

EEN ANALYSE VAN DE VERWACHTE KOSTEN EN BATEN VAN **EHEALTH**

Blended behandelen en begeleiden

Voorwoord

Amersfoort, april 2013

Voor u ligt het eindrapport van de analyse van de verwachte kosten en baten van blended behandelen en begeleiden. Deze analyse is uitgevoerd door GGZ Nederland in samenwerking met Dimence, GGZ Breburg, GGZ NHN, GGZ Eindhoven, Pameijer, GGZ Centraal, GGZ Oost Brabant, Arkin, Novadic Kentron en Mondriaan.

We hopen met deze analyse meer inzicht te bieden in de investeringen en de verwachte economische en maatschappelijke baten die de inzet van blended behandelen of begeleiden met zich meebrengt. De ggz is een dynamisch en complex speelveld en deze analyse moet ook in die context worden gezien. Het is een eerste aanzet om leden op weg te helpen in het denken over de kosten en baten, in het definiëren van belangrijke stakeholders en in het aanscherpen van doelen en het maken van keuzes. Een analyse als deze kan ook helpen om het gesprek met stakeholders aan te gaan en te bespreken hoe gezamenlijk doelen verwezenlijkt kunnen worden. Dit rapport is tevens onderdeel van een zogeheten 'toolkit' die onze leden handvatten biedt voor het opstellen van een maatschappelijke business case.

De deelnemers vanuit de tien instellingen hebben veel tijd en energie gestoken in het overdragen van hun kennis en ervaring met blended behandelen of begeleiden en onze dank is dan ook groot. Zonder hen waren we niet tot dit resultaat gekomen. Daarnaast danken wij het Leo Kannerhuis voor hun eenmalige bijdrage en Bureau Insights, dat het traject van begin tot eind heeft begeleid.

GGZ Nederland.

Fianne Bremmer
Marloes van Es

Voor vragen over deze analyse kunt u contact opnemen via fbremmer@ggz nederland.nl

ggz
CENTraal

Mondriaan
voor geestelijke gezondheid

INSIGHTS
ZORG

Dimence

GGZNEDERLAND

ertoe
doen
pameijer

GGz Breburg

GGzE

Noord-Holland-Noord
GGZ

GGZ Oost Brabant

NOVADIC & KENTRON
aanpak voor verpleegzorg

Arkin

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	5		
1. Inleiding	7		
1.1 GGZ Nederland en eHealth	7		
1.2 Definitie eHealth	7		
1.3 Aanleiding voor kosten baten onderzoek	7		
1.4 Doelstelling GGZ Nederland	7		
2. Social Return On Investment	8		
2.1 Methodiek	8		
2.2 Doel SROI	8		
2.3 Stappenplan SROI	8		
2.4 Afbakening eHealth	8		
2.5 Verantwoording opzet	9		
3. Analyse en Resultaten	10		
3.1 Theory of change	10		
3.2 Stakeholdersanalyse	10		
3.3 Investerings	10		
3.4 Resultaten en effecten	12		
3.4.1 Tabel 1: Impactmap deel 1	13		
3.5 Factoren die invloed hebben op de kosten en baten	14		
3.6 Indicatoren bepalen	15		
3.6.1 Raad van bestuur	15		
3.6.1.1 Toename doelmatigheid	15		
3.6.1.2 Behoud marktaandeel	16		
3.6.1.3 Toename productiviteit	16		
3.6.1.4 Voorkomen/ verkorten crisisopname	16		
3.6.2 Behandelaren/ begeleiders	17		
3.6.2.1 Effectievere behandeling/ begeleiding	17		
3.6.2.2 Hogere werksatisfactie	17		
3.6.2.3 Minder reistijd/reiskosten	17		
3.6.3 Cliënten	17		
3.6.3.1 Hogere cliënttevredenheid	17		
3.6.3.2 Vermindering zwaarte hulpvraag	17		
3.6.3.3 Toename sociale inclusie	18		
3.6.3.4 Toename zelfredzaamheid	18		
3.6.4 Financier	19		
3.6.4.1 Efficiëntere zorg	19		
3.6.4.2 Kwaliteit van zorg	19		
3.6.5 ICT- en applicatiebeheer	19		
3.6.5.1 Meer werk door toename techniek	19		
3.6.6 Familie/ mantelzorg	19		
3.6.6.1 Meer online contact met cliënt/ behandelaar	19		
3.6.6.2 Beter inzicht in ziektebeeld en behandeling	19		
3.7 Overige effecten	19		
3.7.1 Toename kwaliteit van zorg	19		
3.7.2 Afname overhead	19		
3.8 Vaststellen sociale waarde: deadweight & attributie	20		
3.8.1 Tabel 2: impactmap deel 2	21		
4. Conclusie & aandachtspunten	22		
4.1 De opbrengst van deze SROI	22		
4.2 Aandachtspunten	22		
Bijlage 1: Bronnenlijst	23		
Bijlage 2: Deelnemende instellingen	23		

Managementsamenvatting

Inleiding

De dienstverlening in de GGZ sector staat door bezuinigingen, toename van cliënten en een veranderende rol van zowel cliënt als zorgprofessional onder druk. In veel gevallen wordt de inzet van eHealth in de vorm van blended behandelen en begeleiden als een van de oplossingen gezien. Aannames zijn onder meer dat de zorg hierdoor doelmatiger wordt, de kwaliteit van zorg toeneemt en klanten meer tevreden en zelfredzaam zijn. In reactie hierop heeft GGZ Nederland in samenwerking met tien lidinstellingen een maatschappelijke kosten baten analyse uitgevoerd aan de hand van de methodiek van Social Return On Investment (SROI). Doel van deze analyse is om meer inzicht te bieden in het economisch én maatschappelijk rendement van blended behandelen & begeleiden voor verschillende stakeholders. Daarnaast is het doel om kennis en ervaring met het opstellen van een maatschappelijke business case meer te borgen binnen GGZ Nederland en daarmee investeringsbeslissingen te professionaliseren.

SROI methodiek

Het doel van een SROI onderzoek is een goed onderbouwde analyse die inzicht geeft in de financiële en sociale opbrengsten van een investering of project. Deze SROI rapportage dient als 'forecast' (zie Hoofdstuk 2) waarbij verwachte kosten en baten in kaart zijn gebracht evenals de indicatoren om deze te meten. We hebben gekozen voor een forecast SROI omdat nog onvoldoende objectieve data voor handen zijn om een valide landelijke business case op te stellen. Deze rapportage kan gebruikt worden als instrument om (bij) te sturen op resultaten en prestatieverbeteringen en het maken van beleidskeuzes. Tevens ondersteunt het instellingen bij het opstellen van een eigen business case.

Aanpak

Samen met tien lidinstellingen zijn onderstaande stappen van de SROI methodiek doorlopen en is een raamwerk tot stand gekomen voor het meten en monitoren van de kosten en baten van blended behandelen/ begeleiden in een instelling.



Resultaten

In het raamwerk worden de belangrijkste veranderingen, effecten en indicatoren per stakeholder benoemd. In de onderstaande figuur een kort overzicht van de belangrijkste stakeholders en bijbehorende effecten.

Stakeholder

RvB/directie

Verwacht effect voor de betreffende stakeholder

Toename doelmatigheid, toekomstbestendig & behoud marktaandeel, voorkomen crisisopname, toename productiviteit per behandelaar/ begeleider

Behandelaren/ begeleiders

Effectievere behandeling, hogere werksatisfactie, minder reistijd
Grotere cliënttevredenheid, minder reiskosten, vermindering van de zwaarte van de hulpvraag/ probleemescalaties, toename kwaliteit van leven door sociale inclusie, toename zelfredzaamheid door betere bewustwording van eigen problematiek.

Cliënten

Efficiëntere hulpverlening, kwaliteit van zorg.

Financier

ICT afdeling

Meer werk door toename techniek in primaire proces.

Familie/ mantelzorg

Online contact met zowel cliënt als behandelaar, beter inzicht in ziektebeeld en verloop behandeling.

Er worden bij de diverse effecten en indicatoren praktijkvoorbeelden gegeven voor het berekenen van een indicator zodat ook inzichtelijk wordt hoe de SROI analyse opgebouwd wordt. Aan de investeringkant is op basis van de gegevens van de lidinstellingen een eerste inzicht te geven over de gemiddelde kosten, gebruik, aantal cliënten en afwegingen in het wel of niet meenemen van bepaalde kosten.

In deze rapportage vindt u de verantwoording van de opzet van het onderzoek, de resultaten van de analyse en de uitwerking van de exemplarische casus.

Conclusies

Via deze analyse is meer inzicht verkregen in de verwachte kosten en baten van de inzet van blended behandelen/ begeleiden. De gedeelde ervaringen en kennis hebben geleid tot een raamwerk dat het mogelijk maakt om effecten binnen een instelling te meten en te monitoren. Het raamwerk ondersteunt leden van GGZ Nederland bij het maken van beleidskeuzes en het aanscherpen van doelstellingen. Een exemplarische casus in de bijlage voorziet in een voorbeeldberekening op basis van aannames en (beperkte) data tot nu toe en biedt daarmee handvatten voor instellingen om een eigen SROI waarde te berekenen.

