

De werkzame principes van Blended Care in het sociaal domein.

MAART 2016

Boris Stil (I-Kracht), Nino Bellengé (Vital Innovators) & Rob Snoeren (I-Kracht).



1 INLEIDING

Blended Care is nog een relatief nieuw begrip in het sociaal domein. De CoöperatieI-Kracht werkt sinds 2013 aan de verdere ontwikkeling van Blended Care in het sociale domein. Om verdere verspreiding van Blended Care te stimuleren, is er de behoefte ontstaan om inzichtelijk te maken wat de werkzame principes van Blended Care zijn, en hoe deze de verschillende betrokken partijen beïnvloeden. Hiertoe is VitaValley gevraagd een SROI-analyse uit te laten voeren vanuit haar onafhankelijke positie als zorginnovatie netwerk. Deze analyse gaat over de ontwikkeling van Blended Care in de brede zin en overstijgt dus het belang van de CoöperatieI-Kracht.

Met VitaValley in de rol als opdrachtgever is de SROI-analyse vervolgens uitgevoerd door Vital Innovators, met de input het bestuur van de CoöperatieI-Kracht, haar leden en verschillende stakeholders van Blended Care in het sociaal domein. De huidige silo structuur van het publieke domein, belemmert de financiering van opschaling van deze innovatie. Het in kaart brengen van de maatschappelijke kosten en baten draagt bij aan de dialoog tussen de stakeholders over het evidente belang van investeren in innovatief maatschappelijk welzijnswerk (Blended Care). Door gezamenlijk de werkzame principes vast te stellen komt de weg vrij voor verdere verspreiding van Blended Care binnen het sociaal domein.

Deze SROI analyse is tot stand gekomen met medewerking van:

Gemeente Veldhoven, Gemeente Zoetermeer, GGzE, Het Olde Ambt, IMW Tilburg, Juvans, Kwadraad, Lumens, MJD, Noordermaat, SGZ, Spinn, Stichting Welzijn Delfzijl, Stichting Welzijnswerk Hoogeveen, Tinten Welzijn, Traverse, VGZ, Vivenz & Xtra.

Met dank aan:

Dik Hermans (VitaValley) en Pim Ketelaar (Vital Innovators)

2 INHOUDSOPGAVE

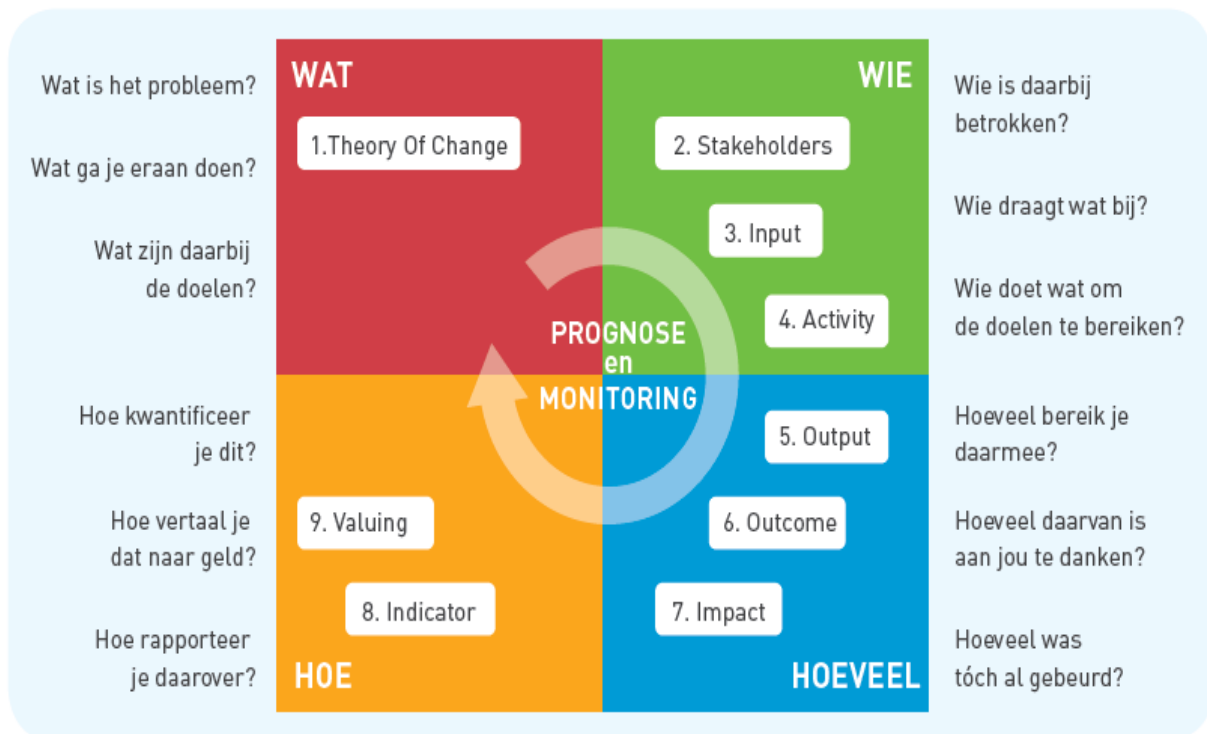
1.	Inleiding.....	2
2.	Inhoud.....	3
3.	Social Return On Investment.....	4
4.	Het sociaal domein	5
5.	Werkzame principes	6
6.	Uitgangssituatie	6
7.	De maatschappelijke businesscase	7
	i. Cliënt	7
	ii. Organisaties voor maatschappelijk welzijn	8
	iii. Geestelijke gezondheidszorg.....	10
	iv. Gemeenten	10
	v. Huisartsen.....	11
	vi. Onderwijsinstellingen	11
	vii. Zorgverzekeraars	11
	viii. Werkgevers	12
	ix. Woningcorporaties.....	12
8.	Resultaten	143
9.	Discussie.....	14

