen binnen het concern en de directie.

In het bedrijfsplan 2009 Kinder en jeugdpsychiatrie staan een aantal ontwikkelingen opgesomd die van invloed zijn op de ontwikkeling van kosten in de periode 2009 – 2013:

Onze ambitie is om een jaarlijkse groei van 10 % te realiseren. Dit willen wij vooral door het verbeteren van de kwaliteit van onze bestaande zorgprocessen en het ontwikkelen van nieuwe behandellijnen en het uitbouwen van onze specialistische voorzieningen zoals ACT, De Fjord(orthopsychiatrie), De Sarr(autismespectrumstoornissen), Infantpsychiatrie, ADHD , LVG teams

Voor alle direct aan de activiteiten gebonden kosten betekent dit ook een stijging van de kosten met eenzelfde percentage. Onder de direct aan de activiteiten gebonden kosten verstaan we de kosten van administratief, behandelend en verplegend personeel en alle materiële kosten.

In hetzelfde bedrijfsplan staat de volgende ontwikkeling beschreven ten aanzien van de financiering binnen de zorgsector:

De stelselherziening en de daarmee gepaard gaande marktimpuls in de zorgsector maakt het voor GGZ voorzieningen mogelijk om in andere regio's activiteiten te ontplooiën. Dat biedt kansen (gebiedsuitbreiding) en bedreigingen (prijsnivellering door zorgverzekeraars / nieuwkomers op de markt). Parnassia Bavogroep heeft het voortouw genomen om kansen te benutten door een landelijk netwerk te ontwikkelen voor PsyQ en verslavingszorg. Ook wij willen ons werkterrein uitbreiden. Wij willen actief zijn in de regio's waar Parnassia Bavogroep actief is

De consequenties voor de directie en ACT-Jeugd zijn nog niet geheel duidelijk, maar in ieder geval heeft dit invloed op het verwezenlijken van de groeidoelstelling van de directie en ACT-Jeugd.

Bovendien is het zo dat de subsidie van het Transitieprogramma voor ACT-Jeugd per 1 januari 2010 komt te vervallen.

4.3 Financiële resultatentabel

Deze ontwikkelingen maken dat het financiële plaatje van ACT-Jeugd er voor de komende jaren negatief uit komt te zien. In de jaren 2010-2013 laat het resultaat bij ongewijzigd beleid een verlies zien van ongeveer € 1.300.000,- per jaar.

Het exploitatieoverzicht 2008 van ACT-Jeugd geeft nog geen representatief beeld zien.

De begroting 2009 voor ACT-Jeugd laat al een klein verlies zien.

Met het wegvallen van de subsidie uit het Transitieprogramma wordt dit verlies in de jaren 2010 – 2013 aanzienlijk.

Exploitatie overzicht : ONTWIKKELING		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
Code	Funcities	Aantal	Bedrag	Aantal	Bedrag	Aantal	Bedrag	Aantal	Bedrag	Aantal	Bedrag	Aantal	Bedrag
41	Kosten van personeel	-	€ 2.579.867	68,66	€ 3.939.166	75,23	€ 4.307.855	82,45	€ 4.713.412	90,40	€ 5.159.526	99,14	€ 5.650.250
419	Overhead participanten medewerkers	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -
41.010	Directie & management	-	€ 278.181	5,50	€ 457.779	5,75	€ 478.329	6,03	€ 500.934	6,33	€ 525.799	6,66	€ 553.151
41.020	Administratief	-	€ 274.791	8,72	€ 322.761	9,59	€ 355.037	10,55	€ 390.541	11,61	€ 429.595	12,77	€ 472.555
41.030	P&O	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -
41.040	Hotelservices	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -
41.050	Verplegend / verzorgend / begeleidend	-	€ 397.141	6,78	€ 323.945	7,46	€ 356.339	8,20	€ 391.973	9,02	€ 431.170	9,92	€ 474.287
41.060	Behandelend personeel	-	€ 1.509.884	29,44	€ 1.835.767	32,39	€ 2.019.344	35,63	€ 2.221.278	39,19	€ 2.443.406	43,11	€ 2.687.747
41.070	Overig primair personeel	-	€ 119.869	18,22	€ 998.914	20,04	€ 1.098.806	22,05	€ 1.208.686	24,25	€ 1.329.555	26,68	€ 1.462.510
42	Overige personele kosten	-	€ 118.860	-	€ 138.258	-	€ 152.084	-	€ 167.292	-	€ 184.021	-	€ 202.424
43	Kosten van voeding	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -
44	Huishouding en inrichting	-	€ 3.904	-	€ 700	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -
45	Algemene kosten	-	€ 317.886	-	€ 342.818	-	€ 377.100	-	€ 414.810	-	€ 456.291	-	€ 501.920
46	Clientgebonden kosten	-	€ 4.417	-	€ 4.900	-	€ 5.390	-	€ 5.929	-	€ 6.522	-	€ 7.174
47	Kosten van onderhoud	-	€ 300	-	€ 300	-	€ 300	-	€ 300	-	€ 300	-	€ 300
48	Afschrijv. Kosten	-	€ 7.137	-	€ 4.480	-	€ 4.928	-	€ 5.421	-	€ 5.963	-	€ 6.559
49	Huur aan Vastgoed BV	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -
	TOTAAL KOSTEN	-	€ 3.032.372	68,66	€ 4.430.622	75,23	€ 4.847.656	82,45	€ 5.307.164	90,40	€ 5.812.623	99,14	€ 6.368.627
80	Opbrengsten uit activiteiten	-	€ 4.363.143	-	€ 5.302.204	-	€ 4.732.424	-	€ 5.205.667	-	€ 5.726.234	-	€ 6.298.857
	TOTAAL OPBRENGSTEN	*	€ 4.363.143	*	€ 5.302.204	*	€ 4.732.424	*	€ 5.205.667	*	€ 5.726.234	*	€ 6.298.857
	RESULTAAT UIT BEDRIJFSVOERING	*	€ 1.330.771	*	€ 871.582	*	€ 115.232	*	€ 101.497	*	€ 86.389	*	€ 69.770
90	Financiële baten en lasten	-	€ 1.140.891	-	€ 1.175.118	-	€ 1.175.118	-	€ 1.175.118	-	€ 1.175.118	-	€ 1.175.118
	TOTAAL RESULTAAT	€	189.880	€	303.536	€	1.290.350	€	1.276.615	€	1.261.507	€	1.244.888