Het werken met de SROI methodiek dwingt tot het blijven nadenken over de meerwaarde van een investering en heeft voor de deelnemers en GGZ Nederland bijgedragen in het ontwikkelen van kennis en ervaring met het opstellen van een business case. Op basis van de huidige analyse en beschikbare gegevens kunnen we geen landelijke uitspraken doen over de kosten en baten van blended behandelen/ begeleiden. De pilots verschillen te veel om te aggreren en de aantallen zijn te klein. Wel durven we, op basis van de verwachtingen en data tot nu toe, met voorzichtigheid te stellen dat investeren in blended behandelen/ begeleiden op termijn zowel economisch als sociaal rendement oplevert. De waarde van het rendement is echter afhankelijk van verschillende factoren en de kosten gaan voor de baten uit.

Aandachtspunten

- Een SROI uitvoeren is tijdsintensief, zeker als de methodiek nieuw is. Houd hier rekening mee in de agenda en plan ruim de tijd.
- Het opstellen van een SROI business case vereist dat alle stakeholders hun medewerking verlenen en de benodigde gegevens beschikbaar stellen. Het doel van de analyse en de methodiek moet dan helder zijn.
- Als je daadwerkelijk effect wilt meten, dan moet je concreet zijn. Wat wil je bereiken? Hoe ga je dat doen? Met welke inzet? Dan kom je ook tot meer concrete resultaten in je analyse.
- Het bepalen van de doelstellingen en indicatoren is ook iets dat je samen met de stakeholders moet doen. Dat kost veel tijd, maar gaandeweg het traject levert het tijdswinst op omdat je niet steeds hoeft bij te stellen.
- Het bepalen van indicatoren is behoorlijk ingewikkeld en iets waar je goed over na moet denken. Je moet je steeds afvragen of indicatoren daadwerkelijk iets zeggen over wat je wilt weten. Een valkuil hierbij is dat je je verliest in details.
- Begeleiding door een externe adviseur is aan te raden.

Hoofdstuk 1

Inleiding

1.1 GGZ Nederland en eHealth

ICT is niet meer weg te denken in onze maatschappij. Of we nu boodschappen doen, onze vakantie boeken of onze bankzaken regelen, alles gaat tegenwoordig via informatie- en communicatie technologieën. Ook in de gezondheidszorg speelt ICT een steeds grotere rol. Het kan bijdragen aan het versterken van de zelfredzaamheid van patiënten, een efficiëntere bedrijfsvoering en mogelijk antwoorden bieden op het toenemende personeelstekort in de zorg. Voor GGZ Nederland is eHealth dan ook een van de belangrijke pijlers voor het betaalbaar en toegankelijk houden van geestelijke gezondheidszorg en maakt daarom deel uit van de strategische beleidsdoelen van “Zorg Werkt!”.

GGZ Nederland staat hierin niet alleen. De ambitie om een verantwoord gebruik van e-mental health te stimuleren wordt breed gedeeld en is bekrachtigd in het Bestuurlijk Akkoord toekomst ggz 2013-2014.

1.2 Definitie eHealth

eHealth is een zeer omvangrijk begrip. Als we het hebben over eHealth in de brede zin van het woord dan hanteert GGZ Nederland de definitie van de RVZ (2002):

“eHealth is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. Middels nieuwe technologieën en vormen van zorg zal eHealth een bijdrage leveren aan kwaliteitsverbetering en doelmatigheid van preventie en zorgtrajecten. eHealth kan daarbij een op zichzelf staand traject zijn, maar is even zozeer van belang als het gaat om de integratie en stroomlijning van bestaande zorgtrajecten. eHealth biedt daarbij de patiënt meer mogelijkheden om zicht en invloed te krijgen op zijn eigen zorgtraject”.

1.3 Aanleiding voor kosten- batenonderzoek

De dienstverlening in de GGZ sector staat door bezuinigingen, toename van cliënten en een veranderende rol van zowel cliënt als zorgprofessional onder druk. In veel gevallen wordt de inzet van eHealth als één van de mogelijke oplossingen gezien. De Nederlandse ggz is voortvarend van start gegaan en loopt internationaal gezien voorop als het gaat om de ontwikkeling van evidence based online behandelprogramma's. De eerste behandeling- en begeleidingstrajecten via internet startten eind jaren negentig al met een 100% online alternatief voor de begeleidings- en behandelgesprekken. In de loop van de tijd is ook steeds meer aandacht en evidentie gekomen voor blended behandelen, waarbij behandelmodules, vragenlijsten, dagboeken en het eigen gezondheidsdossier via internettechnieken worden ontsloten en een geïntegreerd onderdeel vormen van de behandeling. De technologische ontwikkelingen hebben een stadium van volwassenheid bereikt en het is tijd om van experimenteren naar een regulier en wijdverspreid gebruik van blended behandelen te gaan. Echter, in de praktijk stagneert de implementatie en een bereik van 1-5% van de cliënten die geholpen wordt via blended behandelen is eerder regel dan uitzondering. Eén van de oorzaken lijkt gelegen in een gebrek aan kennis en transparantie over de kosten en baten voor verschillende stakeholders op korte en lange termijn. Bijvoorbeeld als het gaat om de kosten en baten voor behandelaren en cliënten: één van de belangrijkste stakeholders om de implementatie van blended behandelen & begeleiden te laten slagen.

1.4 Doelstelling GGZ Nederland

Het doel van GGZ Nederland is tweeledig. In de eerste plaats is het doel om aan de hand van een landelijke maatschappelijke business case inzicht te bieden in het economische en sociaal rendement van ehealth voor de verschillende belanghebbenden. Er gaat veel aandacht uit naar de potentiële kostenbesparing van ehealth door de inzet van arbeidsbesparende technieken. Maar ook kwaliteit van de zorg en dienstverlening, transparantie, effectiviteit, cliënttevredenheid en medewerkerstevredenheid zijn factoren die gewogen zouden moeten worden. GGZ Nederland kan hiermee de verwachtingen van de inzet van eHealth beter managen en leden ondersteunen bij het maken van keuzes ten aanzien van eHealth.

In de tweede plaats is het doel om het opstellen van een business case via de SROI methodiek meer te borgen binnen GGZ Nederland om daarmee investeringsbeslissingen te professionaliseren.

Hoofdstuk 2

Social Return On Investment

2.1 Methodiek

Social Return On Investment (SROI) is een methodiek waarmee de sociaal-maatschappelijke impact van een organisatie of activiteit kan worden onderzocht en waarin kwantificeerbaar maken van zachte baten een belangrijke rol speelt.

SROI is een instrument dat op diverse manieren gebruikt kan worden. Allereerst is het is een communicatiemiddel om belanghebbenden met verschillende doelstellingen aan te spreken. De gerichtheid op belanghebbenden kan de onderlinge relaties verhelderen en activiteiten met een sterke samenhang helpen benoemen waardoor maatschappelijke waarde kan toenemen.

De SROI-analyse biedt daarnaast handvatten om de noodzaak van een investering te verklaren.

De SROI methodiek is gebaseerd op een viertal principes:

- Het is gericht op de personen (stakeholders) die belangrijk zijn voor of belang hebben bij het project
- Het richt zich op die zaken die belangrijk zijn voor het project/ voor de stakeholders
- Het in kaart brengen van de impact geeft inzicht in de manier waarop veranderingen bewerkstelligd worden en geeft inzicht voor wie en hoe er sprake is van impact
- Het levert een methode om te bepalen hoeveel toegevoegde waarde er daadwerkelijk wordt gerealiseerd.

2.2 Doel SROI

Het doel van een SROI onderzoek is een goed onderbouwde analyse die inzicht geeft in de financiële en sociale opbrengsten van een investering of project. Er zijn twee typen SROI's mogelijk: een evaluatieve SROI en een forecast SROI.

Een evaluatieve SROI is gebaseerd op activiteiten en uitkomsten die reeds plaats hebben gevonden. De SROI is hierbij een instrument om achteraf aan te tonen dat het project succesvol is en aansluit bij de doelstellingen van de verschillende stakeholders.

Een forecast SROI dient als instrument om (bij) te sturen op resultaten en prestatieverbeteringen en wordt vaak gebruikt wanneer nog onvoldoende objectieve data voor handen is. Op basis van documentanalyse en aannames worden verwachte kosten en baten in kaart gebracht evenals de indicatoren om deze te meten.

2.3 Stappenplan SROI



2.4 Afbakening eHealth: blended behandelen/ begeleiden

Als we kijken naar de definitie van de RVZ over eHealth dan is het nog steeds een breed begrip. Het gaat over het gebruik van nieuwe ICT en internet technologieën om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. Hierbij kan het dus ook gaan over e-consult tussen professionals onderling, elektronische dossiervorming of het online maken van een afspraak met een behandelaar. In deze SROI richten wij ons nadrukkelijk op die vorm van eHealth waar het gaat om behandelen of begeleiden. Vanuit het veld zijn twee eHealth toepassingen te onderscheiden die zich hierin snel ontwikkelen. In de curatieve ggz is dat blended behandelen en in de langdurige ggz in meerdere mate beeldbellen (plus).

Blended behandelen

Deze vorm van eHealth is een geïntegreerde combinatie van online en offline interventies. Een deel van het reguliere face to face contact wordt vervangen door online toepassingen. Voorbeelden hiervan zijn: diagnostiek, psycho-educatie, monitoring, online opdrachten, dagboek bijhouden, beveiligd e-mailcontact, chatsessies en beeldcommunicatie.