3 SOCIAL RETURN ON INVESTMENT

Om de toegevoegde waarde van Blended Care inzichtelijk te maken is gebruik gemaakt van de Social Return on Investment (SROI) methodiek. Dit is een methode om maatschappelijke waarde-creatie te berekenen en te managen. SROI benadert de maatschappelijke waarde vanuit een stakeholdersperspectief. Op deze manier meet SROI veranderingen op een wijze die relevant is voor de mensen of organisaties die deze veranderingen beleven of hieraan bijdragen.

De SROI methode maakt duidelijk hoe maatschappelijke waarde gecreëerd wordt door sociale en economische outcomes te meten en in geld uit te drukken. De outcomes vergelijken we met de maatschappelijke kosten (input) die nodig zijn om deze verandering tot stand te brengen. Het vast stellen van de maatschappelijke waarde blijft onderhevig aan onzekerheden. Zeker bij een innovatie als Blended Care, waar nog geen wetenschappelijk onderzoek naar de effecten bekend is. Daarom is het van groot belang dat alle betrokkenen het eens zijn over de gebruikte uitgangspunten en waarderingen.

Voor het opstellen van de SROI-analyse zijn de volgende stappen doorlopen (figuur 1):



Figuur 1: De doorlopen stappen voor het uitvoeren van een SROI analyse.

De verandertheorie die geformuleerd wordt in de eerste stap vormt de basis voor de SROI analyse. Hierin is beschreven wat de werkzame principes van Blended Care zijn, en met welke uitgangssituatie we in de maatschappelijke businesscase rekening houden. Bij alle volgende stappen wordt dus telkens gekeken naar het verschil tussen de uitgangssituatie (regulier maatschappelijk welzijnswerk zoals dat de afgelopen jaren binnen de gemeente is geweest) versus de voorgestelde situatie, waarbij maatschappelijk welzijnswerk wordt verleend volgens de principes van Blended Care.

In dit proces worden alle betrokkenen en belanghebbenden, de stakeholders van Blended Care binnen het sociaal domein geïdentificeerd. Vervolgens wordt gekeken welke inbreng zij hebben (in geld, tijd of activiteiten in natura) en welke effecten zij ontvangen, de uitkomsten. Belangrijk is dat dit proces doorlopen wordt in gezamenlijkheid met de verschillende stakeholders. Uiteindelijk worden alle inbreng en uitkomsten uitgedrukt in geld om ze vergelijkbaar te maken (monetarisering). Aan de hand hiervan kan dan de SROI-ratio berekend worden. Bij het doorlopen van de analyse hanteren we de volgende SROI basisprincipes (figuur 2):

-  **Betrek de stakeholders**
-  **Onderzoek en begrijp wat er zal veranderen**
-  **Waardeer wat er toe doet**
-  **Betrek alleen relevante en significante zaken**
-  **Claim niet teveel**
-  **Wees transparant**
-  **Verifieer de aannames en resultaten**

Figuur 2: De zeven basisprincipes voor de uitvoering van een SROI-analyse.

Als er onder de betrokken stakeholders overeenstemming bereikt kan worden over de gehanteerde principes en waarderingen, kunnen we uiteindelijk komen tot een berekening die inzichtelijk maakt hoeveel elke stakeholder bijdraagt en wat het voor die stakeholder oplevert. De totale ratio van alle inbreng en uitkomsten laat zien wat de totale toegevoegde maatschappelijke waarde van Blended Care is.

Deze SROI-analyse is slechts een eerste versie en geeft daarmee vooral inzicht in de werkzame principes. De snelle opkomst en ontwikkeling van dit type zorginnovaties laat zich niet bestuderen door klassieke longitudinale wetenschappelijke studies. Daarom moet gewerkt worden met meer pragmatische methoden zoals deze. Waar onvermijdelijk aannames en 'best educated guesses' in verwerkt zitten. Het is daarom van extra belang dat de gebruikte waarden gedragen worden door alle betrokkenen. Ook zijn, om vals positieve scenario's te vermijden, de positieve effecten overal zeer bescheiden ingeschat. Aan de hand van deze eerste SROI, kan vervolgens gericht nader onderzoek gedaan worden naar de aannames en waarden waar verdere verificatie het meest wenselijk is.

Tevens is het aantal uitkomsten dat meegenomen is in de analyse erg beperkt gehouden. We zijn hierbij zoveel mogelijk tot de kern gebleven van Blended Care en hebben alleen de grootste effecten meegewogen. Naast de beschreven uitkomsten zijn voor elke betrokken stakeholder nog meerdere kwalitatieve uitkomsten te bedenken. We dagen u bij dezen dan ook graag uit om verder na te denken over de kwalitatieve voordelen van Blended Care, en hoe u vanuit uw rol verder kunt bijdragen aan de totstandkoming hiervan.