Tabel: exploitatieontwikkeling 2009 – 2013 ACT-Jeugd Rotterdam

4.4 Risico's en gevoeligheid

In de aannames liggen twee relatief grote risico's opgesloten:

- Ten eerste wordt verondersteld dat de groei-doelstelling zowel de opbrengsten als de kosten lineair en in min of meer dezelfde mate laat stijgen. Dit zou ook wel eens schoksgewijs en niet tijdevenredig kunnen gaan.
- Ten tweede wordt vooralsnog verondersteld dat de stelselwijziging in de financiering van de zorg de ontwikkeling van de groei-doelstelling in de opbrengsten niet beïnvloed.

4.5 Conclusies

In aansluiting op dit financiële verhaal luiden de belangrijkste conclusies:

- Het wegvallen van de subsidie uit het Transitieprogramma kan niet binnen de reguliere financiering opgevangen worden.
- De stelling dat de kosten de opbrengsten in de zorg volgen is niet bewezen.
- Met de gevolgen van de stelselwijziging wordt nog geen rekening gehouden.

5 Maatschappelijke case (MC)

Kern van de problematiek rondom ACT-Jeugd is dat de problematiek van de jongeren zeer gefragmenteerd is. Die spreidt zich uit over alle leefgebieden, te weten: leven, leren, zorg, wonen en werken. Gevolg van deze fragmentatie is dat de hulpverlening ook gesegmenteerd is naar deze leefgebieden en daarbinnen weer naar allerlei deelgebieden. De maatschappelijke effecten die worden nagestreefd zijn divers. De financiering voor projecten op deze gebieden komt uit uiteenlopende kanalen. Helaas is de onderlinge samenwerking tussen deze initiatieven vaak ver te zoeken.

5.1 Inleiding stakeholderanalyse

BAVO-Europoort en ACT-Jeugd in het bijzonder heeft deze problematiek al lang onderkend.

In het communicatieplan van ACT-Jeugd als onderdeel van BAVO-Europoort wordt beschreven wat de leidende principes zijn in de samenwerking/communicatie met derden en wordt in een model weergegeven op welke wijze de relaties in de onderlinge samenwerking met derden vorm en inhoud krijgt en welke positie ACT-Jeugd hier in neemt. Zie Business model, paragraaf 3.3.3.

Hierbij wordt onderscheid gemaakt in 6 informatieniveau's:

