

In voor zorg!



Een indicatieve en narratieve MKBA

Van de Cost en de Baet



drs. Henk F. Schoep MMC CMC
13 februari 2014

Inhoud

1.	Inleiding	5
1.1.	Aanleiding en vraagstelling	5
1.2.	Aanpak en leeswijzer	6
2.	Casuïstiek	9
2.1.	Djoeke	9
2.1.1.	Begeleiding en behandeling	10
2.1.2.	Wonen overlast	11
2.1.3.	Werk/dagbesteding:	11
2.1.4.	Sociaal isolement	12
2.1.5.	Gezondheid	12
2.1.6.	Regie en begeleiding	13
2.2.	Eelke	13
2.3.	Gouke	14
3.	Effecten in geld	17
3.1.	Resultaten MKBA	17
3.2.	Toelichting op de kosten	18
3.3.	Toelichting op de baten	19
4.	Conclusies en aanbeveling	21
4.1.	Conclusies	21
4.2.	Verdeling van het voordeel	21
4.3.	Aanbeveling	22
	<i>Bijlage 1 Onderscheidend door Missie, Visie, Methodiek</i>	<i>23</i>
	<i>Bijlage 2 Leidraad Casusbeschrijving</i>	<i>27</i>
	<i>Bijlage 3 Format Maatschappelijke Opbrengst</i>	<i>29</i>
	<i>Bijlage 4 Maatschappelijke prijslijst</i>	<i>31</i>
	<i>Bijlage 5 Kerngegevens Connecting Hands</i>	<i>33</i>



In voor zorg!

1. Inleiding

1.1. Aanleiding en vraagstelling

Connecting Hands in Leeuwarden levert met name begeleiding, activerende begeleiding en behandeling aan kinderen en jong volwassenen die een beperking ervaren op lichamelijk, verstandelijk, zintuiglijk, sociaal en/of psychisch gebied. Eind 2013 ondersteunt Connecting Hands zo'n 200 cliënten in Friesland. Hun leeftijden varieerden van 4 tot 50 jaar. Inmiddels vinden steeds meer ouders de weg naar Connecting Hands. Met cliënten bestaan meerjarige 'samenwerkingsrelaties'. Er werken 25 mensen bij de organisatie.

Het motief van de directeur om de organisatie op te richten, is een bekende: beter kunnen aansluiten bij de behoefte/vraag van cliënten. In de organisaties waar hij eerder werkte, liep hij aan tegen een 'top-down' benadering van cliënten. "Wij willen als hulpverleners naast de cliënt staan en ook gericht zijn op het systeem van die cliënt. Als iemand in het zelfde kringetje blijft en in dat kringetje blijft iedereen hetzelfde doen, dan verandert er niets structureel. Door naast de cliënt te gaan staan en een relatie op te bouwen, kun je veel effectiever zijn. Je moet een cliënt ook kunnen confronteren. Wanneer je een relatie hebt en er is vertrouwen dan kun je dat doen, zonder dat je als professional je op een als bureaucratisch ervaren manier aan regels houdt. Het vraagt wel een bepaalde persoonlijkheid en 'kunnen' van de professional om dat zo te doen. Die ruimte en cultuur kan ik in mijn eigen organisatie realiseren."

Hij ziet als kritische succesfactoren van Connecting Hands, de "proactieve non bureaucratische aanpak én durf in de zorg; we durven innovatief te zijn!" Connecting Hands doet dat vanuit een vraag/regie gestuurde visie: "de cliënt is koning". Samen met de cliënt wordt - binnen de grenzen van de financiering - die zorg gecreëerd die zoveel mogelijk aansluit bij de wensen en situatie van de cliënt.

Connecting Hands onderscheidt zich zo van andere organisaties, krijgt 'klanten' die elders niet geholpen kunnen worden en is daar succesvol mee. De specifieke doelgroep die veelal de zorg mijdt en weinig 'therapietrouw' is, blijkt zeer tevreden over Connecting Hands en de benadering lijkt ook effectief en meer stabiliteit bij de cliënten op te leveren.

De werkwijze van Connecting Hands komt sterk overeen met het gedachtengoed van de presentietheorie van Andries Baart¹. Waar andere aanbieders nog worstelen met -en zich soms proberen te scholen in- het gedachtengoed en de houding die presentie vraagt, is presentie in het DNA van Connecting Hands geworteld (zie ook bijlage 1).

¹ Zie o.a.: Andries Baart (2001), *Een theorie van de presentie*. Uitgeverij Lemma BV, Utrecht; Annemiek Stoopendaal en Hans Kröber (augustus 2006), *Van professionele distantie naar professionele presentie*. <http://www.isoindexzorg.nl/kennisbank/van-distantie-naar-presentie.pdf>

Presentie is de basishouding, vanuit die basis handelen de begeleiders methodisch en interveniëren zij. Presentie is dus niet de enige invalshoek die bij Connecting Hands belangrijk is. Er wordt ook -met reguliere professionele methoden- geïntervenieerd. Er wordt nadrukkelijk begeleid en behandeld. Ook wordt schuldhelpverlening ingeschakeld en waar nodig bijvoorbeeld met justitie en woningcorporaties samengewerkt. De samenhang en juiste timing van beide professionele benaderingen, presentie en interventie, zorgt ervoor dat Connecting Hands excellente zorg levert. Zoals Van Irsel het schrijft:

De sleutel voor excellent presteren in de gezondheidszorg ligt in het verbeteren van de zorgrelatie tussen zorgverlener en zorgontvanger. Dat vereist een combinatie van twee professionele repertoires: de interventie- en de presentiebenadering. De eerste benadering richt zich op het herstellen van functiestoornissen van patiënten; de tweede op het nabij zijn van de mensen die met deze functiestoornissen moeten omgaan. Excellente zorg vereist een evenwicht van beide repertoires dat is toegesneden op de unieke zorgvraag van een specifieke cliënt.²

Connecting Hands -werknaam van Prozorg BV- is in 2003 gestart als 'PGB-organisatie' die een groot deel van de zorguitvoering bij derden onder bracht. De organisatie maakte voor en tijdens het *In voor zorg!* traject de omslag naar eigen uitvoering en meer 'Zorg in Natura'. Connecting Hands zal zich in de toekomst ook meer richten op WMO gefinancierde dienstverlening.³

Nu Connecting Hands zich in het kader van de transitie in de Jeugdzorg en de AWBZ en WMO aan nieuwe contractpartijen (gemeenten) moet presenteren en in het veld van de andere zorgaanbieders de eigen positie duidelijk moet zien te maken, doen zich de volgende vragen voor:

- welke effecten treden op als gevolg van de werkwijze van Connecting Hands?
- hoe verhouden de inspanningen zich tot de (maatschappelijke) baten?
- wat zijn succesfactoren in de aanpak?

Om deze vragen te beantwoorden kwam in de gesprekken met *In voor zorg!* de behoefte aan een Maatschappelijke Businesscase (MBC) naar voren. Aan de In voor zorg-coach -Henk Schoep- werd gevraagd de organisatie hierbij te ondersteunen.

1.2. Aanpak en leeswijzer

Al vrij snel bleek dat een MBC een te zwaar middel was voor de doelstelling en werd de mogelijkheid van een Maatschappelijke Kosten Baten Analyse⁴ (MKBA)

² Harry van Irsel, *Gezondheidszorg in het internettijdperk - Excellent presteren op het snijvlak van moeten en ontmoeten*. In: Frans van der Reep & Dirk de Wit (red.), *Weven en Waven - Op naar digitopia?* (p. 200-216), Hogeschool INHolland Rotterdam/O&I Utrecht, juni 2010.

³ In bijlage 5 zijn enkele kengetallen van Connecting Hands opgenomen.

⁴ Voor meer informatie over de theorie en werkwijze m.b.t. een MKBA, zie:

- (a) 'Werken aan maatschappelijk rendement - een handreiking voor opdrachtgevers van MKBA's in het sociale domein', Ministerie van BZK, Den Haag, februari 2011;
- (b) 'Handleiding voor kosten-batenanalyses in het sociale domein', ECORYS i.s.m. Verwey-Jonker Instituut in opdracht van het Ministerie van VROM, Rotterdam, april 2008.

onderzocht. Uiteindelijk is -ook uit budgettaire overwegingen- gekozen voor de ontwikkeling een eigen vorm van een *Indicatieve en narratieve (verhalende) MKBA*. We kijken daarbij op basis van specifieke casuïstiek naar wat de aanpak van Connecting Hands heeft opgeleverd.

De MKBA is uitgevoerd in drie stappen.