4 HET SOCIAAL DOMEIN

De leden van I-Kracht opereren in het sociaal domein. Het betreffen organisaties voor maatschappelijk welzijn. De organisaties hebben als doelstelling om mensen integraal te ondersteunen bij het versterken van zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie, vanuit eigen kracht en met inzet van de omgeving. Actief burgerschap wordt gestimuleerd en er worden verbindingen gelegd tussen vrijwilligers en burgers, tussen informele en formele netwerken, tussen professionals in eerste en tweede lijn. Begeleiding wordt geboden of ingeschakeld als zelfredzaamheid ontbreekt. De meeste ondersteuningsvragen liggen op het gebied van financiën, huisvesting, gezondheid en relatie. Vaak betreft het een combinatie van ondersteuningsvragen. Organisaties voor maatschappelijk welzijn opereren dichtbij mensen in wijken en buurten.

5 WERKZAME PRINCIPES

In de essentie gaat Blended Care over een burger eigenaar maken van zijn eigen ondersteunings-traject. Dit om grip te krijgen op zijn eigen economische en maatschappelijke zelfstandigheid. Deze burgers wordt de gelegenheid geboden om gebruik te maken van een eigen digitale hulpomgeving, en dit gebruik wordt gestimuleerd. Door deze digitale hulpomgeving kan altijd en overal gewerkt worden aan het persoonlijke vraagstuk, al dan niet in dialoog met een professionele hulpverlener.

De digitale hulpomgeving bevat bijvoorbeeld beveiligde communicatie met een zorgverlener, toegangsmachtigingen tot de persoonlijke gegevens voor derden en zelfhulpmodules. Het gebruik van deze technologische hulpmiddelen kan worden gecombineerd met face to face ondersteuningsvormen (zoals keukentafelgesprekken).

Blended Care wordt verleend door de huidige welzijnsorganisaties en levert op drie manieren extra voordeel op ten opzichte van de traditionele vormen van hulpverlening:

1. Door digitale zelfhulpcontent en een grotere beschikbaarheid van diensten kunnen een deel van de vragen/problemen eerder geadresseerd worden.
2. Door het gebruik van een digitale omgeving en daarbij ook de mogelijkheid tot anonieme hulpvragen wordt de instap barrière verlaagd.
3. Communicatie en gegevensuitwisseling tussen meerdere betrokkenen (sociaal netwerk, vrijwilligers en/of professionals) rondom een cliënt wordt vereenvoudigd. De cliënt kan bijvoorbeeld (delen van) zijn/haar dossier ook delen met mensen in zijn/haar netwerk, de huisartsen of GGZ.

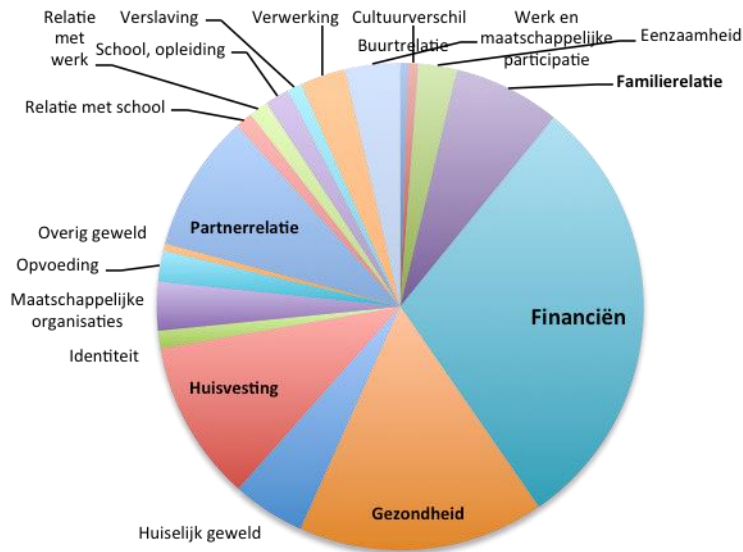
Deze drie uitgangspunten zullen naar verwachting leiden tot een groter bereik van minimaal 10%. Dit ten eerste omdat hulpverleners efficiënter kunnen omgaan met hun tijd, bekend is dat e-consulten efficiënter verlopen dan face-to-face consulten. Ten tweede zal er een vergroot bereik zijn, omdat de instap barrière verlaagd wordt en de cliënten beter bereikt kunnen worden dan voorheen. Uiteindelijk moet dit leiden tot een nog betere dienstverlening voor een grotere groep mensen.

6 UITGANGSSITUATIE

De casus waarop we de SROI hebben toegepast betreft een gemeente van 150.000 inwoners. Het betreft een imaginaire modelgemeente. Deze gemeente kent een gemiddelde bevolkingssamenstelling en een zorg en sociaal domein met diverse aanbieders. De gemeente kent sociale wijkteams, waarbij stakeholders vanuit diverse disciplines samenwerken rondom de ondersteuning van een cliënt.

Deze gemeente heeft vergroten van eigen regie voor haar burgers van speerpunt tot daadwerkelijke uitvoer vertaald. Blended Care is daarbij een belangrijk vehikel. Alle hulpverleners in de sociale wijkteams werken volgens de principes van Blended Care.