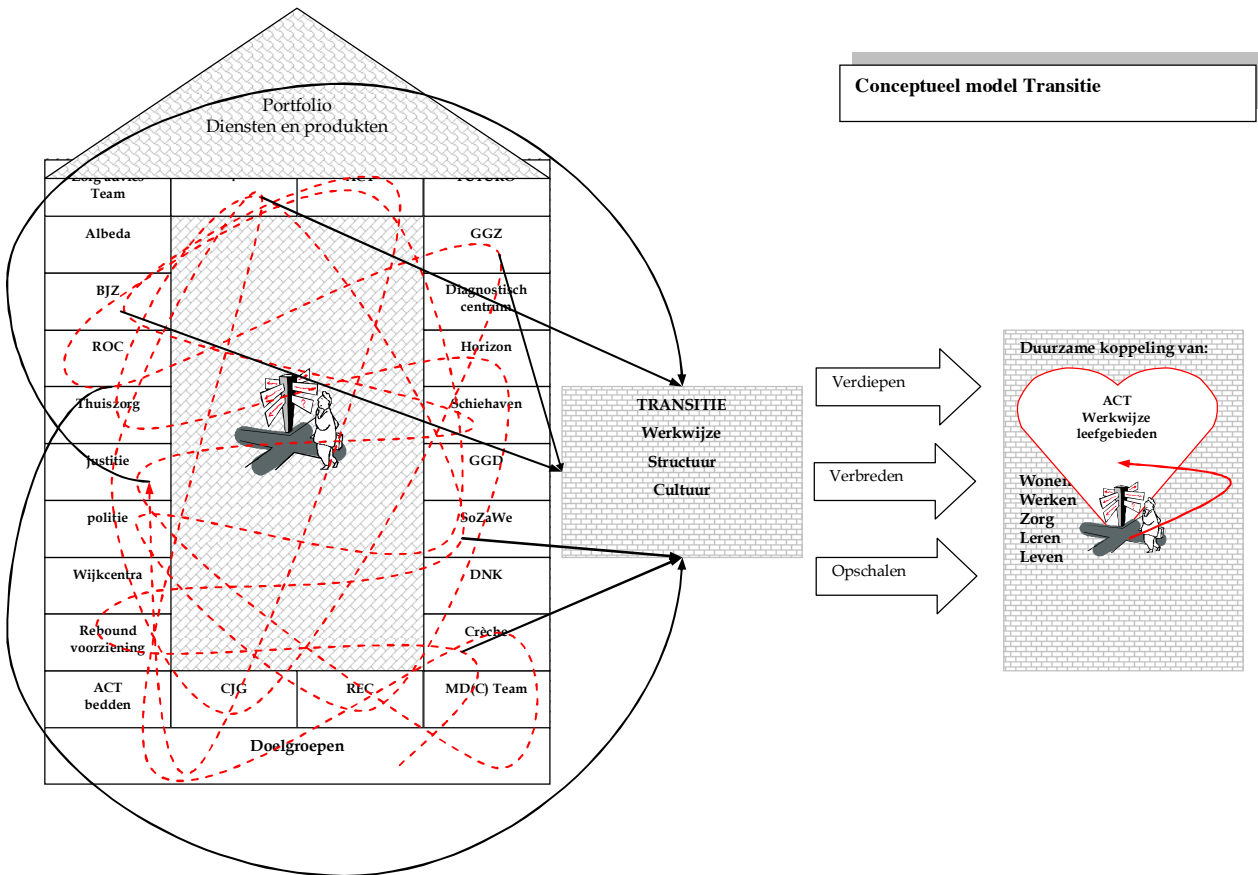
- 1 Projecteigenaren
- 2 Lijnmanagers ACT
- 3 Kernpartners intern (MT leden en staffuncties)
- 4 Kernpartners extern (direct betrokken partners als Futuro, Flexus, DNK, Albeda)
- 5 Netwerkpartners op niveau klant, betrokken partijen en programma leder Kind Wint (IKW)
- 6 Besturen, Directies, Financiers en Politiek extern Netwerkpartners extern

Kernpartners zijn organisaties (onderdelen) die elkaar diensten leveren en/of samenwerken rondom een zorgaanbod.

Netwerkpartners zijn organisaties die verwijzen en/of samenwerken voor de cliënt.

In de maatschappelijke case kijken we naar maatschappelijke effecten en dit betekent voor de stakeholdersanalyse de externe partijen. Dit levert nog een lijst op van tientallen stakeholders.

Dit heeft ACT-Jeugd er toe gebracht na te denken over een model om dit te doorbreken. Vooral nog is het zeer moeizaam gebleken dit onder het voetlicht te krijgen.



5.2 Stakeholder 1 ... n

Ten behoeve van de maatschappelijke case is aan de hand van de perspectieven van ACT-Jeugd, te weten:

- Verminderen van schooluitval
- Voorkomen van overlast
- Inkorten wachtlijsten en tijden

en de 5 leefgebieden, te weten:

- Leven
- Leren
- Zorg
- Wonen
- Werken

een inventarisatie gemaakt van maatschappelijke effecten. Hierbij is getracht de effecten SMART te maken en te voorzien van typering en sector en een afweging mee te geven dit effect voor de maatschappelijke case wel of niet uit te werken.

Hieronder zijn de resultaten weergegeven van die effecten, waarvan uitwerking zeer voor de hand lag. Hierbij is vooral aangesloten bij de perspectieven van ACT-Jeugd.

mBC Stakeholderanalyse				TYPERING & SECTOR			
No	1	NAAM		KWALITATIEF	V	LANGD. ZORG	X
MAATSCHAPPELIJK EFFECT	Vermindering van schooluitval = vroegsignalering (MDC)			KWANTITATIEF	V	ZORG OVERIG	X
				TE CAPITALISEREN	X	ANDERE SECTOREN	V
				AFWEGINGEN UITWERKEN		UITWERKEN?	J
STAKEHOLDER(S)	ROC: Albeda en Zadkine			STAKEH. BELANG	1 <	5	> 5
STAKEH. DOEL	= Onderwijsinstelling: Zorgadviesteams (=ZAT)			MAATSCH. IMPACT	1 <	3	> 5
CONTACTPERSOON	Albeda: Piet Boekhoud, Els Toxopeus Lubbers; Zadkine: ?			TRANSACTIEKOSTEN	1 <	2	> 5
BRONNEN	Communicatieplan, Schoolnabije zorg			INFO BESCHIKBAARHEID	1 <	3	> 5