1. Beschrijving van casuïstiek om zicht te krijgen op de problematiek van de cliënten, de werkwijze van Connecting Hands en de effecten daarvan (hoofdstuk 2). In gesprek met de directie van Connecting Hands en enkele medewerkers is gekozen voor drie uiteenlopende casussen. De verwachting is dat deze prototypisch zijn voor drie groepen cliënten⁵ die een groot deel van het klantenbestand van Connecting Hands uitmaken. Voor de beschrijving van de casuïstiek door de medewerkers is een beperkte handreiking aangeleverd (bijlage 2).
2. Vervolgens zijn de verwachte effecten van de aanpak voor de betrokken cliënten in kaart gebracht met behulp van een instrument (bijlage 3) op basis van de 'Maatschappelijke prijslijst'⁶. Daarbij is gebruik gemaakt van de kennis en inschatting van de betrokken medewerkers van Connecting Hands.
3. Tenslotte is de MKBA opgesteld (hoofdstuk 3). Hiervoor zijn de kosten per casus in beeld gebracht op basis van de gefactureerde omzet van Connecting Hands. De opbrengsten zijn gecalculeerd met behulp van de genoemde Maatschappelijke Prijslijst (bijlage 4). In deze prijslijst zijn kengetallen verwerkt waarmee de (voorkomen) kosten van interventies bepaald kunnen worden.

De rapportage sluit af met enkele conclusies.

Hoewel in een MKBA gebruikelijk, hebben wij er niet voor gekozen om ook immateriële baten financieel te vertalen. Daarvoor is de opzet van deze MKBA te beperkt en voor de doelstelling van deze MKBA is het ook niet zinvol.

⁵ Globaal gaat het om (a) cliënten die een lichte verstandelijke beperking hebben, maar voldoende besef en wel leerbaar zijn, (b) cliënten een lichte verstandelijke beperking combineren met een autisme verwante stoornis (ASS) en (c) cliënten met overwegend psychiatrische problematiek die veel overlast veroorzaken of anderszins een negatief effect hebben op hun omgeving.

⁶ Jochem Deuten en ECORYS (vh. NEI - Nederlands Economisch Instituut) 'Maatschappelijke prijslijst', onderdeel van de 'Effectencalculator'. <http://effectencalculator.nl/maatschappelijke-prijslijst/>

In voor zorg!

2. Casuïstiek

In gesprek met de directie van Connecting Hands en enkele medewerkers is gekozen voor drie uiteenlopende casussen. De verwachting is dat deze prototypisch zijn voor drie groepen cliënten die een groot deel van klantenbestand van Connecting Hands uitmaken:

- cliënten met gedragsproblemen en justitiële 'relaties'
- cliënten met een psychiatrisch probleem
- cliënten met een verstandelijke beperking

Bij vrijwel iedere cliënt van Connecting Hands is sprake van een lange historie met een combinatie van problemen, waardoor bijna altijd sprake is van complexe problematiek. Veelal is de problematiek ook verweven met de omgeving van de cliënt. Een enkele casus is verder uitgewerkt om deze samenhang in problematieken te laten zien.

Uiteraard zijn de namen in onderstaande casussen gefingeerd.

2.1. Djoeke

Djoeke is via terloopse contacten met een medewerker van Connecting Hands daar cliënt geworden. Zij is begin 30 en leeft samen met haar zoontje, die sinds kort schoolplichtig is, haar bejaarde hondje en katten.

Djoeke is zeer tener en klein, met lang blond haar en een bleek, dof en geel gelaat. Haar ogen vallen diep in haar gezicht, dat tekenen van verwaarlozing laat zien. Ze gebruikt geen make-up en draagt het haar in een knot op het achterhoofd. In zeer slechte periodes kleedt ze zich niet aan en loopt ze dagelijks in haar 'huispak'. Het liefst draagt ze een grote sjaal om zich in te verstoppen en corrigerende kleding omdat zij zichzelf te dik vindt: anorexia.

Djoeke is redelijk intelligent, maar sociaal emotioneel is ze nog een kind. Dit bemoeilijkt haar dagelijkse leven en de omgang met haar zoon.

Ze vindt het belangrijk dat haar zoon er netjes en goed bij loopt. Schoon gezicht en schone nette kleding. De haren zijn altijd netjes.

Djoeke is opgegroeid in één van de elf steden met vader, moeder en broers. Moeder had liever alleen zonen gehad en heeft dit duidelijk aan Djoeke laten weten. Zij is fysiek en mentaal mishandeld en misbruikt door moeder. Djoeke voelde zich erg eenzaam en is als jonge tiener weggelopen en daarna in een pleeggezin geplaatst.

Toen ze terugkeerde naar huis begonnen de mishandelingen opnieuw. Volgens Djoeke hebben haar broers het altijd geweten (vader niet) en hebben zij toe staan kijken.

Korte tijd later ging ze op kamertraining en viel ten prooi aan seksueel misbruik door een buurman. Daardoor heeft ze geen examen kunnen doen en nog steeds heeft zij geen diploma.



Djoeke is enkele malen opgenomen geweest in diverse GGZ instellingen en heeft ook dagtherapie gehad bij de GGZ. Zij blijkt moeilijk behandelbaar te zijn en ontwikkeld zich vrijwel niet.

Zoon is geboren na een heftige zwangerschap en relatie waarbij Djoeke regelmatig fysiek en mentaal mishandeld werd door de vader van haar zoon. Een eerdere zwangerschap is vroegtijdig door mishandeling beëindigd. Een nieuwe zwangerschap was niet de bedoeling, maar Djoeke koos ervoor het kind te houden en partner koos het hazepad.

Zoon is na 33 weken geboren met een spoed keizersnee en heeft veel opstart problemen gehad. Vlak na de geboorte is hij geopereerd en er werd getwijfeld aan overlevingskansen.

Herstel van moeder van de keizersnee ging erg langzaam en slecht. Djoeke is enkele dagen na de bevalling nogmaals geopereerd. Zowel moeder als zoon lagen op IC en hebben een moeilijke hechting gehad de eerste dagen.

Zoon is met 3½ jaar uit huis geplaatst omdat moeder een terugval had. Zoon vertoonde moeilijk gedrag en Djoeke wist niet hoe hiermee om te gaan. Zij heeft voor vrijwillige -tijdelijke- uithuisplaatsing gekozen. Het heeft Djoeke 1½ jaar strijd gekost om haar zoon weer terug te krijgen. Na diverse onderzoeken en gerechtelijke besluiten mag zoon bij moeder blijven wonen. De gehele procedure heeft bij Djoeke en zoon emotionele schade toegebracht.

2.1.1. Begeleiding en behandeling

Djoeke wordt met verschillende therapieën behandeld bij een instelling voor specialistische 2e-lijns geestelijke gezondheidszorg: online therapie, creatieve therapie en momenteel wordt er gestart met therapie gericht op eetproblematiek.

Djoeke krijgt van Connecting Hands begeleiding in haar dagelijkse leven en bij de opvoeding van haar zoon. Zij is niet in staat om haar dagen in te delen en blijft het liefst de hele dag op de bank liggen om van daaruit haar zoon op te voeden. Djoeke moet gestimuleerd worden om van de bank te komen en actief te worden. Ze heeft baat bij een duidelijk dagrooster, deze moet opgesteld worden door de begeleider, maar zij probeert zich er wel aan te houden.

Door haar ondergewicht is Djoeke niet in staat om zelfstandig boodschappen te doen, te koken of de zorg voor haar zoon op te pakken.

Djoeke kan redelijk met geld omgaan, maar moet tijdens het winkelen wel ondersteund worden om niet aan impulsen toe te geven en het spaargeld te besteden aan spullen die achterin de kast belanden.

Ook bij afspraken of telefonisch contact met instanties als jeugdzorg, jeugdhulp, GGD, school en ziekenhuizen heeft zij ondersteuning nodig. Anders komt zij niet opdagen, dissocieert zich of loopt weg tijdens gesprekken. Djoeke stelt zich afhankelijk op en laat een ander het woord doen, geeft geen grenzen aan. Dat heeft in het verleden voor Djoeke tot vervelende situaties geleid.



Djoeke heeft chronisch suïcidale gedachten en ook daarom sociaal toezicht nodig en dagelijkse gesprekken. Het risico is dat zij zichzelf sociaal isoleert en voor niemand meer de deur open doet. Dan is het onzeker hoe zij de zorg voor zichzelf of haar zoon oppakt en hoe haar gedachten verlopen. Deze perioden kunnen enkele dagen duren, maar ook een paar uur.

Ook het innemen van voeding, drinken en medicatie moet onder toezicht. Djoeke slaat met regelmaat medicatie over om vervolgens een dubbele dosis in te nemen. Haar geheugen is zeer kort. Zij moet continue aan dingen herinnerd worden of gestimuleerd worden.

Djoeke heeft niet een goed opvoedingsvoorbeeld gehad en moet ook daarbij ondersteund worden. Haar zoon heeft een voor Djoeke moeilijk te begrijpen ontwikkelingsachterstand en een ontremde hechtingsstoornis. Zoon kan zeer driftig zijn en uit zijn frustraties dan op Djoeke. Moeder vindt het moeilijk in te schatten dat zoon qua intelligentie wel dingen begrijpt maar hier sociaal/emotioneel niet leeftijdsadequaat op reageert.

