

Maatschappelijke Business Case

‘Vroeginterventie en vindplaatsgericht werken
op school en opvang’

Februari 2017



In opdracht van Gemeente Nijmegen



Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1. Inleiding	5
1.1 <i>Aanleiding Maatschappelijke Business Case (mBC)</i>	5
1.2 <i>Maatschappelijk probleem, urgentie en de interventies</i>	6
1.2.1 <i>Maatschappelijk probleem</i>	6
1.2.2 <i>Urgentie</i>	6
1.2.3 <i>Interventies</i>	7
1.3 <i>Scope</i>	7
1.4 <i>Leeswijzer</i>	8
2. Aanpak	9
2.1 <i>Een maatschappelijke Business Case: wat is dat eigenlijk?</i>	9
2.2 <i>Het projectteam</i>	9
2.3 <i>Het proces</i>	10
3. De interventies: DSAV en Passende Kinderopvang	11
3.1 <i>Beschrijving Passende Kinderopvang</i>	11
3.2 <i>Beschrijving De School als Vindplaats</i>	12
3.2.1 <i>Algemene beschrijving DSAV</i>	12
3.2.2 <i>Beschikingsvrije inzet van tweedelijns specialisten</i>	13
3.2.3 <i>Inzet van tweedelijns expertise: waarom eigenlijk?</i>	14
3.2.4 <i>Observaties, kindinterventies en gezinsinterventies</i>	14
3.2.5 <i>Effectiviteit</i>	15
3.3 <i>Randvoorwaarden</i>	18
4. Het cliëntperspectief	19
4.1 <i>De drie voornaamste effecten</i>	19
4.2 <i>De mate waarin effecten optreden</i>	20
5. Het ketenperspectief	21
5.1 <i>Overzicht van de ketenpartners</i>	21
5.2 <i>Algemene opmerkingen</i>	21
5.3 <i>Casuïstiek</i>	22
5.3.1 <i>Casuïstiek van DSAV</i>	22
5.3.2 <i>Casuïstiek van Passende Kinderopvang</i>	22
5.4 <i>Kosten, opbrengsten en niet-gekwantificeerde effecten per ketenpartner</i>	23
5.4.1 <i>De School Als Vindplaats (DSAV)</i>	23
5.4.2 <i>Passende Kinderopvang</i>	25
5.4.3 <i>Kinderopvang</i>	28
5.4.4 <i>Scholen primair onderwijs/ Samenwerkingsverband PO</i>	29
5.4.5 <i>GGD (Jeugdgezondheidszorg)</i>	30
5.4.6 <i>Sociaal Wijkteam</i>	31
5.4.7 <i>Schoolmaatschappelijk Werk (primair onderwijs)</i>	32
5.4.8 <i>Bureau Leerplicht</i>	33
5.5 <i>Overzicht van investeringen en besparingen in de keten</i>	34
6. Maatschappelijk perspectief	36
6.1 <i>Ouders/ steunsysteem</i>	36
6.2 <i>Gemeenten</i>	37
6.3 <i>Rijksoverheid – ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap</i>	37
7. De maatschappelijke Business Case	39

7.1	<i>Cliënteffecten, besparingen en investeringen</i>	39
7.2	<i>Benadering van het potentieel maatschappelijk rendement</i>	40
Bronnen	41
Bijlage 1:	Zes pijlers van positieve gezondheid	42
Bijlage 2:	Rekenvoorbeeld netto-contante waarde	43
Bijlage 3: Voorbeeldcasussen DSAV	44
	<i>Bijlage 3.1 – Groep 1: Internaliserende problematiek</i>	44
	<i>Bijlage 3.2 – Groep 2: Externaliserende problematiek</i>	45
	<i>Bijlage 3.3 – Groep 3: Opvoedingsondersteuning, ouderbegeleiding en gezinsproblematiek</i>	46
	<i>Bijlage 3.4 – Groep 4: Groepsinterventies in de klas</i>	47
	<i>Bijlage 3.5 – Groep 5: (V)echtscheidingsproblematiek</i>	48
	<i>Bijlage 3.6 – Groep 6: Verstoring van relatie tussen school en kind</i>	49
Bijlage 4:	Casus Passende Kinderopvang	50

Samenvatting

De gemeente Nijmegen en diverse ketenpartners hebben geconstateerd dat het nog niet altijd voldoende lukt om niet-onderwijs gerelateerde problematiek onder kinderen tijdig te signaleren. Daarnaast kan (mede als gevolg daarvan) passende zorg niet altijd tijdig worden geboden, of wordt deze niet geaccepteerd door bijvoorbeeld ouders of verzorgers. Naast allerlei negatieve gevolgen voor het kind (al dan niet op de langere termijn) of het gezin, kan dit ook leiden tot zorgkosten wanneer problematiek 'escaleert' en de inzet van relatief zware of langdurige zorg noodzakelijk is. Het verder vormgeven van en investeren in vroegsignalering, evenals het zodanig organiseren van de zorgstructuur dat passende zorg kan worden ingezet wanneer nodig, is daarom van belang.

Om inzicht te krijgen in de te verwachten brede maatschappelijke en financiële effecten als gevolg van het investeren in vroeginterventie en vindplaatsgericht werken ontstond de behoefte om hieromtrent een maatschappelijke Business Case (mBC) op te stellen. Daarbij moest ook duidelijk worden hoe de rollen in het preventieve veld, zorg en onderwijs verdeeld zijn in de keten. Hoewel de initiële insteek was om ook casussen uit de eerste lijn mee te nemen, is besloten deze mBC te focussen op twee (in principe tijdelijke) projecten: De School als Vindplaats (DSAV) en Passende Kinderopvang (PKO). Deze projecten zijn gericht op vroegsignalering/-interventie op de vindplaatsen 'kinderopvang' (PKO) en 'school' (DSAV), waarbij in het laatste geval is gefocust op het primair onderwijs. Beide projecten worden gekenmerkt door de (beschikkingsvrije) inzet van tweedelijns specialisten op de vindplaatsen, die vanuit hun expertise onder andere problematiek signaleren, kortdurende interventies uitvoeren, snel passende zorg organiseren wanneer dit nodig is en bovendien kennis overdragen.

Deze mBC heeft op hoofdlijnen inzichtelijk gemaakt welke potentiële besparingen er kunnen optreden als gevolg van het investeren in de twee genoemde projecten. Hiervoor is een cohort van 256 bestaande casussen geanalyseerd (50 van PKO en 206 van DSAV).

Bij zowel de kostenbesparingen als de benodigde investeringen dient te worden opgemerkt dat het hier gaat om grove benaderingen. De berekeningen zijn gebaseerd op diverse aannames, wat leidt tot een bepaalde onzekerheid. Bovendien is er gerekend met gemiddelde bedragen, waardoor de daadwerkelijke kosten en besparingen in de praktijk zullen afwijken. Ook zijn er diverse kostenposten en besparingen nog niet gekwantificeerd en dus nog niet in eerdergenoemde bedragen verwerkt. Het gaat hier met name om de kosten die ontstaan of besparingen die optreden als gevolg van veranderingen voor diverse ketenpartners, zoals de GGD, Sociaal Wijkteams, Schoolmaatschappelijk Werk en Bureau Leerplicht. Tijdens het opstellen van deze mBC was echter onvoldoende zicht op de veranderingen die er optreden voor deze partijen, waardoor het kwantificeren van kosten danwel besparingen nog niet mogelijk was. In het rapport zijn dan ook diverse PM-posten opgenomen die op basis van toekomstige monitoring verder zullen moeten worden uitgewerkt en in het achterhoofd dienen te worden gehouden bij het interpreteren van de genoemde kosten en besparingen. Tot slot dient er rekening te worden gehouden met het feit dat er aan diverse randvoorwaarden moet worden voldaan voordat de verwachte effecten daadwerkelijk kunnen optreden. Deze door de projectgroep geformuleerde voorwaarden zijn in het rapport opgenomen.

Op basis van de karakteristieken van de verschillende casussen is in kaart gebracht wat het reguliere 'zorgpad' van de casussen zou zijn geweest wanneer PKO of DSAV niet zouden zijn ingezet en wat de gemiddelde kosten van dat zorgpad zouden zijn. Een belangrijke aanname in deze mBC (gebaseerd op ervaringen uit de praktijk) is dat het 'reguliere zorgpad' door de inzet van PKO/DSAV voor een deel van de casussen wordt voorkomen. Op basis van de casussen van PKO leidt dit tot een potentiële kostenbesparing van EUR 185.000 die naar verwachting met name ontstaat door een afname van het aantal 2^e-lijns ambulante trajecten (met beschikking) en plaatsingen in specialistische groepen. Voor de casussen van DSAV kan naar verwachting een besparing van ongeveer EUR 991.000 worden gerealiseerd als gevolg van een afname van diverse 2^e- en 3^e-lijns zorgtrajecten (zowel J&O als GGZ). Naar verwachting komen deze besparingen primair ten goede van de gemeentelijke budgetten.

Tegenover de potentiële kostenbesparingen staat een geschatte benodigde investering van bijna EUR 320.000 welke bestaat uit kosten voor inzet van DSAV en PKO, evenals extra uren inzet van zorgcoördinatoren 'Kijk op kleintjes' van de GGD en medewerkers van de kinderopvang.

Hoewel deze mBC hiermee dus geen sluitend beeld oplevert van het volledige maatschappelijke rendement van de inzet van PKO en DSAV (diverse effecten voor ketenpartners zijn immers nog niet gekwantificeerd), geeft het richting aan toekomstige beleidsdiscussies over vroegsignalering en vindplaatsgericht werken. Het helderder beeld dat is ontstaan van de rolverdeling tussen verschillende ketenpartners in het preventieve veld, evenals de randvoorwaarden waaraan dient te worden voldaan, zijn daarvoor een belangrijke opbrengst.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding Maatschappelijke Business Case (mBC)

Gemeente Nijmegen wil het sociaal domein, samen met relevante ketenpartners, verder gaan transformeren. Om deze transformatie te kunnen doorzetten wil de gemeente kiezen voor oplossingen waarmee ondersteuning voor de mensen die dat nodig hebben gewaarborgd blijft, terwijl er tegelijkertijd kosteneffectiever kan worden gewerkt. Daarvoor moet niet alleen zorgvuldig worden afgewogen hoe de beschikbare zorg en ondersteuning zo goed mogelijk kunnen aansluiten op de behoeften van mensen, maar ook hoe het beschikbare budget binnen het sociaal domein zodanig kan worden ingezet dat de beoogde kosteneffectieve en kostenefficiënte werkwijze kan worden gerealiseerd. De gemeente Nijmegen is van mening dat het daarbij van belang is dat een transformatie plaatsvindt zowel binnen als buiten de gemeentelijke organisatie.

De gemeente Nijmegen wil deze transformatie onderbouwen middels diverse maatschappelijke Business Cases (mBC), waarvan voorliggend rapport er een is. Daarmee wordt duidelijker waar in de keten 'aan de voorkant' geïnvesteerd moet worden om bepaalde maatschappelijke effecten te bereiken. De focus ligt daarbij met name op de kosten en baten die betrekking hebben op de budgetten van overheden (gemeenten, Rijk), de ketenpartners en overige stakeholders.

Deze specifieke mBC is voortgekomen uit de behoefte om inzicht te krijgen in de te verwachten brede maatschappelijke en financiële effecten als gevolg van het investeren in vroeginterventie en vindplaatsgericht werken. Daarbij moest ook duidelijk worden hoe de rollen in het preventieve veld, zorg en onderwijs verdeeld zijn in de keten. Tijdens de verschillende werksessies werd duidelijk dat het om diverse praktische redenen noodzakelijk was om de mBC sterk af te bakenen. Hoewel de initiële insteek was om ook casussen uit de eerste lijn (Schoolmaatschappelijk Werk, GGD en Sociaal Wijkteam) mee te nemen, is door de projectgroep besloten om te focussen op de effecten van twee relatief nieuwe (in principe tijdelijke) projecten (De School Als Vindplaats en Passende Kinderopvang) die gericht zijn op vroegsignalering/-interventie van problematiek onder kinderen op de 'vindplaatsen'. Bovendien is er met betrekking tot DSAV alleen gekeken naar casussen in het primair onderwijs, zoals later in dit rapport verder wordt toegelicht. Er was met name behoefte om zicht te krijgen op de kostenbesparingen die mogelijk kunnen worden gerealiseerd door de inzet van de projecten (en de investeringen die daarvoor nodig zijn) en de eventuele veranderingen die er optreden voor of in de werkzaamheden van ketenpartners (zoals scholen, GGD, Schoolmaatschappelijk Werk en het Sociaal Wijkteam), zodat onder andere richting kan worden gegeven aan verdere beleidsdiscussies.

In de periode voorafgaand aan de specifieke projecten is in de gemeente Nijmegen ervaring opgedaan met vindplaatsgericht werken in het kader van het zogenaamd EIF-project J-GGZ migranten jeugd (hierna te noemen EIF). Dit project richtte zich specifiek op vroeginterventie bij psychische- en gedragsproblemen bij kinderen van migrantenouders. Het is bekend dat de drempel voor het vragen van hulp voor deze groep erg hoog is en daarom krijgen zij minder vaak behandeling dan nodig is. Het doel was tijdige zorg inzetten, maar vaak bleek het ook

mogelijk door betere communicatie te normaliseren en te de-escaleren. Het EIF-project is geëvalueerd en onderzoekers hebben werkzame factoren geanalyseerd. Er is nog onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing voor deze aanpak, maar de uitkomsten van dit project zijn veelbelovend. De gemeente Nijmegen heeft daarom aan de opdrachtnemers van de projecten gevraagd de kennis uit het EIF-project toe te passen en verder te ontwikkelen.

1.2 Maatschappelijk probleem, urgentie en de interventies

1.2.1 Maatschappelijk probleem

Om richting te geven aan deze mBC is door de projectgroep de volgende probleemstelling geformuleerd:

“We zijn nog niet altijd goed in staat om met elkaar niet-onderwijs gerelateerde¹ problematiek tijdig genoeg te signaleren en/of passende zorg te bieden en/of tijdig genoeg te laten accepteren, bijvoorbeeld door ouders of verzorgers. Dit alles kan leiden tot diverse negatieve effecten voor kind en maatschappij, zoals escalatie van de problematiek en meer intensieve zorgbehoefte (en de daarmee gepaard gaande kosten).”

In aanvulling op deze (meer algemene) probleemstelling constateert de projectgroep onder andere dat:

- sommige cases te lang worden vastgehouden op de vindplaatsen of in het sociaal wijkteam, wat kan leiden tot relatief lange wachttijden bij de specialistische opvang en zorg voor jonge kinderen;
- er regelmatig sprake is van onvoldoende regievoering, met name in die gevallen waar sprake is van systeem- en/of gezinsproblematiek;
- geïndiceerde zorg pas wordt ingeschakeld na ‘escalatie’ van de problematiek, waardoor in sommige gevallen relatief zwaardere zorg nodig is;
- men niet altijd weet hoe passende zorg kan worden verkregen;
- ouders en verzorgers zorg soms mijden, bijvoorbeeld door acceptatieproblemen en cultuurverschillen;
- de domeinen ‘school’ en ‘thuis’ nog niet altijd verbonden worden in ‘1 gezin, 1 plan’.

1.2.2 Urgentie

De urgentie om een duurzame oplossing te vinden voor de beschreven problematiek wordt kan primair worden beschreven uit de volgende perspectieven:

1. Kinderen

Het niet of laat signaleren van problematiek en het niet of laat organiseren van passende zorg en/of begeleiding kan ertoe leiden dat problemen in de huidige vorm blijven bestaan of zelfs escaleren, wat zowel nu als in de toekomst allerlei negatieve effecten met zich mee kan

¹ De term onderwijs staat in principe voor het ‘orgaan’ onderwijs, waaronder PO, SBO, VO, SO, SWV en de clusters 1-2 vallen. In deze mBC wordt het gebruik van de term breder getrokken en wordt ook kinderopvang hieronder geschaard. ‘Niet-onderwijs gerelateerde problematiek’ is de term die wordt gebruikt om onderscheid te maken tussen hetgeen waar de tak onderwijs (inclusief kinderopvang) verantwoordelijk voor is en waarvoor andere partijen verantwoordelijk zijn. Daarbij wordt erkend dat er vaak een ‘grijs gebied’ bestaat waarin onderwijs en zog elkaar overlappen.

brengen voor het kind (bijvoorbeeld met betrekking tot kwaliteit van leven, schoolprestaties, (financieel) toekomstperspectief, et cetera).

2. Ouders

Wanneer ouders onvoldoende in staat zijn om een passende oplossing te vinden die aansluit bij de problematiek van het kind, kan dit leiden tot een situatie waarin sprake is van onvoldoende balans tussen 'draagkracht' en 'draaglast', wat vervolgens kan leiden tot stress en in sommige gevallen zelfs (verergerde) psychische problematiek. In veel gevallen gaat het om ouders met afstand tot hulpverlening, de hulpverlening niet vertrouwen, deze niet weten te vinden of angst hebben voor stigmatisering als gevolg van het inroepen van hulp.

3. Vindplaatsen (kinderopvang en basisscholen)

Vindplaatsen zijn soms onvoldoende toegerust (bijvoorbeeld door een gebrek aan kennis of handelingsverlegenheid om met ouders in gesprek te gaan) om niet-schoolse problematiek onder kinderen te kunnen herkennen en daarop concrete acties te ondernemen, waardoor signalering soms te laat plaats vindt en/of passende zorg of begeleiding (te) laat wordt ingeschakeld.