mBC Stakeholderanalyse				TYPERING & SECTOR			
No	6	NAAM		KWALITATIEF	V	LANGD. ZORG	X
MAATSCHAPPELIJK EFFECT	Voorkomen van overlast = Persoonsgebonden aanpak (PGA)			KWANTITATIEF	X	ZORG OVERIG	X
				TE CAPITALISEREN	X	ANDERE SECTOREN	V
				AFWEGINGEN UITWERKEN		UITWERKEN?	J
STAKEHOLDER(S)	Bureau Veiligheid			STAKEH. BELANG	1 <	5	> 5
STAKEH. DOEL	= Jeugdconsul			MAATSCH. IMPACT	1 <	5	> 5
CONTACTPERSOON	Lida Veringmeijer			TRANSACTIEKOSTEN	1 <	3	> 5
BRONNEN	Communicatieplan, MT			INFO BESCHIKBAARHEID	1 <	3	> 5

mBC Stakeholderanalyse				TYPERING & SECTOR			
No	10	NAAM		KWALITATIEF	V	LANGD. ZORG	X
MAATSCHAPPELIJK EFFECT	Inkorten van wachtlijsten en -tijden - verminderen van de klinische zorg			KWANTITATIEF	V	ZORG OVERIG	V
				TE CAPITALISEREN	V	ANDERE SECTOREN	X
				AFWEGINGEN UITWERKEN		UITWERKEN?	J
STAKEHOLDER(S)	Zorgkantoor Rotterdam (Achmea)			STAKEH. BELANG	1 <	5	> 5
STAKEH. DOEL	AWBZ			MAATSCH. IMPACT	1 <	5	> 5
CONTACTPERSOON	Deborah Hassell			TRANSACTIEKOSTEN	1 <	2	> 5
BRONNEN	Communicatieplan, Rob Zimmermann			INFO BESCHIKBAARHEID	1 <	3	> 5

5.2.1 Impactkaart:

Verminderen van schooluitval:

De ROC's onderscheiden drie doelgroepen:

- reguliere deelnemers, jongeren die weinig extra zorg nodig hebben,
- 'zorgleerlingen' jongeren met problemen in één leefgebied; wanneer zij snel en adequate zorg en begeleiding krijgen kan verdere escalatie van problemen voorkomen worden.
- 'overbelasten¹' jongeren met een opeenstapeling van beperkte vaardigheden en/of chronische sociale en emotionele problemen, met problemen thuis, gebrek aan steun en structuur in de leefomgeving, een lastig temperament, psychische problemen, soms ook delinquentie.

De onderwijsteams constateren jaarlijks een toename van zorgleerlingen en 'overbelasten'.

Leerlingen	Albeda	Zadkine	Totaal	Waarvan Zorgleerlingen	Waarvan 'overbelasten'
Niveau 1	1400	700	2100	2100 (100%)	2000 (95%)
Niveau 2	5400	4700	10100	6100 (60%)	4500 (45%)
Niveau 3	4600	4100	8700	3900 (45%)	2200 (25%)
Niveau 4	6900	6200	13100	5200 (40%)	2600 (20%)
Totaal	18.300	15.700	34.000	17.000	11.000

Circa de helft van de deelnemers heeft een extra begeleiding en ongeveer 1 op de 3 heeft extra zorgbehoefte. Overbelasten komen op alle (onderwijs-)niveau's voor.

Van de leerlingen in ACT-begeleiding valt slechts 10% af; van de leerlingen die niet in begeleiding zijn ligt dat percentage minstens 50% lager.

Gederfde inkomsten van vroegtijdig schoolverlaten worden op basis van een vergelijking van werk versus uitkering op € 20.000,- per jaar geschat.

De kosten van vroegsignalering met behulp van MDCET worden geschat op € 500,- per leerling per jaar.

Als je met deze aanpak van de 11.000 overbelasten er 550 in ACT-begeleiding neemt is het maatschappelijke effect al neutraal!

Voorkomen van overlast:

De gemeente Rotterdam kent binnen de directie Veiligheid de zogenaamde Jeugdconsul. Zij heeft als de taak de hulpverlening aan jongeren te coördineren. Zij doet dit met behulp van de zogenaamde persoonsgebonden aanpak. Zij heeft onder andere als taakstelling jaarlijks 1500 jongeren in traject te nemen. Dit gebeurt via de Deelgemeentelijke Organisatie Sluitende Aanpak. Er zijn 13 deelgemeenten en ook de randgemeenten hebben belangstelling voor deze aanpak.

Voor de coördinatie van de hulpverlening aan jongeren stelt de gemeente Rotterdam € 1.500.000,- beschikbaar; voor de bestrijding van overlast door jongeren € 5.400.000,-.

Naast de hulpverlening bij ACT-Jeugd kent de gemeente Rotterdam ook trajecten bij het Jongerenloket, Centrum voor Dienstverlening, ROC's, Bureau Jeugdzorg, J.O.S., etcetera. Het is niet bekend hoeveel jeugdhulpverleners voor deze instanties werken.