Er zijn twijfels bij een liefdevolle relatie. Zoon trekt wel naar moeder toe en er is een langzame groei in het emotionele contact naar elkaar toe. Maar er is geen sprake van het uitspreken van liefdevolle woorden naar elkaar.

2.1.2. Wonen overlast

Djoeke woont met haar zoon in een flatje op twee hoog aan een drukke weg in de stad. De flatjes zijn gehorig en worden voornamelijk bewoond door studenten. Achter de flat is wel een mooi grasveldje/tuin waar de bewoners gebruik van kunnen maken. Er is niet echt sprake van problemen met de burens, maar ideaal is het ook niet.

Het hondje slaat bij het minste geringste aan en is nauwelijks opgevoed en aan te sturen. Djoeke wordt daar soms radeloos van.

De onderbuurvrouw heeft een zeer actieve seksuele relatie en wordt zowel overdag als in de nacht bezocht door haar vriend. Als haar zoontje thuis is zet Djoeke de muziek harder aan of stamppt op de grond in de hoop dat de overlast voor dat moment minder wordt.

De buurvrouw die naast haar woont, bonst nog wel eens op de muren in verband met het gekef en geblaf van haar hondje.

2.1.3. Werk/dagbesteding:

Djoeke heeft geen examen gedaan voor de middelbare school. Ze heeft vrijwilligerswerk gedaan in de zorg voor dieren en ze heeft vrijwillig in een verzorgingstehuis schoongemaakt. Daar werkte ze op een groep met mensen met dementie, waar ze veel plezier aan heeft beleefd. Ze maakt schoon, dronk koffie met de bewoners en ging -als ze zich goed voelde- ook met hen naar buiten. Momenteel heeft Djoeke als dagtaak het verzorgen en opvoeden van haar zoon, het huis en de huisdieren. Verdere dagbesteding is nu niet haalbaar, maar ze laat ook weinig ambities/aspiraties zien.



2.1.4. Sociaal isolement

Djoeke heeft een klein sociaal netwerk met enkele vriendinnen. Belangrijke vrienden zijn overleden. Ze wordt regelmatig door een kennis van de kerk, meegenomen naar de kerk en het huis van die kennis/vriendin.

Zij heeft veel contact gehad met haar buurvrouw/vriendin, is met haar op vakantie geweest en de vriendin stond ook in het sociaal veiligheidsplan. Djoeke is echter opdringerig/drammerig geweest in het contact en de vriendin/buurvrouw heeft hierdoor afstand genomen.

Ze heeft nog een paar vriendinnen overgehouden aan haar opnames in diverse GGZ instellingen. Deze ziet ze een paar keer per jaar.

Djoeke heeft nog 2 iets oudere vriendinnen. Het contact met hen bestaat meer uit zorg en hulp bieden door de vriendinnen.

Djoeke heeft al 13 jaar contact met een geestelijk hulpverlener van het GGZ. Dit contact is in periodes zeer nauw en hecht. Er is met regelmaat contact tussen deze vertrouwenspersoon en Djoeke. Hij bezoekt haar thuis en in het ziekenhuis tijdens periodes waarin het niet goed met Djoeke gaat.

Djoeke heeft een ambivalente relatie met haar ouders, haar broers en hun partners. Er is veel onbegrip en de communicatie verloopt voornamelijk via app en facebook. Djoeke kan nauwelijks op een volwassen adequaat niveau communiceren met haar familie en met name haar moeder. Met vader verloopt de communicatie ietsje beter.

Djoeke ervaart het leven dan ook als eenzaam. Dat heeft uiteraard ook te maken met haar beschadigde emotieregulatie, ontwikkeling en psychisch functioneren. Op het schoolplein heeft zij wel aanspraak met andere ouders en via internet met andere patiënten met anorexia.

Naar de buitenwereld toe is Djoeke claimend, dwingend en kruipt ze snel in de slachtofferrol. Hierdoor stoot ze mensen af en wordt er afstand van haar genomen.

2.1.5. Gezondheid

Djoeke is gediagnosticeerd met Emotie Regulatie problematiek (borderline), depressief, chronisch suïcidaal, en anorexia.

Djoeke weegt momenteel rond de 36 kilo en kan niet adequaat functioneren: nauwelijks kunnen uitlaten van haar hondje of fietsen met haar zoontje achterop.

Haar gezondheid is broos, ze heeft hartritmestoringen en een zeer slechte conditie. Een thuiszorgorganisatie komt nu dagelijks langs i.v.m. sondevoeding. Naast de behandeling door een psychiater en psycholoog is Djoeke langere tijd in behandeling bij een diëtiste.

Djoeke heeft een zeer verstoord dag en nacht ritme en gebruikt diverse soorten slaapmedicatie.

Tot vorig jaar heeft Djoeke enkele jaren geen medicatie gebruikt. Door de druk en stress van buitenaf heeft zij 9 maanden lang sondevoeding gehad, met als gevolg dat zij weer medicatie is gaan gebruiken en hier nu van afhankelijk is. Thuiszorg



begeleidt haar ook in het nemen van de medicatie. In verband met suïcidegevaar bewaart de apotheek haar herhalingsrecepten en wordt maandelijks haar nieuwe medicatie bezorgd door de apotheek.

2.1.6. Regie en begeleiding

Djoeke heeft een enorme groep hulpverleners om zich heen, waar zij zelf niet de regie in kan voeren. De hoofdbehandelaar neemt ook niet de rol van regisseur op zich en kan dat ook niet doen. Vanuit de natuurlijke positie als dagelijks begeleider komt de regierol als vanzelf steeds meer bij Connecting Hands te liggen. Ook de Raad voor de Kinderbescherming geeft aan dat Connecting Hands die rol op zich moet nemen, de huisarts neemt contact op met de vaste begeleidster, etc.

Hoewel Djoeke de indicatie heeft, komt het accent in de begeleiding steeds meer te liggen op de zoon en haar veiligheid. Door daar heel transparant en open in te zijn, de grenzen duidelijk aan te geven, kan de vertrouwensrelatie bewaard blijven waarbinnen de begeleiding van Djoeke nog effectief kan zijn.

2.2. Eelke

Eelke is een jongen van 20 jaar met een licht verstandelijke beperking en ADHD. Eelke heeft vanaf zijn 10^e in verschillende kort verblijfhuizen in het land gewoond. Daarna in een woonvoorziening van een grotere zorginstelling.

Via zijn moeder -ook cliënt bij Connecting Hands- is Eelke in april 2011 bij Connecting Hands komen wonen in een zelfstandig begeleid wonen traject. Wonen in een huis met meerdere mensen was voor Eelke geen optie meer. Hij vindt het moeilijk om constant rekening te houden met een ander. Hij is in 2013 op zelfstandig gaan wonen met intensieve ambulante begeleiding. Binnen een paar weken gaat hij naar een nieuwe woonplek, waar hij ook weer veel begeleiding zal krijgen van Connecting Hands. Hij heeft die begeleiding nodig om structuur in zijn dagen te houden. Wanneer hij die structuur mist, 'ontploft' Eelke. Dan gaat hij schelden, tieren en vloeken; dat mondt uiteindelijk uit in knokken. Hij heeft ook vaak de beschikking over een mes, maar daar is nog nooit iets mee gebeurd.

Nadat de begeleiding met hem gewerkt heeft aan wat hij wil, welke doelen hij voor zichzelf heeft, heeft hij besloten een (koks)opleiding te gaan volgen. Hij gaat hier met veel plezier heen. Eelke zal niet snel een dag spijbelen, heeft veel plezier aan het praktijkgedeelte van de opleiding. Op school ontstaan af en toe moeilijkheden door klasgenoten die hem, naar eigen zeggen, 'uitdagen'. Met uitspraken over zijn familie kan je hem zo boos maken, dat hij niet meer weet wat hij doet. Om in zulke situaties beter na te kunnen denken gaat Eelke 1 keer in de week naar een training woedebeheersing van een collega zorgaanbieder. De begeleiding van Connecting Hands gaat met hem mee en woont zo nodig het gesprek bij.



Het bleek dat Eelke zijn zaken financieel niet onder controle had. In overleg met de begeleiding is hij vervolgens onder bewind gesteld bij Care to Coach, een samenwerkingspartner van Connecting Hands. Voor Eelke is het vaak lastig om hier mee om te gaan omdat hij niet weet/ziet wat er met zijn geld gebeurt. Dit levert hem de nodige frustratie op, en dat uit hij naar iedereen die maar in de buurt is. Wekelijks wordt er met Eelke gekeken naar zijn inkomsten en uitgaven en hierdoor heeft hij een iets beter zicht op zijn financiën, dit maakt hem rustiger.