4. Gemeente

Wanneer problematiek (te) laat wordt gesignaleerd en/of passende zorg of ondersteuning niet snel genoeg wordt georganiseerd (volgens het principe '1 gezin, 1 plan, 1 regisseur'), kan dit op den duur leiden tot een langere en/of zwaardere zorgbehoefte, schoolverzuim, beroep op allerlei sociale voorzieningen, criminaliteit en de daarmee gepaarde (vaak hoge) kosten.

1.2.3 Interventies

In deze mBC staan twee projecten centraal, namelijk:

- De School Als Vindplaats (DSAV)
- Passende Kinderopvang (PKO)

Hoofdstuk 3 gaat uitvoerig in op de kenmerken en uitgangspunten van deze programma's, waarbij bovendien duidelijk wordt dat de effectiviteit van deze interventies mede afhankelijk is van de mate waarin wordt voldaan aan bepaalde randvoorwaarden, welke dan ook in dat hoofdstuk worden benoemd.

1.3 Scope

Deze mBC richt zich op het in kaart brengen van de toekomstige maatschappelijke effecten van de inzet van DSAV en Passende Kinderopvang op kinderen, basisscholen, kinderopvang, zorgketenpartners, de gemeente Nijmegen en overige stakeholders. Een deel van deze effecten zijn vertaald in zowel *potentiële kostenbesparingen* als *investeringen* die naar verwachting nodig zullen zijn om deze besparingen te kunnen realiseren. Bij het vaststellen van de omvang van de verwachte effecten is primair uitgegaan van actuele casussen van DSAV en PKO. Hoofdstuk 5 gaat hier nader op in.

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

1.4 Leeswijzer

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

2. Aanpak

2.1 Een maatschappelijke Business Case: wat is dat eigenlijk?

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

2.2 Het projectteam

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

- Marcel Quanjel Entrea, De Combinatie
- Chris Raaijmakers Entrea, De Combinatie (vertegenwoordigde ook EIF)
- Elianne Vossen Driestroom (projectmanager Passende Kinderopvang)
- Marian van Vilsteren GGD Gelderland-Zuid (Jeugdgezondheidszorg)
- Helma Verbeet KION
- Pauline Aarts Maartenskliniek
- Gerrie Driessen MEE Gelderse Poort
- Annemiek Postma NIM
- Titia Blankstein Samenwerkingsverband Stroomland
- Lotje Saalmink Brede School 'De Aldenhove'
- Yolande Hartkamp Brede School 'De Aldenhove'
- Anouk Peijnenborg Samenwerkingsverband VO
- Olaf Scholten Gemeente Nijmegen, Bureau Leerplicht
- Mireille Tijkorte Gemeente Nijmegen, jeugd
- Roy Breuer Gemeente Nijmegen, onderwijs
- Loes Emons Gemeente Nijmegen, onderwijs
- Mandy Arens Gemeente Nijmegen, jeugd

De sessie zijn begeleid door twee consultants van Sinzer, Emma Verheijke en Vincent Belgraver. Het projectteam is drie keer samengekomen tijdens werksessies van zo'n drie uur. De input die tijdens en rondom deze sessies werd gegeven door de projectgroep, in aanvulling op literatuuronderzoek, vormde de basis van deze maatschappelijke Business Case.

2.3 Het proces

In deze mBC zijn de volgende stappen doorlopen om de te verwachten kosten en opbrengsten in kaart te brengen:



Stap 1: Verandertheorie

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

Stap 2: Stakeholderanalyse

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

Stap 3: Effecten bepalen

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

Stap 4: Effecten waarderen

Aan de effecten die naar verwachting leiden tot een kostenbesparing is vervolgens een financiële waarde gekoppeld (zie hoofdstuk 5). De gehanteerde bedragen zijn grotendeels gebaseerd op input van de projectgroep. Bij het toekennen van een financiële waarde aan de effecten is voor ieder effect een zogenaamde 'impactclaim' toegekend. Dit is een percentage (vaak 25%, 50%, 75%, 100%) waarmee aangegeven wordt welk deel van het effect (in deze mBC altijd een besparing) naar verwachting kan worden toegeschreven aan de interventie.

Stap 5: Input bepalen

Vervolgens is vastgesteld welke investeringen er van welke organisaties nodig zijn om de interventies uit te voeren om de potentiële besparingen te kunnen realiseren.

Stap 6: Analyse

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

3. De interventies: DSAV en Passende Kinderopvang

3.1 Beschrijving Passende Kinderopvang

Passende Kinderopvang is gericht op kinderen met een beperking, zorgvraag, chronische aandoening of gedragsproblematiek, in de leeftijdscategorie 0-4 jaar. Hoewel het voor hun ontwikkeling wenselijk is om deel te kunnen nemen aan de reguliere kinderopvang (onder andere vanwege de mogelijkheid om er te spelen en leren met kinderen van dezelfde leeftijd en uit dezelfde buurt), kunnen kinderen met genoemde problematiek niet zomaar meedoen in de reguliere opvang. Als gevolg daarvan vindt in die gevallen regelmatig plaatsing in een specialistische groep plaats. Voor sommige kinderen is plaatsing in een (tweedelijns) specialistische groep absoluut wenselijk, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van een sterke structuurbehoefte en/of een grote prikkelgevoeligheid die om aanpassingen in het dagprogramma of inrichting in de locatie vragen die in de reguliere opvang niet mogelijk zijn. Echter, dit is niet voor alle kinderen nodig, en in die gevallen is plaatsing op een specialistische groep dan ook onwenselijk en heeft een plek in een reguliere groep de voorkeur. Enkele belangrijke redenen hiervoor zijn:

- Voor jonge kinderen is het goed als het aantal wisselingen beperkt blijft. Vaste leidsters en een herkenbare plek zijn voor deze doelgroep belangrijk. Wanneer op deze jonge leeftijd al problematiek blijkt, is de behoefte aan overzicht en rust veelal groter. Hoe minder een kind van groep/plek hoeft te wisselen (bijvoorbeeld door overplaatsing van een specialistische naar een reguliere groep te voorkomen), hoe beter het zal wennen en zijn/haar plek vindt.
- Om onderdeel te worden/blijven van een wijk heeft het meerwaarde als een kind met de bekende kinderen en ouders naar de kinderopvang in de buurt kan gaan. Dit geeft ook een grotere kans om later door te stromen naar onderwijs in dezelfde wijk en deel te nemen aan andere activiteiten.
- In specialistische groepen kan negatief gedrag van elkaar overgenomen worden. Voor kinderen die niet per definitie o.a. de 'prikkelarme' omgeving nodig hebben, geldt dat het voorbeeldgedrag van kinderen met een normale ontwikkeling positief kan werken op hun eigen ontwikkeling (op voorwaarde dat zij goed worden begeleid en een prettige positie kunnen hebben in de groep).
- De drempel naar een specialistische groep is dermate hoog voor sommige ouders, dat het veel moeite kost om hen van nut en noodzaak te overtuigen. Daardoor duurt een voortraject soms erg lang en komt het regelmatig voor dat de zorgcoördinatoren als een kind naar school moet al anderhalf jaar met de ouders in gesprek zijn, maar er geen zorg is ingezet terwijl dat het kind wel had kunnen helpen. In de praktijk blijkt dat de drempel voor ambulante begeleiding veel lager is en dat deze verder verlaagd wordt wanneer de begeleiding zonder beschikking kan worden ingezet. Daardoor kan ondersteuning eerder plaatsvinden en kunnen ouders geleidelijk worden meegenomen in wat hun kind nodig heeft.

Het doel van Passende Kinderopvang is om, door het bieden van de juiste ambulante ondersteuning en/of (coördinatie van) zorg binnen de reguliere kinderopvang, deze kinderen de mogelijkheid te bieden om wél binnen de reguliere opvang terecht te kunnen. Om dit te

bewerkstelligen worden tweedelijns ambulante begeleiders vanuit een aantal organisaties binnen 'de Combinatie'² ingezet binnen de reguliere opvang. De taken van deze professionals kunnen bestaan uit:

- Coaching on-the-job van pedagogisch medewerkers binnen de kinderopvang, gericht op een individueel kind met een bijzondere zorgvraag. Zo nodig vindt coaching ook plaats in het gezin;
- Coaching on-the-job gericht op het pedagogisch klimaat en de draagkracht in de groep (ten behoeve van kinderen met een zorgvraag);
- Lichte ontwikkelingsstimulering ten behoeve van beeldvorming van de problematiek (gedurende maximaal twee maanden zonder beschikking);
- Procesbegeleiding en/of coördinatie van (eerstelijns) zorg voor het kind dat (vaak medische) zorg ontvangt binnen de opvang.

Bij het vaststellen van hoe de passende opvang voor een kind en/of begeleiding op groepsniveau er uit gaat zien wordt primair uitgegaan van de constatering van ouders, pedagogisch medewerkers binnen de reguliere kinderopvang en de zorgcoördinatoren 'Kijk op kleintjes' (KoK) van de GGD. Uiteindelijk zijn het de zorgcoördinatoren die de ambulante begeleiders passende opvang inzetten. Ook wanneer een ambulante begeleider tijdens zijn/haar werkzaamheden op de groep constateert dat een ander kind wellicht ook baat heeft bij passende opvang (dit illustreert de signalerende functie die de ambulante begeleider PKO ook heeft), moet eerst met de zorgcoördinator worden afgestemd of er daadwerkelijk ingezet gaat worden. Op deze manier behoudt de zorgcoördinator KoK de regiefunctie, die in sommige gevallen (wanneer er sprake is van een langdurig traject) alsnog wordt overgedragen aan de ambulante begeleider PKO.

Wanneer de zorgcoördinator KoK heeft vastgesteld (of sterke vermoedens heeft) dat de ondersteuningsvraag van een kind onvoldoende beantwoord kan worden binnen de reguliere opvang, is het de rol van de ambulante begeleider om antwoord te vormen op de volgende vragen:

1. Welke zorg/ondersteuning is noodzakelijk voor het kind om zich te ontwikkelen?
2. Wat is er nodig om dat binnen de reguliere opvang te organiseren?
3. Is dat haalbaar en is dat voor het kind (en ouders en opvang) een wenselijke situatie?
4. Wie gaat welke zorg/ondersteuning bieden?
5. Wie zorgt voor coördinatie en evaluatie?

3.2 Beschrijving De School als Vindplaats

3.2.1 Algemene beschrijving DSAV

De School als Vindplaats (DSAV) is een project dat zich richt op niet-onderwijs gerelateerde problematiek. Het gaat hier om problemen waarvan de oorzaken primair buiten het onderwijs liggen, en daarmee de oplossingen voor deze problemen vaak grotendeels ook. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan specifieke kind- en gezinsproblematiek, die zich kan uiten in problemen in het functioneren op school. Hoewel scholen er baat bij hebben een oplossing te

² Samenwerking tussen de organisaties Driestroom, Entrea, Unik en Pluryn.

bieden voor niet-onderwijs gerelateerde problematiek, zijn zij niet altijd in staat om deze problematiek te signaleren of deze adequaat op te pakken. Soms heeft dit te maken met een gebrek aan kennis, maar vaak ook met het feit dat scholen niet (snel) genoeg toegang hebben tot de juiste expertise en/of (specialistische) hulpverlening niet snel genoeg kan worden ingeschakeld. DSAV beoogt bij te dragen aan een oplossing hiervoor door een verbinding te vormen tussen de scholen enerzijds en de sociaal wijkteams (SWT's) anderzijds, waardoor kortere lijnen tussen de twee partijen ontstaan. Op deze manier kan er snel worden geschakeld met medewerkers van het SWT, waardoor passende (vrij generalistische) ondersteuning tijdig kan worden geboden. Wanneer echter meer specialistische ondersteuning nodig is, kan deze in een kortdurend traject aan het kind, als ook aan de ouder(s) in de thuissituatie worden aangeboden of kan er, bij structurele langdurige zorgvragen, sneller worden doorverwezen naar de 2^e-lijns hulpverleningsinstellingen van 'De Combinatie' (die het project DSAV met elkaar dragen).

Het uiteindelijke doel van DSAV is om kinderen met niet-onderwijs gerelateerde problematiek in een vroegtijdig stadium passende zorg/ondersteuning aan te bieden. Een eerste voorwaarde daarbij is dat signalering van problematiek tijdig plaatsvindt. DSAV is gebaseerd op het uitgangspunt dat signalering het best kan plaatsvinden op de zogenaamde 'vindplaatsen'; plaatsen waar kinderen een groot deel van de dag doorbrengen (de scholen). Vindplaatsen waar DSAV zich momenteel op richt bevinden zich in:

- het regulier basisonderwijs
- het speciaal onderwijs
- het voortgezet speciaal onderwijs
- het regulier voortgezet onderwijs en ROC

In deze mBC is gefocust op DSAV in het regulier basisonderwijs, waar de dekkingsgraad ongeveer 95% is³.

3.2.2 Beschikingsvrije inzet van tweedelijns specialisten

Kenmerkend aan DSAV is de aanwezigheid van specialistische tweedelijns hulpverleners (werkzaam bij de verschillende organisaties van De Combinatie) op de scholen. Zij zijn laagdrempelig toegankelijk voor medewerkers van de scholen (inclusief schoolmaatschappelijk werkers, medewerkers van Jeugdgezondheidszorg van de GGD en begeleiders Passend Onderwijs van de Samenwerkingsverbanden) en ouders, en kunnen door middel van consultatie en advies hun kennis overdragen. Wanneer dit nodig wordt geacht (bijvoorbeeld omdat een mentor of schoolmaatschappelijk werker hier om vraagt) kijkt de specialistische hulpverlener van DSAV mee in de klas. Deze observaties kunnen dienen als input voor advies aan bijvoorbeeld de mentor en ouder en zijn nadrukkelijk een *aanvulling* op de bestaande structuren (SMW'ers en andere professionals observeren bijvoorbeeld ook). Waar nodig worden er kortdurende, (systeem-)therapeutische, oplossingsgerichte interventies uitgevoerd met kind of jongere op de vindplaats als ook met de ouders thuis. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan gesprekstherapie, speltherapie, gezins- en systeemtherapie en cognitieve gedragstherapie. Bovendien speelt cultuur-sensitief werken een belangrijke rol en is er veel aandacht voor het niet-medicaliseren van problematiek. Omdat deze (specialistische) interventies vanuit DSAV altijd beschikingsvrij zijn kan er snel worden gehandeld. Maar waarom is de inzet van tweedelijns expertise in sommige gevallen

³ De totale dekkingsgraad op alle vindplaatsen is ongeveer 75%.

eigenlijk van belang? En in hoeverre is het een noodzakelijk aanvulling op de reeds aanwezige expertise van bijvoorbeeld schoolmaatschappelijk werkers? Hoewel een uitvoerige bespreking van deze vragen buiten de scope van deze mBC valt, is het van belang enkele kernpunten te benoemen.

3.2.3 Inzet van tweedelijns expertise: waarom eigenlijk?

Vanuit hun specialisme zijn jeugdspecialisten in staat om problemen vroegtijdiger te herkennen en duiden zij gesignaleerde symptomen soms op een andere manier dan eerstelijns hulpverleners. Deze stelling is gestoeld op het feit dat specialisten vaker en bovendien veel diepgaander in contact zijn met complexe problematiek en als gevolg daarvan dingen op een andere manier bekijken en een ander handelingsrepertoire hebben. Dit geldt voor zowel 'lichtere' als 'ernstigere' verstoringen onder kinderen.

Bij 'lichtere' verstoringen van een ontwikkeling bij kinderen is de tweedelijns specialist in staat om deze in te schatten naar een verdergaande normale dan wel psychopathologische ontwikkeling. Hoe eerder bij een dergelijke verstoring de juiste taxatie wordt gemaakt, hoe groter de kans op herstel door een juiste en adequate inzet van geschikte interventies. Voordat de verstoring ernstiger wordt, kunnen er door de tweedelijns specialist op kindniveau NJI-gevalideerde en methodisch onderbouwde interventies worden toegepast, waarbij wordt aangesloten op de leeftijd, sexe, ontwikkelfase en hulpvraag van het kind. Samenvattend: de expertise van de tweedelijns specialist kan in bepaalde gevallen bijdragen aan een snellere diagnostisering waardoor passende zorg en/of begeleiding zo snel mogelijk kan worden ingezet ('matched care').

Wanneer er sprake is van een 'ernstigere' verstoorde ontwikkeling is de tweedelijns jeugdspecialist in staat om te beoordelen of kortdurende interventies danwel een acute doorverwijzing naar de beschikkingszorg het meest effectief is. In de praktijk gebeurt het nu dat er, ook wanneer er symptomen zijn van ernstige verstoringen, soms wordt gekozen voor relatief lichte interventievormen die vervolgens niet (voldoende) effectief blijken te zijn. Een zwaardere (passende) interventie wordt dan pas later ingezet ('stepped care'), waardoor problematiek de kans krijgt zich verder te ontwikkelen. Wanneer jeugdspecialisten op basis van hun ervaring en expertise snel de juiste passende zorg inschakelen ('matched care') kunnen dit soort situaties worden voorkomen, wat de waarde van de inzet van tweedelijns expertise in dit soort gevallen illustreert.

Tot slot is de inzet van tweedelijns expertise soms ook van belang in de thuissituatie om een duurzame verandering te kunnen bewerkstelligen. Regelmatig komt het voor dat de belemmeringen in de ontwikkeling van een kind ontstaan of bekrachtigd worden door problemen in het gezin in combinatie met de aanleg van het kind. De ontwikkelingsverstoring kan dan vaak ook niet worden 'opgeheven' zonder veranderingen in het gezinssysteem. Wanneer er sprake is van complexe casuïstiek kan de inzet van specialisten helpen om tot een grondige analyse te komen en tot een passende interventie te komen.