Rob Zimmermann heeft meermalen betoogt dat één aanpak van ACT in combinatie met MDCET door alle jeugdhulpverleningsinstanties veel voordeliger zou moeten zijn. Hij denkt dat de gemeente Rotterdam uitkan met 4 ACT-teams en 16 MDCET teams. Als de coördinatie bij Jeugdconsul en de Dosa's ligt maakt het niet uit waar de teams onder resulteren, zolang ze maar dezelfde aanpak hanteren en met elkaar samenwerken.

Als bij alle Rotterdamse jeugdhulpverleningsinstanties meer dan 180 directe fte's werken, dan is het maatschappelijke effect al neutraal. Dan heb je het synergie-effect op de indirecte fte's nog niet eens meegerekend. Je moet dan nog wel met de zogenaamde transactiekosten rekening houden.

Inkorten van wachtlijsten en –tijden:

ACT-Jeugd wordt op basis van de AWBZ en de zorgverzekeringswet door het Zorgkantoor en de zorgverzekeraars gefinancierd. Hiertoe worden jaarlijks productieafspraken gemaakt. De problematiek van de huidige financiering staat in hoofdstuk 3.4. beschreven.

Vanaf 1 januari 2010 zal de financiering middels zogenaamde DBC's plaats vinden. De gevolgen van deze financieringswijze zijn nog niet helemaal duidelijk.

Er bevinden zich nu gemiddeld zo'n 250 cliënten in de ACT-teams. Uit de ACT-teams worden gemiddeld 10% van de cliënten jaarlijks opgenomen. Buiten de ACT-teams is dit percentage minstens 20%. Begeleiding in ACT kost ongeveer € 18.000,- per jaar. Klinische opname kost ongeveer € 90.000,- per jaar.

Als begeleiding zonder ACT per cliënt meer dan € 9.000,- kost is het maatschappelijke effect van deze maatregel al neutraal!

5.2.2 Kansen en risico's

Verminderen van schooluitval:

- Zowel de ROC's als ACT-Jeugd hebben de potentieel zelfde doelgroep.
- Zowel de ROC's als ACT-Jeugd zien de oplossing van de problematiek in vroegsignalering.
- ROC's zijn vanuit Onderwijs georganiseerd en gefinancierd; ACT-Jeugd vanuit de Zorg.

Voorkomen van overlast:

- Zowel de Jeugdconsul als ACT-Jeugd hebben dezelfde doelgroep.
- Zowel de Jeugdconsul als ACT-Jeugd zien de oplossing in integratie van de aanpak van de problematiek van jongeren.
- De Jeugdconsul heeft een coördinerende rol, geen uitvoerende en beschikt niet over eigen middelen één en ander te financieren.

Inkorten van wachtlijsten en –tijden:

- Zowel de huidige financiering van activiteiten als de nieuwe financiering door middel van DBC's passen niet met de ACT-methodiek.

5.3 *Conclusies*

5.3.1 Impact

Verminderen van schooluitval:

- Het aantal leerlingen wat bij deze twee ROC's te maken heeft met problemen op één of meerdere levensgebieden is zeer groot.
- De effecten van voortijdige schooluitval zijn nauwelijks nog bekend, maar lijken ook zeer groot te zijn.

Voorkomen van overlast:

- Hoewel er met enkele Dosa's contact is en er toeleiding naar ACT-Jeugd plaats vindt, is niet precies bekend hoeveel van de 1500 trajecten bestaan uit ACT-Jeugd-klanten.
- Financiering van trajecten vindt niet door de Jeugdconsul plaats.

Inkorten van wachtlijsten en –tijden:

- De aanpak door middel van ACT-Jeugd leidt tot minder klinische opnamedagen.

5.3.2 Kansen en risico's structurele financiering

Verminderen van schooluitval:

- Vroegsignalering (MDCET) als (bij)product van ACT op de kaart zetten.
- Het ligt in de lijn om de verantwoordelijkheid voor de financiering van de begeleiding door middel van MDCET in eerste instantie bij het ROC en dus bij het ministerie van OC&W te leggen.
- Als je met deze aanpak van de 11.000 overbelasten er 550 in ACT-begeleiding neemt is het maatschappelijke effect al neutraal!

Voorkomen van overlast:

- Afstemmen van de ACT-Jeugd methodiek met die van de Persoonsgebonden aanpak van de gemeente Rotterdam.
- Die integrale aanpak zou moeten leiden tot een herallocatie van middelen.
- Als bij alle Rotterdamse jeugdhulpverleningsinstanties meer dan 180 directe fte's werken, dan is het maatschappelijke effect al neutraal. Dan heb je het synergie-effect op de indirecte

fte's nog niet eens meegerekend. Je moet dan nog wel met de zogenaamde transactiekosten rekening houden.

Inkorten van wachtlijsten en –tijden:

- Maak van de ACT-methodiek een DBC.
- Als begeleiding zonder ACT per cliënt meer dan € 9.000,- kost is het maatschappelijke effect van deze maatregel al neutraal!