2.3. Gouke

Via een 'kameraad' die al jaren cliënt is bij Connecting Hands, komt Gouke (23 jaar) op een dag de kerk binnen lopen, waarin Connecting Hands is gevestigd. 'Eigenlijk heeft hij alleen een geldprobleem...' Zijn begeleider weet het nog goed en kan er mooi over vertellen.

Doorweekt van een flinke plensbui kom ik op een donderdagochtend kantoor binnenstappen. In het middenschip staat Jan te praten met een lange jongen, rond de 20, petje op en een waakzame uitstraling. Jan roept me bij hen te komen en stelt me voor. "Gouke", mompelt de jongen, en kijkt tijdens het voorstellen een andere kant op.

"Gouke," die naam herinner ik me, die heeft Tjitske al eerder laten vallen. Tjitske is voor de meeste cliënten de eerste van Connecting Hands waar zij contact mee hebben. In het proces van aanmelden voor onze zorg is Tjitske op voorhand in de telefoon gekropen om een uitkering te regelen. Eerder die week is mij in een informeel gesprek gevraagd of ik hem wilde begeleiden. De verwarde en beschadigde indruk die Gouke maakte, was op kantoor niet onopgemerkt gebleven.

Tijdens een kop koffie doe ik mijn eerste indruk op van Gouke. "Waar kun je hulp bij gebruiken?" vraag ik hem. Lachend en spottend ontwijkt Gouke mijn vraag. In een poging het gesprek richting te geven neig ik iets te teveel naar invullen. Gouke reageert dat hij nog nooit hulp heeft gehad, geen hulp nodig heeft, dat hulp niet bestaat. Hij vraagt zich hardop en cynisch af wie ik dan mag zijn, om het over "hulp" te hebben.

Zonder dat ik hem tegenspreek houdt hij een onsamenhangend verhaal. Zijn ogen verspringen op een manier dat drugsgebruik doet vermoeden. "Als je wilt helpen," mompelt hij, "dan geef je me geld." In het relaas dat volgt wordt Gouke rustiger. Zijn woorden springen van links naar rechts en raken af en toe het midden. "Ik wil niet dezelfde fouten maken als vroeger," vertelt hij me uiteindelijk. "Maar als ik dorst heb steel ik drinken, wat moet ik anders?"

Gouke vertelt me dat hij veel drugs heeft gebruikt, veel ellende heeft meegemaakt. Hij is vaak de fout ingegaan en onlangs in de gevangenis



beland. Een huis, uitkering, rust aan zijn hoofd en een opleiding beginnen; dat is het doel.

Na onze kennismaking lees ik zijn dossier. Een licht verstandelijke beperking met psychiatrische grondslag, maak ik op uit de stukken. Gouke heeft een gediagnosticeerde posttraumatische stressstoornis door een nare ervaring uit zijn pubertijd. Hulpverlening heeft in het verleden weinig stand gehouden. Uit het totaalbeeld schat ik in dat Gouke een klein netwerk heeft en niemand om op terug te vallen. Het vertrouwen in de hulpverlening is kwijt.

Tijdens het overpeinzen besef ik dat Gouke bij ons op het juiste adres is. Vanuit de presentiebenadering kunnen wij het enige bieden dat deze jongen op korte termijn nodig heeft: er voor hem zijn. Gouke heeft geen huis en geen vangnet, geen geld en geen dagbesteding, geen vertrouwen en geen overzicht. Gouke heeft geen behoefte aan een afsprakenkaart, maar aan een open deur.

Met frisse moed en visie tref ik Gouke op een onaangekondigd moment op kantoor. Voor Gouke máák ik tijd. Zoals afgesproken heb ik enkele regelzaken in gang gezet. Voor Gouke is het duidelijk: nog steeds geen geld, geen huis en geen spullen. Hij weigert mijn hand en is naar eigen zeggen uitgepraat. Terwijl hij naar de uitgang beent geef ik hem mee: “Je mag hier boos zijn en blijft welkom.” Nog geen twee dagen later staat hij op de stoep.

Anderhalve maand later hebben Gouke en ik elkaar vaak en onregelmatig getroffen. Zijn toestand varieert van gespannen, ver in gedachten, naar vriendelijk en rustig. Tijdens ieder contact zetten we een kleine stap. Inmiddels is de uitkering rond en heeft Gouke een appartementje voor zichzelf met mij uitgezocht. Hij leeft niet meer op straat en ziet er gezonder en uitgerust uit. We praten over zijn verleden en over de toekomst.

Volgende maand gaan we naar school. Gewoon, om eens te kijken. “Van de pillen en de troep ben ik zat,” stelt Gouke. Op mijn voorstel om de VNN eens te bellen reageert hij neutraal. Hij verbaast me met zijn voorstel om een nieuwe afspraak in te plannen. Uit zijn zak haalt hij een verfrommeld briefje waar hij onze afspraak onder een aantal andere zet. “Kom maar bij mij”, zegt hij. Op de vraag of ik mijn eigen drinken moet jatten moet hij lachen, dit keer gemeend.



In voor zorg!

3. Effecten in geld

Hieronder worden de resultaten van de indicatieve MKBA gepresenteerd. We zetten de (extra) kosten van de werkwijze van Connecting Hands af tegen de totale maatschappelijke baten op basis van de maatschappelijke prijslijst.

Het MKBA is dan ook gebaseerd op twee soorten input:

- gegevens over de effectiviteit van inzet (hoeveelheid);
- informatie over de waarde (prijs).⁷

Omdat Connecting Hands goede relaties met de cliënten heeft, is het mogelijk om op vrij veel terreinen inschattingen te doen. Deze blijven echter subjectief en daardoor niet meer dan indicatief.

Dit hoofdstuk start met een presentatie van de kosten en de baten (3.1) per casus. Daarna volgen een toelichting op de kosten (3.2) en baten (3.3).

3.1. Resultaten MKBA

De Maatschappelijke Kosten Baten Analyse laat zien dat de werkwijze van Connecting Hands een positief maatschappelijk saldo oplevert. De resultaten verschillen wel sterk per cliënt.

In de casus van Djoeka en haar zoon wordt becijferd dat er een positief saldo is van ruim € 55.000,- ofwel een maatschappelijke winst van 135%. Dat wil zeggen dat een geïnvesteerde euro € 2,35 oplevert.

Geschatte resultaten MKBA 1 jaar Connecting Hands - Djoeka			
Totale kosten			€ 41.262
1	Kosten Connecting Hands		€ 41.262
	Individuele begeleiding	€ 41.262	
Totale baten			€ 97.067
1	Zorg / gezondheid		€ 50.067
	voorkomen opname GGZ	€ 50.067	
2	Jeugd		€ 47.000
	voorkomen uithuisplaatsing	€ 40.000	
	voorkomen pleegzorgplaats	€ 7.000	
MKBA saldo			€ 55.805
Maatschappelijke K/B-verhouding		135%	

In het geval van Eelke wordt de maatschappelijke winst geschat op ruim € 25.000,- ofwel 106% (1 geïnvesteerde euro levert € 2,06 op).

⁷ Zie bijlage 4: de Maatschappelijke Prijslijst. Voor aanvullende informatie over bedragen m.b.t. opname in de Gehandicaptenzorg en de GGZ zijn de beleidsregels 2013 (CA-300-569) van de NZa geraadpleegd. De grondslagen van de prijzen stammen daardoor uit nogal wat verschillende jaren. Voor een indicatie is dat echter niet bezwaarlijk.

Geschatte resultaten MKBA 1 jaar Connecting Hands - Eelke			
Totale kosten			€ 23.920
1	Kosten Connecting Hands		€ 23.920
	Individuele begeleiding	€ 23.920	
Totale baten			€ 49.244
1	Zorg / gezondheid		€ 42.384
	Voorkomen opname intra-/ semimurale VG	€ 42.384	
2	Veiligheid		€ 6.860
	minder bedreigingen & vernielingen	€ 6.860	
MKBA saldo			€ 25.324
Maatschappelijke K/B-verhouding			106%

De maatschappelijke winst bij Gouke wordt het laagst ingeschat: een kleine € 3.000,- ofwel 26% (een geïnvesteerde euro levert € 1,36 op).