Beeldbellen (plus)

Beeldbellen, of ook wel beeldschermzorg genoemd, is in de enge zin het bieden van ondersteuning op afstand. In de langdurige ggz krijgt deze vorm van begeleiden steeds meer aandacht. Aan het begin van het traject is echter al geconstateerd dat in de praktijk steeds vaker een vorm van 'Beeldbellen plus' wordt aangeboden. De plus staat voor de extra content rondom het beeldbellen veelal vertaald in een cliëntenportaal met verschillende tools zoals het online bijhouden van een log-of dagboek, lotgenoten contact, co-browse, beveiligd e-mailcontact en chatten. Het onderscheidt tussen blended behandelen en beeldbellen plus wordt daarmee steeds kleiner. Beide toepassingen combineren online en offline interventies en/of contact met regulier face to face contact.

2.5 Verantwoording opzet

Hieronder geven we kort weer hoe deze SROI tot stand is gekomen. Gedurende het traject zijn een aantal keuzes gemaakt die invloed hebben op het eindresultaat.

Analyse

Voor de SROI analyse zijn twee aparte werkgroepen samengesteld: blended behandelen en beeldbellen plus (zie bijlage voor deelnemers). In totaal hebben tien lid-instellingen deel genomen die al voor aanvang van de SROI analyse een pilot waren gestart op één van de deelthema's. Tijdens een kick-off meeting is de focus van het onderzoek en de SROI methodiek uitgelegd. Daarna zijn de werkgroepen in verschillende bijeenkomsten aan de slag gegaan met:

- stakeholdersanalyse
- overeenstemming vinden over de veranderingen, activiteiten en investeringen
- bepalen van resultaten en effecten
- bepalen van indicatoren en bronnen

De verschillende stakeholders zijn gedurende het traject door de deelnemers geconsulteerd. Het benoemen van de effecten en indicatoren blijkt in de praktijk één van de meest ingewikkelde stappen. Het vraagt om een vooruitziende en kritische blik. In het hoofdstuk Analyse en Resultaten (H.3) staan de effecten en indicatoren beschreven. Het is belangrijk om te vermelden dat diverse effecten en indicatoren de revue zijn gepasseerd, maar uiteindelijk niet zijn opgenomen. Deze keuzes zijn in gezamenlijk overleg gemaakt waarbij rekening is gehouden met relevantie, meetbaarheid en de termijn waarop een effect zich voordoet. Dit laat niet onverlet dat individuele instellingen wellicht andere keuzes maken. Dit document is dan ook bedoeld als raamwerk. Het is richtinggevend en de praktijk moet uitwijzen of andere effecten en indicatoren meegenomen worden.

Dataverzameling en SROI Rapportage

De oorspronkelijke intentie was om een landelijke evaluatieve SROI op te stellen voor zowel blended behandelen als beeldbellen plus. Echter, voortschrijdend inzicht heeft geleid tot de conclusie dat de wens om te komen tot een landelijke business case op basis van geaggregeerde gegevens in dit stadium niet mogelijk is. In de eerste plaats kunnen de deelnemende instellingen nog onvoldoende data aanleveren om een evaluatieve SROI op te bouwen. In de tweede plaats variëren de keuzes binnen de projecten te veel om te komen tot uitspraken op geaggregeerd niveau. Op basis van deze bevindingen is besloten om geen evaluatieve SROI, maar een forecast SROI op te stellen. Ter aanvulling maken we gebruik van een exemplarische casus en vullen we de business case op basis van tot nu toe verkregen data, (wetenschappelijk) onderzoek en aannames. Over een jaar kan bezien worden of genoeg gegevens beschikbaar zijn om een evaluatieve SROI op te stellen.

Verder is naar voren gekomen dat zowel de verwachte effecten en indicatoren als de tools die gebruikt worden voor blended behandelen in de kortdurende ggz en beeldbellen plus in de langdurige ggz sterk overeenkomen. De grootste verschillen verwachten we in de waarden die uiteindelijk aan de effecten worden toegekend en die zijn afhankelijk van diverse factoren. De keuze is daarom gemaakt om een paragraaf op te nemen waarin deze verschillende factoren zijn beschreven en om één SROI rapportage op te stellen met blended behandelen/ begeleiden als scope. Blended staat in dit geval voor een geïntegreerde combinatie van online en offline contacten en interventies. Beeldbellen of beeldschermzorg is daarbinnen één van de mogelijke middelen. Vervolgens is het aan instellingen zelf om voor de eigen situatie en doelgroep te bepalen welke effecten zij verwachten te realiseren en op welke zij willen sturen. Deze SROI helpt bij dit proces.

Resultaat

De nieuwe aanpak doet geen afbreuk aan het doel van GGZ Nederland: het managen van verwachtingen ten aanzien van eHealth en het bieden van ondersteuning bij het maken van beleidskeuzes. Hoewel deze forecast SROI niet leidt tot objectieve uitspraken op basis van geaggregeerde data, geeft het wel duidelijk zicht op verwachte kosten en baten en een set aan indicatoren om deze te meten. Dit geeft richting aan het proces en ondersteunt bij het maken van (beleids-) keuzes en het aanscherpen van doelstellingen. Daarnaast kan het als leidraad dienen in het gesprek tussen de instelling en de zorgverzekeraar. De exemplarische casus fungeert als voorbeeld voor instellingen die een eigen business case willen opstellen.

Hoofdstuk 3

Analyse en Resultaten

3.1 Theory of Change

Probleem	In 2011 kostte de zorgverlening binnen de GGZ de Nederlandse belastingbetaler 5,5 miljard euro. In de afgelopen 10 jaar zijn de kosten aan de GGZ meer dan verdubbeld. Bij ongewijzigd beleid zal deze tendens zich doorzetten en wordt de zorg onbetaalbaar, onhoudbaar en neemt de kwaliteit af.
Urgentie	De dienstverlening in de GGZ sector staat door bezuinigingen, toename van cliënten en een veranderende rol van zowel cliënt als zorgprofessional onder druk.
Schaal van het probleem	Ieder jaar melden zo'n 2,5 miljoen mensen zich bij de huisarts met psychische klachten. In 2010 ontvingen meer dan 1 miljoen mensen hulp vanuit de GGZ. In 2011 is er een toename van 11% ¹
Oplossing	In veel gevallen wordt de inzet van eHealth in de vorm van blended behandelen en begeleiden als een mogelijke oplossing gezien. Aannames die gedaan worden als het gaat om de inzet van ehealth zijn onder meer dat de zorg doelmatiger wordt, er meer gedaan kan worden met dezelfde middelen, de kwaliteit van zorg toeneemt en klanten meer tevreden en zelfredzaam zijn.
Doelen	Betaalbare, toegankelijke en houdbare zorg.

3.2 Stakeholderanalyse

De deelnemende instellingen identificeren bij de realisatie van het eHealth project in hun organisatie zowel interne als externe stakeholders. De geïdentificeerde stakeholders of de belangen kunnen per fase en per project verschillen. Voor deze business case is in gezamenlijk overleg bepaald welke stakeholders op dit moment en in het geval van een blended toepassing relevant zijn. Voor individuele instellingen is er uiteraard ruimte om ook specifieke stakeholders op te nemen die alleen voor hen relevant zijn.

Zowel de interne als externe stakeholders van de organisatie alsook de primaire omgeving van de cliënt zijn meegenomen. Verder is de keuze gemaakt om de interne stakeholders van de organisaties in te delen in twee niveaus, omdat belangrijke verschillen in waarde voor verwachte investeringen en effecten worden verwacht. Op strategisch niveau is dat de Raad van Bestuur (of directie) en op operationeel niveau de behandelaren of begeleiders. De afdeling ICT-applicatiebeheer wordt ook gezien als relevante interne stakeholder. Als belangrijkste externe stakeholders zijn de cliënt en de primaire omgeving van de cliënt, namelijk de familie en/of mantelzorger, benoemd en de financier (zorgverzekeraar/ zorgkantoor).

¹ <http://www.vektis.nl/downloads/publicaties/2012/Zorgthermometer%20-%20GGZ%20in%20beeld/index.html#/35/zoomed>
(geraadpleegd februari 2012)

Vanwege de maatschappelijke insteek van een SROI onderzoek is het weliswaar wenselijk om de maatschappelijke (secundaire) omgeving mee te nemen, maar wegens praktische bezwaren in termen van tijd en geld is het op dit moment niet mogelijk al deze organisaties bij de business case te betrekken. Het is aan individuele instellingen om op het moment dat het voor hen opportuun is de secundaire omgeving uit te werken.