Blended Care faciliteert bij vragen om maatschappelijk en of economisch zelfstandig te blijven. Figuur 3 geeft een overzicht van de verschillende type ondersteuningsvragen. Een Blended Care traject kent meestal meerdere ondersteuningsvragen, in de figuur gaat het telkens om de hoofdvraag van een traject. Uit driejarige casestudie uit 2011-2013 blijkt dat 60% van alle trajecten een financiële component kent.



Figuur 3: indeling onderwerpen van ondersteuningsvragen.

7 DE MAATSCHAPPELIJKE BUSINESSCASE

Bij het opstellen van de SROI is gebruik gemaakt van aangeleverde informatie van de betrokken stakeholders. Zo zijn er bijvoorbeeld meerdere workshops geweest met stakeholders waarbij een zo realistisch mogelijk beeld van de Ausgangssituatie is geschetst, en hebben er zorgorganisaties en gemeenten hun data beschikbaar gesteld om inzicht te geven in de kosten en effecten. De data van deze organisaties en gemeenten is vervolgens vertaald naar onze voorbeeld situatie voor een modaal gemeente met 150.000 inwoners. Om deze voorbeeld SROI begrijpelijk te houden, gaan we er vanuit dat de externe factoren, zoals het aantal inwoners van de gemeente, constant blijven. Binnen onze modaal gemeente worden er jaarlijks 1300 begeleidingstrajecten verleent door de welzijnsorganisatie.

Hieronder staan per stakeholder de inbreng en uitkomsten beschreven. Zowel de inbreng als uitkomsten beschrijven niet het totaal van alle inspanningen en opbrengsten, maar de extra inbreng en uitkomsten ten opzichte van de traditionele situatie zonder Blended Care. We gaan voor deze maatschappelijke businesscase uit van een termijn van 5 jaar (2016-2020).

Omdat de uitkomsten (helaas) geen gegeven feiten zijn maar verwachtingen, wordt hier telkens voor deze onzekerheid gecorrigeerd aan de hand van een impact claim. Deze impact claim wordt opgebouwd uit een attributie en een deadweight factor. De deadweight beschrijft de effecten/verbeteringen die hoe dan ook plaats hadden gevonden over dezelfde periode en dus geen direct gevolg zijn van de investering. Binnen de attributie vallen de effecten die zijn veroorzaakt door andere inspanningen of organisaties. Deze correctie zorgt er voor dat er veelal slechts een zeer klein deel van de beraamde uitkomsten toegekend wordt aan de daadwerkelijke investering en dus meegewogen wordt binnen de SROI-ratio. Dit verhoogt vervolgens wel de kans dat de verwachte maatschappelijke baten ook daadwerkelijk gerealiseerd zullen worden.

7.1. Cliënt

Inbreng

De cliënt komt voornamelijk in contact met Blended Care via de sociaal professional. Deze medewerker stuurt de cliënt een account toe. De software is dusdanig ingericht dat de cliënt hier direct mee aan de slag kan. Er is geen extra tijd nodig voor verkenning van de tool. Het werken met Blended Care kost de cliënt dus geen extra tijd ten opzichte van het reguliere proces.

Opbrengst

Hogere economische zelfstandigheid

Betalingsregelingen & schuldhulpverlening

Binnen de huidige 1300 jaarlijks verleende trajecten, kent 60% een financiële vraag of probleem. Cliënten worden hierbij geholpen met het aflossen van schulden of het maken van betalingsregelingen. Tijdig adresseren van deze problemen en escalatie voorkomen is in deze trajecten cruciaal om verdere (financiële) schade te voorkomen.

Naar schatting kan door het vervroegd bereiken (10% vergroot bereik) van deze cliënten met behulp van Blended Care in 20% van deze gevallen verdere schade van gemiddeld €200 voorkomen worden.

*1.300 trajecten * 10% vergroot bereik * 60% financiële vraag * 20% succesvolle interventie * €200 = €3.120 sociale waarde per jaar.*

Arbeidsparticipatie & zelfredzaamheid

Onder de begeleide cliënten vindt een stijging plaats in arbeidsparticipatie. Dit is onder andere te zien in een stijging van op de zelfredzaamheidsmatrix, leefgebied 'financieel'. In totaal laten de via Blended Care begeleide cliënten een gemiddelde stijging zien van 4,8% in dit gebied. Financieel zelfredzaam betekent dat er voldoende inkomsten zijn en dat deze inkomsten dusdanig worden besteed dat er aan de basis behoeften voldaan kan worden zonder uitkering of hulpverlening. Dit benodigde bedrag wordt in Nederland vastgesteld door het UWV. In 2015 stelt het UWV als gemiddeld sociaal minimum circa €303,80 per persoon per week, dat is €15.797,60 per jaar. We gebruiken dit sociaal minimum als vertaling van financiële zelfredzaamheid.

*1.300 trajecten * 10% vergroot bereik * 60% financiële vraag * 4,8% stijging * €15.797,60 = €59.146,21 sociale waarde per jaar.*

Hoger psychosociaal welbevinden

Door de online dienstverlening kunnen cliënten direct terecht met hun vragen of zelf opzoek naar betrouwbare informatie. Ook is de drempel tot het opnemen van contact aanzienlijk lager via het online kanaal. We zien bij cliënten met Blended Care begeleiding een gemiddelde stijging van 2,7% op de totale Zelfredzaamheidsmatrix. Dit is een belangrijke positieve uitkomst die Blended Care nastreeft. Echter, er is geen onderzoek beschikbaar naar de stijging in kwaliteit van leven bij Blended Care cliënten. Vanwege de 'zachtheid' in deze waarden zijn hier verder geen schattingen over gedaan en is deze toename in welbevinden verder niet gemonetariseerd.