3.2.4 Observaties, kindinterventies en gezinsinterventies

Zoals in de inleiding is beschreven is voor de opdrachtgever dit project bedoeld om waar mogelijk te deproblematiseren en de-escaleren en oplossingsgericht te werken. Methodieken

van de hulpverlening zijn veelal gericht op het vaststellen van pathologie en behandelen daarvan. De professionals die in deze projecten werkzaam zijn moeten beschikken over de specifieke vaardigheden. Deze worden echter niet als standaard aanbod toegepast. Zij maken een voortdurende afweging tussen preventie en hulpverlening. Kunnen de communicatie en competenties van ouders, kind en leerkracht met een korte interventie worden versterkt en wordt het systeem veerkrachtiger of zijn er ernstige belemmeringen die nader onderzocht en behandeld moeten worden?

Het gaat om de volgende competenties:

- Verbeteren van communicatie tussen ouders-kind en school;
- Observaties gericht op het vaststellen van psychische, sociaalmaatschappelijke, culturele en systemische oorzaken van problemen in gedrag, cognitie, emotionele ontwikkeling, hechting, relaties, lichamelijke ontwikkeling;
- Interventies gericht op de-escaleren en deproblematiseren:

Kindinterventies

Met behulp van kind interventies wordt een gestagneerde ontwikkeling van een kind weer op gang gebracht, bijvoorbeeld middels een methodische werkwijze die aansluit bij het kind (onder andere door het gebruik van spel materiaal). DSAV-kindinterventies worden doelgericht toegepast wanneer (ingrijpende) gebeurtenissen of (psychische) problemen de cognitieve, emotionele, gedragsmatige of sociale ontwikkeling van het kind belemmeren. Denk hierbij aan een te negatief zelfbeeld, faalangst, agressief impulsief gedrag, eetproblemen, bedplassen, concentratiezwakte, hechtingsproblematiek, moeilijk samenspelen of slecht luisteren.

Gezinsinterventies

De DSAV-gezinsinterventies zijn gebaseerd op oplossingsgerichte, systeemgerichte, contextuele en leertheoretische uitgangspunten. De volgende aspecten kunnen in de gezinsinterventies aan de orde komen:

- Door de focussen op mogelijkheden gezamenlijk positief naar een doel werken, waardoor positieve energie kan ontstaan.
- De regie ligt bij het gezin of de leerkracht. Het gaat om leren beter te communiceren, hiërarchie te herstellen, hulpbronnen uit de omgeving aan te boren, negatieve patronen doorbreken die uit eerdere generaties zijn overgedragen.

3.2.5 Effectiviteit

Gezien de relatief korte looptijd van DSAV bestaan er nog geen concrete gegevens waarmee de veronderstelde effectiviteit van het project kan worden onderbouwd. Dit onderstreept dan ook het belang van toekomstige monitoring. Toch valt er op basis van een evaluatie van het EIF-project (Europees Integratie Fonds) een en ander te zeggen over de effectieve factoren van DSAV.

Het EIF-project beoogde om J-GGZ-expertise laagdrempelig in te zetten met als doel J-GGZ-problematiek onder allochtone jongeren en hun ouders vroegtijdig te signaleren en behandelen. Kenmerkend was dat J-GGZ-professionals structureel een dagdeel per week aanwezig waren op enkele scholen in Nijmegen. Zij beantwoordden vragen van bijvoorbeeld

leerkrachten, Intern Begeleiders, schoolmaatschappelijk werkers en schoolverpleegkundigen en gaven hen waar nodig advies (consultatie). Bovendien hadden de professionals een sterk signalerende rol en voerden zij waar nodig behandeling uit en/of gaven zij ouderbegeleiding.

Uit een evaluatie van het project, zoals ook beschreven in de notitie 'Projectvoorstel voor de gemeente Nijmegen i.v.m. uitbreiding en verduurzamen van het EIF-project', bleek dat het bieden van J-GGZ-consultatie op basisscholen in een enorme behoefte voorzag. Dit wordt onderstreept door de uitkomsten van onderzoek door Heessels *et al.* (2015) en een studentonderzoek van de Radboud Universiteit (Froeling, 2015), waaruit bleek dat de specialistische kennis als grote meerwaarde wordt beschouwd door eerdergenoemde partijen. Onder andere de 'andere' (specialistische) blik waarmee naar bepaalde problematiek werd gekeken werd als belangrijke werkzame factor geïdentificeerd. Ook bleek dat het laagdrempelige hulpaanbod zonder wachtlijst een essentiële sleutelfactor van het project is. In het rapport van Heessels *et al.* (2015) staat daarover:

"Het feit dat EIF-uitvoerders meekijken, observeren, adviseren en behandelen alvorens er een diagnose gesteld hoeft te worden is een belangrijke opbrengst volgens de professionals in de wijk. Dit vult volgens hen 'het gat' tussen eerstelijns- en tweedelijns zorg."

Inmiddels is EIF onderdeel geworden van DSAV en zijn binnen het gehele DSAV-project de werkzame factoren van EIF geïntegreerd in de werkwijze. Zo biedt DSAV consultatie, wordt er gesignaleerd 'met een specialistische blik' en is specialistische hulpverlening laagdrempelig beschikbaar. Het is dan ook aannemelijk dat de resultaten die met EIF zijn behaald ook door DSAV kunnen worden bereikt. Overigens richt DSAV zich op zowel J-GGZ- als J&O-vraagstukken en is de focus daarmee breder dan het voormalige EIF-project (dat zich met name op J-GGZ richtte).

Na analyse van de opbrengsten van het EIF-projecten volgens professionals in de wijk, ouders en migrantenjeugd zelf (zoals beschreven in Heessels *et al.*, 2015), rest de vraag wat nu precies de sleutelfactoren van het project zijn die leiden tot de genoemde opbrengsten. Deze zijn duidelijk beschreven in het zojuist genoemde onderzoek (waarvan Gemeente Nijmegen de opdrachtgever was) en zijn in dit rapport dan ook integraal overgenomen.

Sleutelfactor 1: Dichtbij de mensen zijn; aansluiten en niet oordelen

Uit deze evaluatie blijkt dat vooral de relatie die de uitvoerders aangaan met de mensen in de wijk essentieel is. Dit geldt zowel voor de professionals als voor de ouders en migrantenjeugd. De werkwijze van EIF-uitvoerders wordt gekenmerkt door professionals, ouders en jeugdigen als:

- Laagdrempelig
- Mensgericht
- Aansluiten bij ouder, jeugdige en professional
- Flexibel
- Tijd nemen en tijd geven
- Present zijn en blijven

In lijn met Ince & van den Berg (2010) komt het aansluiten bij de ander, het vermogen tot een sensitieve houding, naar voren als een cruciale factor voor het slagen van een interventie.

Ouders en kinderen geven aan dat ze zich begrepen en gehoord voelen door de EIF-uitvoerders. De geïnterviewde ouders en kinderen zijn positief over wat Pijnenburg (2010) 'alliantie' noemt: ze waarderen het vermogen tot aansluiten van de hulpverlener, die zichzelf ook openstelt. Alliantie betreft de werkrelatie die professional en cliënt aangaan. Deze werkrelatie is op te delen in grofweg twee onderdelen: 1) taakalliantie en 2) emotionele alliantie. De taakalliantie heeft betrekking op het probleem en de aanpak van het probleem. Emotionele alliantie heeft betrekking op de emotionele band of klik tussen hulpverlener en cliënt (Pijnenburg, 2010).

De wederzijdse openheid, het vermogen tot het aangaan van een band (de persoonlijke alliantie) is het voorwaardelijke proces om tot taakalliantie te kunnen komen. Ook professionals in de wijk benoemen het belang van deze persoonlijke alliantie met de EIF-uitvoerders, waardoor zij sneller geneigd zijn om advies te vragen of signalen met hen te bespreken.

Sleutelfactor 2: laagdrempelig hulpaanbod zonder stempel

Het feit dat er geen wachttijd is en dat de EIF-uitvoerders met een gezin aan de slag gaan, voordat er diagnose gesteld hoeft te worden, is een tweede sleutelfactor. Ouders en professionals zien positieve gedragsverandering bij het kind. Tevens benoemen professionals dat de EIF-uitvoerders in staat zijn om voorbij de angst voor het stempel 'J-GGZ' te komen, waar veel migrantenouders volgens hen mee kampen. De manier waarop EIF-uitvoerders ouders betrekken en door middel van video-observaties en andere middelen tonen welk gedrag hun kind vertoont, zonder hierbij te oordelen, zorgt ervoor dat ouders zich open durven stellen en naar hun kind durven kijken.

Sleutelfactor 3: 'wij versterken jullie'

Professionals voelen zich gesteund in hun werk door de EIF-uitvoerders, maar uit de interviews die door Heessels *et al.* (2015) zijn uitgevoerd blijkt dat verschillende professionals toch geneigd zijn een stapje aan de kant te doen, zodra het EIF-project in zicht komt. De EIF-uitvoerders hebben als doelstelling om versterkend te werken en mee te denken om zodoende handvaten te geven aan professionals. Idealiter zou het uitgangspunt 'wij versterken jullie' betekenen dat de professionals in de wijk zich gesteund voelen om het zelf te doen, i.p.v. het aan EIF 'door te geven'.

Sleutelfactor 4: speelt alleen cultuur?

In het EIF-project wordt sterk gefocust op cultuur en op de specifieke culturele achtergrond van migranten. Uit de interviews blijkt dat de problematiek volgens professionals in de wijk, zoals ook Bot *et al.* (2013) en de Gezondheidsraad (2012) aangeven ook deels voor autochtone gezinnen geldt en ook met sociaaleconomische omstandigheden, opleidingsniveau samenhangt.

Kortom, de werkwijze binnen het EIF-project gaat allereerst om het aannemen van een bepaalde houding in combinatie met deskundigheid:

- Emotionele alliantie: aansluiten, luisteren en present zijn

Vervolgens komt men tot handelen, zonder te wachten op diagnose:

- Taakalliantie: durven en kunnen handelen ter voorkoming van tweedelijns zorg.

3.3 Randvoorwaarden

Door de projectgroep is aangegeven dat PKO en DSAV alleen succesvol kunnen zijn wanneer wordt voldaan aan een aantal randvoorwaarden, die deels overlappen met de voorwaarden uit de mBC 'Voorkomen Schoolverzuim'. De geformuleerde randvoorwaarden zijn:

1. Scholen en Kinderopvang behoren signalering van verzuim op orde te hebben. Scholen dienen verzuimprotocollen te volgen⁴, kinderopvang dient het volgsysteem op orde te hebben. De interne ondersteuningsstructuur moet hierbij adequaat inspelen op verzuim.
2. Hoe de interne zorgstructuur er exact uit ziet kan per vindplaats verschillend zijn⁵. Daarom dienen de rollen, afstemming en samenwerking per school en/of wijk helder te zijn, ook in relatie tot de rol van Bureau Leerplicht (met name voor scholen) en de zorgcoördinatoren 'Kijk op kleintjes' van de GGD (kinderopvang).
3. Regievoering op casussen met (dreigend) verzuim moet duidelijk zijn. In het geval van de scholen helpt het verzuimprotocol hierbij. Binnen PKO is een voorwaarde dat rondom elke casus expliciet wordt afgesproken wie de regie heeft: de zorgcoördinator 'Kijk op Kleintjes' van de GGD, de ambulant begeleider PKO of contactpersoon 0-4 jarigen van het Sociaal Wijkteam.

⁴ Bovendien zijn zij wettelijk verplicht om een registratie en signalering van verzuim te hanteren.

⁵ Waarbij wordt opmerkt dat SMW en GGD op iedere PO-school aanwezig is en afstemming met hen essentieel is.

4. Het cliëntperspectief

4.1 De drie voornaamste effecten

De School als Vindplaats en Passende Kinderopvang zijn er primair op gericht om een positieve bijdrage te leveren aan de levens van de kinderen waarop zij zich richten. Dit hoofdstuk geeft dan ook een beknopt overzicht van de verwachte effecten voor deze kinderen, waarbij wordt gefocust op de belangrijkste drie. In een mBC wordt doorgaans geen monetaire waarde gekoppeld aan effecten die op cliëntniveau optreden en deze worden dan ook op een kwalitatieve manier beschreven. De effecten voor overige stakeholders komen in de volgende hoofdstukken aan bod.

Effect 1: Betere (positieve) gezondheid ervaren

In reactie op de veel bekritiseerde (maar nog steeds veel gebruikte) definitie van gezondheid die in 1948 door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) werd geformuleerd, introduceerden Huber *et al.* (2011) het concept 'positieve gezondheid'. Hierin wordt 'gezondheid' niet als eindpunt gezien, maar als dynamisch begrip. Kenmerkend is dat de nadruk niet ligt op de afwezigheid van ziekten, maar op "het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven" (In voor Zorg, 2015). Zelfregie en veerkracht van het individu staan centraal. Na de introductie van het concept heeft aanvullend onderzoek geleid tot een opsplitsing van het concept in zes hoofddimensies⁶, namelijk:

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

De projectgroep verwacht dat het vroegtijdig signaleren van problematiek en het snel aanbieden van passende zorg/ondersteuning, ertoe leidt dat de kinderen positieve veranderingen ervaren in verschillende aspecten van het dagelijks leven, wat uiteindelijk leidt tot een verbetering van de door hen ervaren 'positieve gezondheid'.

Effect 2: Optimale deelname aan opvang en onderwijs binnen mogelijkheden van het kind

Het gebeurt regelmatig dat het leer-/ontwikkelp proces van een kind (of zelfs deelname aan het onderwijs) wordt belemmerd door de aanwezige problematiek. Wanneer deze problematiek niet (snel genoeg) wordt gesignaleerd en/of daarop geen passende actie wordt ondernomen, kan dit ertoe leiden dat het kind niet mee kan komen op school en niet optimaal kan deelnemen aan het onderwijs. Door problematiek tijdig te signaleren op de vindplaatsen en snel te handelen kunnen dit soort situaties (zo verwacht de projectgroep) gedeeltelijk worden voorkomen en kan zo snel mogelijk worden toegewerkt naar een situatie waarin het kind in

⁶ Zie bijlage 1 ("Het spinnenweb: zes pijlers van positieve gezondheid") voor een uitwerking van de zes dimensies.

staat wordt gesteld om binnen zijn/haar mogelijkheden deel te nemen aan opvang en/of onderwijs.

Effect 3: Kind blijft in de vertrouwde omgeving dichtbij huis ('thuis nabij')

Door problematiek vroegtijdig te signaleren en daarnaar te handelen wordt, zoals in hoofdstuk 5 ook zal blijken, in sommige gevallen naar verwachting specialistische jeugdhulp (een maatwerkvoorziening) te voorkomen, waardoor het kind in de vertrouwde omgeving dichtbij huis kan blijven. In het vorige hoofdstuk werd al duidelijk dat Passende Kinderopvang hier sterk op in zet door voor sommige kinderen te voorkomen dat plaatsing in een specialistische groep (vaak niet in de nabije omgeving van het huis) nodig is.

4.2 De mate waarin effecten optreden

In deze maatschappelijke Business Case is ervoor gekozen om de effecten op cliëntniveau (zonder monetaire waarde) niet te kwantificeren. Er zijn dan ook geen aannames gedaan met betrekking tot het aantal kinderen waarvoor de genoemde effecten zullen optreden. In de praktijk zal blijken dat deze effecten wellicht niet voor alle kinderen optreden, of in ieder geval niet in dezelfde mate. De individuele situatie en context van het kind is een zeer belangrijke variabele en zal van invloed zijn op de mate waarin de verwachte positieve effecten daadwerkelijk voor het kind zullen optreden. Bovendien is het van belang om te vermelden dat het niet realistisch is om ervan uit te gaan dat alleen positieve effecten zich zullen voordoen. Het is evengoed denkbaar dat er in sommige gevallen juist sprake zal zijn van een negatief effect. Dit onderstreept het belang om de effecten op kindniveau te monitoren.

5. Het ketenperspectief

5.1 Overzicht van de ketenpartners

Dit hoofdstuk is gericht op de ketenpartners die als stakeholders zijn opgenomen in deze maatschappelijke Business Case. Dit zijn:

1. De School als Vindplaats (DSAV)
2. Passende Kinderopvang (PKO)
3. Zorgaanbieders
4. Scholen primair onderwijs/ Samenwerkingsverband PO
5. Kinderopvang
6. Jeugd Gezondheidszorg (JGZ/ GGD)
7. Sociaal Wijkteam (SWT)
8. Schoolmaatschappelijk werk (SMW)
9. Bureau Leerplicht

Per ketenpartner wordt een overzicht gegeven van de te leveren input en de potentiële besparingen die daardoor kunnen worden gerealiseerd. Daarbij moet worden opgemerkt dat zowel de benodigde investeringen als de besparingen uiteindelijk moeten worden toegeschreven aan de financiers, zoals de gemeente. Er is bewust besloten om Bureau Leerplicht als aparte stakeholder op te nemen in de maatschappelijke Business Case, hoewel het een orgaan is dat onder de gemeente valt. Voor sommige stakeholders is besloten effecten niet te kwantificeren, maar zijn deze kwalitatief beschreven. Dit was met name het geval indien de projectgroep onvoldoende kon inschatten of er een besparing zou optreden of dat er juist een investering nodig zou zijn.