6 Conclusie: maatschappelijke Business Case (mBC)

6.1 De mBC: Organisatorische en Maatschappelijke case

Het Business model bestaat uit de volgende pilaren:

- Product & Dienst
- Klanteninterface
- Infrastructuur
- Financiën

Dit zijn de belangrijkste conclusies per pilaar:

Product & Dienst:

De werkzame ingrediënten van ACT zijn:

- 1 ACT wordt aangeboden aan een specifieke doelgroep: cliënten met ernstige psychiatrische stoornissen (veelal zorgmijdende cliënten met veel opnames), al dan niet in combinatie met verslavingsproblematiek (D.D.).
- 2 Het ACT team bestaat uit meerdere disciplines: verpleegkundige, SPV, psychiater, arts, verslavingsdeskundige, ervaringsdeskundige, woonbegeleider, trajectbegeleider.
- 3 De ACT-teamleden hebben een gezamenlijke caseload.
- 4 De hulpverlener-cliëntratio is laag (ongeveer 1:10).
- 5 Het ACT team voert verschillende soorten behandeling en begeleiding zelfstandig en flexibel uit: psychiatrische diagnostiek en behandeling/verslavingszorg/trajectbegeleiding/woonbegeleiding/rehabilitatie/praktische hulp (dagelijkse verzorging, het beheren van geld). Deze verrichtingen worden niet uitbesteed.
- 6 De hulpverlening vindt plaats daar waar de cliënt zich bevindt (op straat/in dak-en thuislozencentra/in restaurants/bij cliënt thuis).
- 7 Er is geen limiet aan de tijdsduur van de hulpverlening en het aantal contacten.
- 8 Het ACT team is 24 uur per dag bereikbaar.
- 9 Het ACT team kan beslissen over opname in en ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis.
- 10 Het ACT team zoekt cliënten actief op en volgt de cliënt (bijvoorbeeld tijdens opname of detentie).

Klanteninterface:

Er wordt toegewerkt naar zowel opschaling binnen de regio Rotterdam (bestaande instituties overstijgen) als binnen Nederland (verbreding naar andere steden). Dit vereist een andere manier van denken, organiseren en doen rondom begeleiding, zorg en hulpverlening aan moeilijk bereikbare probleemjongeren.

Organiseren (structuur):

- 1 Jongeren worden niet onderverdeeld in ofwel jeugdzorg, jeugdpsychiaterie, maar hulp wordt integraal persoonsgericht aangeboden.
- 2 Andere rol van hulpverlener, de jongere staat centraal en wordt benaderd in zijn eigen leefomgeving.
- 3 De benadering is onorthodox, bureaucratie en beperkende regels worden zoveel mogelijk omzeild en er wordt gezocht naar een oplossing van een andere orde.

- 4 Samen met andere aanbieders in teamverband toewerken naar een sluitende persoonsgebonden zorgketen

Denken (cultuur):

- 1 Uitgangspunt is niet meer 'als de jongere niet wil of niet kan, dan geen hulp', maar 'hulp begint bij inleven in problematiek en aansluiten bij wat jongere wél wil en wél kan.
- 2 Aansluiting bij attitude van de jongere in relatie tot zijn culturele context.
- 3 Veel aandacht voor de persoonlijke benadering, uitstraling en symboliek van de omgeving, waarin de jongere zich bevindt.

Doen (werkwijze):

- 1 Hulp start niet met diagnose, maar met aanbieden van praktische hulp.
- 2 Professional heeft een cultuursensitieve attitude en doet zijn werk niet op kantoor, maar op locatie en in het netwerk van de jongere.
- 3 Verschillende specialisten werken samen in team en gaan indien nodig samen naar een jongere toe.
- 4 Andere financieringswijze: bij voorkeur zou ACT jeugd Rotterdam met een lumpsumbedrag per jeugdige/kind per jaar gaan werken.

Infrastructuur:

- 1 Aangaan van een relatie (contractmanagement) met het zorgkantoor en de gemeente Rotterdam.
- 1 De teamleiders houden zich nadrukkelijk bezig met belangrijke en niet-urgente werkzaamheden; voorbereidende en preventieve werkzaamheden, planning, coachen van medewerkers, netwerken, voorbeeldgedrag en co-creatie van zorgconcepten.
- 2 Hulpverleners handelen en denken vanuit verschillende beelden, dimensies en contexten naast elkaar; dit kan leiden tot een aanpak die vanuit uiteenlopende invalshoeken niet te combineren zijn maar die niet op voorhand leidt tot het kiezen van één manier werken.
- 3 De beschikking over eigen locaties.
- 4 Het genereren van bijdragen van derden.

Financiën:

- 1 De gemiddelde kosten per cliënt bedragen op jaarbasis € 13.600 voor volwassenen en € 15.200 voor jeugd. Overigens dient opgemerkt te worden dat opname in een intramurale voorziening vele malen duurder is. Ter vergelijking hierbij de kosten per bed op jaarbasis voor een klinische opname voor volwassenen.
Een klinische opname met volledige begeleiding kost op jaarbasis € 58.526 en een klinische opname met intensieve begeleiding kost € 80.565.