Impact Claim

Economische zelfstandigheid wordt bijgehouden door het CBS. Het percentage economisch zelfstandigen is de afgelopen jaren gedaald. Er zijn geen aanwijzingen die er op wijzen dat hier een abrupte wijziging in te zien zal zijn. Wel zijn er andere initiatieven te vinden die ook gericht zijn op ondersteuning, de impact claim bedraagt daarom 20% (Deadweight 50%- Attributie 60%).

7.2. Organisaties voor maatschappelijk welzijn

Inbreng

Implementatie

Interne implementatie van Blended Care bevat communicatie, herinrichting, scholing en ontwikkeling van de Blended Care middelen. Data over urenbesteding is beschikbaar uit een eerder implementatietraject.

- 660 uur door één medewerker met tarief €75.
- 18 uur door 9 medewerkers met tarief €75.

Dit traject was echter één van de eerste Blended Care implementaties, ook de software werd hierbij voor het eerst ingezet. We gaan er van uit dat de implementaties in de komende jaren tenminste 20% efficiënter zullen verlopen dan deze. Hiermee komt het totaal op $(80\% * (660 + 18*9))$ 658 uur.

*658 uur * €75 = €49.350,-*

ICT kosten

Voor het gebruik van de digitale Blended Care tool worden abonnementskosten gerekend. Deze software kosten worden berekend aan de hand van het aantal gebruikers.

Voor een organisatie voor maatschappelijk welzijn bedraagt de abonnementskosten binnen een gemeente van 150.000 inwoners jaarlijks €9.600,-.

Opbrengst

Groter bereik

Door de mogelijkheid te allen tijde contact op te nemen en door dit contact digitaal op te kunnen nemen wordt de drempel tot zorg verlaagd. Hierdoor kan een groter publiek bereikt worden en kunnen er met het al bereikte publiek meer raakmomenten zijn. Hierdoor worden meer effecten bewerkstelligd met dezelfde middelen.

Gebruikerservaringen van Blended Care hulpverleners ervaren dat circa 2 uur van de gemiddeld 8 uur fysieke begeleiding per traject verdwijnt. Deels wordt deze fysieke begeleiding verplaatst naar online begeleiding, deels kan deze tijd ingevuld worden door het begeleiden van extra cliënten: vergroten van het bereik.

Naar schatting is dit vergrootte bereik minimaal 10%. Deze aanname is getoetst met een verantwoordelijke voor registratie & interne verantwoording, een manager en teamleden. Allen konden deze aanname onderschrijven. Het zal bij welzijnsinstellingen tot tevredenheid leiden dat met dezelfde middelen een groter publiek geholpen kan worden. Echter leidt dit voor de welzijnsorganisatie niet direct tot extra inkomsten, wel komt dit effect tot uiting door 10% vergroting van andere effecten.

Minder reiskosten

Door een deel van het fysieke contact te vervangen door online contact worden reiskosten bespaard. Naar schatting is dit 25% van het totaal. De gemiddelde jaarlijkse reiskosten zijn €3065.

*25% * €3.065 = €766,25 per jaar.*

Minder Reistijd

Ook een deel van de reistijd van de medewerkers komt hiermee te vervallen en kan omgezet worden in productieve tijd. Naar schatting is het totaal aantal jaarlijkse uren besteed aan reizen circa 2000. Ook hier gaan we uit van een kwart reductie.

*25% * 2.000 uur * €75 = €37.500,- per jaar.*

Hogere productiviteit bij no show

De tijd die normaliter verloren gaat als een cliënt niet op komt dagen voor een consult kan met Blended Care dienstverlening direct worden ingezet. Medewerkers kunnen direct aan de slag met productief werk op de caseload. Hierdoor komt het volledige huidige verlies van productiviteit ten gevolge van 'no show' te vervallen. De 'no-show' is de afgelopen jaren nauwkeurig geregistreerd en is redelijk constant met gemiddeld 570 gemiste consulten per jaar.

*570 consulten * 30 minuten / €75 per uur = €21.375,-.*

Impact Claim

Van zowel de reiskosten als de no-show percentages is de meetdata van de afgelopen jaren beschikbaar. Deze zijn beiden constant en er zijn geen redenen om aan te nemen dat deze de komende jaren spontaan zullen dalen. Ook is het zeer moeilijk bevonden om de tijd die verloren gaat bij het niet komen opdagen van een cliënt op een andere manier zinnig in te zetten. Er zijn geen andere initiatieven gesignaleerd die dezelfde effecten beogen. Wel zien we eHealth initiatieven gericht op het direct helpen van mensen met welzijnsvraagstukken. Daarom stellen we een impact claim van 25% (Deadweight 50% - Attributie 50%).

7.3. Geestelijke gezondheidszorg

Inbreng

Digitale zelfhulptools

GGZ instellingen kunnen een actieve bijdrage leveren aan de inhoud van de Blended Care tool. Bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van indicatievrije al ontwikkelde digitale zelfhulptools voor burgers en sociaal professionals. Bijvoorbeeld toegepaste games, videocontent, een stappenplannen et cetera. Deze middelen zijn echter al ontwikkeld voor de eigen cliënten en het gaat hierbij dus niet om een extra inspanning.