Hieronder vallen stakeholders als:

- Werkgevers (cliënten blijven aan het werk of kunnen bij uitval weer eerder re-integreren)
- Politie (crisissituaties worden voorkomen, veiligheid is beter geborgd)
- Gemeenten (minder ondersteuningsaanvragen Wmo, minder uitkeringen door minder uitval)
- Scholen (minder schooluitval, minder begeleiding nodig)
- Ketenpartners zoals de huisarts (minder huisartsconsulten, meer zicht op ggz behandeling)

3.3 Investerings

De inzet van blended behandelen vraagt investeringen zowel in geld als in tijd (zie activiteiten impactmap deel 1). Bij de inzet van blended behandelen spelen de volgende kosten een rol:

- Projectkosten:
 - Projectleider, projectgroep, projectcommunicatie
 - Ontwikkeling of inkoop van de applicatie(s)
 - Ontwikkeling van content
 - Realisatie van koppelingen tussen EPD en applicatie
 - Opleidingskosten van zowel personeel als cliënten
- Structurele kosten
 - Investerings in ICT hardware
 - Licentiekosten applicatie
 - Beheer en onderhoudskosten
 - Helpdeskfunctie voor zowel personeel als cliënten
 - Hosting
- Omzetting
 - Door verminderde productiviteit tijdens implementatiefase
 - Door scholing

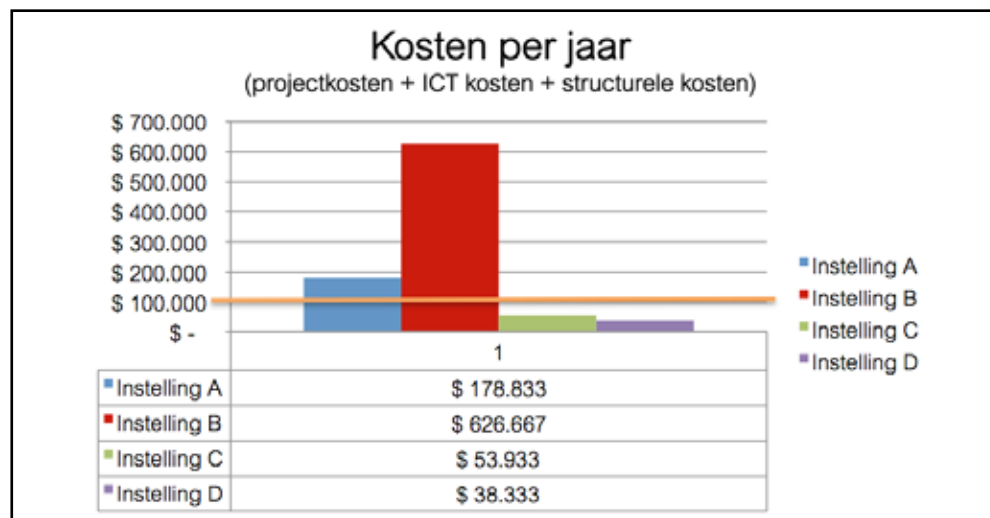
Niet iedere instelling berekent de kosten op dezelfde manier en neemt dezelfde (strategische) beslissingen ten aanzien van de implementatie. Instelling A neemt bijvoorbeeld wel omzetting door scholing mee, terwijl instelling B aangeeft dat andere behandelaren het werk van degene die geschoold worden overnemen dus de omzet gelijk blijft. Sommige instellingen ontwikkelen zelf een platform waarbij het eigen personeel intensief betrokken wordt bij het ontwerp en de inrichting terwijl andere instellingen aanhaken bij een grote leverancier en diens product en dat met een beperkte inzet van eigen mensen op maat laten maken.

Daarnaast kiest niet elke instelling voor dezelfde wijze van uitrol. Een aantal gaat meteen met een groot deel van de cliënten aan de slag terwijl anderen liever eerst ‘pilotten’ met een beperkte groep. De kostenoverzichten variëren van alleen de ontwikkeling van blended behandelen voor één ziektebeeld tot een geïntegreerd behandelplatform voor alle cliënten van een instelling. En niet elke instelling bevindt zich in dezelfde fase van implementatie waardoor vergelijken en cumuleren lastig wordt. Tot slot, zijn wij ons ervan bewust dat instellingen een deel van de ontwikkeling mogelijk via subsidie financieren. Dit is echter geen structurele financieringsvorm en wij gaan hier dan ook uit van de toegevoegde waarde van blended behandelen/ begeleiden gefinancierd uit de eigen middelen.

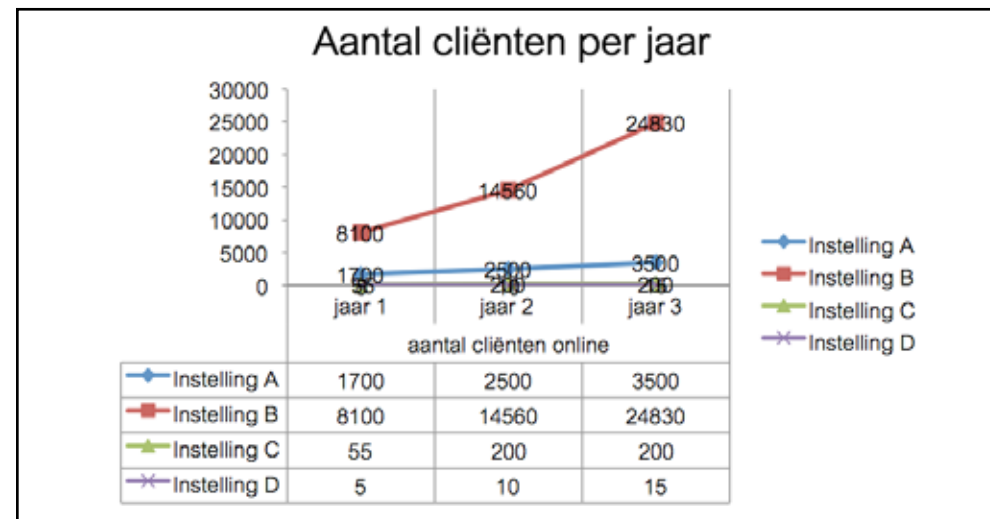
Kortom: er zijn veel verschillende scenario's. Iedere instelling maakt hierin eigen keuzes. Er is echter wel een grote gemene deler te benoemen als het gaat om de kostenkant namelijk:

- Projectkosten worden redelijk in beeld gebracht.
- Structurele ICT-kosten zijn zeker voor de applicatie/het platform behoorlijk in beeld.
- Opleidingskosten variëren behoorlijk afhankelijk van de gekozen manier van opleiden en het meerekenen van omzetting.
- Alle instellingen kiezen voor een groeiscenario als het gaat om het aantal behandelaren dat blended behandelt en het aantal cliënten dat een blended behandeling krijgt.

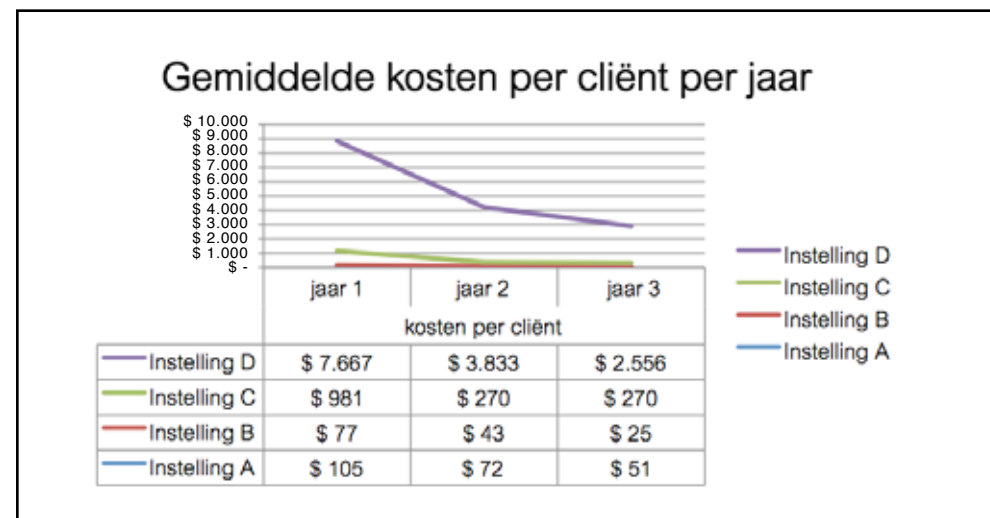
In de onderstaande grafieken een aantal voorbeelden van de kostenstructuur van een dergelijk project.



Voorbeeldgrafiek 1: De gemiddelde investeringskosten per instelling per jaar. De mediaan (oranje lijn) van de investeringskosten per jaar bedraagt 140.569.



Voorbeeldgrafiek 2: Gemiddeld aantal verwachte online cliënten per jaar per instelling



Voorbeeldgrafiek 3: Gemiddelde kosten per cliënt per instelling per jaar.

Toelichting op de input in deze SROI analyse

Ten aanzien van de tijdsinvestering van iedere stakeholder is er in deze SROI analyse voor gekozen om alleen die tijd te kapitaliseren die ook ten koste gaat van de declarabele uren. Dit houdt in dat de tijdsbesteding van stafmedewerkers en/ of de Raad van Bestuur niet gekapitaliseerd wordt omdat zij dit als onderdeel van hun reguliere activiteiten doen. De impact van de inzet van blended behandelen op ICT is echter dermate groot dat deze wel (indien mogelijk) gekapitaliseerd dient te worden. De uren van de behandelaren worden berekend aan de hand van het onderhanden werktarief (Nza) dat in de DBC systematiek voor 2012 wordt gehanteerd, namelijk € 93,- per uur.

3.4 Resultaten en effecten

De activiteiten en investeringen leiden tot een meetbaar of zichtbaar resultaat op de korte termijn. Bijvoorbeeld meer managementinformatie, nieuwe verdienmodellen en geschoold personeel. Resultaten op korte termijn worden nagestreefd om een hoger doel, de langere termijn effecten te bereiken. Bijvoorbeeld een toename van de doelmatigheid, behoud van marktaandeel of toename van de productiviteit. De SROI methodiek streeft er naar om deze effecten zoveel mogelijk te monetariseren aan de hand van indicatoren die erop wijzen dat het effect wordt gerealiseerd.