- 2 De gemiddelde opbrengsten op jaarbasis voor een volwassen cliënt bij de huidige financiering bedragen in het eerste jaar € 11.630. Per cliënt betekent dit met de huidige financieringssysteem een tekort van € 1.970 voor het eerste jaar. Voor de jeugd betekent dit met de huidige financieringssysteem een tekort van € 3.570 per cliënt voor het eerste jaar.
- 3 De huidige gemiddelde opbrengsten op jaarbasis per cliënt voor het tweede en volgende jaren bedragen € 13.824. Per volwassen cliënt zijn de kosten en de opbrengsten met elkaar in evenwicht. Bij jeugd is er op basis van de huidige financieringssysteem een tekort van € 1.376 per jaar.
- 4 In de toekomst dienen de in hoofdstuk 4.3.2. genoemde knelpunten opgelost te worden, dit betekent dat een vergoeding moet komen voor activiteiten met meerdere contacten per dag, het bezoeken van cliënten door meer dan één hulpverlener, de dubbele verstrekking, daar waar het gaat om het continueren van behandeling als een cliënt in een klinische voorziening is opgenomen.
- 5 Voor de tekorten (aanloopverliezen in 1^e jaar en en tekorten bij jeugd) zal aanvullende financiering moeten komen. Verder is het wenselijk dat de totale opbrengsten enigszins hoger liggen dan de totale kosten; met deze marge kunnen risico's enigszins worden afgedekt. (2005)

In de organisatorische case zijn in de financiële resultatentabel de ontwikkelingen van kosten en opbrengsten voor de periode 2009-2013 gegenereerd:

Exploitatie overzicht : ONTWIKKELING		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
Code	Functies	Aantal	Bedrag	Aantal	Bedrag	Aantal	Bedrag	Aantal	Bedrag	Aantal	Bedrag	Aantal	Bedrag
41	Kosten van personeel	-	€ 2.579.867	68,66	€ 3.939.166	75,23	€ 4.307.855	82,45	€ 4.713.412	90,40	€ 5.159.526	99,14	€ 5.650.250
419	Overhead participanten medewerkers	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -
41.010	Directie & management	-	€ 278.181	5,50	€ 457.779	5,75	€ 478.329	6,03	€ 500.934	6,33	€ 525.799	6,66	€ 553.151
41.020	Administratief	-	€ 274.791	8,72	€ 322.761	9,59	€ 355.037	10,55	€ 390.541	11,61	€ 429.595	12,77	€ 472.555
41.030	P&O	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -
41.040	Hotelservices	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -
41.050	Verplegend / verzorgend / begeleidend	-	€ 397.141	6,78	€ 323.945	7,46	€ 356.339	8,20	€ 391.973	9,02	€ 431.170	9,92	€ 474.287
41.060	Behandelend personeel	-	€ 1.509.884	29,44	€ 1.835.767	32,39	€ 2.019.344	35,63	€ 2.221.278	39,19	€ 2.443.406	43,11	€ 2.687.747
41.070	Overig primair personeel	-	€ 119.869	18,22	€ 998.914	20,04	€ 1.098.806	22,05	€ 1.208.686	24,25	€ 1.329.555	26,68	€ 1.462.510
42	Overige personele kosten	-	€ 118.860	-	€ 138.258	-	€ 152.084	-	€ 167.292	-	€ 184.021	-	€ 202.424
43	Kosten van voeding	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -
44	Huishouding en inrichting	-	€ 3.904	-	€ 700	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -
45	Algemene kosten	-	€ 317.886	-	€ 342.818	-	€ 377.100	-	€ 414.810	-	€ 456.291	-	€ 501.920
46	Clientgebonden kosten	-	€ 4.417	-	€ 4.900	-	€ 5.390	-	€ 5.929	-	€ 6.522	-	€ 7.174
47	Kosten van onderhoud	-	€ 300	-	€ 300	-	€ 300	-	€ 300	-	€ 300	-	€ 300
48	Afschrijv. Kosten	-	€ 7.137	-	€ 4.480	-	€ 4.928	-	€ 5.421	-	€ 5.963	-	€ 6.559
49	Huur aan Vastgoed BV	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -	-	€ -
	TOTAAL KOSTEN	-	€ 3.032.372	68,66	€ 4.430.622	75,23	€ 4.847.656	82,45	€ 5.307.164	90,40	€ 5.812.623	99,14	€ 6.368.627
80	Opbrengsten uit activiteiten	-	€ 4.363.143	-	€ 5.302.204	-	€ 4.732.424	-	€ 5.205.667	-	€ 5.726.234	-	€ 6.298.857
	TOTAAL OPBRENGSTEN	*	€ 4.363.143	*	€ 5.302.204	*	€ 4.732.424	*	€ 5.205.667	*	€ 5.726.234	*	€ 6.298.857
	RESULTAAT UIT BEDRIJFSVOERING	*	€ 1.330.771	*	€ 871.582	*	€ 115.232	*	€ 101.497	*	€ 86.389	*	€ 69.770
90	Financiële baten en lasten	-	€ 1.140.891	-	€ 1.175.118	-	€ 1.175.118	-	€ 1.175.118	-	€ 1.175.118	-	€ 1.175.118
	TOTAAL RESULTAAT	€	189.880	€	303.536	€	1.290.350	€	1.276.615	€	1.261.507	€	1.244.888