5.2 Algemene opmerkingen

In paragraaf 5.3 wordt per ketenpartner een overzicht gepresenteerd van de benodigde investeringen en/of potentiële besparingen. Alle in de tabellen opgenomen bedragen zijn netto-contant gemaakt op basis van een discontovoet van 3,5% per jaar over een periode van vier jaar (de periode waarop deze mBC betrekking heeft). Bij de berekening van de netto-contante waarde zijn zowel de kosten als de opbrengsten 'uitgesmeerd' over vier jaar (de meettermijn van deze mBC).⁷

Omdat deze maatschappelijke Business Case een prognose is, zijn de aantallen waarmee is gerekend gebaseerd op aannamen en schattingen. Tijdens de totstandkoming van de mBC werd al snel duidelijk dat de deelnemende organisaties niet alle benodigde gegevens bijhouden, of dit nog maar sinds kort doen. In de meeste gevallen waren er dan ook geen trendgegevens beschikbaar waarop verwachtingen konden worden gebaseerd. De projectgroep, bestaande uit verschillende experts, heeft in de gevallen waar cijfers niet voorhanden waren aannamen gedaan op basis van hun ervaringen en overleg met collega's.

⁷ Door de netto-contante waarde te berekenen ontstaat een beeld van de *huidige* waarde van een bedrag dat in een toekomstige periode is geboekt. Dit wordt gedaan omdat een bedrag van bijvoorbeeld EUR 100 over vier jaar een lagere *huidige* waarde vertegenwoordigt. Zie bijlage 2 voor een rekenvoorbeeld.

5.3 Casuïstiek

Deze mBC is primair gebaseerd op bestaande casuïstiek van DSAV en PKO. De belangrijkste karakteristieken van deze casussen zijn zorgvuldig geanalyseerd, wat diende als input voor de berekening van de investeringen en potentiële kostenbesparingen.

5.3.1 Casuïstiek van DSAV

Binnen DSAV waren er bij aanvang van dit onderzoek 206 casussen, waarvan er 68 binnen de zogenaamde 'EIF-lijn' vallen (het project dat in hoofdstuk 3 al werd toegelicht). In deze mBC wordt onderscheid gemaakt tussen kinderen die binnen EIF vallen en kinderen die tot de 'reguliere' DSAV-lijn behoren. De 'EIF-casussen' betreffen overwegend kinderen die in het J-GGZ-circuit terecht zouden zijn gekomen, terwijl de DSAV-lijn primair bestaat uit casussen die grotendeels bij J&O zouden zijn ondergebracht (en slechts een klein deel in de Jeugd-J-GGZ). Als gevolg hiervan zijn de verwachte effecten binnen de twee 'lijnen' verschillend, wat later in dit hoofdstuk zal blijken. De specifieke aandacht voor cultuursensitief werken laat zien dat DSAV met integratie van EIF migrantenjeugd en hun gezinnen weet te bereiken. Dit draagt bij aan de doelstelling om de traditioneel 'witte hulpverlening' meer cultuursensitief te laten worden.⁸

Alle 206 bestaande casussen zijn inhoudelijk geanalyseerd door medewerkers van DSAV. Aan de hand van deze analyse kon de casuïstiek worden gegroepeerd in de volgende zes groepen, die worden gekenmerkt door:

1. Internaliserende problematiek
2. Externaliserende problematiek
3. Opvoedingsondersteuning, ouderbegeleiding en gezinsproblematiek
4. Groepsinterventies in de klas
5. (V)echtscheidingsproblematiek
6. Verstoring van de relatie tussen school en kind (bijvoorbeeld door conflict)

In bijlage 3 is voor ieder van bovenstaande groepen een beschrijving van een bestaande casus opgenomen, die naar inzicht van DSAV-professionals representatief zijn voor een 'gemiddelde' casus behorende tot de verschillende groepen. In de beschrijvingen wordt duidelijk welke aanmeldingsvraag er lag, waaruit de hulpverlening van DSAV bestond en wat er naar verwachting zou zijn gebeurd als DSAV niet zou zijn ingezet. Er is vooralsnog geen concreet zicht op de exacte verdeling van de casussen over de verschillende groepen.

5.3.2 Casuïstiek van Passende Kinderopvang

In deze mBC is er gekeken naar 50 bestaande casussen van Passende Kinderopvang die over een periode van acht maanden aan de orde zijn geweest. Deze casussen kunnen worden als volgt worden gecategoriseerd:

⁸ Uit cijfers van september 2016 bleek dat 42% van de bereikte casuïstiek een migrantenachtergrond heeft.

1. (Vermoeden van) ontwikkelingsachterstand	38%
2. Externaliserende problematiek	31%
3. Internaliserende problematiek	15%
4. Medisch / somatische / motorische problematiek	12%
5. Overig	4%

5.4 Kosten, opbrengsten en niet-gekwantificeerde effecten per ketenpartner

In deze paragraaf wordt in eerste instantie duidelijk wat de kosten van PKO en DSAV zijn en tot welke besparingen dit naar verwachting potentieel leidt. De besparingen die in deze mBC zijn opgenomen hebben volledig betrekking op een afname van het gebruik van zorg met beschikking. Hoewel deze in feite tot de stakeholder 'zorgaanbieders' behoren, zijn ze in deze mBC voor het overzicht ondergebracht onder de stakeholders DSAV en PKO. Op deze manier kon inzichtelijk worden gemaakt waar de besparingen vandaan komen.

Deze paragraaf schetst ook een beeld van veranderingen die er naar verwachting zullen optreden voor de GGD (JGZ), scholen, kinderopvang, sociaal wijkteams, schoolmaatschappelijk werk en Bureau Leerplicht. Sommige van deze stakeholders hebben aangegeven dat de aanwezigheid van de ambulante medewerkers van PKO en DSAV leiden tot een toename van bepaalde werkzaamheden, terwijl er tegelijkertijd sprake is van een (verwachte) afname van de benodigde tijd voor andere taken. Aangezien het niet mogelijk bleek om deze verwachte veranderingen te kwantificeren (en daaraan een financiële waarde te koppelen), worden ze op een kwalitatieve manier beschreven. Toekomstige monitoring zal moeten uitwijzen in hoeverre deze veranderingen daadwerkelijk zijn opgetreden en in welke mate.

5.4.1 De School Als Vindplaats (DSAV)

Om de kosten van DSAV voor het geanalyseerde cohort vast te stellen is er uitgegaan van een gemiddelde kostenpost van EUR 700 per 'preventieve ingreep', waarbij er is verondersteld dat:

- bij iedere casus sprake is van ten minste één preventieve ingreep;
- bij de helft van de casussen (50%) een tweede preventieve ingreep nodig is;
- de helft van de casussen na een tweede preventieve ingreep, nog een derde preventieve ingreep nodig is

Op basis van 206 casussen leidt dit tot in totaal 361 preventieve ingrepen, waarvan 242 binnen de DSAV-lijn en 119 binnen de EIF-lijn. Dit leidt tot het volgende kostenoverzicht:

Investering	Totaal netto-contant (€)
Kosten preventieve ingrepen (DSAV-lijn)	161.000
Kosten preventieve ingrepen (EIF-lijn)	79.170
Totaal	240.100

Op basis van de eerder beschreven analyse van de casuïstiek van DSAV is in kaart gebracht tot welke potentiële besparingen het project naar verwachting zal leiden, waarbij onderscheid is gemaakt tussen de twee 'lijnen'. Dit heeft geleid tot de volgende uitwerkingen:

Potentiële zorgkostenbesparingen (DSAV-lijn)

In paragraaf 5.3.1 werd duidelijk dat de casuïstiek van DSAV kan worden ingedeeld in zes groepen op basis van de belangrijkste karakteristieken van iedere casus. Vervolgens is per casusgroep op hoofdlijnen in kaart gebracht wat het 'zorgpad' van die groep kinderen naar verwachting zou zijn geweest zonder DSAV. Van ieder zorgpad* is vervolgens een berekening gemaakt van de gemiddelde kosten, waarna is vastgesteld wat de gemiddelde besparing per casus is wanneer een tweedelijns zorgtraject wordt voorkomen, wat uitkwam op een bedrag van **EUR 11.352**. Zoals al eerder werd vermeld gaat het binnen de DSAV-lijn met name om J&O-ondersteuning die naar verwachting wordt voorkomen; slechts een klein deel zou terecht zijn gekomen in de tweedelijns Jeugd-J-GGZ.

* In de berekening van de kosten van care-as-usual is de volgende werkwijze gehanteerd. Kinderen zijn op grond van hun hulpvraag geclusterd in gevallen die op elkaar lijken. Dit heeft geleid tot een tiental verschillende 'probleemtypes'. Zes van die probleemtypes komen frequent voor (9 of vaker), de rest betreft individuele gevallen (1 of 2). De twee grootste categorieën bevatten 37 en 36 kinderen. Binnen elke categorie is op basis van enkele 'gemiddelde kinderen' - geen extremen dus - een analyse gemaakt van wat er met het betreffende kind zou zijn gebeurd als er een regulier zorgpad zou zijn gevolgd in plaats van de vroeginterventie bij DSAV. Geconstateerd werd dat bijvoorbeeld een ambulante gezinsbegeleidingstraject gevolg (J&O) en dat het betrokken kind de training Minder Boos en Opstandig zou volgen. Daaraan zijn de reguliere kostprijzen gekoppeld zoals die met de regio Nijmegen zijn overeengekomen in contracten. Als dan van 3 gemiddelde kinderen binnen zo'n cluster van 37 een analyse wordt gemaakt en kostprijzen worden vastgesteld voor care-as-usual, worden de kosten voor de groep van 37 kinderen berekend door het gemiddelde bedrag van die 3 te vermenigvuldigen met 37. Dezelfde procedure is herhaald met elk van de clusters. Vervolgens is een gewogen gemiddelde uitgerekend voor de totale groep. Dat komt uit op een bedrag van € 11.352 per kind. Ieder individueel traject wijkt af van dat bedrag. Positieve afwijkingen vallen echter weg tegen de negatieve afwijkingen. Het totale bedrag voor care-as-usual voor de gehele groep kinderen is daarmee een grove, maar relatief betrouwbare indicator voor de kosten als die per individueel kind uitgerekend zouden worden.

Van de 138 casussen in de DSAV-lijn wordt verwacht dat ongeveer 60% (83 casussen) zonder ingreep vanuit DSAV in een tweedelijns traject terecht zou zijn gekomen. Aangenomen wordt dat DSAV ertoe leidt dat een tweedelijns zorgtraject voor het overgrote deel van deze groep kinderen wordt voorkomen. Echter, dit zal niet voor de gehele groep het geval zijn. Binnen de bestaande casuïstiek zijn er 20 van de 138 casussen die naar verwachting alsnog (na drie preventieve ingrepen vanuit DSAV) in een tweedelijns traject komen. Het totale aantal casussen waarvoor potentieel een tweedelijns zorgtraject wordt voorkomen komt dan uit op 63, wat een totale potentiële besparing van EUR 715.176 vertegenwoordigt (63 x EUR 11.352). Na het toepassen van een impactclaim van 75% en verdiscontering aan de hand van de eerdergenoemde discountvoet van 3,5% komt dit uit op een bedrag van **EUR 509.782**.

Potentiële kostenbesparing (EIF-lijn)

De potentiële kostenbesparingen binnen de EIF-lijn zijn op een andere manier in kaart gebracht. Er is (zoals bij de DSAV-lijn) geen gemiddeld besparingsbedrag per casus berekend, met name omdat de zorgtypen zodanig verschillen (en daarmee de kosten ook) dat het rekenen met een gemiddeld besparingsbedrag een onjuist beeld zou geven. In plaats daarvan is per type zorgtraject geanalyseerd hoeveel kinderen naar verwachting in een dergelijk traject terecht zouden zijn gekomen wanneer DSAV er niet was geweest. Aan ieder traject is

vervolgens een gemiddelde prijs gekoppeld, maar er is er vervolgens geen gewogen gemiddelde berekend om tot één besparingsbedrag te komen dat op iedere casus kan worden toegepast. Hieronder is aangegeven hoeveel trajecten er per 'type' naar verwachting worden voorkomen door de inzet van DSAV, wat de gemiddelde prijs van een dergelijk traject bij benadering is en wat de totale potentiële besparingspost is. Op de bedragen zijn nog geen impactclaim en verdisconteringspercentage toegepast.

- **Gespecialiseerde derdelijns zorg (EUR 74.000 per traject):** 6 trajecten voorkomen.
Besparing: EUR 444.000.
- **Lichtere 2^e-lijns zorg (EUR 1.629 per traject):** 18 trajecten voorkomen.
Besparing: EUR 29.322.
- **Zwaardere 2^e-lijns zorg (EUR 6.402 per traject):** naar verwachting zouden zonder DSAV 22 kinderen in een dergelijk zorgtraject terecht zijn gekomen. Het is echter niet de verwachting dat door de DSAV-interventies zo'n traject voor al deze kinderen kan worden voorkomen. Aangenomen wordt dat 7 kinderen ook na drie preventieve ingrepen vanuit DSAV nog in een 'zwaarder' 2^e-lijns traject terecht zullen komen, wat ertoe leidt dat naar verwachting 15 van deze trajecten potentieel worden voorkomen.
Besparing: EUR 96.030.
- **Ambulante gezinsbegeleiding bij J&O (EUR 7.640 per traject):** zonder DSAV zou ambulante gezinsbegeleiding (AG) naar verwachting in 12 casussen nodig zijn geweest. In 8 van deze casussen zou dit bovendien nodig zijn bovenop een 'zwaarder' 2^e-lijns zorgtraject (zie vorige punt). Het is niet de verwachting dat DSAV ertoe zal leiden dat AG voor geen van deze casussen meer nodig zal zijn. Op basis van casuïstiek wordt aangenomen dat AG in twee van de casussen zal worden ingezet, ook na drie preventieve ingrepen vanuit DSAV. Op basis daarvan wordt aangenomen dat er voor 10 van de casussen een AG-traject kan worden voorkomen.
Besparing: EUR 76.400.
- **Trajecten J-GGZ-basis (EUR 1.629 per traject):** 18 trajecten voorkomen.
Besparing: EUR 29.322.

De potentiële besparingen op zorgkosten binnen zowel de DSAV-lijn als de EIF-lijn leiden in totaal tot de volgende overzicht van potentiële besparingen, wanneer ook rekening wordt gehouden met impactclaim en verdiscontering naar netto-contante waarde:

Besparing	Aantal	Impactclaim (%)	Totaal netto-contant (€)
Tweedelijns zorgtrajecten voorkomen (DSAV-lijn)	63	75%	509.782
Gespecialiseerde 3 ^e -lijns trajecten voorkomen (EIF-lijn)	6	75%	316.486
Lichtere 2 ^e -lijns zorgtrajecten voorkomen (EIF-lijn)	18	75%	20.900
Zwaardere 2 ^e -lijns zorgtrajecten voorkomen (EIF-lijn)	15	75%	68.451
Ambulante gezinsbegeleiding Entrea voorkomen (EIF)	10	75%	54.458
J-GGZ-basis trajecten voorkomen	18	75%	20.901
Totaal aan besparingen			990.978

5.4.2 Passende Kinderopvang

De kosten van PKO zijn gebaseerd op het gemiddelde aantal uren dat een ambulant begeleider PKO (dus een tweedelijns professional) op een casus wordt ingezet. In deze mBC is

ervan uitgegaan dat deze inzet drie uur per week gedurende een periode van 8 weken betreft, wat neerkomt op 24 uur in totaal. Dit is overigens aan de hoge kant; de maximale duur van de beschikkingsvrije inzet betreft altijd 8 weken (maar soms volstaat kortere begeleiding) en niet in alle gevallen is 3 uur per week aan begeleiding nodig. Door uit te gaan van de maximale inzet wordt dan ook een ‘worst case scenario’ geschetst, waarbij wordt opgemerkt dat de daadwerkelijke kosten per casus in de praktijk over het algemeen lager liggen.

Voor de ambulante begeleider PKO wordt een uurtarief van EUR 50 gehanteerd, wat betekent dat de gemiddelde kosten per casus EUR 1.200 bedragen (uitgaande van 3 uur per week per casus gedurende 8 weken. Voor 50 casussen komt dit neer op een investering van EUR 60.000 (EUR 57.025 netto-contant)

Investering	Totaal netto-contant (€)
Beschikkingsvrije inzet ambulante begeleider Passende Kinderopvang	57.025
Totaal	57.025

Als gevolg van de inzet van Passende Kinderopvang worden de volgende effecten verwacht:

Plaatsing in een specialistische groep voorkomen:

Zoals in paragraaf 3.1 (‘Beschrijving Passende Kinderopvang’) al werd toegelicht leidt de inzet van PKO er naar verwachting toe dat meer kinderen terecht kunnen binnen de reguliere opvang, bijvoorbeeld door coaching van pedagogisch medewerkers of procesbegeleiding en/of zorgcoördinatie “Kijk op Kleintjes” van (eerstelijns) zorg voor het kind binnen de opvang. In sommige gevallen is plaatsing in een specialistische groep daardoor niet nodig, en verwacht wordt dan ook dat PKO (op den duur) leidt tot een afname van het aantal plaatsingen in specialistische groepen. De beschrijving van een bestaande casus die is opgenomen in bijlage 4 biedt een illustratie van de manier waarop inzet van PKO bijdraagt aan het voorkomen van plaatsing in een specialistische groep.