Geschatte resultaten MKBA 1 jaar Connecting Hands - Gouke			
Totale kosten			€ 11.084
1	Kosten Connecting Hands		€ 9.770
	Individuele begeleiding	€ 8.970	
	1e lijnspsycholoog	€ 800	
2	Aanvullende kosten		€ 1.314
	Schuldhelpverlening/budgetcoach	€ 1.314	
Totale baten			€ 14.020
1	Welzijn		€ 3.750
	voorkomen sociale activering	€ 3.750	
2	Werk & Inkomen		€ 6.750
	voorkomen inzet UWV	€ 3.000	
	voorkomen inzet re-integratie	€ 3.750	
3	Wonen		€ 300
	voorkomen klachten	€ 300	
4	Veiligheid		€ 3.220
	voorkomen detentie e.d. i.v.m. div delicten	€ 3.220	
MKBA saldo			€ 2.936
Maatschappelijke K/B-verhouding			26%

3.2. Toelichting op de kosten

De kosten van Connecting Hands zijn gebaseerd op het tarief en de geïndiceerde en gefactureerde uren. Wanneer op initiatief van Connecting Hands schuldhelpverlening / budgetcoaching door anderen is ingezet, is dit vermeld. Daarvoor is uitgegaan van ervaringsgegevens van Connecting Hands over de duur van die trajecten en van het tarief conform de maatschappelijke prijslijst.



3.3. Toelichting op de baten

De grootste winst wordt geboekt bij Djoeke: 135%. Daarbij moet bedacht worden dat de kosten van uithuisplaatsing feitelijk eenmalig zijn. Het voorkomen van die kosten kan daarom niet ieder jaar opgevoerd worden als maatschappelijke baat. In het verleden bleek zij regelmatig opgenomen te worden in de GGZ wanneer zij weer in een psychose raakte en/of suïcidaal werd. Dit is de belangrijkste winst die geboekt is.

Daarnaast worden besparingen gerealiseerd in organisatiekosten en interventies doordat Connecting Hands, mede op verzoek van de Raad voor de Kinderbescherming en de Kinderrechter een regierol op zich neemt en zich nadrukkelijk met opvoedondersteuning bezig houdt. Deze baten zijn hier echter slechts deels gepresenteerd (voorkomen pleegezin en uithuisplaatsing). De overige baten zijn nog te weinig 'hard te maken'.

De winst bij Eelke van 106% komt met name voort uit het verruilen van een intramurale woonsituatie voor het zelfstandig wonen met structurerende begeleiding. De indruk is ook dat het aantal incidenten met geweld, vernieling en bedreiging afneemt; dat is voorzichtig gecalculeerd. Deels wordt dat toegeschreven aan de rust die hij heeft door de geboden structuur in combinatie met de beperktere prikkelbelasting door zelfstandig wonen. Daarnaast lijkt hij ook te leren van de training 'woedebeheersing' van een collega-zorgaanbieder.

De indruk bestaat dat hij veel minder terugvalt op de huisarts dan voorheen, maar dat wordt hier voorzichtigshalve niet gepresenteerd in de doorrekening. Ook de effecten van het feit dat hij weer naar school gaat worden hier niet doorgerekend. De casus zou dus nog positiever kunnen uitvallen. We vinden het echter niet juist om de baten op deze wijze 'op te schroeven', wanneer er vergeleken wordt met een situatie van intramurale opname, waar immers alle maatschappelijke kosten bij de instelling vallen in het tarief zijn opgenomen.

De in verhouding meer beperkte winst bij Gouke (26%) heeft deels te maken met de relatief korte betrokkenheid van Connecting Hands bij Gouke en de daardoor voorzichtige inschatting van (onder meer) de effecten op het gebied van veiligheid en het voorkomen van opname. Voor een ander deel heeft het ook te maken met het 'type' cliënt en zijn leerbaarheid.

Kortom...

De grootste financiële winst is gelegen in het voorkomen van opnames in de intramurale zorg. Veel voordelen lijken ook te liggen op het vlak van veiligheid en wonen (in het voorkomen van escalaties en daarmee samenhangende interventies) en in het activeren en structureren waardoor school en werk weer haalbaar worden.

Daarnaast is uit de analyses gebleken dat veel winst is gelegen in het overbodig maken van de inzet van andere hulpverleners (maatschappelijk werk, eigen kracht, budgethulp, activering etc.). Deze winst is niet als doorrekening gepresenteerd, wanneer de vergelijking is gemaakt met kosten voor opname.



In voor zorg!

4. Conclusies en aanbeveling

Bij het grootste deel van de cliënten van Connecting Hands speelt meervoudige problematiek. Hierdoor zijn vaak meerdere hulpverleners en instanties betrokken. Ook maken zij gebruik van veel sociale maatschappelijke voorzieningen. De maatschappelijke kosten van deze cliënten kunnen daardoor heel hoog uitpakken. In deze MKBA zijn niet alle kosten rond cliënten in kaart gebracht. Er is ook geen poging gedaan om daar een inschatting van te maken, hoewel bij de gesprekken met de betrokkenen een breed beeld is ontstaan van de hulpverleningsnetwerken rond de cliënten.

Wel is duidelijk dat passende en onderling afgestemde begeleiding van deze burgers kan leiden tot aanzienlijke verbetering van de resultaten van de hulpverlening, verlaging van de kosten en -niet onbelangrijk- bij henzelf het gevoel dat zij beter gehoord en geholpen worden.

4.1. Conclusies

De Maatschappelijke Kosten Baten Analyse laat zien dat de werkwijze van Connecting Hands een positief maatschappelijk saldo oplevert. De resultaten verschillen wel sterk per cliënt: van 26% tot 135%. Dat wil zeggen dat een geïnvesteerde euro in het ene geval €1,26 oplevert en in het andere geval €2,35.

De grootste financiële winst is gelegen in het voorkomen van opnames in de intramurale zorg. Veel voordelen lijken ook te liggen op het vlak van veiligheid en wonen (in het voorkomen van escalaties en daarmee samenhangende interventies) en in het activeren en structureren waardoor school en werk weer haalbaar worden.

Tenslotte is uit analyses gebleken dat veel winst is gelegen in het overbodig maken van de inzet van andere hulpverleners (maatschappelijk werk, eigen kracht, budgethulp, activering etc.). Deze winst is niet als doorrekening gepresenteerd, wanneer de vergelijking is gemaakt met kosten voor opname.

4.2. Verdeling van het voordeel

De besparingen die de inzet van Connecting Hands oplevert, vallen niet altijd op dezelfde plek. Er worden baten gerealiseerd op het (toekomstige) gebied van de gemeente (Jeugd, Wonen, Werk), van de landelijke overheid (AWBZ/LIZ, Justitie) en van de zorgverzekeraars (1^e lijn, GGZ).

Voor de doelstelling om nieuwe contractpartners (i.c. gemeenten) te overtuigen van de meerwaarde van deze werkwijze en deze zorgaanbieder, is dit een lastige conclusie.



4.3. Aanbeveling

De MKBA is gebaseerd op inschattingen van betrokkenen rond de cliënten. Er waren veelal geen harde gegevens beschikbaar. Het verdient aanbeveling bij de intake, zorgverlening en dossiervoering informatie over (maatschappelijke) effecten te registreren. Dit levert waardevolle gegevens op om de maatschappelijke effecten en 'outcome' van het werk beter gefundeerd te bepalen.

Bijlage 1 Onderscheidend door Missie, Visie, Methodiek

De missie en visie van veel zorgorganisaties lijken op elkaar. Ook de missie en visie van Connecting Hands bevatte termen die hen niet onderscheidde van andere zorgorganisaties: 'cliënt centraal', 'zorg op maat' e.d. Omdat zowel de medewerkers als de cliënten aan den lijve ervaren dat Connecting Hands wel degelijk onderscheidend is, zijn we op zoek gegaan naar de elementen die de specifieke onderscheidende kenmerken vormen in de benadering en werkwijze van Connecting Hands. We ontdekten dat de basisfilosofie veel overeenkomsten vertoont met de Presentietheorie van Andries Baart, maar dat we daarnaast ook heel methodisch interveniëren.

Deze exercitie heeft veel helderheid gebracht in de organisatie en ook zelfvertrouwen bij medewerkers in contacten met -soms verbaasde- collega organisaties in de keten. Het formuleren van de visie, het koppelen aan bestaande theorieën en methoden, helpt ook bij het expliciteren van gedeelde waarden en normen en het (onderling) sturen op gewenst gedrag. De teksten maken veel duidelijk, maar soms is casuïstiek het meest verhelderend wanneer het gaat om het onderscheidend vermogen t.o.v. andere zorgorganisaties en om de toegevoegde waarde voor de cliënt. We hebben hieronder twee casussen in de tekst verwerkt.

Missie en visie

Missie

Connecting Hands ziet elke cliënt als een uniek persoon die zowel kwaliteiten als uitdagingen kent. Bij vraagstukken heeft elke cliënt recht op ondersteuning die aansluit bij zijn/haar eigenheid en situatie. Connecting Hands staat daarmee voor maatwerk in de zorg, van mens tot mens.