In de onderstaande tabel zijn de stakeholders, de veranderingen, de investeringen en de verwachte resultaten en effecten verder uitgewerkt.

3.4.1 TABEL1: Impactmap deel 1

Stakeholders	Veranderingen	Investerings	Resultaten	Effecten
Raad van Bestuur/ directie	- Andere benadering productenportfolio en anders organiseren van zorg door eHealth	- apparatuur - ontwikkelkosten (applicatie) - structurele kosten beheer/ licenties etc - scholingskosten behandelaren	- Meer management- en sturingsinformatie door gestructureerd en geprotocolleerd werken - Nieuwe dienstenportfolio - Personeel is geschoold in gebruik e-mental health	- Toename doelmatigheid - Toekomstbestendig/ behoud marktaandeel - Voorkomen crisisopname - Toename productiviteit per behandelaar/ begeleider
Behandelaren / begeleiders	- Andere manier van werken	- Tijd investeren om gebruik applicatie eigen te maken	- Mogelijk tot veilig en laagdrempelig online contact	- Effectievere behandeling - Doelmatiger werken - Productiever werken
	- Meer vraaggericht dan aanbod gestuurd	- Scholing en opleiding, intervisie	- Gebruik blended programma bestaande uit diverse online tools	- Hogere werksatisfactie - Minder reistijd
Cliënten	- Andere vorm van begeleiding en dienstverlening, meer zeggenschap behandeling	- Meer tijd investeren in zijn eigen proces	- Meer regie op zowel inhoud van de behandeling als frequentie van het contact	- Grotere cliënttevredenheid
		- Leren omgaan met nieuwe technieken	- Gebruik toegankelijke en online tools ter ondersteuning van de behandeling/ begeleiding	- Toename sociale inclusie
		- Mogelijk eigen geld in devices en verbindingen (bijvoorbeeld pc, tablet, smartphone)	- Meer zelfmanagement en mogelijkheden tot reflectie	- Vermindering van de zwaarte van de hulpvraag/ minder probleemescalatie - Toename zelfredzaamheid
Financier	- Ander aanbod voor inkoop	- Tijd in vaststellen inkoopcriteria	Inkoop eHealth dienst	- Efficiëntere hulpverlening
		- Selectiever inkopen ehealth dienst		- Kwaliteit van zorg
ICT	- Andere ICT architectuur - Verschuiving aard van het werk	- Tijd investeren in integratie en koppelingen	- Geïmplementeerde nieuwe systemen	- Meer werk door toename techniek in primaire proces
		- Beheer nieuwe systemen en technieken	- Nieuwe contracten (met bestaande en nieuwe leveranciers)	
		- Customersupport	- Uitbreiding SLA's intern	
Familie-mantelzorg	- Meer communicatie- mogelijkheden	- Tijd in leren omgaan techniek	- Mogelijkheid tot online (laagdrempelig) contact met zowel cliënt als behandelaar	- Minder reiskosten
	- Andere manier van hulp inschakelen	- Kosten voor apparatuur	- Meer participatie in behandeling mogelijk	- Beter inzicht in ziektebeeld en voortgang behandeling

3.5 Factoren die invloed hebben op de kosten en baten

Het is evident dat de verwachte effecten en de kostprijs afhankelijk zijn van verschillende factoren. In onderstaande tabel staan deze factoren weergegeven. Wanneer gekozen wordt voor het opstellen van een SROI voor blended behandelen/ begeleiden dient altijd de specifieke situatie en onderstaande factoren in ogenschouw genomen te worden.

Kosten	Factoren die invloed hebben op kosten	Baten (zie voor toelichting effect en indicatoren paragraaf 3.6)	Factoren die invloed hebben op het al dan niet optreden van een en de baten waarde van het effect
Structurele investeringskosten	<ul style="list-style-type: none"> - Het al dan niet inzetten van cliënten voor onderhoud en beheer ICT - Het al dan niet reeds bestaan van 24/7 helpdesk - Aantal cliënten dat bereikt wordt - Het beleggen van ICT vragen vanuit de cliënt bij hulpverleners zelf i.p.v. speciaal ingerichte helpdesk 	Doelmatigheid	<ul style="list-style-type: none"> - De mate waarin reeds geprotocolleerd wordt gewerkt - De mate waarop systemen geïntegreerd en gekoppeld zijn (bijvoorbeeld met EPD) - Mate waarin online contact vervangend wordt aangeboden voor f2f - Verhouding f2f en online contact - Vastgestelde duur van de online contacten (bv bij beeldbellen)
Initiële investeringskosten	<ul style="list-style-type: none"> - Tweedehands of nieuwe apparatuur - Koop of huur/lease - Dedicated of consumenten elektronica - Gebruik van apparatuur beschikbaar bij cliënt - Leverancier - Mate waarin hulpverleners opgeleid moeten worden - De keus of (tijdelijk) productieverlies al dan niet verdisconteerd wordt 	Behoud marktaandeel (nieuwe cliënten)	<ul style="list-style-type: none"> - Cliëntenpopulatie: jong/ oud, type stoornis. - Geografische ligging: stad/platteland - Mate van specialisatie
		Productiviteit	<ul style="list-style-type: none"> - Mate van productiviteit per behandelaar voor inzet van blended behandelen - Mate waarin 'gewonnen tijd' wordt ingezet voor cliënt-uren - Mate waarin nieuwe cliënten zich aandienen
		(Duur) Crisisopname	<ul style="list-style-type: none"> - Doelgroep (matig/ernstig /chronisch) is zeer bepalend voor de mate waarin sprake zal zijn van voorkomen crisisopname. Bij kortdurende ggz zal dit effect naar verwachting minder groot zijn.
		Reistijd en reiskosten voor de behandelaar/begeleider	<ul style="list-style-type: none"> - Vooral van toepassing bij ambulante (woon)begeleiding/ behandeling waarbij een x -aantal face to face gesprekken bij de cliënt thuis wordt vervangen door online contact. - Mate waarin sprake is van reistijd tussen verschillende locaties
		Clienttevredenheid	<ul style="list-style-type: none"> - Doelgroep (competenties, ICT minded, geografische ligging woning; noodzaak) - Keuzemogelijkheden in functionaliteit
		Sociale inclusie	<ul style="list-style-type: none"> - Doelgroep (ernst en duur van de stoornis). - Bij langdurige ggz is eerder sprake van een afstand tot de maatschappij en een klein sociaal netwerk, waardoor het effect hier naar verwachting groter is.
		Zelfredzaamheid als gevolg van betere bewustwording	<ul style="list-style-type: none"> - Afhankelijk van doelgroep (en patiëntkenmerken) - Grootste effect bij begeleiding van chronische patiënten, waar zelfredzaamheid een grotere rol speelt.

3.6 Indicatoren bepalen

Effecten worden gemeten aan de hand van indicatoren. De indicatoren worden zo meetbaar en smart mogelijk geformuleerd, zodat een eventuele verandering zichtbaar is. Vervolgens worden de indicatoren gewaardeerd in termen van geld (monetariseren), dit vindt plaats in het volgende hoofdstuk. Hieronder worden per stakeholder de verwachte effecten beschreven en bijbehorende indicatoren benoemd.

3.6.1 Raad van bestuur

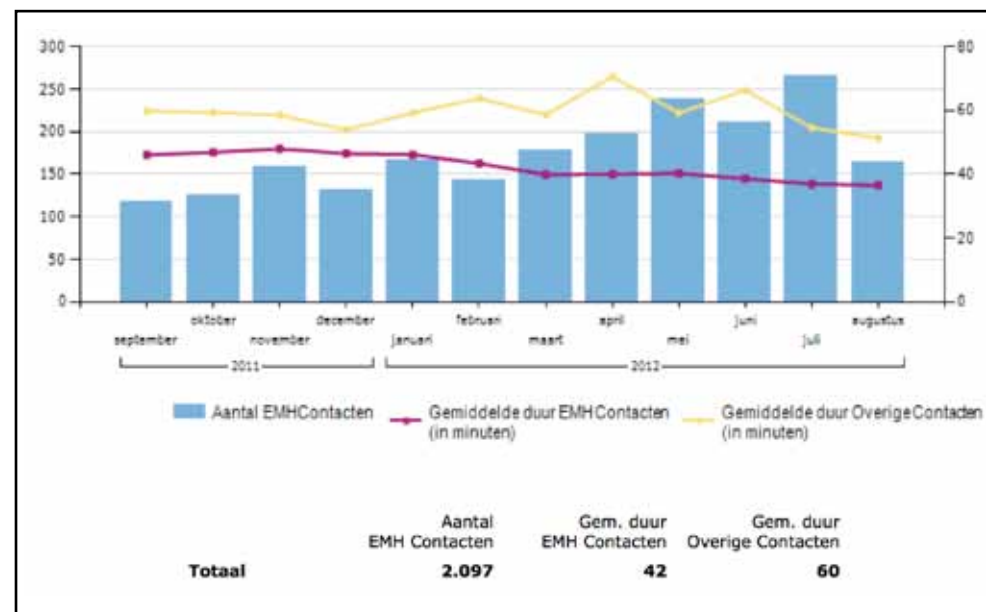
3.6.1.1 Toename doelmatigheid

Doelmatiger werken en meer doen met dezelfde middelen wordt een steeds belangrijker streven in de zorg. De verwachting is dat blended behandelen/begeleiden hier een bijdrage aan levert. In de eerste plaats helpt het digitaliseren van onderdelen van de behandeling of begeleiding bij het gestructureerd en geprotocolleerd werken. De verleende zorg wordt daarmee meer transparant en de mogelijkheid ontstaat om voor bepaalde (geplande) routinematige werkzaamheden lager geschoold en goedkoper personeel in te zetten. De verwachting is ook dat het aantal behandelminuten afneemt, omdat een deel van het face to face contact wordt vervangen door online contact. Online contact neemt minder tijd in beslag dan face to face contact, omdat men sneller 'to the point' komt en er minder sprake is van tijdsverlies door bijvoorbeeld een inleidend praatje en koffie schenken, ook wel 'drift' genoemd. Het contact vindt immers plaats op het moment dat de cliënt een gerichte hulpvraag heeft of wanneer de behandelaar het een geschikt moment acht en niet omdat nu eenmaal een gesprek gepland staat. Daarnaast wordt meer zelfwerkzaamheid van de cliënt verwacht, waardoor hij beter is voorbereid.