Ondanks de verwachting dat PKO leidt tot een afname van het aantal plaatsingen, is dit nog niet terug te zien in de cijfers. Integendeel: hieruit blijkt dat het aantal plaatsingen in een specialistische groep afgelopen jaar is licht toegenomen. Hiervoor zijn volgens de projectleider PKO verschillende verklaringen te bieden. Allereerst is het denkbaar dat de inzet van PKO in eerste instantie leidt tot een *netto* toename van het aantal plaatsingen in specialistische groepen als gevolg van de signalerende functie die de ambulante begeleiders PKO hebben, waarna pas na verloop van tijd sprake is van een daadwerkelijke afname van het aantal plaatsingen in een specialistische groep. Bovendien zijn er in de afgelopen jaren diverse organisaties geweest die de zorg voor de doelgroep van specialistische groepen heeft afgestoten (de dagbehandeling van Jeugd-J-GGZ aanbieder Karakter bestaat bijvoorbeeld niet meer). Mogelijk heeft het afstoten van deze zorg geleid tot een toename van het aantal plaatsingen in specialistische groepen. Verder onderzoek is echter nodig om vast te stellen in hoeverre de recente stijging van het aantal plaatsingen is toe te schrijven aan verdwenen zorgplaatsen (zoals bij Karakter), danwel het gevolg is van meer signalering.

Op basis van casuïstiek wordt verwacht dat er bij 16% van de kinderen binnen PKO een plaatsing in een specialistische groep kan worden voorkomen, *mede* als gevolg van de inzet van PKO. Voor een deel is dit effect overigens ook toe te schrijven aan de inzet van 2^e-lijns

ambulante ondersteuning met beschikking. Om deze reden is dan ook een impactclaim van 50% toegepast. Van de 50 casussen wordt verwacht dat een plaatsing in een specialistische groep in 8 gevallen kan worden voorkomen. De kosten van zo'n plaatsing bedragen EUR 31.200⁹, waarbij wordt uitgegaan van een plaatsing van gemiddeld 3 dagen per week gedurende een jaar.

Afname vervoerskosten voor kinderen geplaatst in specialistische groepen:

Voor kinderen die geplaatst zijn in een specialistische groep geldt momenteel een vervoersbeschikking van EUR 10 per dag. Uitgaande van 3 dagen per week gedurende een jaar, bedragen de kosten van een vervoersbeschikking per kind EUR 1.560, wat zodoende een aanvullende besparing is wanneer een specialistische plaatsing wordt voorkomen. Deze potentiële besparing is niet meegenomen in de berekeningen, omdat er mogelijk veranderingen komen in de regelgeving omtrent de vervoersbeschikking (opname in doelgroepenvervoer), waardoor geen vervoersbeschikking meer wordt afgegeven voor kinderen woonachtig in een bepaalde straal rondom de specialistische groep en ouders zelf meer hun kind brengen en halen. Overigens is de potentiële besparingspost relatief klein.

Ambulant (2^e-lijns) traject met beschikking voorkomen (J&O en LVB):

Als gevolg van de inzet van PKO wordt verwacht dat er in bepaalde gevallen (waar sprake is van relatief lichte casuïstiek) geen ambulant 2^e-lijns traject met beschikking nodig zal zijn. De beschikkingsvrije inzet van de tweedelijns PKO-specialist volstaat in deze gevallen. Binnen de bestaande casuïstiek wordt verwacht dat voor ongeveer 20% van de casussen (lichte) 2^e-lijns ambulante ondersteuning in kan worden voorkomen door de inzet van PKO (10 casussen). De kosten voor dit traject bedragen EUR 7.020¹⁰ (gebaseerd op gemiddeld 2 uur per dag, 3 dagen per week, gedurende 26 weken).

Kortere Jeugd-J-GGZ trajecten:

Hoewel dit effect nog niet kan worden onderbouwd aan de hand van bestaande casuïstiek, wordt verwacht dat het inzetten van PKO er in sommige gevallen toe leidt dat de duur van een traject in de Jeugd-J-GGZ kan worden verkort. Monitoring zal moeten uitwijzen in hoeverre dit effect optreedt.

Dit leidt tot het volgende overzicht van effecten/ besparingen als gevolg van PKO:

Besparing	Aantal	Impactclaim (%)	Totaal netto-contant (€)
Plaatsing in specialistische groep voorkomen	8	50% ¹¹	118.611
Afname vervoerskosten (specialistische plaatsingen)	PM	PM	PM
Ambulant 2 ^e -lijns traject (met beschikking) voorkomen	10	100%	66.719
Jeugd-J-GGZ trajecten verkort	PM	PM	PM
Totaal aan besparingen			185.330

⁹ Gebaseerd op informatie ontvangen van de projectleider Passende Kinderopvang.

¹⁰ Gebaseerd op informatie ontvangen van de projectleider Passende Kinderopvang.

¹¹ Dit is een conservatieve impactclaim. Immers, juist vanwege preventieve ambulante inzet (PKO) wordt het vaak mogelijk om ambulante ondersteuning mét beschikking bereikbaar te maken.

5.4.3 Kinderopvang

Voor deze stakeholder worden primair de volgende effecten verwacht:

Effect 1: Personeel kinderopvang minder handelingsverlegen

De laagdrempelige aanwezigheid zonder beschikking van tweedelijns jeugdhulpverleners in de kinderopvang heeft als belangrijk verwacht effect dat hun kennis en expertise relatief eenvoudig kan worden overgebracht op de pedagogisch medewerkers van de kinderopvang. Enerzijds kunnen zij eenvoudig en snel om advies vragen met betrekking tot een individuele casus of de groep als geheel, terwijl de ambulante begeleiders PKO anderzijds ook proactief kunnen adviseren. Bovendien kan 'kennisbesmetting' plaatsvinden.

Naar verwachting zal de overdracht van kennis en expertise, op welke manier dan ook, de deskundigheid van de pedagogisch medewerkers vergroten waardoor hun handelingsverlegenheid in bepaalde situaties afneemt. Aan dit effect is geen financiële waarde gekoppeld.

Effect 2: Meer tijd kwijt aan 'zorgcasussen'

In de praktijk is inmiddels gebleken dat de inzet van PKO ertoe leidt dat ook de 'reguliere' medewerkers van de kinderopvang meer tijd kwijt zijn aan bepaalde casussen, wat leidt tot extra kosten. Het is dus belangrijk om een verschil te maken tussen de kosten van PKO *an sich* ('tweedelijns geld' en al eerder toegelicht) enerzijds, en de extra kosten voor de kinderopvang anderzijds. De extra tijdsinvestering door medewerkers van de kinderopvang is met name het gevolg van de betrokkenheid van pedagogische medewerkers en soms vanwege een functionaris vanuit het servicebureau of de clustermanager. Het gehanteerde uurtarief van EUR 35 is het gemiddelde van deze functies.

Binnen de bestaande casuïstiek geldt dat de extra tijdsinvestering vanuit de kinderopvang voor ongeveer de helft van de casussen 3 uur per maand bedraagt (gedurende twee maanden), terwijl dit voor de andere helft ongeveer een uur per maand is. Op basis van 50 casussen leidt dit tot de volgende kostenpost:

Investering	Totaal netto-contant (€)
Meer tijd kwijt aan 'zorgcasussen' (3 uur per maand)	4.990
Meer tijd kwijt aan 'zorgcasussen' (1 uur per maand)	1.663
Totaal	6.653

Toelichting op de investeringen:

- **Meer tijd kwijt aan zorgcasussen (3 uur per maand):** deze extra tijdsinvestering gedurende 2 maanden (totaal 6 uur) geldt voor de helft van de casussen binnen PKO (= 25). Tegen een uurtarief van EUR 35 (gemiddelde voor een pedagogisch medewerker/specialistisch functionaris/ clustermanager) is dat een totale extra kostenpost van EUR 5.250.
- **Meer tijd kwijt aan zorgcasussen (1 uur per maand):** deze extra tijdsinvestering gedurende 2 maanden (totaal 2 uur) geldt voor de helft van de casussen binnen PKO (= 25). Tegen een uurtarief van EUR 35 (gemiddelde voor een pedagogisch

medewerker/ specialistisch functionaris/ clustermanager) is dat een totale extra kostenpost van EUR 1.750.

5.4.4 Scholen primair onderwijs/ Samenwerkingsverband PO

Voor de scholen (in deze mBC alleen het primair onderwijs) worden de volgende effecten verwacht, waarbij is besloten om deze niet te kwantificeren:

Effect 1: Meer tijd kwijt aan leerlingen met specifieke ondersteuningsbehoefte

Zoals voor de kinderopvang al het geval bleek als gevolg van de inzet van PKO, zien ook scholen momenteel dat zij meer tijd kwijt zijn aan leerlingen met een specifieke ondersteuningsbehoefte, mede als gevolg van DSAV. Scholen constateren dat, door de beschikingsvrije inzet van begeleiding of ondersteuning, deze sneller en vaker wordt ingezet dan voorheen het geval was, wat direct leidt tot een extra tijdsinvestering vanuit de scholen zelf. Er vindt bijvoorbeeld altijd standaard een extra afstemmingsmoment plaats tussen de IB'er, JGZ, SMW en DSAV om te bepalen waar een casus het best terecht kan komen, wat vraagt om een extra tijdsinvestering. Bovendien blijft iedere casus onder regie van de school, dus ook wanneer wordt besloten dat deze het best bij DSAV kan worden ondergebracht zal er vanuit de school een extra tijdsinvestering nodig zijn om de casus te volgen, tussentijdse overlegmomenten te houden en gesprekken te voeren met ouders of verzorgers.

Effect 2: Veranderingen op het gebied van speciale ondersteuning

Scholen in het primair onderwijs hebben aangegeven veranderingen te verwachten op het gebied van specialistische ondersteuning voor bepaalde leerlingen. Er wordt geconstateerd dat er steeds meer initiatieven ontstaan binnen het reguliere basisonderwijs om in bepaalde gevallen samen te werken met het speciaal onderwijs. Zo komt het steeds vaker voor dat er expertise vanuit het speciaal onderwijs wordt ingezet voor kinderen met ernstige gedragsproblemen binnen het regulier onderwijs. Ook krijgen zeer moeilijk lerende kinderen in het reguliere basisonderwijs soms hulp vanuit het speciaal onderwijs. Het aanbieden van de juiste begeleiding binnen het reguliere onderwijs draagt naar verwachting bij aan een afname van de instroom in het speciaal onderwijs. Echter, het is moeilijk vast te stellen in hoeverre DSAV daar invloed op heeft, aangezien deze afname naar verwachting van het Samenwerkingsverband PO primair een gevolg is van het Passend Onderwijs.

Effect 3: Scholen beter toegerust om passend onderwijs te bieden

De verwachting is dat DSAV ertoe leidt dat scholen steeds beter worden toegerust om passend onderwijs te bieden. Een belangrijke reden daarvoor is dat deskundigheid onder schoolpersoneel toeneemt doordat tweedelijns jeugdhulpverleners standaard een aantal uur per week aanwezig zijn op de scholen. Tijdens die uren kan kennis, bijvoorbeeld met betrekking tot ontwikkelingsstoornissen en de expertise om hiermee om te gaan, relatief eenvoudig worden overgebracht op schoolpersoneel. Met name de kennis en kunde met betrekking tot het omgaan met bijvoorbeeld ontwikkelingsstoornissen stelt schoolpersoneel naar verwachting beter in staat om kinderen passend onderwijs te bieden.

Effect 4: Afname van het aantal doublures

Tot slot wordt verwacht dat DSAV er op den duur toe leidt dat doublures voor bepaalde leerlingen worden voorkomen, bijvoorbeeld wanneer vroegtijdige interventie voorkomt dat

problematiek (verder) escaleert, waardoor de schoolgang wordt belemmerd. Overigens zal monitoring moeten aantonen in hoeverre hier daadwerkelijk sprake van is, aangezien er nog geen gegevens bestaan om het optreden van dit effect mee te onderbouwen. Bovendien dient te worden opgemerkt dat de uiteindelijke baat van het voorkomen van doublures primair komt te liggen bij de financier van het onderwijs: het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.

Mogelijke kostenposten	Totaal netto-contant (€)
Meer tijd kwijt aan leerlingen met specifieke ondersteuningsbehoefte	PM
Totaal	PM

Verwachte effecten / potentiële besparingen	Aantal	Impactclaim (%)	Totaal netto-contant (€)
Veranderingen m.b.t. speciale ondersteuning	PM	PM	PM
Scholen beter toegerust passend onderwijs te bieden	PM	PM	PM
Afname van het aantal doublures	PM	PM	PM
Totaal aan besparingen			990.978

5.4.5 GGD (Jeugdgezondheidszorg)

Voor de GGD (Jeugdgezondheidszorg) worden de volgende effecten verwacht:

Effect 1: Meer tijd kwijt aan afstemming, minder tijd kwijt aan casussen (effect door DSAV)

Met de komst van DSAV is er een partner bijgekomen waarmee medewerkers van de GGD moeten afstemmen, bijvoorbeeld om duidelijk te krijgen wie welke taken oppakt en waarvoor verantwoordelijk is. Zeker in het begin is er veel overleg nodig, bijvoorbeeld om voor alle betrokken partijen duidelijk te krijgen hoe de werkzaamheden van de ene partij zich verhouden tot de werkzaamheden van de andere. Hoewel dit met name in de beginfase van de beide projecten om een extra tijdsinvestering vraagt, zal een extra tijdsinvestering om te overleggen altijd van belang blijven, zeker wanneer verschillende partijen zich op een bepaalde activiteit richten (zoals opvoedingsondersteuning). Juist in die gevallen is het van belang om duidelijk te krijgen wie wat doet om de juiste zorg/ondersteuning te kunnen bieden. Verwacht wordt dat een juiste afstemming tussen de verschillende partijen ertoe leidt dat kinderen sneller geholpen worden dan nu het geval is, bijvoorbeeld omdat er nu niet altijd snel een passend aanbod voor handen lijkt te zijn. In deze gevallen blijft de JGZ soms met deze kinderen 'onder de arm lopen'. Het voorkomen van deze situatie leidt op den duur naar verwachting tot een afname van het aantal uren dat aan dergelijke casussen wordt besteed vanuit de JGZ.

Al met al verwacht de GGD dat DSAV voor hen kostenneutraal zullen zijn. Hoewel er naar verwachting meer tijd nodig zal zijn voor overleg, wordt dit gecompenseerd door een snellere doorgeleiding van casussen naar passende zorg of ondersteuning.

Effect 2: Extra inzet zorgcoördinatoren 'Kijk op kleintjes' (effect door Passende Kinderopvang)

Omdat het aantal relatief complexe casussen binnen de reguliere kinderopvang naar verwachting zal stijgen als gevolg van PKO, verwacht GGD dat een grotere tijdsinvestering van zorgcoördinatoren 'Kijk op kleintjes' op de kinderopvang nodig zal zijn in ieder geval in de eerste twee jaar van het project nodig zal zijn. Er wordt uitgegaan van een extra

tijdsinvestering van gemiddeld twee uur gedurende twee maanden voor iedere casus binnen de PKO. Hiervoor geldt een uurtarief van EUR 76¹², wat leidt tot een kostenpost van EUR 304 per casus. Voor 50 casussen van PKO gaat het dan om een totaalbedrag van EUR 15.200 (EUR 14.446 netto-contant). De verwachting is dat deze extra investering vanuit GGD na zo'n twee jaar niet meer nodig zal zijn.

Investering	Totaal netto-contant (€)
Extra inzet zorgcoördinatoren 'Kijk op kleintjes' (effect door PKO)	14.446
Meer tijd kwijt aan afstemming (effect door DSAV)	PM
Totaal	14.446

Verwachte effecten / potentiële besparingen	Aantal	Impactclaim (%)	Totaal netto-contant (€)
Minder tijd kwijt aan casussen door snel aanbod passende zorg (DSAV)	PM	PM	PM
Totaal aan besparingen			PM

5.4.6 Sociaal Wijkteam

Er is besloten om de (mogelijke) effecten voor deze stakeholder niet te kwantificeren, aangezien nog onvoldoende duidelijk is of en in welke mate de verwachte effecten optreden. Verwacht wordt dat DSAV en PKO ertoe leiden dat het SWT aan bepaalde taken meer uren kwijt zal zijn, terwijl er op andere vlakken mogelijk kan worden volstaan met minder uren dan het geval was zonder de twee projecten,

Effect 1: Minder tijd kwijt aan complexe casussen

Zoals al eerder bleek is een belangrijk speerpunt van de twee projecten dat er 'korte lijnen' zijn met de tweedelijns organisaties, zodat meer specialistische zorg en/of begeleiding waar nodig snel kan worden ingezet. Naar verwachting leidt dit snelle schakelen ertoe dat bepaalde casussen minder lang bij het SWT blijven 'hangen', met name wanneer er sprake is van complexe casuïstiek waar de relatief generalistische ondersteuning van het SWT niet volstaat. 'Vroegsignalering/-interventie', onder andere door de hulpverleners die zonder beschikking aanwezig zijn op de vindplaatsen, in combinatie met korte lijnen naar de tweedelijns organisaties maakt deze verschuiving mogelijk. Hoewel het SWT ook in het geval van complexe casuïstiek een (belangrijke) rol zal blijven spelen, wordt aangenomen dat de benodigde intensiviteit van de begeleiding door het SWT omlaag kan in deze gevallen, waardoor het aantal benodigde uren afneemt. Over de mate waarin dit effect optreedt kunnen nog geen uitspraken worden gedaan.