Visie

Dit maatwerk begint met oprecht contact. De professionals van Connecting Hands hebben respect voor de belevingswereld van de cliënt en gaan met hem/haar in gesprek vanuit aandacht en toewijding, zonder hierbij labels te plakken of in hokjes te denken. Alleen op die manier is het mogelijk om aan te sluiten bij de autonomie van de cliënt en zinvolle hulp te verlenen. Belangrijke uitgangspunten van de hulp zijn vertrouwen creëren, haalbare doelen stellen, positief bekrachtigen en blijven meebewegen met de cliënt. Dit vraagt, naast professioneel vakmanschap, ook creativiteit, praktische wijsheid en de kracht om daadwerkelijk verbinding te maken met andere mensen.

Niet alleen naar cliënten draagt Connecting Hands deze visie uit; ook binnen het team van professionals is er sprake van vertrouwen, respect,

aandacht en toewijding. Door de korte lijnen binnen het team kunnen wij optimale zorg aan onze cliënten waarborgen. Connecting Hands werkt elke dag opnieuw aan het bieden en optimaliseren van maatwerk en werkt daarbij, waar nodig, samen met gespecialiseerde netwerkpartners.

Methodieken

Presentietheorie

Connecting Hands werkt met alle cliënten aan de hand van de presentietheorie. Dit houdt in dat wij er zijn voor onze cliënten; we luisteren naar hen, staan naast hen en blijven langdurig beschikbaar.

Hieronder twee voorbeelden uit de praktijk; beide namen zijn vanwege privacy gefingeerd.

Erik (19 jaar), bekend met ADD en recidiverende depressies, kwam in november 2011 binnen met een hulpvraag op het gebied van school; hij liep ontzettend achter en ervoer hier veel stress van, wat zijn klachten verergerde. We zijn na een korte kennismakingsfase op zijn verzoek voortvarend aan de slag gegaan met een planning voor school. Dit leek in eerste instantie goed uit te pakken; hij had er vertrouwen in en had het overzicht terug. Echter, al na enkele keren gaf Erik niet thuis als ik bij hem kwam, en ook kwam hij niet op afspraken die we op kantoor maakten. Het was duidelijk dat Erik, ondanks zijn initiële vertrouwen in zichzelf en de hulpverlening, nog niet toe was aan zulke grote veranderingen en de drempels die daarbij komen kijken. In acht nemende dat de winterdepressies van Erik hier ook een rol in konden spelen, ben ik hem wekelijks blijven mailen en/of sms'en om hem te laten weten dat hij hier terecht kon op het moment dat hij wilde, en dat hij me altijd kon bereiken. Zo'n 5 maanden heb ik niets van hem gehoord, tot enkele weken terug; hij kwam binnen lopen en gaf aan graag weer contact te willen en (meer dan vorig jaar) toe te zijn aan verandering. Hoewel ik Erik dus in het hele afgelopen jaar vrijwel niet heb gezien, heeft hij een heel proces doorgemaakt; doordat wij hem hebben laten zien dat we altijd voor hem klaar staan, ook al horen we 5 maanden niets van hem, durfde hij na al die tijd weer naar ons toe te stappen en ons om hulp te vragen.

Roos (20 jaar) kwam in november 2011 binnen met ernstige angstklachten en een depressie. Roos gaf duidelijk te kennen dat ze hulp wilde, maar dat ze zichzelf erg moeilijk open durft te stellen tegenover andere mensen. We hebben dan ook extra lang tijd genomen voor de kennismakingsfase, zo'n 3 maanden. Tegen die tijd durfde Roos zichzelf wat meer bloot te geven en was er meer ruimte om aan haar klachten te werken. Echter, Roos gaf duidelijk aan dat ze die 3 maanden als erg fijn had ervaren omdat er voor haar wel gevoel "wel altijd iemand was". We hebben Roos bij S. aangemeld voor medicatie en eventuele behandeling en daarnaast ons wekelijks contact voortgezet, dat bestond uit het maken van een planning voor school en het ventileren en relativeren van Roos haar angstklachten. De medicatie



heeft bij Roos een grote omslag teweeg gebracht, wat maakt dat ze enkele maanden geleden aangaf dat ze me niet wekelijks meer hoeft te zien. Daarop hebben we elkaar eerst eens per 2 weken gezien, en vervolgens hebben we afgesproken dat ik er ben wanneer Roos dit nodig acht. De praktijk wijst uit dat het vaak niet nodig is elkaar te zien, en als dit wel nodig is trekt Roos op tijd aan de bel. Dit durft ze doordat ze het gevoel heeft dat ze hier altijd terecht kan en hier een veilig gevoel heeft. Ondanks dat we elkaar weinig zien, biedt deze manier van werken dus een grote steun aan Roos.

De presentietheorie is niet zozeer gericht op het oplossen van problemen, maar op 'er zijn', een betrekking aangaan: *presentie* i.p.v. *interventie*.

Andries Baart heeft deze benadering beschreven (Andries Baart, 2001 - Een theorie van de presentie). Hij maakt in zijn proefschrift duidelijk dat de presentiebenadering sterk afwijkt van wat in de hulpverlening gebruikelijk is, en 5 methodische kenmerken heeft: Beweging, plaats en tijd; Ruimte en begrenzing; Aansluiting; Afstemming en openheid; Betekenis.

Deze methodiek is in eerste instantie gericht op het aangaan van een verbinding van cliënt en hulpverlener als mens met een mens. In deze relatie definieert niet de hulpverlener het probleem, maar wordt samen gezocht naar de betekenis van de situatie. Vanuit die relatie en verbinding kunnen momenten ontstaan, dat duidelijk wordt wat er kan gebeuren, hoe de cliënt geholpen wil en kan worden of gesteund in het creëren van de eigen oplossing. Baart formuleert dat ergens als volgt:

"Dat is wat we presentiebeoefenaren zien doen: denken aan de ander vast, meer nog een relatie aangaan dan handelend optreden tegen een probleem. En pas in die hechte verbondenheid toont zich wat er gedaan kan of gelaten moet worden, daar en zo vindt men de coördinaten van het samenhandelen."

(Introductie in de presentietheorie - Andries Baart, 2004)

Andere -op interventie gerichte- methodieken

Samen met de cliënt kijken wij naar zijn/haar kwaliteiten en uitdagingen en kunnen wij als aanvulling op de presentietheorie interventies inzetten.

Voordat er een interventie ingezet kan worden, dient de professional goed in beeld te krijgen wat zijn/haar mandaat is ten opzichte van de cliënt.

- Indien er geen hulpvraag ligt, is er sprake van een vrijblijvende relatie => er kan geen interventie ingezet worden.
- Indien er wel sprake is van een hulpvraag maar dit geen werkbaar vraag is, is er sprake van een zoekende relatie => er kan geen interventie ingezet worden.



- Indien er wel sprake is van een werkbare hulpvraag, maar de cliënt zijn/haar eigen hulpbronnen niet gebruikt, is er sprake van een consulterende relatie => er kan wel een interventie ingezet worden.
- Indien er sprake is van een werkbare hulpvraag en de cliënt gebruikt maakt van zijn/haar eigen hulpbronnen, is er sprake van een co-experts relatie => er kan wel een interventie ingezet worden.

Indien nodig wordt bij het toepassen van een interventie tevens een tweede professional ingezet, om de best mogelijke zorg te kunnen bieden aan de cliënt. De hulpvraag van de cliënt is leidend voor de hulp die hij/zij ontvangt en de interventies die eventueel worden ingezet zijn hier dan ook van afhankelijk. Interventies waar onze professionals gebruik van maken - of waarvoor zij in overleg met de cliënt zo mogelijk anderen inzetten - hebben betrekking op

- inzetten van sociale dienstverlening
- het vergroten van de (sociale) competenties van de cliënt
- het versterken van het oplossingsgerichte vermogen van de cliënt
- het eigen initiatief model, gericht op de vaardigheden van cliënten om op alle levensgebieden meer verantwoordelijkheid te dragen
- de patronen die zich tussen cliënt en mensen in zijn/haar omgeving afspelen (systeemgericht werken)
- cognitief gedragstherapeutische methoden, gericht op het veranderen van negatieve denkpatronen
- een weerbaarheidsprogramma dat samen gaat met de ontwikkeling van positieve sociale vaardigheden (Rots en water).
- kortdurende eerstelijns psychologische behandeling

Bij de keuze voor interventies en de invulling daarvan, wordt goed gekeken naar de manier waarop de cliënt leert. Is sociaal (observationeel) leren aangewezen, waarbij rolmodellen (zoals de professional) van belang zijn, of is *cognitief leren* (bijv. de vier fasen van Kolb) mogelijk.



Bijlage 2 Leidraad Casusbeschrijving

Leidraad Casuïstiek

In de casuïstiek tbv de maatschappelijke kosten-batenanalyse van Connecting Hands graag *op verhalende wijze* onderstaande punten verwerken. Voor de maatschappelijke kosten zal ik proberen kengetallen te bemachtigen.

We hebben afgesproken dat x, x en x ieder een casus inleveren. De namen van betrokken cliënten zijn jullie bekend.

Streven is de casusbeschrijvingen op xxx af te ronden en aan mij beschikbaar te stellen.