Indicatoren zijn:

- Aantal behandelminuten of begeleidingsuren (in DBC of begeleidingstraject)
- Aantal behandelaren/begeleiders (fte)
- Aantal 'goedkopere' uren (verandering in mix personeel)

Voorbeeld 1: Tijdsduur e-mental health contact vanuit ggz instelling



3.6.1.2 Behoud marktaandeel (toekomstbestendig)

Door het aanbieden van blended behandelen kan een deel van een behandeling of begeleiding door de cliënt vanuit huis worden gedaan. De verwachting is dan ook dat de geografische spreiding van cliënten hierdoor groter wordt². Dit effect zal nog groter zijn als het om specialistische zorg gaat die in de eigen woonomgeving niet beschikbaar is. Tevens leidt het aanbod van nieuwe en meer toegankelijke diensten ertoe dat ook de huidige cliëntenpopulatie zich aangesproken voelt en marktaandeel (omzet) minimaal behouden blijft.

Indicatoren:

- Zorgbedrag (omzet) blijft minimaal gelijk
- Geografische spreiding van cliënten
- Aantal cliënten in nieuwe dienst(en)
- Aantal cliënten in bestaand aanbod

3.6.1.3 Toename productiviteit per behandelaar/ begeleider

De verwachting is dat de behandelaar minder indirecte tijd kwijt is aan registratie en verslaglegging omdat dit onderdeel van de behandeling is (bijvoorbeeld een chatsessie of het standaard invullen van (ROM) vragenlijst)³ en dat dit verschuift ten behoeve van de directe tijd. Ook kan no-show tijd effectiever opgevuld worden door eHealth contacten, omdat deze flexibel, zowel qua tijd als plaats, uitgevoerd worden. Hiermee neemt ook de niet-cliëntgebonden tijd af. De productiviteit, het aantal cliënten per behandelaar, neemt naar verwachting toe.

Indicatoren:

- Verhouding directe- en indirecte cliëntgebonden tijd
- Aantal no show
- Aantal cliënten per behandelaar
- Aantal cliënten op wachtlijst

² Kanttekening hierbij is dat een groter bereik door geografische spreiding met name van toepassing is in landelijk / uitgestrekt gebied en minder in stedelijk gebied.

³ In sommige gevallen bestaat ook de kans dat het tegenover gestelde, meer administratie, van toepassing is omdat verschillende systemen niet zijn geïntegreerd of gekoppeld met het EPD.

3.6.1.4 Voorkomen en/ of verkorten crisisopname⁴

De verwachting is dat blended behandelen/ begeleiden een effect heeft op het aantal crisisopnames en de duur van een crisisopname. Zo blijkt uit de gedeelde ervaringen in de werkgroepen dat het 'parkeren' van een urgente vraag, door het sturen van bijvoorbeeld een email (a-synchroon) aan de behandelaar, al kan leiden tot een meer stabiele en rustige situatie bij de cliënt. Het effect van direct contact, bijvoorbeeld chatten of beeldbellen, is dan ook nog veel groter en verwacht wordt dat hierdoor escalatie en crisis kan worden voorkomen. Wanneer een cliënt reeds in crisisopname verblijft, wordt naar verwachting de opname-duur verkort door de mogelijkheid om via beeldcommunicatie 24/7 contact op te nemen met behandelaar/ begeleider en visa versa.

- Aantal crisisopnames
- Duur crisisopname

Voorbeeld 1: Businesscase spoedeisende psychiatrie

Spoedeisende Psychiatrie

Mevrouw B was opgenomen op een zogeheten "E-bed" voor €318,71 per dag. Toen haar ontslag naderde is met haar de mogelijkheid van beeldbellen besproken. Mevrouw was hier enthousiast over en is 2 weken eerder dan initieel gedacht met ontslag gegaan (14 x €318,71 = €4461,94). In plaats van iedere dag Psychiatrische Intensieve Thuisbegeleiding (PIT) krijgt mevrouw om de dag crisis PIT en de andere dag een beeldbelcontact (beiden contacten van ca. 45 minuten, in totaal 14 x 45 minuten = 630 minuten bijdrage aan de DBC. Door het beeldbellen hoeft de hulpverlener niet te reizen naar mevrouw B en ook bevat de DBC van Mevrouw B minder indirecte tijd, deze kan dus "productiever" genoemd worden. Na de twee weken intensieve begeleiding wordt een en ander afgebouwd. Mevrouw B behoudt twee maanden de mogelijkheid tot beeldbellen met de kliniek. De kosten zijn 2 maanden een thuispost die in 3 jaar is afgeschreven en €1810 kost, dat komt neer op €50 per maand, plus 2 maanden mobiel internet voor €70 euro per maand. In totaal dus €240,-. Het beeldbellen zorgt er ook voor dat een opname korter duurt op de kliniek van Spoedeisende Zorg. Met een aantal bedden leeg heeft de afdeling meer mogelijkheden om altijd op te nemen. Daarnaast levert beeldbellen een sneller herstel op, een grotere cliënttevredenheid en een betere concurrentiepositie t.o.v. de PAAZ.



⁴ Voorkomen van crisisopname zal voornamelijk van toepassing zijn bij ernstige of langdurige psychiatrische cliënten in combinatie met beeldschermzorg op afstand. In andere gevallen spreken we van het voorkomen van een crisissituatie, zoals de cliënt die zelf kan ervaren.

3.6.2 Behandelaren/ begeleiders

3.6.2.1 Effectievere behandeling/ begeleiding (klinische effectiviteit)

De mogelijkheid tot laagdrempelig, tussentijds en dus frequenter persoonlijk contact (via mail, chat, beeldcontact) tussen cliënt en behandelaar leidt naar verwachting tot een betere en meer gelijkwaardige relatie en daarmee tot een hogere therapietrouw. De behandelaar of begeleider is daarnaast beter op de hoogte van de actuele situatie en gemoedstoestand van de cliënt, waardoor het face to face gesprek effectiever ingericht wordt. De online verslaglegging (bv. dagboek bijhouden of invullen opdracht) door de cliënt draagt bij aan een betere content voor de behandelaar, zodat hij doelgericht aan de slag kan met de cliënt.

Indicatoren:

- ROM score
- Aantal cliënten dat behandeling afmaakt

3.6.2.2 Hogere werksatisfactie behandelaar

De mogelijkheid tot taakdelegatie dat online behandelen/ begeleiden in veel gevallen biedt, en dus meer passend werk op ieders niveau, zal naar verwachting leiden tot een grotere medewerkerstevredenheid.

Daarnaast biedt online werken meer flexibiliteit in werktijden en werkplek en ook de toename in effectiviteit van de behandeling draagt naar alle waarschijnlijkheid bij aan een hogere tevredenheid. De beste manier om dit te meten is door middel van een gerichte vragenlijst. Een hogere score op het medewerkerstevredenheid-onderzoek (mto) of een afname in ziekteverzuim zou ook als indicator kunnen dienen, hierbij moet dan wel nadrukkelijk rekening gehouden worden met andere factoren die invloed hebben op dit effect. Kanttekening bij deze aannames is dat een verandering in het werk ook vaak tot angst en weerstand leidt en dat het met enthousiasme ontvangen van technologie afhankelijk is van de leeftijd en de mate waarin een behandelaar of begeleider 'ict-minded' is.

Indicatoren:

- Score op tevredenheid in MTO
- Mate waarin behandelaar aangeeft meer plezier in het werk te hebben als gevolg van blended behandelen
- Aantal ziekte dagen

3.6.2.3 Minder reistijd/ kosten

Een deel van het reguliere face to face contact wordt vervangen door online contact, waardoor reistijd en reiskosten afnemen. Het kan een behandelaar ook veel tijd besparen als hij minder hoeft te reizen tussen verschillende locaties van de instelling.

Indicator:

- Reiskosten
- Reistijd

Voorbeeld 2: berekening reiskosten

Door beeldbellen hoeft een hulpverlener niet te reizen naar een cliënt. In het geval van mevrouw B (zie voorbeeld 1) die 15 km van de instelling vandaan woont kan dit oplopen tot bijna een werkdag per twee weken:
Bijvoorbeeld $7 \times 15 \text{ km} \times 2 \times \text{€}0,39 \text{ per km}$ en $7 \times 2 \times 30 \text{ minuten} = 420 \text{ minuten} = 7 \text{ uur}$ voor andere productie.