Effect 2: Meer tijd kwijt aan relatief 'lichte' casussen, afstemming en overleg

Tegelijkertijd wordt verwacht dat het SWT juist meer tijd kwijt zal zijn aan de toename van relatief lichte casussen. Immers, in de praktijk blijkt al dat medewerkers van het SWT meer tijd spenderen aan bijvoorbeeld afstemming in overleg. De koppeling die DSAV legt tussen de scholen en het SWT wordt als positief beschouwd, maar leidt er wel toe tot extra afstemmingsmomenten en de daarbij behorende tijdsinvestering. Bovendien is de verwachting dat meer signalering op de vindplaatsen ertoe leidt dat het SWT meer casussen

¹² Bij een afname van langer dan drie geldt een uurtarief van EUR 59. In deze mBC is echter gerekend met EUR 76 per uur.

onder haar hoede krijgt waar de relatief generalistische ondersteuning van deze stakeholder volstaat, wat resulteert in een toename van het aantal ingezette uren.

Effect 3: Meer tijd kwijt aan aan opstellen beschikkingen

Indien er sprake is van een stijging van het aantal casussen waar hulp vanuit een 2^e-lijns organisatie nodig is, verwacht NIM meer tijd kwijt te zijn aan het opstellen en aanleveren van beschikkingen hiervoor. Overigens kunnen Jeugdartsen deze taak ook vervullen.

Al met al wordt duidelijk dat er aan de ene kant een afname wordt verwacht van het aantal uren dat het SWT kwijt is aan complexe casuïstiek, terwijl aan de andere kant een toename wordt verwacht door een stijging van het aantal lichte casussen (bijvoorbeeld als gevolg van meer signalering en een steeds preventievere werkwijze) en afstemming/overleg dat plaatsvindt tussen verschillende partijen rondom deze casussen. Medewerkers van NIM hebben aangegeven te verwachten dat er netto sprake zal zijn van een toename van het aantal benodigde uren (waarmee vanzelfsprekend extra kosten gemoeid gaan), maar dit kon in deze mBC niet met cijfers worden onderbouwd. Toekomstige monitoring zal dit moeten uitwijzen.

Investering	Totaal netto-contant (€)
Meer tijd kwijt aan 'lichte' casussen, afstemming en overleg	PM
Meer tijd kwijt aan opstellen van beschikkingen	PM
Totaal	PM

Verwachte effecten / potentiële besparingen	Aantal	Impactclaim (%)	Totaal netto-contant (€)
Minder tijd kwijt aan complexe casussen	PM	PM	PM
Totaal aan besparingen			PM

5.4.7 Schoolmaatschappelijk Werk (primair onderwijs)

NIM heeft aangegeven voor SMW in het primair onderwijs dezelfde effecten te verwachten als voor het Sociaal Wijkteam, met uitzondering van het effect 'meer tijd kwijt aan opstellen beschikkingen'. Overigens gaat het veelal om dezelfde professional die zowel in het SWT werkt als in het PO als SMW'er en dus ook eenvoudig kan zorgen voor een eventuele beschikking.

Investering	Totaal netto-contant (€)
Meer tijd kwijt aan 'lichte' casussen, afstemming en overleg	PM
Totaal	PM

Verwachte effecten / potentiële besparingen	Aantal	Impactclaim (%)	Totaal netto-contant (€)
Minder tijd kwijt aan complexe casussen	PM	PM	PM
Totaal aan besparingen			PM

5.4.8 Bureau Leerplicht

Effect 1: Meer tijd kwijt aan afstemming en overleg

Bureau Leerplicht verwacht dat DSAV in eerste instantie zal leiden tot een grotere benodigde investering vanuit Leerplicht, met name omdat er meer overleg zal zijn met de medewerkers van DSAV inzake consultatie en het komt tot afstemming van de werkzaamheden.

Effect 2: Minder tijd kwijt aan inzet Leerplichtambtenaar

Op den duur zal bovengenoemde initiële tijdsinvestering zich naar verwachting terugverdienen, met name omdat de problematiek rondom jongeren eerder gesignaleerd en gediagnostiseerd kan worden, hetgeen aansluit bij de nieuwe werkwijze van Bureau Leerplicht¹³. Het beoogde resultaat hiervan is dat advisering en een behandelingsplan sneller uitgevoerd kan worden, waardoor de jongere eerder terug naar school kan, met als gevolg dat er minder inzet van de Leerplichtambtenaar nodig zal zijn. De redenering achter dit laatste punt is als volgt:

1. Er ontstaat de mogelijkheid voor de leerplichtambtenaar om een contactpersoon van DSAV te consulteren betreffende actuele vragen over het ziektebeeld, de belastbaarheid en eventuele mogelijkheden voor behandeling. Daarnaast is het mogelijk informatie op te vragen over actuele casuïstiek. Hierdoor kan, zo is de verwachting, vroegtijdig een plan van aanpak worden gemaakt met partijen zoals betrokken behandelaar(s), scholen, jeugdartsen GGD en schoolmaatschappelijk werk, uitgaande van de veronderstelde belastbaarheid van de leerling en gericht op, zo mogelijk, terugkeer naar school.
2. Deelname van de DSAV aan actietafels (zowel individuele/casusgerichte als thematische actietafels), waar de expertise van De Combinatie ingebracht kan worden. Ook dit leidt, zo is de veronderstelling, tot een inhoudelijk completere en dus betere aanpak van een casus, waardoor er minder oplossingen op basis van 'trial and error'¹⁴ uitgeprobeerd hoeven te worden en er sneller daadwerkelijk passende maatregelen kunnen worden ingezet.
3. DSAV zou ertoe moeten leiden dat er eerder zorg ingezet kan worden waarvoor een indicatie noodzakelijk is. Als een behandelingstraject eerder kan worden opgestart, zo is de veronderstelling, zullen problemen minder snel escaleren.

Het is vooralsnog onduidelijk of er op den duur sprake zal zijn van een *netto* afname van het aantal uren dat er benodigd is vanuit Bureau Leerplicht. Naar verwachting zal er extra tijd nodig zijn voor overleg (met name in de beginfase), maar kan dit mogelijk worden 'terugverdiend' door een afname van het aantal uren dat een Leerplichtambtenaar moet worden ingezet. De verhouding tussen deze extra inzet en mogelijk afnemende inzet zal uit toekomstige monitoring moeten blijken. De monitoring hiervan kan plaatsvinden in samenhang met monitoring van indicatoren uit de mBC 'Voorkomen Schoolverzuim', waarin uitgebreid aandacht is besteed aan de meer preventieve werkwijze van Bureau Leerplicht.

¹³ Zie voor een toelichting hierop de maatschappelijke Business Case 'Voorkomen Schoolverzuim', waarin uitvoerig aandacht is besteed aan de effecten van het opschalen van Bureau Leerplicht naar 'uitvoeringsniveau preventief'.

¹⁴ Een meer inhoudelijke uitwerking van dit punt is deel van de maatschappelijke Business Case 'Voorkomen Schoolverzuim'.

Investering	Totaal netto-contant (€)
Meer tijd kwijt aan afstemming en overleg	PM
Totaal	PM

Verwachte effecten / potentiële besparingen	Aantal	Impactclaim (%)	Totaal netto-contant (€)
Minder tijd kwijt aan inzet leerplichtambtenaar	PM	PM	PM
Totaal aan besparingen			PM

5.5 Overzicht van investeringen en besparingen in de keten

Benodigde investeringen:

Investering	Gemiddelde kosten (€)	Aantal	Totale investering (netto-contant)
De School Als Vindplaats			
Preventieve ingrepen (DSAV-lijn)	700	242	161.000
Preventieve ingrepen (EIF-lijn)	700	119	79.170
Totaal			240.100
Passende Kinderopvang			
Uren beschikkingsvrije inzet ambulant begeleider	50	1200	57.025
Totaal			57.025
Kinderopvang			
Meer tijd kwijt aan zorgcasussen (aantal uren)	35	200	6.653
Totaal			6.653
GGD (JGZ)			
Extra inzet zorgcoördinatoren op kinderopvang (uren)	76	200	14.446
Meer tijd kwijt aan afstemming met partners	PM	PM	PM
Totaal			14.446
Scholen PO / Samenwerkingsverband PO			
Meer tijd kwijt aan leerlingen met ondersteuningsbehoefte	PM	PM	PM
Sociaal Wijkteam en Schoolmaatschappelijk Werk (PO)			
Meer tijd kwijt aan 'lichte casussen' / afstemming / overleg	PM	PM	PM
Bureau Leerplicht			
Meer tijd kwijt aan afstemming en overleg	PM	PM	PM
Totaal			318.224

Potentiële besparingsposten:

Potentiële besparingsposten	Gemiddelde besparing per voorkomen traject	#	Impactclaim	Totale besparing (netto-contant)
<i>Potentiële besparingen als gevolg van inzet De School Als Vindplaats</i>				
Tweedelijns zorgtrajecten (DSAV-lijn)		63	75%	509.782
Gespecialiseerde 3 ^e -lijns trajecten (EIF-lijn)	74.000	6	75%	316.486
Lichtere 2 ^e -lijns zorgtrajecten (EIF-lijn)	1.629	18	75%	20.900
Zwaardere 2 ^e -lijns zorgtrajecten (EIF-lijn)	6.402	15	75%	68.451
Ambulante gezinsbegeleiding Entrea (EIF-lijn)	7.640	10	75%	54.458
J-GGZ-basis trajecten voorkomen	1.629	18	75%	20.901
<i>Potentiële besparingen als gevolg van inzet Passende Kinderopvang</i>				
Plaatsingen specialistische kinderopvang	31.200	8	50%	118.611
Vervoerskosten (specialistische opvang)	PM	PM	PM	PM

Ambulante 2 ^e -lijns trajecten (met beschikking)	7.020	10	100%	66.719
Verkorting van J-GGZ-trajecten	PM	PM	PM	PM
<i>Overige potentiële besparingsposten of effecten</i>				
Scholen beter toegerust op bieden passend onderwijs	PM	PM	PM	PM
Afname van aantal doublures	PM	PM	PM	PM
GGD minder tijd kwijt aan complexe casussen	PM	PM	PM	PM
Sociaal Wijkteam: minder tijd kwijt aan complexe casussen	PM	PM	PM	PM
SMW: minder tijd kwijt aan complexe casussen	PM	PM	PM	PM
Afname inzet Leerplichtambtenaar	PM	PM	PM	PM
Totaal				1.176.308

6. Maatschappelijk perspectief

Nu de interventies die centraal staan in deze mBC zijn benaderd vanuit het cliëntperspectief en het ketenperspectief, besteedt dit hoofdstuk vanuit het maatschappelijk perspectief kort aandacht aan enkele bredere maatschappelijke effecten. Na een brainstormsessie tijdens een van de werksessies heeft de projectgroep vastgesteld dat er in ieder geval aandacht moet worden geschonken aan de volgende stakeholders:

1. Ouders/ sociaal steunsysteem
2. Gemeente Nijmegen
3. Rijksoverheid – Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap

Uiteraard is het waarschijnlijk dat er nog andere partijen op een of andere manier veranderingen zullen ondervinden als gevolg van DSAV en PKO. Bovenstaande stakeholders zijn echter door de projectgroep benoemd als meest belangrijk in de context van deze mBC. Per stakeholder volgt onderstaand een beschrijving van de effecten die er door de projectgroep worden verwacht.

6.1 Ouders/ steunsysteem

Effect 1: Veranderingen in balans tussen draagkracht en draaglast

Volgens het 'balansmodel' van Bakker *et al.* (1998) is de balans tussen de 'draaglast' (het geheel van taken) en de 'draagkracht' (de competenties en andere 'beschermende factoren' waarmee de draaglast het hoofd kan worden geboden') voor ouders van groot belang. De balans tussen de draaglast en draagkracht geeft aan in hoeverre ouders de opvoeding aankunnen. In sommige gevallen is de draaglast van de ouders of het steunsysteem groter dan hun draagkracht, wat onder andere kan betekenen dat zij onvoldoende zijn toegerust om hun kind te begeleiding te bieden die het nodig heeft. Bovendien kunnen er, wanneer de draaglast groter is dan de draagkracht, allerlei negatieve effecten optreden voor de ouders, zoals het ontwikkelen van een schuldgevoel, angst, onzekerheid, verdriet, relatieproblemen en stress. Studies van bijvoorbeeld Beers (2003), Elich & Sinnema (2010), Schiet (1998), Cole & Reiss (2013), Kars *et al.* (2005), bieden een uitgebreide illustratie van deze effecten die mede het gevolg kunnen zijn van onvoldoende balans tussen draagkracht en draaglast.

Tijdens de totstandkoming van deze mBC bleek dat er geen eenduidig antwoord valt te geven op de vraag of DSAV en PKO een positief effect hebben op de balans tussen draagkracht en draaglast van ouders. Immers, de casuïstiek is zeer diverse en er zijn vele factoren die hier mede een invloed op hebben. Wel kan er in algemene zin iets over worden gezegd.

De projectgroep verwacht dat DSAV en PKO met name een positieve invloed hebben op de draagkracht van ouders door hen actief te betrekken bij de zorg en ondersteuning voor het kind en de toegang tot ondersteuning bovendien laagdrempelig te maken. Op deze manier kunnen ouders beter 'overzicht' houden van de situatie van het kind (ze zijn immers direct betrokken bij de zorg/ondersteuning) en zijn door de toegankelijkheid van specialistische hulp wanneer nodig beter toegerust om een professional in te schakelen, wat de draagkracht van ouders ten goede komt. Tegelijkertijd wordt verwacht dat de draaglast van ouders in

sommige gevallen af zal nemen, bijvoorbeeld omdat zij zich minder (lang) zorgen maken over de situatie van hun kind. Vroegtijdige signalering van problematiek en het snel bieden van een passende oplossing speelt daarbij naar verwachting een belangrijke rol.

Toch liggen ook negatieve veranderingen op het gebied van draagkracht en draaglast in de lijn der verwachting. Door ouders nauw te betrekken is het bijvoorbeeld denkbaar dat ouders in grotere mate worden geconfronteerd met de problematiek van het kind, wat kan leiden tot een toename van de door hen ervaren draaglast. Bovendien blijkt uit casuïstiek van PKO dat sommige ouders meer stress en een grotere draaglast ervaren wanneer hun kind na een tijd intensieve begeleiding te hebben gehad in een specialistische groep wordt overgeplaatst naar de reguliere kinderopvang. Zij zijn er dan bang voor dat hun kind vanaf dat moment te weinig ondersteuning krijgt.

Effect 2: Veranderingen in de financiële situatie (positief en negatief)

Tijdens de bijeenkomsten van de projectgroep is meerdere malen ter sprake gekomen dat sommige ouders (weer) beginnen met werken wanneer de situatie van het kind en/of het gezin 'normaliseert' en de balans tussen draagkracht en draaglast van de ouders (terug is) op een bepaald niveau. In de praktijk heeft deze situatie zich verschillende keren voorgedaan. Het is aannemelijk dat dit een positief effect heeft op de financiële situatie van de ouders. Echter, binnen de casuïstiek van de Passende Kinderopvang komt het ook voor dat de financiële situatie van ouders achteruit gaat wanneer een kind niet meer geplaatst wordt in een specialistische groep, maar in de reguliere kinderopvang. Immers, de kosten een specialistische groep worden volledig vergoed (en deze vorm van opvang is in de ogen van sommige ouders dan ook 'gratis'), terwijl op de reguliere kinderopvang een eigen bijdrage van toepassing is afhankelijk van het inkomen van de ouders. Dit is bovendien problematisch wanneer het leidt tot weerstand bij ouders om het kind over te plaatsen naar de reguliere opvang.

6.2 Gemeenten

Effect: Verschuiving in de zorgkosten (aannemelijk resulterend in een afname)

Zoals in het vorige hoofdstuk bleek is er voor DSAV en PKO een investering nodig om de inzet van beschikkingsvrije hulpverleners mogelijk te maken. Deze investering komt in principe ten late van de gemeentelijke budgetten. Echter, daartegenover staat dat – op basis van bestaande casuïstiek – wordt verwacht dat deze investering zich op den duur vertaalt in een besparing op de zorgkosten, met name doordat problematiek eerder wordt gesignaleerd en hulpverlening snel kan worden ingeschakeld. In sommige casussen wordt daardoor een zwaarder (en vaak duurder) zorgtraject voorkomen.

6.3 Rijksoverheid – ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap

In het vorige hoofdstuk zijn verschillende effecten beschreven die mogelijk optreden in het onderwijs. Zo kwam onder andere een mogelijk afname van het aantal doublures aan de orde, evenals een mogelijke toename van het aantal uren dat schoolpersoneel besteedt aan 'zorgleerlingen'. Waar de baat van een afname van het aantal doublures uiteindelijk bij het

ministerie van OCW terecht zal komen, zal de eventueel extra benodigde investering voor de inzet voor personeel zoals de IB'er daar ook vandaan moeten komen. Hierbij dient overigens te worden opgemerkt dat er ook in eerder ontwikkelde mBC's (zoals 'Amalia' en 'Voorkomen Schoolverzuim') al aannames zijn gedaan met betrekking tot extra kosten dan wel besparingen op het gebied van onderwijs. Hoewel hier geen concreet zicht op is, is het aannemelijk dat er een gedeeltelijke overlap bestaat tussen de geanalyseerde casussen in de verschillende mBC's, waardoor zowel de extra benodigde investeringen als de potentiële besparingen uit de verschillende mBC's niet zomaar bij elkaar kunnen worden opgeteld.