Beschrijving 'Type cliënt →	Problemen →	Maatschappelijke kosten (= opbrengst bij oplossen probleem)
LVB	Wonen - overlast	?
LVB + psychiatrisch (ASS)	Werk / dagbesteding	<i>door Henk</i>
Psychiatrisch (anders)	Sociaal isolement	
	Gezondheid (doktersbezoek e.d.)	
(diagnostiek, verwijzing, beetje achtergrond/voorgeschiedenis, PGB/ZIN etc.).	Uitval onderwijs	
	Financiële problemen	
	Justitie	

Beschrijving 'Type cliënt →	Type hulpverlening + resultaat→ (resultaat ≈ maatschappelijke opbrengst)	Tarieven * uren = kosten (NZa tarief / eigen tarief CH)
LVB	Begeleiding ind/groep	?
LVB + psychiatrisch (ASS)	Behandeling	<i>door casusschrijvers</i>
Psychiatrisch (anders)	Woonbegeleiding	
	Ondersteuning / coördinatie inzet derden	
	Schuldhelpverlening	
	Eindig (=traject) of blijvende ondersteuning (hoe/omvang)	

Succes en alvast bedankt.

Henk Schoep

In voor zorg!

Bijlage 3 Format Maatschappelijke Opbrengst

Maatschappelijke Opbrengst			per	Clïent x
Zorg / gezondheid				
1 Huisarts	consult 10 min			
2	telefonisch consult			
3	visite aan huis			
4	weekend consult			
6 Persoonlijk verzorging thuiszorg			uur	
7 2x per dag zorg in eigen huis			dag	
8 Maatschappelijk werker			uur	
9 Eerstelijns psycholoog			uur	
10 Revalidatie			uur	
11 Paramedische zorg (fysio, ergo, dieet, etc.)			sessie	
12 Gemiddeld verschil thuiszorg <> intramurale zorg			dag	
13 Polikliniekbezoek algemeen ziekenhuis			bezoek	
14 Medisch specialist			uur	
15 Verpleegkundige ziekenhuis			uur	
16 Verpleegdag algemeen ziekenhuis			dag	
17 Ambulance rit	spoed			
18	besteld			
19 Intramurale (crisis) opname GGZ			dag	
21 Verblijf maatschappelijke opvang			24 uur	
22	incl zorg/begeleiding		24 uur	
Welzijn				
23 Sociale activering			interventie	
24 Eigen-krachtyconferentie				
25 Dagactiviteit	lichte begeleiding		dagdeel	
26	zware begeleiding		dagdeel	
27 Vervoer dagactiviteit	licht verstandelijk gehandicapten		dag	
28	ouderen		dag	
29	lichamelijk gehandicapt		dag	
Ouderen				
30 wonen in een verzorgingshuis, met lichte zorg			dag	
31 wonen in een verpleeghuis, met gemiddelde zorg			dag	
32 Gemiddelde kosten geneesmiddelen 65+ers			jaar	
33	bij meerdere geneesmiddelen (polyfarmacie)		jaar	
34 Nieuwe heup (met meerdaagse opname)				
35 Personenalarmering			jaar	
36 Domotica	investeringskosten		jaar	
37	afschrijvngskosten		jaar	
38 Traplift	investeringskosten		jaar	
39	afschrijvngskosten		jaar	
Jeugd				
40 Meerkosten speciaal basisonderwijs			leerling	
41 Meerkosten speciaal onderwijs			leerling	
42 Meerkosten rugzakleerling		€ 6.000 à	leerling	
43	aanv kosten (vervoer, thuiszorg, extra begel.)		leerling	
44 Inzet bij probleemgezin (gemiddeld)			jaar	
45 Uithuisplaatsing kind				
46 Een plek in een jeugdinrichting			dag	
47 Een residentiële opvangplaats			jaar	
48 Inzet Raad voor kindbescherming			gezin/jaar	
49 Inzet bureau Halt			gezin/jaar	
50 Inzet jeugdzorg (zonder uithuisplaatsing)			interventie	
51 Een pleegzorgplaats			jaar	



Werk & Inkomen

52 Een jaar bijstandsuitkering		jaar
53 Een jaar jeugduitkering (gem. 18-27 jaar)		jaar
54 Kosten schooluitval (zonder startkwalificatie; administratie & re-integratie)		uitvaller
55 Schuldhulpverlening		jaar
56 Budgetcoach		maand
57	budgethulp budgetbeheer	maand
58		maand
59 Verklaring WNSP (wet schuldsanering natuurlijk personen)		
60 Inzet UWV (gemiddeld)		jaar
61 Inzet re-integratie		jaar

Wonen

62 Beschermd wonen		dag
63 Huurtoeslag		huishouden/jaar
64 Gemiddelde huurprijs (2011)		maand
65 Gemiddelde huurprijs sociale sector (2010)		maand
66 Een klacht bij de woningcorporatie		
67 Een mutatie van een huurwoning		
68 Een uitzetting uit huurwoning		
69 1% hoger verkoopwaarde van Nederlandse koopwoning (prijsspeil 2011)		
70 Levensloopbestendig maken van een woning		

Veiligheid

71 Een mishandeling		delict
72 Een bedreiging		delict
73 Een zedendelict		delict
74 Een vermogensdelict (diefstal, heling, afpersing)		delict
75 Een overtreding van de wegenverkeerswet		delict
76 Een vernieling in de openbare ruimte		delict
77 Een opiumdelict		delict
78 Een economisch delict		delict
79 Een dag TBS		dag
80 Een dag detentie		dag
81 Inzet Stg Reclassering Nederland		jaar

Leefomgeving

82 Cruyff-court (jaarlijkse kosten excl. aanleg)		
83 Voetbalveld (jaarlijkse kosten excl. aanleg)		
84 Zwembad (na aftrek opbrengsten)		uur
85 Vervangen prullenbak		
86 Nieuw winkelwagentje		

Lokale economie

87 Jaarwinst supermarkt	klein	jaar
88	gemiddeld	jaar
89	groot	jaar

Algemeen

90 gemiddelde junior professional		uur
91 gemiddelde senior professional		uur
92 Huurprijs in maatschappelijk vastgoed (MFA/Kulturhus)	commercieel	m2
93	maatschappelijke partij	m2



Bijlage 4 Maatschappelijke prijslijst

De 'Maatschappelijke prijslijst' is onderdeel
van de Effectencalculator^{2.0} en is een initiatief van:



Maatschappelijke prijslijst

versie: 10 april 2013

Zorg / gezondheid

- Huisarts (consult (10 min.) | telefonisch consult | visite aan huis | weekend consult) € 30 | € 15 | € 45 | € 85
- Huishoudelijke hulp thuiszorg € 20 / uur
- Persoonlijke verzorging thuiszorg € 45 / uur
- 2x per dag zorg in eigen huis € 100 / dag
- Maatschappelijk werker € 65 / uur
- Eerstelijns psycholoog € 80 / uur
- Revalidatie € 110 / uur
- Paramedische zorg (fysio, ergo, dieet, etc.) € 35 / sessie
- Gemiddeld verschil thuiszorg <> intramurale zorg € 30 / dag
- Polikliniekbezoek algemeen ziekenhuis € 65 / bezoek
- Medisch specialist € 135 / uur
- Verpleegkundige ziekenhuis € 30 / uur
- Verpleegdag algemeen ziekenhuis € 435 / dag
- Ambulancerit spoed | besteld € 500 | € 330
- Intramurale (crises)opname GGZ € 290 / dag
- Deeltijdbehandeling 2^e lijns GGZ (16 weken) € 8.000
- Verblijf maatschappelijke opvang | incl. zorg/begeleiding € 80 | € 100 / 24 uur

Welzijn

- Sociale activering € 3.750 / interventie
- Eigen-krachtconferentie € 4.000
- Dagactiviteit (lichte | zware begeleiding) € 35 | € 50 / dagdeel
- Vervoer dagactiviteit (licht verstandelijk gehandicapt | ouderen | lichamelijk gehandicapt) € 10 | € 15 | € 20 / dag

Ouderen

- Wonen in verzorgingshuis, met lichte zorg € 90 / dag
- Wonen in een verpleeghuis, met gemiddelde zorg € 150 / dag
- Gemiddelde kosten geneesmiddelen 65+-ers € 800 / jaar
- bij meerdere geneesmiddelen (polyfarmacie) € 1.500 / jaar
- Nieuwe heup (met meerdaagse opname) € 10.000
- Personenalarmering € 250 / jaar
- Domotica (investerings- | afschrijvingskosten) € 15.000 | € 1.000 / jaar
- Traplift (investerings- | afschrijvingskosten) € 5.000 | € 333 / jaar