Opbrengst

Efficiënter verloop traject

Voor de GGZ kan Blended Care twee effecten hebben. Blended Care kan en deel van de cliënten begeleiden die anders doorverwezen zouden worden naar de GGZ. Hierdoor worden GGZ trajecten bespaart, deze besparing valt echter bij de verzekeraar.

Bij cliënten die via Blended Care doorverwezen worden naar de GGZ zal een stuk efficiëntie winst plaatsvinden. Zo zullen begeleide cliënten binnenkomen met een duidelijk geformuleerde hulpvraag waardoor het behandelplan beter ingestoken kan worden. Hierdoor zal voornamelijk de intake sneller verlopen. We houden er rekening mee dat er bij de intake gemiddeld tenminste één uur á €100 komt te vervallen bij de 4% van de Blended Care cliënten die doorverwezen worden naar de GGZ.

$1.300 \text{ cliënten} * 4\% * €100,- = €5200,-$

Impact Claim

Binnen de GGZ wordt op dit moment ook gezocht over hoe de trajecten efficiënter in te delen. Blended Care maakt ook daar een intrede. Verder ontstaan er volop andere eHealth initiatieven die gericht zijn op het beter ondersteunen van de eHealth cliënt. De verwachting is dus dat waar het welzijn kansen laat liggen, de GGZ de dienstverlening zelf verder naar voren schuift. We stellen de impact claim daarom op 8% (Deadweight 60%- Attributie 80%).

7.4. Gemeenten

Inbreng

De gemeente voert een deel van zijn verantwoordelijkheid uit via de welzijnsorganisaties. De inbreng en de uitkomsten hiervan staan benoemd bij de welzijnsorganisaties. Het gaat hier enkel om de extra inbreng van de gemeente, buiten de welzijnsorganisaties om.

Opzetten samenwerkingsverbanden

Initiëren en stimuleren van samenwerkingen tussen sociale wijkteams om Blended Care mogelijk te maken. Tevens zal Blended Care meegenomen moeten worden in de contractering bij de verschillende deelnemende partijen. Dit vraagt echter geen extra inspanningen ten opzichte van de reguliere contractering. Het opzetten van goede samenwerkingsverbanden kosten naar schatting gedurende een half jaar één dagdeel per week van een gemeentelijk ambtenaar.

$26 \text{ weken} * 4 \text{ uur} * €75 = €7.800$

Opbrengst

Alleen kwalitatieve factoren

Voor de gemeente zien we niet direct duidelijk kwantificeerbare uitkomsten, anders dan die via de welzijnsorganisatie bewerkstelligd worden. Wel heeft betere begeleiding van de burgers belangrijke kwalitatieve uitkomsten. Uiteindelijk hopen we deze terug te zien in een verbeterde leefbaarheid van de gemeente, minder inzet van jeugdzorg en een vermindering van de aanspraak op Wmo.

7.5. Huisartsen

Inbreng

Verkennen Blended Care

Om door te verwijzen naar Blended Care moeten huisartsen overzicht krijgen op de structuren en het aanbod in hun regio. Dit vormt geen extra inspanning ten opzichte van de reguliere verkenningen die een huisarts hiervoor doet.

Opbrengst

Voor de huisartsen zien we geen concrete kwantificeerbare uitkomsten. Wel hebben de bevroegde huisartsen aangegeven de opkomst van Blended Care te waarderen en met name de mogelijkheid tot het online anoniem vragen stellen wordt zeer positief ontvangen.

7.6. Onderwijsinstellingen

Inbreng

De meeste onderwijsinstellingen plaatsen medewerkers van lokale welzijnsorganisaties en moeten dus geen andere investeringen nemen. Bij het overgaan van de welzijnsorganisatie op Blended Care zal de onderwijsinstelling hier in mee gaan.

Opbrengst

Kwalitatieve uitkomsten

Gedegen begeleiding van de leerlingen heeft voor de onderwijsinstellingen meerdere kwalitatieve gevolgen. We kunnen bijvoorbeeld verwachten dat er minder overlast rond het schoolgebouw zal zijn, er kan een positieve invloed op de studieresultaten zijn en ook zou er minder aanspraak gemaakt kunnen worden op 'passend onderwijs' trajecten.

7.7. Zorgverzekeraars

Inbreng

De zorgverzekeraars leveren geen inbreng voor de verlening van Blended Care.

Opbrengst

Reductie psychosociale consulten huisartsen

60% van de consulten van huisartsen heeft een psychosociale, psychosomatische of psychische reden. Door het vergrote bereik en functies zoals het anoniem vragen kunnen stellen zullen een deel van deze consulten afgevangen kunnen worden door Blended Care. De bevroegde eerstelijnsgezondheidszorg organisatie deelt deze verwachting, echter, het is lastig een schatting te maken over de grootte. We gaan daarom uit van een minimaal scenario waarbij 2% van deze consulten verschuift naar Blended Care.

Per FTE huisarts vinden er jaarlijks gemiddeld 8900 consulten plaats. In de voorbeeld gemeente zijn 60 FTE huisartsen actief. Het gaat bij deze doelgroep veelal om reguliere verlengde consulten (>20 min.)/. Daarom hebben we als kostprijs het gemiddelde genomen van de NZa tarieven van een regulier kort consult (€9,07) en een regulier lang consult (€18,13). Gemiddeld €13,06.