7. De maatschappelijke Business Case

7.1 Cliënteffecten, besparingen en investeringen

In dit rapport is vanuit drie perspectieven (cliëntperspectief, zorgketenperspectief en maatschappelijk perspectief) beschreven welke effecten er naar verwachting voor verschillende stakeholders zullen optreden als gevolg van de projecten De School Als Vindplaats en Passende Kinderopvang. Daarbij lag de focus op de potentiële besparingen op het gebied van zorg, de benodigde investeringen voor de beschikkingsvrije inzet van tweedelijns hulpverleners op de vindplaatsen (kinderopvang en scholen in het primair onderwijs) en enkele mogelijke (niet-gekwantificeerde) veranderingen voor verschillende ketenpartners, waaronder, PO-scholen (en het Samenwerkingsverband), GGD, Schoolmaatschappelijk Werk, Sociaal Wijkteams en Bureau Leerplicht.

Deze mBC is gebaseerd op in totaal 256 bestaande casussen van DSAV (206) en PKO (50). Aan de hand van deze casussen is in kaart gebracht welke potentiële kostenbesparingen er op den duur verwacht kunnen worden. Het totale potentiële besparingsbedrag kwam uit op ongeveer **EUR 1,18 miljoen**¹⁵, dat volledig betrekking heeft op verwachte besparing op de zorgkosten. Overigens is een groot deel van dat bedrag (EUR 991.000; 84,2%) toe te schrijven aan de potentiële besparingen als gevolg van DSAV. Deze besparingen hebben betrekking op een afname van zowel J&O- als J-GGZ-trajecten. Van de verwachte besparingen als gevolg van de inzet van DSAV is het grootste deel (EUR 510.000, 51,4%) het gevolg van het voorkomen van tweedelijns zorgtrajecten. Een andere grote besparingspost betreft het potentieel voorkomen van gespecialiseerde 3^e-lijns trajecten, een effect dat naar verwachting met name binnen de EIF-lijn wordt gerealiseerd. Deze besparingspost bedraagt ongeveer EUR 316.000 (31,9% van de totale besparingen als gevolg van DSAV), maar heeft als gevolg van de hoge kosten van een 3^e-lijns traject slechts betrekking op zes casussen. Wat dat betreft is dit dan ook een gevoelige factor. Immers, wanneer er één traject minder wordt voorkomen dan verwacht leidt dit tot een afname van de potentiële besparingen van bijna EUR 53.000.

De overige potentiële besparingen komen voort uit de inzet van PKO. Deze besparingen worden naar verwachting primair gerealiseerd door een afname van het aantal plaatsingen in specialistische groepen en een afname van het aantal kinderen dat lichte tweedelijns ambulante ondersteuning met beschikking nodig heeft. Het aandeel van PKO in het potentiële besparingsbedrag is voorsnog relatief klein, wat onder andere gevolg is van het feit dat het project nog niet stadsbreed is uitgerold.

Bij de genoemde bedragen dient te worden opgemerkt dat hierin alleen de meest direct zichtbare/ meest voor de hand liggende besparingsposten zijn meegenomen. De eventuele financiële baten als gevolg van snelle doorgeleiding, consultatie, advies en kennisbevordering zijn hierin nog niet meegenomen.

Tegenover de potentiële besparingen staat naar verwachting een benodigde investering van ongeveer **EUR 318.000**. Dit bedrag bestaat voor een groot deel (EUR 240.000; 75,5%) uit de

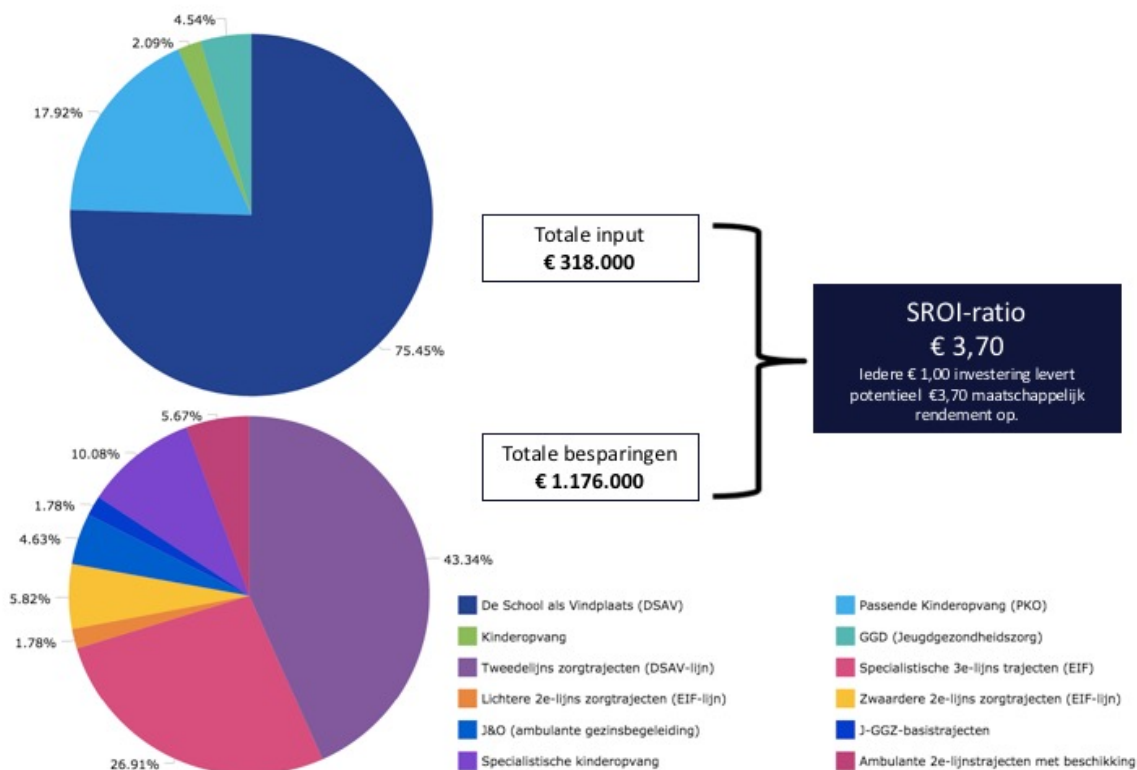
¹⁵ Het gaat hier om een potentiële kostenbesparing, die pas wordt gekapitaliseerd als bepaalde kosten ook daadwerkelijk niet meer worden gemaakt.

kosten voor de beschikingsvrije inzet van ambulant begeleiders binnen DSAV. Daarnaast is een investering van ongeveer EUR 57.000 nodig voor het project PKO. Bovendien bleek dat er in de reguliere kinderopvang een aanvullende investering nodig is van ongeveer EUR 6.650 voor de extra uren die pedagogisch medewerkers, specialistisch functionarissen en clustermanagers besteden aan 'zorgcasussen'. Tot slot wordt verwacht dat er, in ieder geval gedurende de eerste twee jaar van het project PKO, een extra investering nodig is vanuit de zorgcoördinatie 'Kijk op Kleintjes' van de GGD. Voor het geanalyseerde cohort bedraagt die investering ongeveer EUR 14.500.

7.2 Benadering van het potentieel maatschappelijk rendement

Een investering van ruim EUR 318.000 tegenover een potentiële besparing van ongeveer EUR 1.176.000 miljoen leidt tot een **ratio van EUR 3,70**. Dit betekent dat, op basis van de in dit rapport beschreven aannames met betrekking tot de geanalyseerde casuïstiek, iedere geïnvesteerde euro potentieel EUR 3,70 aan maatschappelijk rendement oplevert. Ook hierbij geldt dat dit een prognose is en het daadwerkelijke rendement in de praktijk zal afwijken. Het is dan ook van belang om de uitgangspunten die ten grondslag liggen aan deze maatschappelijke Business Case te monitoren. Bovendien dient rekening te worden gehouden met de in dit rapport geformuleerde randvoorwaarden en het feit dat dit een vrij grove benadering is van het potentieel maatschappelijk rendement. In hoofdstuk 5 en 6 bleek immers dat er verschillende effecten voor diverse stakeholders worden verwacht die door een gebrek aan gegevens nog niet konden worden gekwantificeerd. Toekomstige monitoring en dataverzameling is dan ook van belang om tot een completer beeld van het maatschappelijk rendement van DSAV en PKO te kunnen komen.

In het volgende figuur is de verhouding tussen de investeringen en de verwachte potentiële besparingen weergegeven. Hierin nog geen rekening gehouden met de bij verschillende stakeholders vermelde PM-posten.



Bronnen

Bot, S.; De Roos, K.; Sadiraj, K.; Keuzenkamp, S.; Van den Broek, A.; Kleijnen, E. (2013) *Terecht in de jeugdzorg. Voorspellers van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

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

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

Froehling, L. (2015) *Studie naar het project 'Verbeteren toegang en participatie van migrantenjeugd met J-GGZ-problematiek in de lokale jeugd-J-GGZ' [Masterscriptie Pedagogische Wetenschappen]*. Nijmegen: Radboud Universiteit.

Gezondheidsraad (2012) *Psychische gezondheid en zorggebruik van migrantenjeugd*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Heessels, M.; Rothman, L.; Theunissen, J.; Pijnenburg, H. (2015) *Doen wat nodig is, dichtbij de mensen. Evaluatie van een lokaal project gericht op het verbeteren van toegang van migrantenjeugdigen tot de Jeugd-GGD in Nijmegen*. Nijmegen: Kenniscentrum HAN SOCIAAL.

Huber, M.; Knottnerus, J.; Green, L.; Van der Horst, H.; Jadad, A.; Kromhout, D.; Leonard, B.; Lorig, K.; Loureiro, M.; Van der Meer, J.; Schnabel, P.; Van Weel, C.; Smid, H. (2011) How should we define health, *British Medical Journal* 343: 235-237.

Ince, D.; Van den Berg, G. (2010) *Overzichtsstudie interventies voor Migrantenjeugd: ontwikkelingsstimulering, preventie en vroeghulp*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

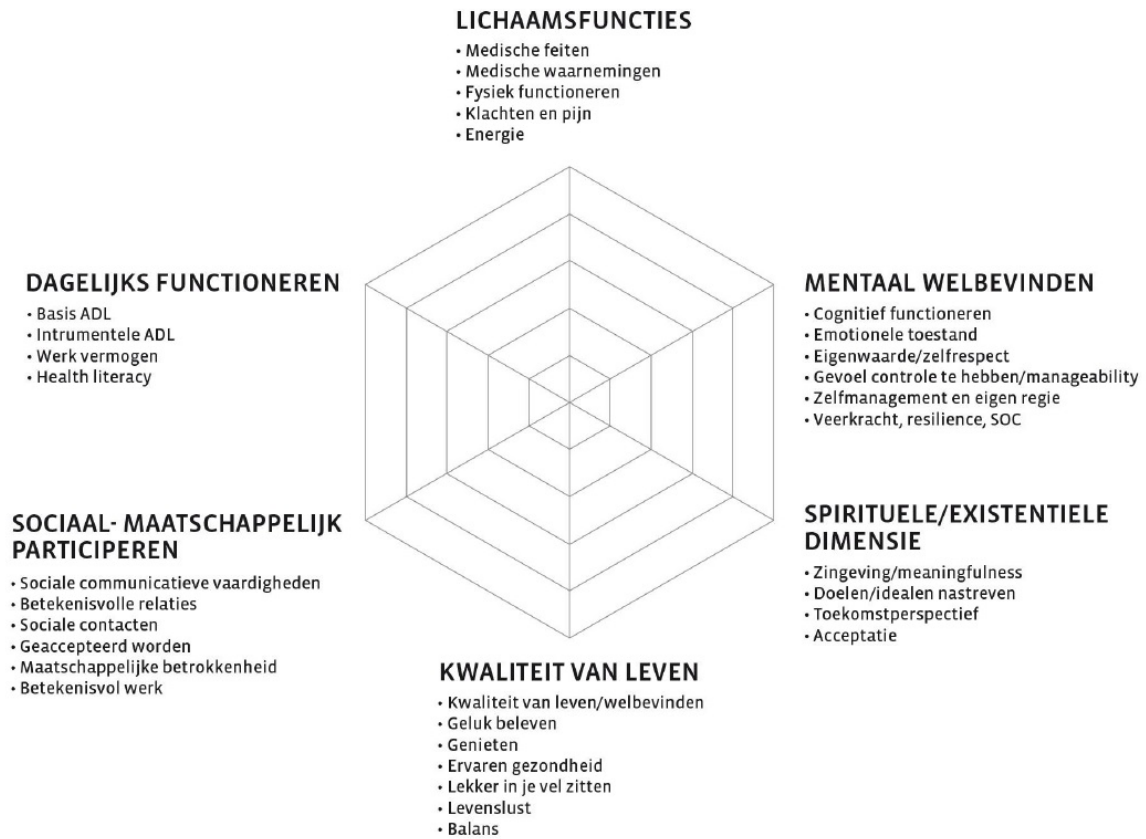
Pijnenburg, H. (2010) *Zorgen dat het werkt. Werkzame factoren in de zorg voor jeugd*. Amsterdam: SWP.

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

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

Bijlage 1: Zes pijlers van positieve gezondheid

PIJLERS VOOR POSITIEVE GEZONDHEID



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

Bijlage 2: Rekenvoorbeeld netto-contante waarde

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

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

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

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

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

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

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

Bijlage 3: Voorbeeldcasussen DSAV

Bijlage 3.1 – Groep 1: Internaliserende problematiek

Aanmeldingsvraag:

In de klas en op het schoolplein wordt I. (8 jaar) regelmatig gepest. Heel soms speelt I. samen met andere kinderen, maar vaak staat hij op het schoolplein in de pauze alleen en weet hij niet hoe hij de aansluiting moet zoeken. Hij is veel op zichzelf en hij maakt moeilijk contact. Hij gedraagt zich in de klas regelmatig angstig in de omgang met andere kinderen. Hij kan ook amper zeggen wat hij denkt en voelt. Hij is somber en zijn moeder heeft aangegeven dat hij slecht slaapt en thuis regelmatig in bed plast. De behoefte bestaat om zijn weerbaarheid te vergroten zodat hij meer aansluiting vindt bij zijn klasgenootjes en hem te helpen zijn gedachten en gevoelens makkelijker te uiten.

Hulpverlening vanuit DSAV:

Na een gesprek op school met de interne begeleider, leerkracht en moeder is de moeder akkoord om met de DSAV-ondersteuning te starten. Tijdens dat gesprek blijkt ook dat moeder verschillende vragen heeft over hoe ze het beste haar kind kan ondersteunen bij het bedplassen en ook bij het opvoeden. Ook blijkt er thuis een groot verschil in de manier van opvoeden tussen vader en moeder te zijn, waarover ouders dan ook regelmatig conflict hebben.

- De DSAV-jeugdspecialist **start met een observatie*** van I. in de klas en tijdens de pauzes op het schoolplein. De jeugdspecialist **bespreekt deze observaties met de Intern Begeleider, leerkracht en moeder** en ontwerpt een aantal interventies voor het kind in een eerste **plan van aanpak**.
- De jeugdspecialist start met **kind-interventies**** m.b.v. de **speltherapeutische middelen** tekenen en fotografie. Het uiten van gevoelens en gedachten wordt gedurende 4 opeenvolgende weken in 5 spelsessies getraind en versterkt.
- De jeugdspecialist houdt in **de thuissituatie ook kortdurende systeemesprekken** met vader en moeder (een aantal keren in aanwezigheid van een hulpverlener van Interlokaal) waarin de ouders ouderbegeleiding en psycho-educatie krijgen over hoe hun kind het beste te ondersteunen m.b.t. het bedplassen en hoe ze hun onderlinge meningsverschillen m.b.t. de opvoeding van de kinderen kunnen oplossen.
- Daarnaast heeft de jeugdspecialist, samen met de ouders, hun **sociale netwerk in de buurt in kaart gebracht** en is er een **andere moeder van school als ondersteuning aan het gezin gekoppeld**. Deze moeder zorgt ervoor dat I. aangemeld wordt bij een 'maatjes-project in de buurt' waar hij oefent in het spelen met de andere kinderen uit zijn eigen buurt.

Vooronderstelling wanneer de DSAV-methodiek niet ingezet was:

- Toename angstproblematiek en bedplassen van het kind.
- Toename verschillen van mening tussen de ouders, met ernstige relatieproblemen als gevolg.
- Noodzaak doorverwijzing voor een AG-traject en gezins-PMT.
- Op langere termijn doorverwijzing naar J-GGZ voor diagnostiek en richtlijn angstbehandeling.

Bijlage 3.2 – Groep 2: Externaliserende problematiek

Aanmeldingsvraag:

J. (9 jaar) is op school regelmatig agressief. Hij weet zich in de klas en op het schoolplein in de vrije speelsituaties moeilijk te gedragen. Hij dringt zich op aan andere kinderen. Hij wil tijdens het spelen dwingend alles bepalen en komt dan vaak letterlijk te dichtbij bij andere kinderen waardoor de anderen op hem gaan reageren. J. raakt dan geïrriteerd en kan daar moeilijk mee omgaan. Hij gaat dan impulsief schelden en slaan. Door deze regelmatige conflicten komt hij ook moeilijk toe aan leren in de klas; de stress en de ruzies lopen door in de klas waardoor hij ook met de leerkracht ruzie krijgt. Hij moet regelmatig uit de klas verwijderd worden omdat zijn gedrag in de klas voor de leerkracht te moeilijk te hanteren is. Vraag van de leerkracht aan de DSAV-jeugdspecialist: welke begeleiding is er voor J. op school nodig?