3.6.3 Cliënten

3.6.3.1 Hogere cliënttevredenheid

Cliënten ervaren meer eigen regie doordat zij op een eigen gekozen moment én onafhankelijk van de plaats waar zij zijn (bijvoorbeeld in geval van apps) contact kunnen zoeken met de behandelaar/ begeleider of een opdracht kunnen maken. De relatie tussen cliënt en behandelaar / begeleider is gelijkwaardiger en er bestaat ruimte voor maatwerk. De tevredenheid van cliënten in een blended traject is naar verwachting hoger dan in een regulier traject. Dit effect is te meten aan de hand van een gerichte vragenlijst, een andere mogelijke indicator is de score op de CQ-index.

Indicatoren:

- Mate waarin cliënt aangeeft meer tevreden te zijn door blended aanbod
- Score op CQ-index

3.6.3.2 Vermindering zwaarte van de hulpvraag of probleemescalatie

De zwaarte van de hulpvraag neemt naar verwachting af door meer regie bij de cliënt op zowel frequentie van het contact als inhoud van de behandeling/ begeleiding. Cliënten kunnen kleine hulpvragen tussentijds aanpakken. Uit ervaringen blijkt dat de mogelijkheid om online contact op te nemen wanneer een cliënt dat zelf wil al leidt tot een veiliger en rustig gevoel, zelfs wanneer de toepassing op dat moment niet wordt gebruikt. Het mailen van een hulpvraag zorgt daarnaast ook vaak voor een stukje verwerking en rust. Escalatie van problemen zal vermoedelijk eerder uitblijven dan in een reguliere traject, waar cliënten langer moeten wachten op een volgend contactmoment.

Indicatoren:

- ROM score (klachtenbeloop & dagelijks functioneren)
- Aantal online contact momenten
- Aantal ervaren crisissituaties

Tool 1: waardenspel

Bepalen van sociale waarden met het waardenspel

Een SROI onderzoek heeft als doel om ook 'zachte' baten te kwantificeren en uit te drukken in termen van geld. Maar wat is cliënttevredenheid of sociale inclusie waard? Door middel van een zogeheten 'waardenspel' is het mogelijk om een waarde toe te kennen aan dit soort zachte baten.



Wat is een waardenspel?

- Marketing methode die wordt gebruikt voor de prijsbepaling van producten
- Geschiedt aan de hand van productkaarten voorzien van een waarde in geld
- Deelnemers kennen aan de hand van productkaarten hun waarde toe aan het effect

Hoe werkt het?

- Kies 5-10 kaarten met producten waarvan de waarde bekend is (bijvoorbeeld een auto, fiets, vakantie, huis...) en die relevant zijn voor de betreffende stakeholders
- Maak kaarten met daarop de effecten die beoogd worden voor deze stakeholder (bijvoorbeeld klanttevredenheid, sociale inclusie...)
- Vraag de deelnemers de productkaarten in volgorde van voorkeur te leggen (zonder dat zij de precieze waarde in euro's van de productkaart zien)
- Vraag de deelnemers de effect kaarten te koppelen aan de productkaarten op basis van het belang dat zij er aan hechten (tussen auto en huis/ of tussen fiets en auto...)
- Diegene die het spel organiseert kent de waarde van de verschillende productkaarten en kan op die manier de financiële waarde die indirect aan het effect wordt toegekend bepalen.

Bron: Ernst & Young, 2011

3.6.3.3 Toename sociale inclusie

Online behandeling of begeleiding biedt bij uitstek de kans om de primaire omgeving en andere sociale contacten te betrekken in het verloop van het proces. Bijvoorbeeld door middel van chatsessies, email-contact en het delen van gemaakte opdrachten. Dit is prettig voor de omgeving, maar ook voor de cliënt zelf. Daarnaast biedt online behandeling/ begeleiding in veel gevallen mogelijkheden tot lotgenotencontact, bijvoorbeeld via beveiligde fora of een cliëntenportaal. De verwachting is daarom dat het sociale netwerk van een cliënt sterker wordt en in sommige gevallen vergroot. Dit draagt bij aan de kwaliteit van leven⁵ van de cliënt.

Indicator:

- Mate waarin cliënt aangeeft beter contact te ervaren met mantelzorger/familie
- Aantal sociale contacten
- ROM score (kwaliteit van leven)

3.6.3.4 Toename zelfredzaamheid door betere bewustwording eigen problematiek

Met blended behandelen beschikt een cliënt over verschillende tools om zelfstandig aan de slag te gaan of te reflecteren op de eigen situatie. Bijvoorbeeld door het monitoren van het eigen gedrag door middel van een logboek of mobiele applicatie en door het maken van online opdrachten. Deze oefeningen leiden tot meer zelfstandigheid en een betere bewustwording van de eigen problematiek. Het aantal zelfhulpcompetenties neemt toe en de cliënt ervaart minder terugval door het beter kunnen anticiperen.

Indicatoren:

- Mate waarin cliënt aangeeft beter zicht te hebben op de eigen problematiek
- Aantal zelfhulpcompetenties (mate van zelfstandigheid)
- Mate waarin cliënt terugval beleeft

Tool 2: Scoren van zelfredzaamheid⁶ op verschillende domeinen

Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM)

Zelfredzaamheid is een breed begrip en beslaat verschillende domeinen van het leven. Het is dan ook een begrip dat moeilijk te kwantificeren is. GGD Amsterdam heeft de Zelfredzaamheid-Matrix ontwikkeld. De ZRM heeft elf domeinen waarop de mate van zelfredzaamheid wordt beoordeeld, waaronder de domeinen Geestelijke gezondheid, Verslaving, Sociaal netwerk, Maatschappelijke participatie. Aan de hand van verschillende criteria kan op alle domeinen een score tussen 1-5 worden toegekend waarna een beeld kan worden gevormd over de mate van zelfredzaamheid.

Meer informatie is te vinden op de website: www.zelfredzaamheidmatrix.nl



⁵ Kwaliteit van leven: de door mensen zelf ervaren kwaliteit van hun leven die wordt bepaald door fysieke, psychische en sociale factoren, zoals persoonlijke kenmerken, de kwaliteit van relaties, geestelijk evenwicht, de vervulling van levensdoelen.

⁶ Zelfredzaamheid: mate waarin iemand zelfstandig leven kan leiden en eigen problemen op kan lossen

3.6.4 Financier (zorgverzekeraar/zorgkantoor)

3.6.4.1 Efficiëntere zorg en 3.6.4.2 Kwaliteit van zorg

Belangrijkste resultaat voor deze stakeholder is dat de ehealth dienst daadwerkelijk ingekocht wordt en dat dit op de langere termijn leidt tot de meest kwalitatieve zorg tegen zo laag mogelijke kosten.

Indicatoren:

- Totale schadelast per cliënt
- Kosten behandeling/ begeleiding
- Cliënttevredenheid
- ROM score

3.6.5 ICT-afdeling binnen de organisatie

3.6.5.1 Meer werk door toename techniek in primair proces

Het faciliteren van een nieuwe ICT-dienst leidt intern tot meer werk in het primaire proces. De nieuwe dienst moet geïnstalleerd en aangesloten worden op de al in de organisatie aanwezig zijnde systemen, vervolgens moet het onderhouden worden. Daarnaast zorgt het gebruik van de dienst door behandelaren en cliënten voor een verhoging in het aantal incidenten en hulpvragen.

Indicatoren:

- Personeelskosten ICT/ helpdesk⁷.
- Aantal hulpvragen ICT gerelateerd aan blended behandelen
- Kosten 24/7 beschikbaar stellen helpdesk

3.6.6 Familie /mantelzorger

3.6.6.1 Minder reiskosten

Blended behandel- of begeleidingsprogramma's bieden in veel gevallen de mogelijkheid om de primaire omgeving in contact te laten komen met de cliënt en actief te betrekken bij de behandeling. De mantelzorger krijgt (alleen met toestemming van de cliënt) toegang tot het online behandelprogramma of een licentie voor het gebruik van het beeldbelsysteem. Via deze weg kan een zogeheten 'drie-gesprek' plaatsvinden tussen cliënt, mantelzorger en behandelaar/begeleider en natuurlijk tussentijds tussen mantelzorger en cliënt. Dit leidt tot minder reiskosten.

Indicatoren:

- Reiskosten mantelzorger

3.6.6.2 Beter inzicht in ziektebeeld en behandeling door laagdrempelige participatie

Nog belangrijker is de aanname dat de familie/mantelzorger beter inzicht krijgt in het ziektebeeld en het verloop van het proces, waardoor het omgaan met de ziekte makkelijker wordt. In sommige gevallen kan dit zelfs tot een grotere draagkracht leiden en dus minder overbelasting van het informele systeem.

Indicatoren:

- Feedback mantelzorger over inzicht in ziektebeeld/ behandeling
- Feedback mantelzorger over mate van overbelasting/draagkracht

3.7 Overige effecten

Zoals eerder vermeld is het bepalen van de belangrijkste effecten één van de meest ingewikkelde stappen. Er dient rekening gehouden te worden met meetbaarheid, nu en in de toekomst, en het vraagt om een enigszins zakelijke blik omdat het doel is om zoveel mogelijk effecten te bepalen die uit te drukken zijn in termen van geld. Een aantal voor de hand liggende effecten zijn niet meegenomen, maar worden hieronder weergegeven.