*2% * 60 FTE huisartsen * 8900 consulten * 60% psychosociaal/psychisch/psychosomatisch * €13,06 per consult = €83.689,-*

Reductie GGZ trajecten

De verwachting is dat een deel van de verwijzingen naar begeleidingstrajecten binnen de GGZ afgevangen zou kunnen worden door Blended Care. Gemiddeld wordt 4% van de cliënten doorverwezen naar de GGZ, dat zijn jaarlijks 52 cliënten. Hoewel er geen meetgegevens beschikbaar zijn, is de verwachting dat vanuit het sociaal domein vooral doorverwezen wordt naar de SGGZ. Dit omdat het hier vaak om mensen met multi-problematiek en/of een lage sociaal economische status

gaat.

Verwachting is dat er door de directere begeleiding die Blended Care biedt, cliënten uit de GGZ gehouden kunnen worden of binnen een lagere DOT terecht komen. Er zijn tussen de verschillende DOT's en aanbieders in de GGZ sterke prijsverschillen. De prijzen van deze trajecten vallen tussen de €1200 en €50.000. We gaan er echter vanuit dat het hier voornamelijk om besparing van lichtere trajecten zal gaan en hebben daarom in gezamenlijkheid een gemiddelde besparing van €3000 gesteld. Dit is naar verwachting een bescheiden inschatting. We houden hierbij rekening met jaarlijks twee besparingen van of binnen een GGZ traject.

*1.300 trajecten * 4% = 52 doorverwijzingen naar GGZ.*

*Verwachte besparing bij 2 trajecten * €3.000,- per besparing = €6.000,- per jaar.*

Impact Claim

Er zijn talloze initiatieven en systeemveranderingen gericht op het vermijden van consulten in de formele zorg. Dit geldt zowel voor de huisarts consulten als voor de GGZ. De kans echter dat er spontane effecten optreden die het aantal psychosociale consulten doet afnemen of GGZ trajecten doen afnemen schatten we minder groot in. We houden de impact claim beperkt op 12% (60% deadweight – 70% attributie).

7.8. Werkgevers

Inbreng

Werkgevers leveren geen extra inspanning voor de verlening van Blended Care. Wel zouden ook werkgevers hun werknemers kunnen wijzen op de mogelijkheden van Blended Care.

Opbrengst

Hogere arbeidsproductiviteit

Volgens het Nibud heeft 80% van de bedrijven werknemers met financiële problemen, bij deze werknemers wordt een verlies aan productiviteit geschat van minimaal 20%. Ook ontstaan er hierdoor regelmatig problemen tussen werkgever en werknemer die verzuim veroorzaken. Door de zelfhulp via Blended Care of het online adresseren van vragen bij welzijnsmedewerkers zal er een tweede reductie in verzuim plaatsvinden. Consulten tijdens kantooruren kunnen hierdoor terug gebracht worden.

We schatten in dat dit voor de helft van de cliënten relevant is, binnen die groep verwachten we een reductie in verzuim van 5%. Het gemiddelde verzuim is 4%. De kosten voor een werkgever voor een modaal werknemers zijn jaarlijks €55.380,-. Omdat dit geldt voor alle medewerkers in Blended Care trajecten, kan hier rekening gehouden worden met het groei scenario van 10%.

*1.430 trajecten / 2 * €55.380,- * 4% * 5% = € 79.193,- per jaar.*

Impact claim

De afgelopen jaren is er een daling te zien in het werkverzuim. Ook zijn er initiatieven die zich richten op het verbeteren van de mentale gezondheid van werknemers. We houden daarom ook hier de impact claim beperkt, op 12% (Deadweight 60%- Attributie 70%).