Hulpverlening vanuit DSAV:

- De jeugdspecialist heeft allereerst een **overleg met de Intern Begeleider en beide ouders**. De ouders herkennen wat er over hun kind gezegd wordt en gaan akkoord met de inzet van DSAV. Zij hebben thuis hetzelfde probleem. Hij slaat en schopt regelmatig zijn zusje. Dit was al eerder op een ouderavond besproken. Ook was er al onderling contact tussen de ouders geweest met de ouders van de twee andere kinderen uit de klas met wie J. thuis na schooltijd vaak conflicten op straat heeft. De ouders zijn het ook onderling niet eens over de manier van aanpak. Vader is uiterst streng en van de harde aanpak, moeder gedooft veel en kan moeilijk grenzen stellen terwijl ze wel het meeste thuis is aangezien vader door de ploegendienst vaak s 'avonds weg is.
- De Jeugdspecialist **observeert* J. in de klas en in de vrije situaties tijdens de pauzes**. De jeugdspecialist **bespreekt vervolgens deze observaties met de Intern Begeleider en leerkracht op school en met de beide ouders na schooltijd thuis**. Hij ontwerpt een eerste plan van aanpak gericht op het kind, maar ook op opvoedingsondersteuning en relatiegesprekken met de ouders.
- De Jeugdspecialist **start met kindinterventies**** aangezien uit de observaties bleek dat J. in zijn gedrag een integratieprobleem heeft m.b.t. zijn motorisch handelen en zijn waarneming. Ook bleek uit de observaties dat hij door zijn temperamentvol karakter externe prikkels, vooral in vrije groepssituaties, moeilijk kan verwerken.
- Na overleg met de leerkracht en Intern Begeleider werd J. al snel tijdelijk buiten de klas **in een klein speelgroepje met andere kinderen geplaatst alwaar hij met korte 'nabije' instructies van de jeugdspecialist directief getraind werd in het samenspelen met anderen**. Deze manier van aanpak werd ook direct overgedragen aan de leerkracht zodat hij deze werkwijze ook in kleine werkgroepjes in de klas kon toepassen. Door deze training in het samenspelen en werken met andere kinderen in en buiten de klas nam het agressieve gedrag op school van J. binnen korte tijd aanmerkelijk af. De problemen thuis m.b.t. het verschil in aanpak tussen beide ouders nam nog enkele weken langer in beslag. N.a.v. afspraken in de relatiegesprekken ging vader in overleg met zijn werk waardoor hij op de meest drukke uren meer thuis aanwezig kon zijn en moeder kon ondersteunen in het stellen van grenzen m.b.t. het gedrag van J.

Vooronderstelling wanneer DSAV niet ingezet was:

- J. gedrag escaleert steeds vaker en ernstiger met als gevolg klas- en schoolschorsing/verwijdering, doorplaatsing speciaal onderwijs is nodig.
- Gezins situatie ontwricht, J. bedreigt zusje, ernstige relatieproblemen ouders. Training Minder Boos en Opstandig is nodig als wel een AG-traject en dagbehandeling omdat de thuissituatie onhoudbaar wordt.

Bijlage 3.3 – Groep 3: Opvoedingsondersteuning, ouderbegeleiding en gezinsproblematiek

Aanmeldingsvraag:

Via de Intern Begeleidster in samenwerking met de GGD-arts komt deze vraag bij de DSAV-jeugdspecialist terecht. Rosa (10 jaar) heeft PDD-NOS. Zowel thuis als op school doet Rosa alleen de dingen waar ze 'het nut van inziet' of als 'ze zelf zin heeft om het te doen'. Vader geeft aan dat hij de belevingswereld en vaak ook het gedrag van zijn dochter niet begrijpt. Er is veel strijd tussen hem en zijn dochter en hierdoor is er thuis veel stress. Ouders geven aan zich onmachtig te voelen. De vader van Rosa wil zijn dochter graag beter begrijpen en contact met haar krijgen. Daarnaast is het nodig om het zelfinzicht van Rosa te vergroten. Ze begrijpt vaak de oorzaak-gevolg in de omgang met andere kinderen en haar ouders niet.

Hulpverlening vanuit DSAV:

- De jeugdspecialist **voert een eerste kennismakings- en observatiegesprek*** in het gezin thuis. De kinderen zijn dan op school, waardoor beide ouders hun zorgen, hun belevingen en wensen met betrekking tot Rosa kunnen delen. N.a.v. dit gesprek zet de jeugdspecialist in overleg met de ouders Video Home Training in.
- Er worden op korte termijn **gezinsopnames gemaakt ter observatie* en deze worden met ouders besproken*****. De jeugdspecialist legt uit welk gedrag van Rosa bij de PDD-NOS hoort, welk gedrag passend is voor de leeftijd en wat ouders kunnen doen om Rosa beter te kunnen begrijpen en te sturen. In de volgende gesprekken zijn ouders opener over hun gevoelens, over hun onmacht en over hun eigen rol binnen het gezin.
- De draaglast van moeder blijkt structureel (te) groot te zijn. Vanuit haar persoonlijkheidskenmerken kan ze moeilijk grenzen aangeven. Ze wordt vrijwel continu overbelast en meldt zich regelmatig ziek op haar werk. Vader voelt zich thuis vaak afgewezen door zijn vrouw en kinderen en maakt steeds vaker een terugtrekkende beweging binnen de gezinssituaties wat intergenerationeel te maken had met zijn eigen opvoeding. Door deze ontwikkeling **adviseert de jeugdspecialist tijdelijk een kortdurend systeemtherapie voor het gezin**. Ouders zijn het hier mee eens en **de jeugdspecialist doet een aanmelding bij het SWT**.

Vooronderstelling wanneer DSAV niet ingezet was:

- Rosa en (vooral) vader komen steeds meer in strijd met elkaar. Als gevolg hiervan wordt het gehele gezinsleven ontwricht door de stress die er heerst.
- Moeder raakt nog meer overbelast en moet tijdelijk in de ziektewet. Rosa wordt ingeschreven voor dagbehandeling. Middels dagbehandeling en structurele AG-ouderbegeleiding en / of systeemtherapie kunnen Rosa en haar ouders werken aan behandeldoelen om de onderlinge interactie te verbeteren en de gezinssituatie te ontlasten.

Bijlage 3.4 – Groep 4: Groepsinterventies in de klas

Aanmeldingsvraag:

In groep 4 van een basisschool geeft een aantal ouders aan dat hun kinderen in de klas en ook zichzelf daarbuiten nog steeds angstig zijn voor twee ouders die een paar maanden eerder de betrokken leerkracht van deze klas ernstig bedreigd hebben. De moeder (zij uitte de fysieke bedreiging) heeft ondertussen een schoolverbod, maar de vader mag nog wel op school komen. Ook het kind van dit echtpaar uit nog steeds regelmatig bedreigingen naar zijn klasgenootjes. De klas en leerkracht blijven gestrest. Ook de leerkracht en de directrice ervaren veel spanning wanneer vader op school komt.

Hulpverlening vanuit DSAV:

- De jeugdspecialist heeft na 3 **klassenobservaties*** en interview met de leerkracht vervolgens met de IB-er, leerkracht en directrice een **groepsgericht plan van aanpak gemaakt** om de veiligheid in de klas maar ook op school i.h.a. t.a.v. dit echtpaar te vergroten. Van belang hierbij is het aangeven van duidelijke grenzen naar dit ouderechtpaar, op welk moment en door wie, waardoor de hiërarchie op school weer hersteld wordt.
- In de klas heeft de jeugdspecialist tijdens 3 sessies m.b.v. **groepsgerichte kindinterventies** samen met de leerkracht** de angst in de klas verminderd en het gevoel van veiligheid vergroot.

Vooronderstelling wanneer DSAV niet ingezet was:

- De angst in de klas zou blijven bestaan. De zorg van andere ouders om de ontwikkeling en het leren van hun kinderen in deze klas neemt toe.
- Ouders willen overplaatsing van hun kind naar een andere klas, wat niet kan. Het leerklimaat raakt ernstiger ontregeld. Kinderen reageren daarop en staan onder druk, kinderen worden vaker door ouders ziek gemeld. De schoolgang komt onder druk te staan met overbelasting in de thuissituatie als gevolg.
- Inzet ondersteuning voor individuele leerlingen wordt voor een aantal kinderen nodig.

Bijlage 3.5 – Groep 5: (V)echtscheidingsproblematiek

Aanmeldingsvraag:

Nu de ouders van Sem (10 jaar) na 2 jaar strijd gescheiden zijn en Sem met zijn broer en moeder uiteindelijk in een nieuw huis met zijn drieën wonen, wil Sem zijn vader niet meer zien. Sem's vader wil wel graag in beeld blijven bij zijn twee zonen. Moeder zegt wel dat Sem zelf mag weten wat hij in het contact met vader wil, maar in haar gedrag houdt ze zich consequent niet aan de eerder gemaakte afspraken m.b.t. het co-ouderschap.

Hulpverlening vanuit DSAV:

- Doel is om te observeren waar het depressieve gedrag van Sem vandaan komt en vast te stellen of er hulpverlening gewenst is voor hem.
- De jeugdspecialist **observeert* Sem in de klas**. Samen met de schoolmaatschappelijk werker is de jeugdspecialist het **gesprek*** met moeder en daarna met vader aangegaan**. De jeugdspecialist start bij Sem met **kindinterventies**** en voert **gezinsgesprekken***** met beide ouders om tot wél haalbare afspraken m.b.t. co-ouderschap te komen. Door de nieuwe woonsituatie blijkt dat ouders eerder genegen zijn om te gaan kijken naar oplossingen van het conflict en het vechten enigszins op te geven.
- Sem krijgt in de **individuele sessies op school** handvaten en inzichten in de positie die hij inneemt binnen de twee nieuwe gezinnen en bijbehorende woonsituaties. De **jeugdspecialist begeleidt hem in zijn loyaliteitsconflict**. Doorverwijzing naar beschikkingszorg voor zijn stemmingsklachten is daarna niet meer nodig.

Vooronderstelling wanneer DSAV niet ingezet was:

- Sem ontwikkelt structurele depressieve klachten, waardoor doorverwijzing naar de jeugd-J-GGZ voor diagnostiek en een behandeling in de richtlijn depressie nodig is.
- Inzet ONS-traject is nodig om het co-ouderschap in het belang van de kinderen werkbaar te maken. Mogelijk is ook een OTS noodzakelijk als de ouders het co-ouderschap middels het ONS traject onvoldoende werkbaar krijgen en de ontwikkeling van beide kinderen ernstig bedreigd wordt.

Bijlage 3.6 – Groep 6: Verstoring van relatie tussen school en kind

Aanmeldingsvraag:

Al vijf weken lang gaat Nadine (11 jaar) niet meer naar school. Nadine is een meisje uit een eenoudergezin met weinig zelfvertrouwen en veel angsten. Ze wil 's morgen niet uit bed komen. Ze geeft aan dat ze buikpijn heeft en denkt dat ze het toch niet goed zal doen op school. Ze is bang dat er dingen gebeuren waar ze geen controle over heeft. De moeder van Nadine geeft aan dat ze al veel heeft geprobeerd om haar weer naar school te krijgen. Moeder heeft medelijden met Nadine. Moeder geeft aan dat het haar niet lukt om Nadine weer naar school te krijgen. School vindt dat moeder tekort schiet. De leerkracht vindt dat moeder haar dochter strenger moet aanpakken. Moeder vindt dat de school te veeleisend is voor haar dochter en onvoldoende begrijpen wat zij nodig heeft.

Hulpverlening vanuit DSAV

- De jeugdspecialist gaat ter **observatie*** met toestemming van moeder en school op huisbezoek. De jeugdspecialist gaat met Nadine naar buiten en ze kan laten zien hoe goed ze kan rolschaatsen. Tijdens het rolschaatsen komen ze in gesprek en vertelt Nadine over school, over haar angsten en wat ze daarin graag zou willen.
- Daarnaast heeft de jeugdspecialist een **gesprek*** met moeder** waarin ze aangeeft hoe moeilijk ze vanuit haarzelf (mede t.g.v. intergenerationele problematiek en ernstige relatieproblemen) het vindt om grenzen en eisen aan haar dochter te kunnen stellen.
- De jeugdspecialist stelt samen met school, moeder en Nadine een plan van aanpak op. Daarin wordt allereerst een **kortdurend traject met kindinterventies**** rondom het vergroten van zelfvertrouwen van Nadine aangeboden.
- Moeder krijgt thuis **concrete opvoedingsondersteuning** in het stellen van grenzen en eisen.
- Moeder en Nadine maken vervolgens ook gezamenlijk met de jeugdspecialist een **stappenplan om Nadine weer naar school te krijgen**. De jeugdspecialist wint het vertrouwen van Nadine. Nadine staat stil bij haar kwaliteiten, ontdekt haar mogelijkheden, leert de interne triggers van angstgevoelens om te zetten naar helpende gedachten.
- **Tegelijkertijd ondersteunt de jeugdspecialist moeder in haar taken omtrent het ondersteunen en begeleiden van Nadine**. De jeugdspecialist helpt moeder middels **oplossingsgerichte interventies***** om haar in haar kracht te zetten als ouder en haar te kunnen laten omgaan met persoonlijke belemmeringen daarin. Het lukt Nadine en moeder om haar na 4 weken weer volledige dagen op school mee te laten draaien.

Vooronderstelling wanneer DSAV niet ingezet was:

- Nadine zou door de toenemende vermijding steeds angstiger worden. Angstklachten leiden tot een DSMV-angststoornis dan wel somatische-symptoomstoornissen.
- Herstel van de schoolgang wordt steeds moeilijker met als gevolg langdurig thuiszitten en doublures op school. De dagelijkse bezigheden van Nadine en moeder komen onder druk te staan.
- Moeder kan moeilijk tot niet meer werken want ze kan haar dochter in deze situatie niet hele dagen alleen thuislaten. Moeder kiest ervoor om de ziektewet in te gaan om dochter te helpen.
- Doorverwijzing jeugd-J-GGZ voor diagnostiek, behandeling angststoornis, gezinsdiagnostiek en AG-traject is nodig.

Bijlage 4: Casus Passende Kinderopvang

Suze is 2 jaar en 6 maanden. Vanwege een syndroom verloopt haar ontwikkeling sterk vertraagd. Ze communiceert met klanken, loopt nog maar net en eten gaat moeizaam. De kinderarts heeft een specialistische groep geadviseerd omdat er sprake was van een vastgesteld syndroom. De meest gangbare route is in dergelijke gevallen dan een specialistische plaatsing. Echter, ouders hebben de wens voor een reguliere peutergroep uitgesproken.

De zorgcoördinator van de GGD ging samen met de ambulant begeleider passende opvang in gesprek met de ouders, en samen met de manager van de kinderopvang is gekeken op welke peutergroep het kind het beste terecht kon. Besloten werd dat de ambulant begeleider PKO het traject zou gaan begeleiden. In dit geval zijn door deze begeleider eerst de problematiek en de ondersteuningsbehoefte in kaart gebracht, o.a. met betrekking tot medische risico's en de mate van ondersteuningsbehoefte bij verschillende (alledaagse) activiteiten om hiermee randvoorwaarden voor de opvang op te stellen. Dit behoeft kennis van de problematiek en hbo-denkniveau om de juiste afwegingen te maken. Suze's ouders voorzien de begeleider PKO van belangrijke gegevens van de betrokken arts, logopedist en fysiotherapeut. De begeleider nam contact op met de groep waar Suze zou starten om hun vragen te horen, bijvoorbeeld m.b.t. de kwetsbaarheid van het kindje (en kunnen die risico's wel worden gedragen binnen de opvang?). Voor hen wordt een verslag gemaakt met o.a. achtergrondinformatie over het ziektebeeld en adviezen van de verschillende disciplines.

In een intakegesprek met ouders, groepsleiding en de ambulant begeleider zijn praktische afspraken gemaakt, bijvoorbeeld rondom eten en drinken. Er wordt afgestemd over opbouw van de wenperiode en het vormgeven van de adviezen binnen de peutergroep; de adviezen worden uitgewerkt tot een stappenplan en benaderingswijze die haalbaar is binnen de opvang. Dit vergde de nodige afstemming en vertaling tussen het plan en de praktijk, zeker wanneer plannen waren opgesteld door discipline die niet gericht zijn of waren op PKO (zoals een arts of logopedist). Hierin was dan ook een belangrijke rol voor de ambulant begeleider PKO weggelegd.

In de wenperiode bleek geen extra ondersteuning nodig. Er is gekeken of gerichte ontwikkelingsstimulering door de ambulant begeleider noodzakelijk was voor Suze en tweedelijns expertise hiervoor nodig was. In het geval van Suze bleek vooral nodig dat de oefeningen die door de fysiotherapeut werden geadviseerd dagelijks met haar te doen, gecombineerd met het oefenen en bevorderen van haar concentratie. Op deze aspecten kreeg zij in de groepsbenadering te weinig stimulering.

De groepsleiding heeft aangegeven zich goed voorbereid te voelen op de komst van Suze in de groep, met name doordat de ambulant begeleider PKO hun angst en zorgen heeft besproken. De pedagogisch medewerkers hadden hierdoor niet het gevoel dat het hen 'overviel', maar dat er ruimte was om te onderzoeken en ontdekken.

Door het vertalen van de specialistische doelstellingen naar de mogelijkheden binnen de reguliere opvang, kan Suze naar de peutergroep in haar eigen wijk. Dit is bereikt door afstemming van alle partijen, het afwegen van risico's én het organiseren van de juiste ondersteuning op het juiste moment.