Jeugd

- Meerkosten speciaal basisonderwijs € 3.000 / leerling
- Meerkosten speciaal onderwijs € 12.000 / leerling
- Meerkosten rugzakleerling € 6.000 - € 18.000 / leerling
- Aanvullende kosten (vervoer, thuiszorg, extrabegeleiding) € 22.000 / leerling
- Inzet bij probleemgezin (gemiddeld) € 75.000 / jaar
- Uithuisplaatsing kind € 40.000
- Een plek in een jeugdinrichting € 500 / dag
- Een residentiële opvangplaats € 65.000 / jaar
- Inzet Raad voor kinderbescherming € 3.500 / gezin / jaar
- Inzet bureau Halt € 250 / gezin / jaar
- Inzet jeugdzorg (zonder uithuisplaatsing) € 7.500 / interventie
- Een pleegzorgplaats € 7.000 / jaar

pagina 1 van 2



De 'Maatschappelijke prijslijst' is onderdeel
van de Effectencalculator^{2.0} en is een initiatief van:



Werk & inkomen

- Een jaar bijstandsuitkering € 12.000
- Een jaar jeugduitkering (gemiddeld, 18-27 jaar) € 5.000
- Kosten schooluitval (zonder startkwalificatie; administratie & re-integratie) .. € 10.000 / uitvaller
- Schulphulpverlening € 1.500 / jaar
- Budgetcoach | budgethulp | budgetbeheer € 94 | € 72 | € 54 / maand
- Verklaring WNSP (Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen) € 270
- Inzet UWV (gemiddeld) € 3.000 / jaar
- Inzet re-integratie € 3.750 / jaar

Wonen

- Beschermd wonen € 150 / dag
- Huurtoeslag € 2.500 / huishouden / jaar
- Gemiddelde huurprijs (2011) € 750 / maand
- Gemiddelde huurprijs sociale sector (2010) € 425 / maand
- Een klacht bij de woningcorporatie € 300
- Een mutatie van een huurwoning € 1.200
- Een uitzetting uit huurwoning € 7.000
- 1% hogere verkoopwaarde van Nederlandse koopwoning (prijsspeil 2011) € 2.500
- Levensloopbestendig maken woning € 10.000

Veiligheid

- Een mishandeling € 5.500 / delict
- Een bedreiging € 2.700 / delict
- Een zedendelict € 2.600 / delict
- Een vermogensdelict (diefstal, heling, afpersing) € 1.400 / delict
- Een overtreding van de wegenverkeerswet € 910 / delict
- Een vernieling in de openbare ruimte € 730 / delict
- Een opiumdelict € 670 / delict
- Een economisch delict € 550 / delict
- Een dag TBS € 360 / dag
- Een dag detentie € 230 / dag
- Inzet St. Reclassering Nederland € 750 / jaar

Leefomgeving

- Cruyff-Court (jaarlijkse kosten, excl. aanleg) € 9.000
- Voetbalveld (jaarlijkse kosten, excl. aanleg) € 44.000
- Zwembad (na aftrek opbrengsten) € 195 / uur
- Vervangen prullenbak € 400
- Nieuw winkelwagentje € 100

Lokale economie

- Jaarwinst supermarkt (klein | gemiddeld | groot) € 30.000 | € 250.000 | € 400.000

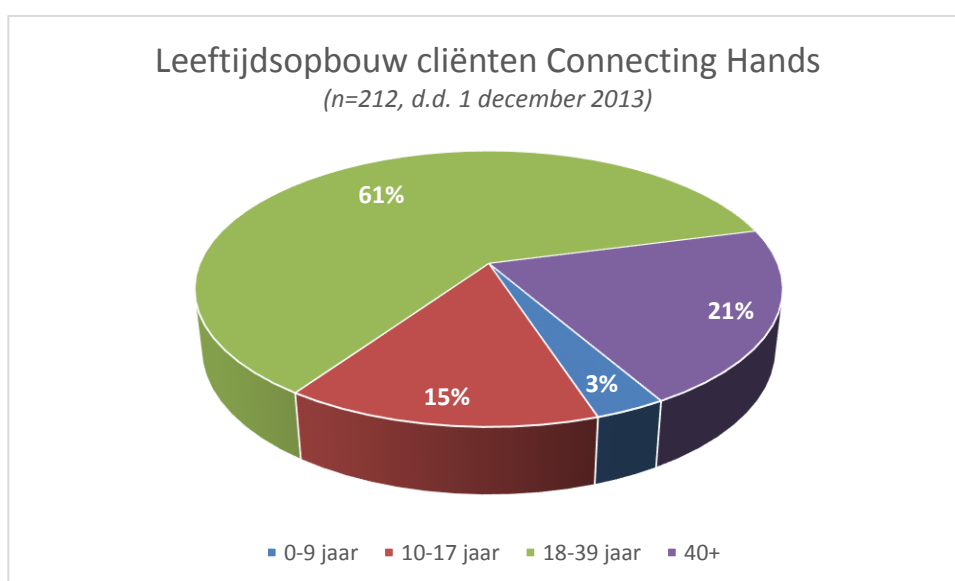
Algemeen

- Gemiddelde junior-professional € 50 / uur
- Gemiddelde senior-professional € 80 / uur
- Huurprijs in maatschappelijk vastgoed (MFA / Kulturhus)
(commerciële partij | maatschappelijke partij) € 140 | € 80 / m2

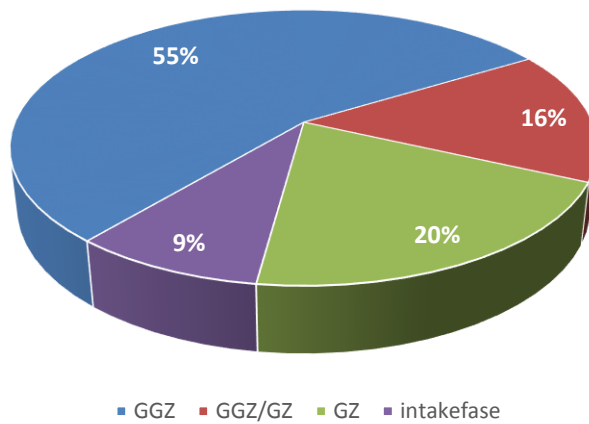
Bovengenoemde prijzen zijn een (conservatieve) indicatie. De prijzen zijn met zorg bij elkaar gezocht en zijn soms gemiddelden van diverse bronnen. De werkelijk in rekening gebrachte prijzen zullen afwijken en zijn afhankelijk van tijd, plaats en aanbieder. Reken uzelf niet te snel rijk. Van een besparing is pas sprake als er ook echt door iemand minder geld betaald wordt. Gebruikers kunnen geen enkel recht ontlenen aan deze prijslijst en gebruik is geheel voor eigen risico. Suggesties voor verbeteringen worden op prijs gesteld



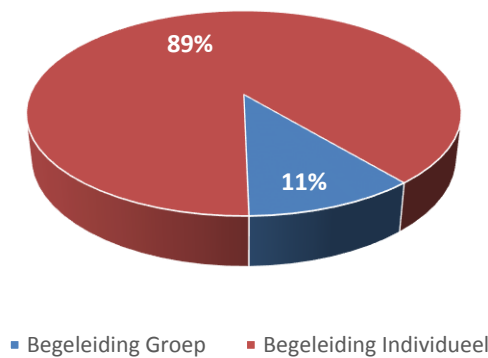
Bijlage 5 Kerngegevens Connecting Hands



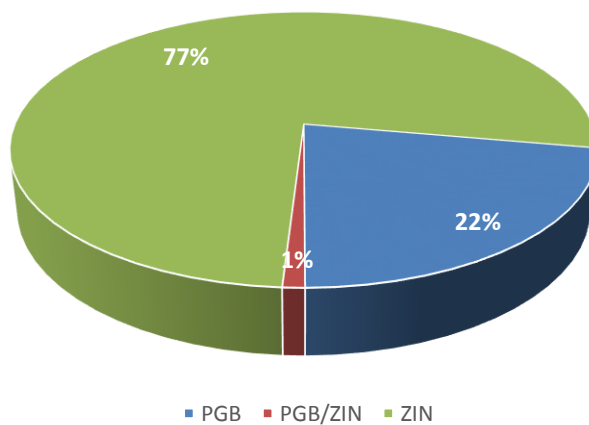
Indicatiegrondslag Cliënten Connecting Hands (n=212, d.d. 1 december 2013)



Cliënten Connecting Hands naar begeleidingsvorm (n=212, d.d. 1 december 2013)



Cliënten Connecting Hands naar leveringsvorm (n=194, d.d. 1 december 2013)





Connecting Hands
Schrans 92
8932 NH Leeuwarden

info@connectinghands.nl
telefoon (058) 216 74 19
www.connectinghands.nl



Schoep

Organisatieadvies | Interim & Projectmanagement

www.schoep.net

In voor zorg! is een initiatief van het ministerie
van VWS en Vilans



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

In voor zorg!