Tabel: exploitatieontwikkeling 2009 – 2013 ACT-Jeugd Rotterdam

Belangrijkste conclusies die daaruit getrokken kunnen worden zijn:

- 1 Het wegvallen van de subsidie uit het Transitieprogramma kan niet binnen de reguliere financiering opgevangen worden.
- 2 De stelling dat de kosten de opbrengsten in de zorg volgen is niet bewezen.
- 3 Met de gevolgen van de stelselwijziging wordt nog geen rekening gehouden.

Ten behoeve van de maatschappelijke case is eerst een stakeholdersanalyse uitgevoerd:

Hierbij wordt onderscheid gemaakt in 6 informatieniveau's:

- 1 Projecteigenaren
- 2 Lijnmanagers ACT
- 3 Kernpartners intern (MT leden en staffuncties)
- 4 Kernpartners extern (direct betrokken partners als Futuro, Flexus, DNK, Albeda)
- 5 Netwerkpartners op niveau klant, betrokken partijen en programma leder Kind Wint (IKW)
- 6 Besturen, Directies, Financiers en Politiek extern Netwerkpartners extern

Aan de hand van de perspectieven van ACT-Jeugd, te weten:

- Verminderen van schooluitval
- Voorkomen van overlast
- Inkorten wachtlijsten en tijden

is een keuze gemaakt van de belangrijkste maatschappelijke effecten en stakeholders.

Dit zijn de belangrijkste conclusies per effect en stakeholder:

Verminderen van schooluitval/ROC's:

- Het aantal leerlingen wat bij deze twee ROC's te maken heeft met problemen op één of meerdere levensgebieden is zeer groot.
- De effecten van voortijdige schooluitval zijn nauwelijks nog bekend, maar lijken ook zeer groot te zijn.
- Als je met deze aanpak van de 11.000 overbelasten er 550 in ACT-begeleiding neemt is het maatschappelijke effect al neutraal!

Voorkomen van overlast/Jeugdconsul:

- Hoewel er met enkele Dosa's contact is en er toeleiding naar ACT-Jeugd plaats vindt, is niet precies bekend hoeveel van de 1500 trajecten bestaan uit ACT-Jeugd-clienten.
- Financiering van trajecten vindt niet door de Jeugdconsul plaats.
- Als bij alle Rotterdamse jeugdhulpverleningsinstanties meer dan 180 directe fte's werken, dan is het maatschappelijke effect al neutraal. Dan heb je het synergie-effect op de indirecte fte's nog niet eens meegerekend. Je moet dan nog wel met de zogenaamde transactiekosten rekening houden.

Inkorten van wachtlijsten en –tijden/Zorgkantoor-zorgverzekeraars:

- De aanpak door middel van ACT-Jeugd leidt tot minder klinische opnamedagen.
- Als begeleiding zonder ACT per cliënt meer dan € 9.000,- kost is het maatschappelijke effect van deze maatregel al neutraal!

6.2 *Risico's en kritische succesfactoren*

Verminderen van schooluitval:

- Zowel de ROC's als ACT-Jeugd hebben dezelfde doelgroep.
- Zowel de ROC's als ACT-Jeugd zien de oplossing in vroegsignalering.
- ROC's zijn vanuit Onderwijs georganiseerd en gefinancierd; ACT-Jeugd vanuit de Zorg.

Voorkomen van overlast:

- Zowel de Jeugdconsul als ACT-Jeugd hebben dezelfde doelgroep.
- Zowel de Jeugdconsul als ACT-Jeugd zien de oplossing in integratie van de aanpak van de problematiek van jongeren.
- De Jeugdconsul heeft een coördinerende rol, geen uitvoerende en beschikt niet over eigen middelen één en ander te financieren.

Inkorten van wachtlijsten en –tijden:

- Zowel de huidige financiering van activiteiten als de nieuwe financiering door middel van DBC's passen niet met de ACT-methodiek.

6.3 *Conclusies en aanbevelingen*

Verminderen van schooluitval:

- Vroegsignalering (MDCET) als (bij)product van ACT op de kaart zetten.
- Het ligt in de lijn om de verantwoordelijkheid voor de financiering van de begeleiding door middel van MDCET in eerste instantie bij het ROC en dus bij het ministerie van OC&W te leggen.

Voorkomen van overlast:

- Afstemmen van de ACT-Jeugd methodiek met die van de Persoonsgebonden aanpak van de gemeente Rotterdam.
- Die integrale aanpak zou moeten leiden tot een herallocatie van middelen.

Inkorten van wachtlijsten en –tijden:

- Maak van de ACT-methodiek een DBC.