7.9. Woningcorporaties

Inbreng

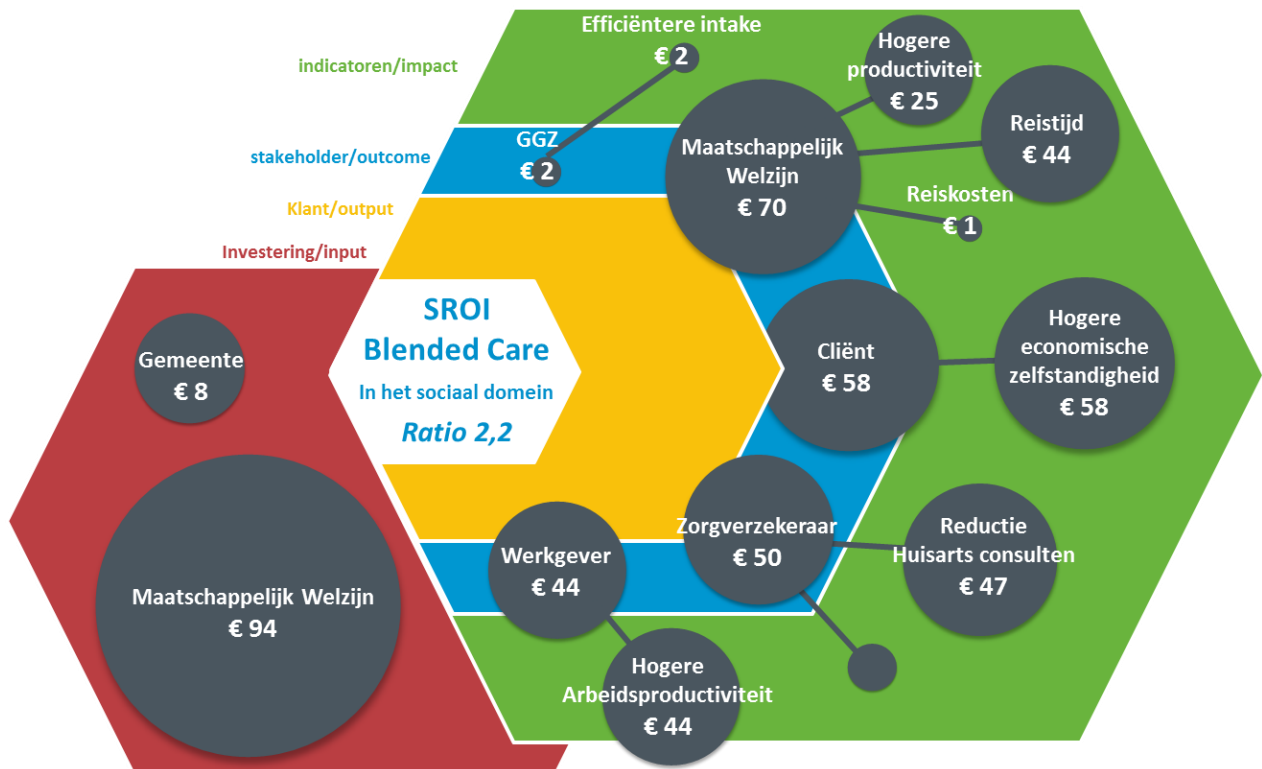
Net als werkgevers zouden ook woningcoöperaties bij kunnen dragen aan de verwijzingen naar Blended Care. Dit zal echter geen extra inspanning vragen.

Opbrengst

Woningcoöperaties kunnen door de verwijzing naar Blended Care een service verlenen. Dit draagt bij aan de dienstverlening en klantwaardering van de coöperatie, maar brengt verder geen significante kwantitatieve opbrengsten mee.

8 RESULTATEN

We zien dat Blended Care in het sociale domein een maatschappelijke impact realiseert met een ratio van 2,2. Dat betekent dat gemiddeld over vijf jaar, de investeringen zich 2,2 keer dit bedrag aan maatschappelijke baten opleveren. In de onderstaande figuur zijn worden de investeringen en opbrengsten per stakeholder weergegeven (figuur 4).



Figuur 4: SROI kosten en baten verdeling voor Blended Care in het sociaal domein. Gemiddelde over vijf jaar, bedragen afgerond in duizendtallen (x1000).

9 DISCUSSIE

De SROI laat zien dat Blended Care positieve uitkomsten heeft voor de verschillende stakeholders. Deze ratio laat zien wat de totale toegevoegde maatschappelijke waarde van Blended Care binnen het sociale domein betekent. Tevens kunnen de kosten en baten per stakeholder beschouwd gemaakt worden. Belangrijk hierbij te vermelden is dat er twee correctie factoren zijn toegepast op alle gebruikte waarden: de deadweight en attributie factoren. Deze factoren nemen in acht dat een deel van de uitkomsten hoe dan ook tot stand was gekomen door andere maatschappelijke veranderingen en andere initiatieven die hetzelfde doel nastreven. Alle gebruikte waarden en waarderingen zijn al zeer beknopt ingeschat, hierboven op wordt vervolgens slechts een klein deel van deze inschattingen daadwerkelijk geclaimd. We komen met deze analyse dus tot een minimaal scenario.

De positieve reacties uit de praktijk van Blended Care gebruikers, verdedigen deze positieve SROI uitkomst. Dit is tenslotte een vertegenwoordiging van de toegevoegde waarde. Wel is in de praktijk tevens te zien dat de investeringen voor Blended Care volledig belegd zijn bij de organisaties voor maatschappelijk welzijn. De innovatiebudgetten van deze organisaties staan onder druk en kunnen een belemmering zijn voor de verdere opschaling van Blended Care.

Momenteel ligt het initiatief voor de uitrol van Blended Care binnen een gemeente bij de organisaties voor maatschappelijk welzijn. Aan de hand van deze SROI analyse wordt tevens een SROI-template opgesteld. De precieze inbreng en opbrengsten per stakeholder zullen verschillen per gemeente. Met behulp van deze template kunnen verschillende gemeenten zelf SROI's opstellen om de lokale situatie inzichtelijk te maken. Doel van deze aanpak is om met elkaar te komen tot een strategie, financiering en uitrol van Blended Care binnen de gemeente. Wij denken dat de gemeente vanuit haar onafhankelijke rol zelf trekker moet zijn van dit proces.

In deze SROI zijn alleen de kerneffecten van Blended Care benoemd. Een innovatie als deze brengt altijd spin-off effecten met zich mee, bijvoorbeeld omdat de samenwerking tussen maatschappelijk welzijnswerk, huisartsen en de GGZ-instelling verbeterd, of het beschikbaar stellen van digitale zelfhulpmodulen. Dit zijn effecten die meewegen in de afweging tot implementatie voor Blended Care maar zich niet direct laten vangen in een maatschappelijke businesscase. Het blijft dus belangrijk om in gedachten te houden dat er meer effecten zijn dan hier beschreven.