3.7.1 Toename kwaliteit van zorg

De verwachting is dat blended behandelen/ begeleiden bijdraagt aan de kwaliteit van zorg en uiteraard is dit voor alle stakeholders één van de meest belangrijke effecten. Maar kwaliteit van zorg behelst verschillende aspecten, zoals:

- Effectiviteit: de mate waarin (vooraf) geformuleerde doelstellingen worden bereikt
- Tijdigheid: op het juiste moment aanbieden van zorg en voorkomen van onnodige wachttijden na diagnostiek
- Efficiëntie: zorg die verspilling vermijdt
- Veiligheid: vermijden van schade bij interventies
- Toegankelijkheid: toegang tot (zorg)voorzieningen en interventies wordt niet belemmerd door persoonlijke kenmerken zoals geslacht, etniciteit etc.
- Doelgroep gerichtheid: in handelen respecteren van voorkeuren, noden en waarden doelgroepen

Een aantal van deze aspecten is benoemd als effect en voorzien van meetbare indicatoren. Het effect 'Toename kwaliteit van zorg' is daarom niet bij elke stakeholder als apart effect opgenomen.

3.7.2 Afname overhead

Een belangrijk effect dat blended behandelen/ begeleiden op termijn met zich meebrengt is een afname in overhead, zoals bijvoorbeeld secretariële ondersteuning en aantal gebouwen. Dit effect vertaalt zich echter pas op lange termijn (naar verwachting pas na 3 jaar) waardoor deze hier niet expliciet is meegenomen.

⁷ Bij verschillende instellingen worden cliënten ingezet voor beheer/ onderhoud, dit heeft uiteraard gevolgen voor de waarde van het effect en heeft ook een tweede effect als gevolg voor de cliënt: maatschappelijke participatie.

3.8 Vaststellen sociale waarde: deadweight & attributie

De inzet van blended behandelen/ begeleiden is niet de enige ontwikkeling binnen een ggz instelling. De kans is groot dat andere individuen, partijen of ontwikkelingen invloed hebben op de beoogde effecten. Denk bijvoorbeeld aan de impact van zorgpaden op de effectiviteit en doelmatigheid van de behandeling of de impact van een nieuwe manager op de medewerkerstevredenheid van een behandelaar.

Tijdens deze stap staan dan ook twee vragen centraal:

- *In welke mate draagt de input van de betreffende stakeholder bij aan het effect? Dus heeft de input verschil gemaakt of was het effect sowieso opgetreden?*

Dit wordt ook wel de 'deadweight' genoemd. Voor het bepalen van deze waarde wordt in de meest ideale situatie gekeken naar vergelijkbare groepen waarbij de verandering niet heeft plaatsgevonden. In de meeste gevallen is echter geen goede vergelijking mogelijk en moet de waarde van de deadweight naar beste inzicht geschat worden.

- *In welke mate draagt de input van andere interventies, organisaties of personen bij aan het bepalen van het effect?*

Deze laatste vraag wordt de 'attributie' genoemd en is vooral bedoeld om ervan bewust te zijn dat de eigen activiteiten en investeringen niet de enige zijn die waarde toekennen aan een effect. Het toekennen van de deadweight en de attributie maken de uitkomst van de SROI meer betrouwbaar en geven zicht op het tot stand komen van de totale impact.

Wanneer deze stap is voldaan rest nog het echte rekenwerk. Voor leden die aan de slag willen met de berekening hebben we aan de hand van een exemplarische casus de sociale waarde van een aantal indicatoren berekend en een SROI ratio. Deze bijlage is voor leden op te vragen via fbremmer@ggzneland.nl

Hoofdstuk 4

Conclusie en Aandachtspunten

4.1 De opbrengsten van deze SROI analyse

4.1.1 Raamwerk voor kosten- baten onderzoek

Via deze analyse is meer inzicht verkregen in de verwachte kosten en baten van de inzet van blended behandelen/ begeleiden. De gedeelde ervaringen en kennis hebben geleid tot een raamwerk dat het mogelijk maakt om effecten binnen een instelling te meten en te monitoren. Deze informatie ondersteunt ook bij het maken van beleidskeuzes en het aanscherpen van doelstellingen. Het geeft richting aan het proces en zicht op waar individuele instellingen op kunnen sturen. Tot slot kan het als communicatiemiddel dienen in gesprek met verschillende stakeholders.

Samengevat hebben we zicht gekregen op:

- De meest relevante stakeholders bij het inzetten van blended toepassingen
- De veranderingen die inzet van blended behandelen/ begeleiden met zich meebrengt
- De investering in geld en activiteiten die het van de stakeholders vraagt
- Het concrete resultaat voor de benoemde stakeholders (korte termijn)
- De verwachte effecten (langere termijn) die het per stakeholder oplevert
- De indicatoren om de effecten te meten

4.1.2 Kennis en ervaring met het opstellen van een business case

GGZ Nederland heeft gekozen voor de SROI methodiek, maar deze is niet bepalend voor een goede business case. Voordelen van het opstellen van een business case is dat het dwingt tot het blijven nadenken over de meerwaarde van een investering. In zijn algemeenheid heeft deze exercitie zeker geleid tot meer kennis en ervaring met (maatschappelijke) kosten-baten analyse. Dit is wat wij ook van een aantal van de deelnemende instellingen terugkrijgen. Het helpt hen bij het opstellen van de eigen business case.

4.1.3 Landelijke uitspraken (nog) niet mogelijk

Op basis van deze analyse kunnen we geen eenduidige en landelijke uitspraken doen over de daadwerkelijke kosten en baten die blended behandelen/ begeleiden met zich meebrengt. Hiervoor zijn nog te weinig data beschikbaar en zijn de keuzes die binnen de verschillende pilots gemaakt worden te verschillend. Op basis van de verkregen inzichten kunnen we wel met voorzichtigheid stellen dat:

- de kosten voor de baten uit gaan
- investeren in blended behandelen of begeleiden op termijn een economisch en sociaal rendement oplevert
- het rendement afhankelijk is van de wijze waarop gestuurd wordt op de beoogde effecten
- het rendement afhankelijk is van het aantal cliënten dat wordt bereikt
- het rendement afhankelijk is van de doelgroep die wordt meegenomen

Om te komen tot harde uitspraken op landelijke niveau zijn nu eerst de instellingen aan zet om aan de hand van de benoemde indicatoren data te verzamelen. Over een jaar kan worden gezien of genoeg data is verzameld om vervolgstappen te zetten.

4.2 Aandachtspunten bij het starten met een SROI

- Een SROI uitvoeren is tijdsintensief, zeker als de methodiek nieuw is. Houd hier rekening mee in de agenda en plan ruim de tijd.
- Het opstellen van een SROI business case vereist dat alle stakeholders hun medewerking verlenen en de benodigde gegevens beschikbaar stellen. Het doel van de analyse en de methodiek moet dan helder zijn.
- Als je daadwerkelijk effect wilt meten, dan moet je concreet zijn. Wat wil je bereiken? Hoe ga je dat doen? Met welke inzet? Dan kom je ook tot meer concrete resultaten in je analyse.
- Het bepalen van de doelstellingen en indicatoren is ook iets dat je samen met de stakeholders moet doen. Dat kost veel tijd, maar gaandeweg het traject levert het tijdsinstaan op omdat je niet steeds hoeft bij te stellen.
- Het bepalen van indicatoren is behoorlijk ingewikkeld en iets waar je goed over na moet denken. Je moet je steeds afvragen of indicatoren daadwerkelijk iets zeggen over wat je wilt weten. Een valkuil hierbij is dat je je verliest in details.
- Begeleiding door een externe adviseur is aan te raden.

Bijlage 1: Bronnenlijst

Inhoudelijk

1. Notenboom, A. e.a. (2012). E-health en zelfmanagement: een panacee voor arbeidstekorten en kostenoverschrijdingen in de zorg? APE, Den Haag.
2. Putters, K. e.a. (2010). E-health: Face-to-Facebook: Over e-health en zelfredzaamheid van patiënten in de GGZ. iBMG, Rotterdam.
3. Ruwaard, J. (2012). The efficacy and effectiveness of online CBT. Amsterdam: department of clinical Psychology, University of Amsterdam.
4. Safar Niamat, C. (2011) Impact of E-mental Health: a Quantitative Analysis. Minddistrict & University of Amsterdam.
5. Wildt, W. de, e.a. (2012). Pilot E-health mijn Jellinek “het nieuwe behandelen”. Arkin.
6. Yulius (2012). Businesscase blended therapie. Yulius

Methodisch

1. Breed, M. e.a. (2010). Social Return on Investment Hulp bij Huishouden en Begeleiding. Radar.
2. Nicholls, J. e.a. (2012) A guide to Social Return on Investment. The SROI Network.

Bijlage 2: Deelnemers

Deelnemende instellingen

Instelling	Contactpersoon
Dimence	Rob Gerrits
Pameijer	Jack van Gils
GGZ Breburg	Janet Ressang
GGZ Oost Brabant	Theo Schoutsen
Arkin	Tom Bos
GGZ NHN	Peter Klumpenaar
GGZ Eindhoven	Karin Artz
Novadic Kentron	Martin Reddemann
Mondriaan	Simone Poels
GGZ Centraal	Matthijs Jantzen